

COMPORTAMIENTO DE FACTORES QUE FAVORECEN LESIONES NO INTENCIONALES EN EDAD GERIÁTRICA. POLICLÍNICO RENÉ VALLEJO. MANZANILLO.

Tabernilla Guerra Odalis Norma ¹
Reyes García. Mailen ²
Prieto Tabernilla Daliana de la Caridad³
Quesada Fernandez Evora Maria. ⁴
Areviche Montero Antonio⁵

1Facultad de Ciencias Medicas de Manzanillo.Deprartamento de MGI.Manzanillo.Cuba.odalishn@infomed.sld.cu,2 Policlinico Rene Vallejo Ortiz .Manzanillo .Cuba ,3Facultad de Ciencias Medicas de Manzanillo.Estudiante tercer año de medicina . Manzanillo.Cuba.dalianapt@infomed.sld.cu.4 Facultad de Ciencias Medicas de Manzanillo.Deprartamento de MGI.Manzanillo.Cuba.evoraqh@infomed.sld.cu.Policlinico Francisca Rivero Arocha Manzanillo.Cuba

Resumen:

Introducción: el envejecimiento poblacional constituye una gran tendencia a nivel mundial ,la ancianidad conlleva a la perdida de capacidades multiorganicas conllevan a lesiones no intensionales lo cual repercute negativamente en el estao de slaud de los mismos.

Objetivos: determinar el comportamiento de factores que favorecen lesiones no intencionales en edad geriátrica, pertenecientes al CMF No 5 del policlínico René Vallejo de Manzanillo, en el período enero 2018 - enero 2019.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo con el objetivo de determinar el comportamiento de factores que favorecen lesiones no intencionales en edad geriátrica, pertenecientes al CMF No 5 del policlínico René Vallejo de Manzanillo, en el período enero 2018 - enero 2019, .La muestra en estudio estuvo constituida por 135 pacientes mayores de 60 años , seleccionados por muestreo aleatorio simple , previo consentimiento para participar en el estudio así como cumplir con los criterios de inclusión predeterminados por la investigadora para llevar a cabo el mismo.

Resultados: Predominó el sexo femenino con 82 pacientes y el grupo atareo de 60 a 69 años en ambos sexos con 89 casos .La convivencia con sus hijos en 66 casos ,predominio de condiciones favorables para la ocurrencia de lesiones no intencionales , el mayor riesgo está en la existencia de pisos mojados en 126 y ésta a su vez en el sexo femenino .Predominio de ocurrencia de lesiones no intencionales en ambos sexos , siendo los golpes y cortes los de mayor incidencia con 52 casos respectivamente .De las causas intrínsecas de las lesiones no intencionales fueron las alteraciones visuales en ambos sexos y de las causas extrínsecas la presencia de obstáculos: riesgos en casa (iluminación inadecuada, falta de seguridad en el baño) en ambos sexos con un total de 43 casos .

Conclusiones: Predominó en la muestra el sexo femenino , la convivencia con los hijos ,predominaron las condiciones para la ocurrencia de lesiones no intencionales en los hogares , siendo de gran incidencias las mismas en ambos sexos donde los golpes y cortes prevalecen , el deficit visual y la presencia de obtanculos contituyeron las causas de mayor incidencia.

Palabras clave: edad geriátrica, capacidades multiorganicas , lesiones no intensionales.

I. INTRODUCCIÓN

Se define como accidente (del latín *accidens*, -entis, lesiones no intencionales) a cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, y que da lugar a una lesión corporal. La amplitud de los términos de esta definición obliga a tener presente que los diferentes tipos de accidentes se hallan condicionados por múltiples fenómenos de carácter imprevisible e incontrolable.^{1-2.}

El **envejecimiento** o **senescencia** es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años.
3

Las lesiones no intencionales son la quinta causa de muerte en el mundo; de ellos el 66 % son caídas, en sus tres cuartas partes protagonizadas por personas mayores de 65 años. Si bien la causa de las lesiones no intencionales en el adulto mayor es multifactorial, se han identificado causas intrínsecas, determinadas por las condiciones patológicas del paciente que propician la accidentabilidad, tales como alteraciones del sistema osteomioarticular (SOMA), metabólicas, cardiovasculares, psicológicas, neurológicas, gastrointestinales y otras, y causas extrínsecas, debidas a las condiciones multiambientales en el hogar, tales como pisos resbaladizos, iluminación inadecuada, baños inseguros, cables en mal estado, escaleras defectuosas y otras.^{4,5}

Los adultos mayores tienen más riesgos de lesiones no intencionales domésticos y están más propensos a las caídas. En muchos casos esos accidentes se pasan por alto o se minimizan, pero estudios internacionales ya admiten que esos acontecimientos involuntarios en personas de entre 65 y 80 años son un problema mundial de la salud pública, que requiere de estrategias de prevención, mayor capacitación en especialistas, creación de entornos seguros y políticas eficaces para reducir riesgos.⁶

Las lesiones no intencionales en el adulto mayor, constituyen un problema de salud a nivel mundial, nacional y territorial, no estando exento la población geriátrica perteneciente al CMF No 5 del policlínico René Vallejo Ortiz de Manzanillo, lo cual ha motivado a la investigadora a realizar un estudio para determinar el comportamiento de factores que favorecen esta eventualidad en esta área de salud.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo con el objetivo de determinar comportamiento de lesiones no intencionales en pacientes de edad geriátrica y de algunos factores relacionados

con las mismas pertenecientes al CMF No 5 del Policlínico René Vallejo de Manzanillo, en el período enero 2018 - enero 2019.

Población y muestra

El universo de estudio estuvo conformado por 368 personas de 60 años y más, y la muestra quedó conformada por 135 ancianos seleccionados por muestreo aleatorio simple que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de inclusión

1. Edad mayor o igual de 60 años.
2. Residir en el área de salud CMF No 5.
3. Condiciones de salud: mayores activos e independientes
4. No presentar trastornos mentales.
5. Disposición a participar en el estudio.

Criterio de exclusión.

1. Tener trastorno psiquiátrico o cualquier otra secuela que afecte mentalmente al paciente.
2. Inestabilidad en el área durante el estudio.
3. No disposición de participaren en la investigación.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según sexo y edad. CMF No 5 .Policlínico No 3 .Manzanillo, enero 2018 - enero 2019.

Edad/ Sexo de los Adultos mayores						
Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60- 69	32	60.37	57	69.51	89	65.92
70 - 79	16	30.18	18	21.95	34	25.18
80 y más	5	9.43	7	8.53	12	8.88
Total.	53	99.98	82	99.99	135	99.98

Al analizar resultados reflejados en la tabla No 1, que midió las variables edad –sexo , en el estudio existió un predominio del sexo femenino con 82 casos y el grupo atareo de 60 a 69 años en ambos sexos con 89 pacientes para un 65.92 % de la muestra en estudio.

Tabla 2. Convivencia de los adultos mayores. CMF No 5.Policlínico No 3. Manzanillo, enero 2018 - enero 2019.

Convivencia	No	%
Pareja	32	23.70
Hijo/a	66	48.88
Nieto/a	20	14.81
Otro familiar	11	8.14
Solo.	6	4.44
Total	135	99.97

Al determinar la convivencia de los pacientes estudiados representados en la tabla No 2 , se determinó un predominio de convivencia de los adultos mayores con sus hijos en 66 casos para un 48.88 % de la muestra seleccionada para el estudio.

Tabla 3. Condiciones favorables para la ocurrencia de lesiones no intencionales en la muestra estudiada del CMF no 5 .policlínico no 3. Manzanillo, enero 2018 - enero 2019.

Condiciones favorables a las lesiones en el hogar	No	%
Existencia de escaleras	58	15.30
Desnivel en los pisos	15	3.95
No barandas o pasa manos	18	4.8
almacenamiento inadecuado de sustancias toxicas	11	2.90
Azoteas	49	12.92
Disposición del mobiliario	68	17.94
Pisos mojados	126	33.24
Alfombras	34	8.97
Total	379	100

I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI 2021
 “Medicina Familiar 37 años como guardianes de la salud”

Al analizar condiciones favorables para la ocurrencia de lesiones no intencionales en la muestra estudiada, mostradas en la tabla No 3, la mayor incidencia de existencia de pisos mojados en 126 casas de los 135 pacientes estudiados.

Tabla 4. Presencia de lesiones no intencionales según sexo. CMF No 5 .Policlínico No 3 .Manzanillo, enero 2018 - enero 2019.

Presencia de lesiones no intencionales	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	41	77.35	64	78.04	105	77.77
No	12	22.64	18	21.95	30	22.22
Total	53	99.99	82	99.99	135	99.99

En la tabla No 4 se refleja la ocurrencia de lesiones no intencionales en la muestra estudiada, con un predominio de la ocurrencia de accidentes en 105 casos de la muestra para un 77.77%, y a su vez predominó la ocurrencia de los mismos en el sexo femenino con 64 casos

Tabla 5. Tipo de lesiones no intencionales según sexo. CMF No 5 .Policlínico No 3. Manzanillo, enero 2018 - enero 2019.

Tipo de lesiones no intencionales	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Caídas	11	10.89	32	27.58	43	19.81
Golpes	39	38.61	13	11.20	52	23.96
Cortes	27	26.73	25	21.55	52	23.96
Atropellos	7	6.93	1	0.86	8	3.68
Quemaduras	9	8.91	36	31.03	45	20.73
Intoxicaciones	3	2.97	2	1.72	5	2.30
Caída de la cama	3	2.97	5	4.31	8	3.68
Otras	2	1.98	2	1.72	4	1.84
Total	101	99.99	116	99.97	217	99.96

I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI 2020
 “Medicina Familiar 37 años como guardianes de la salud”

Al estudiar las variables ocurrencia de lesiones no intencionales según algún tipo accidentes mostrado en la tabla No 5 , se determinó el predominio de los mismos en el sexo femenino en 116 casos , constituyendo de forma general los golpes y cortes los de mayor incidencia con 52 casos respectivamente .

Tabla 6. Causas Intrínsecas de lesiones no intencionales según sexo. CMF No 9 .Policlínico No 3. Manzanillo, enero 2018 - enero 2019.

Causas Intrínsecas	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alteraciones en la marcha y la estabilidad.	12	10.90	23	13.37	35	12.41
Neuropatía periférica.	1	0.90	4	2.32	5	1.77
Disfunción vestibular.	2	1.81	3	1.74	5	1.77
Debilidad muscular.	31	28.18	48	27.90	79	28.01
Alteraciones visuales.	33	30.0	57	33.13	90	31.91
Comorbilidades (enfermedades).	10	9.09	21	12.20	31	10.99
Medicamentos.	9	8.18	7	4.06	16	5.67
Demencia.	12	10.90	9	5.23	21	7.44
Total.	110	99.96	172	99.95	282	99.97

Al estudiar causas intrínsecas de lesiones no intencionales , se muestra en la tabla No 6 , el predominio de las alteraciones visuales en ambos sexos lo que reporta de forma general 90 casos para un 31.91 % de la muestra estudiada.

Tabla 7. Causas Extrínsecas de lesiones no intencionales según sexo . CMF No 5.Policlínico No 3. Manzanillo, enero 2018 - enero 2019.

Causas Extrínsecas	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
aceras elevadas, desnivel en los patios	10	20.83	19	27.53	29	24.78

I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI 2021
 “Medicina Familiar 37 años como guardianes de la salud”

Presencia de obstáculos: riesgos en casa (iluminación inadecuada, falta de seguridad en el baño)	19	39.58	24	34.78	43	36.75
Uso de calzado inadecuado.	12	25	23	33.33	35	29.91
Polifarmacia: combinación de cuatro o más medicamentos prescritos.	7	14.58	3	4.34	10	8.54
Total.	48	99.99	69	99.98	117	99.98

Al estudiar causas extrínsecas de lesiones no intencionales , se muestra en la tabla No 7 , la presencia de obstáculos: riesgos en casa (iluminación inadecuada, falta de seguridad en el baño) en ambos sexos con un total de 43 casos para un 36.75 %

Tabla 8. Causas Precipitantes de lesiones no intencionales según sexo y edad. CMF No 5 .Policlínico No 3 Manzanillo, enero 2018 - enero 2019.

Causas Precipitantes	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tropiezos y deslizamientos.	13	48.14	33	71.73	46	63.01
Accidente cerebrovascular	6	22.22	4	8.69	10	13.69
Síncope.	3	11.11	2	4.34	5	6.84
Mareo.	5	18.51	7	15.21	12	16.43
Total.	27	100	46	99.97	73	99.97

En las causas precipitantes de lesiones no intencionales según sexo en la muestra estudiada reflejada en la tabla No 8, la mayor incidencia estuvo en los tropiezos y deslizamientos en ambos sexos con 46 casos lo cual representa un 63.01 %.

DISCUSION.

Al analizar resultados reflejados en la **tabla No 1**, que midió las variables edad –sexo, en el estudio existió un predominio del sexo femenino con 82 casos y el grupo atareo de 60 a 69 años en ambos sexos con 89 pacientes para un 65.92 % de la muestra en estudio.

Difieren los resultados en el estudio realizado por Cruz Quijano sobre algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor, donde hubo un predominio del sexo masculino con 138 paciente , respecto a los grupos atareos son similares sus resultados en el grupo de de 60 -65 años de edad .⁷

Similares resultados lo obtuvo Laura Petronila Gómez ⁸ en su estudio realizado sobre Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción, donde hubo un predominio del sexo femenino en un 73,15% y de igual forma en el grupo atareo de 60 y 65 años de edad. Similares resultados también fueron obtenidos por los estudios realizados por: Marques Costa Fernández Barbosa y Samper Lamenca (37,38,39)

Entre los síndromes geriátricos, las caídas adquieren especial importancia por su frecuencia y gravedad. En los mayores de 64 años son causa de lesiones, discapacidades e incluso muerte, a la vez que comportan un elevado coste sanitario y social. Las mujeres ancianas estadísticamente sufren más caídas que los varones, ya que es probable que vivan mas años y sufran de osteoporosis. ⁹

Al determinar la convivencia de los pacientes estudiados representados en la **tabla No 2**, se determinó un predominio de convivencia de los adultos mayores con sus hijos en 66 casos para un 48.88 % de la muestra seleccionada para el estudio.

Difieren los estudios realizados por Smith AA ¹⁰ en su estudio realizado sobre Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio en el cual determinaron que los adultos mayores, solo 4,6% viven solos en sus hogares. Los otros (95,4%) viven acompañados, y de éstos, el 33,8% viven con hijos y nietos (conformación familiar Trigeneracional), 16,3% viven con su cónyuge e hijos, y el 13,8% viven con su cónyuge.

Según la literatura la prolongación de la vida de los miembros de la familia constituye un valor ético, humano, y afectivo, que conlleva una cultura de respeto y cuidado de los antecesores, pero también nuevas necesidades familiares como alimentación apropiada, adecuaciones en la casa, acompañamiento, suplir funciones, gestiones, búsqueda y requerimientos de apoyo como acceso a cuidadores especializados, dispositivos complementarios del hogar, entre otros. El proceso de envejecimiento poblacional tiene serias implicaciones en la sociedad, el sistema de salud y a la familia. La prolongación de la vida, el incremento de la morbilidad y la discapacidad, unido a las políticas de equidad y justicia social, elevan las demandas de atención de los ancianos en el hogar ¹¹

Al analizar condiciones favorables para la ocurrencia de lesiones no intencionales en la muestra estudiada, mostradas en la **tabla No 3**, la mayor incidencia de existencia de pisos mojados en 126 casas de los 135 pacientes estudiados.

Similares objetivos fueron evaluados en el estudio realizado por Chirino Labrador ¹² en su estudio sobre factores de riesgo asociados a caídas en el anciano , mostrando los siguientes resultados En cuanto a las características del baño en la totalidad de los ancianos encontramos una ducha resbaladiza o sin agarraderas y no se utilizaba por ellos alfombra o calzado antideslizante a la hora de bañarse. En cuanto a las características constructivas de las viviendas la falta de iluminación y las escaleras sin

pasamanos o con inadecuada altura de los escalones fueron los aspectos más significativos identificados en la investigación. Las características del mobiliario no fue de los aspectos más generador de riesgo de accidente. Dentro de estos el elemento más importante fue el cambio de posición frecuente a que se someten los muebles en el 23,7 % de los casos investigados.

Son pocos los estudios realizados en nuestro país con el fin de identificar los factores relacionados a caídas y la frecuencia de éstas discrepa en estudios realizados internacionalmente. Identificar los factores asociados a las caídas en la población adulta mayor en nuestro medio, abre la posibilidad de crear estrategias de prevención, siendo de vital importancia la labor en el primer nivel de atención y sobre todo haciendo hincapié en los factores que representan mayor riesgo en nuestro sistema de salud. Asimismo, haría posible la aplicación de estrategias intervencionistas permitiendo la rehabilitación funcional y mejorando un entorno ambiental que disminuya los riesgos de caídas y sus complicaciones.¹³

En la **tabla No 4** se refleja la existencia de algún accidente en la muestra estudiada, con un predominio de la ocurrencia de accidentes en 105 casos de la muestra para un 77.77 %, y a su vez predominó la ocurrencia de los mismos en el sexo femenino con 64 casos.

Similares resultados lo obtuvo Petronila Gómez (36) en su estudio sobre Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción, donde del total de la muestra estudiada, el 73,15% lo constituía el sexo femenino, o sea la mayor incidencias de caídas estuvo en el sexo femenino. De igual forma en el estudio realizado por Meliza Lorena (43) en el cual hubo un predominio del sexo femenino con 104 mujeres (57,14%) y 78 (42,86%) varones presentaron caídas en el último año en la muestra estudiada.

Se comportaron similares resultados en la investigación realizada por Smith AA donde al estudiar la variable sexo, existió un predominio entre los adultos mayores del sexo femenino en un (44,3%) de la muestra¹⁴. También son similares los resultados en el estudio realizado por Cruz Quijano sobre. Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor En la distribución de la muestra por edad y sexo, hubo un predominio del sexo femenino 510 pacientes para el 81 % de la muestra estudiada caídas en el sexo femenino, en el grupo etario de 60 a 69 años.¹⁵

Al estudiar las variables ocurrencia de accidentes según algún tipo accidentes mostrado en la **tabla No 5**, se determinó el predominio de los mismos en el sexo femenino en 116 casos, constituyendo de forma general los golpes y cortes los de mayor incidencia con 52 casos respectivamente.

Similares resultados obtuvo Silva M¹⁶ el evento más frecuentemente referido fueron las caídas en el 74,7 % de los casos, siguiéndole en importancia las contusiones con un 53,3 % de los ancianos y la ingestión accidental de medicamentos o sustancias tóxicas se produjo en el 46,6 % de ellos. La relación M: F estuvo en este aspecto negativo a favor de las mujeres en todos los casos

Según la literatura con frecuencia la etiología de la caída es multifactorial; en su conjunto existen factores de riesgo, tanto extrínsecos como intrínsecos, que deben tenerse en cuenta en la valoración de las posibles causas de caídas en las personas mayores. El entorno proporciona un gran número de factores de riesgo, pues no está adaptado a los defectos sensoriales del anciano, también hay que considerar el

grado de actividad del geronte, sin restar importancia a algunos factores personales como calzado, vestidos y complementos y los factores ambientales

Al estudiar causas intrínsecas de los accidentes, se muestra en la **tabla No 6** , el predominio de las alteraciones visuales en ambos sexos lo que reporta de forma general 90 casos para un 31.91 % de la muestra estudiada.

Difieren los resultados en el estudio realizado por Silva ¹⁷ en su estudio Diferentes factores de riesgo y accidentes domésticos en el adulto mayor al analizar causas intrínsecas de los accidentes , entre los factores de riesgo dependientes del anciano (intrínsecos) los de más incidencia fueron los trastornos del equilibrio en 80,9 % de ellos con un total de 208 pacientes .De igual forma en el estudio realizado por Chirino Labrador ¹⁸ sobre Factores de riesgo asociados a caídas en el anciano del Policlínico Universitario Hermanos Cruz ,los factores de riesgos intrínsecos predominaron las alteraciones de la marcha, provocadas mayoritariamente por artropatía degenerativa en el 41,02%de los ancianos estudiados .

Difiere también los resultados obtenidos por Melisa Lorena en su estudio donde en el mismo existió una mayor alteración de la marcha y equilibrio presentan un mayor riesgo de caer: los que presentan un moderado riesgo de caídas.¹⁹

Según una reciente revisión de 16 estudios sobre el riesgo de caídas ha establecido una clasificación en la que aparecen, de mayor a menor, los siguientes riesgos más comunes de sufrir caídas: debilidad muscular, historia de caídas anteriores, deficiencias al caminar, problemas de equilibrio, necesidad de utilizar aparatos, déficit visual, artritis, dificultades para realizar las actividades cotidianas, depresión, trastornos cognitivos y la edad. Los factores intrínsecos incluyen las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, y se unen las alteraciones normales asociadas al envejecimiento que limitan la reserva funcional de los ancianos y que determinan la mayor frecuencia de caídas en este grupo de edad.. Uno de los factores intrínsecos a tener en cuenta es la sarcopenia .Podemos realizar intervenciones sobre las personas con esta dificultad, que ha demostrado que la combinación de ejercicios de fuerza con ejercicios de equilibrio y caminar disminuyen el número de caídas .Otro factor intrínseco que aumentaría la incidencia de caídas es la alteración de la percepción sensorial.²⁰

Al estudiar causas extrínsecas de los accidentes, se muestra en la **tabla No 7** , la presencia de obstáculos: riesgos en casa (iluminación inadecuada, falta de seguridad en el baño) en ambos sexos con un total de 43 casos para un 36.75 %

Difieren los resultados obtenidos en el estudio realizado por , donde al analizar comportamiento de factores extrínsecos determinó se presentaron asociados a las caídas los factores extrínsecos: peldaños, desniveles y animales domésticos en la entrada principal, alfombras sueltas sin antideslizantes y suelo resbaladizo en la cocina.²²

En una revisión de la literatura especializada, se encontró un estudio que demuestra la evaluación de la interacción del anciano con el ambiente y las caídas. Los hallazgos destacaron las interacciones entre los factores personales y el medio ambiente, sin embargo, no se consiguió evidenciar respuestas conclusivas entre el anciano y el ambiente con el riesgo de caídas. El conocimiento de esos factores constituye un importante auxilio para que el equipo de salud pueda establecer los fundamentos necesarios para un sistema de cuidados adecuados y, consecuentemente, proponer medidas para prevenir futuras caídas.

En las causas precipitantes de accidentes según sexo en la muestra estudiada reflejada en la **tabla No 8**, la mayor incidencia estuvo en los tropiezos y deslizamientos en ambos sexos con 46 casos lo cual representa un 63.01 %

Pocos estudios han sido encontrado con el fin de identificar factores precipitantes de accidentes en esta etapa de la vida, Smith AA ¹⁴ difiere en sus resultados, la cual determinó la prevalencia de comorbilidades prevalentes con el riesgo de caídas, la hipertensión arterial sistémica, discapacidad visual, problemas de columna osteoporosis y enfermedades reumáticas

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son¹. Las caídas constituyen los percances más habituales debido a las afectaciones musculares que se presentan en la tercera edad, además de posibles problemas con la visión y una mala distribución en el hogar.

IV. CONCLUSIONES

1. Predominó el sexo femenino Y en el grupo atareo de 60 a 69 años en ambos sexos y el predominio de la convivencia de los pacientes estudiados con sus hijos.
2. Mayores condiciones favorables para la ocurrencia de lesiones no intencionales con la existencia de pisos mojados y un predominio de ocurrencia de accidentes en ambos sexos.
3. Predominio de algún tipo de accidente en el sexo femenino, constituyendo de los golpes y cortes los de mayor incidencia.
4. Las causas intrínsecas de accidentes que predominaron fueron las alteraciones visuales en ambos sexos y las de causas extrínsecas la presencia de obstáculos (riesgos en casa (iluminación inadecuada, falta de seguridad en el baño).
4. Las causas precipitantes de accidentes según sexo, la mayor incidencia estuvo en los tropiezos y deslizamientos en ambos sexos.

REFERENCIAS

1. Accidentes en el hogar. Edita: FACUA Andalucía. Fecha: 2010. (Consultado 4 de Nov 2017). Disponible en: <https://www.facua.org/es/guia.php?Id=132>.

I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI 2020
“Medicina Familiar 37 años como guardianes de la salud”

2. Robles Sáez C. Prevención de accidentes en adultos mayores 15/06/2015. (Consultado 6 de Nov 2017). Disponible en: <http://enlinea.santotomas.cl/blog-expertos/prevencion-de-accidentes-en-el-hogar>.
3. Comet Moya M, Mariano Ferrer I, Rodríguez Pérez M V, et, al Comportamiento de los accidentes en el hogar en los adultos mayores de un consultorio. (Consultado 6 de Nov 2017). Rev Archivo Médico de Camagüey. Versión On-line ISSN 1025-0255. AMC vol.11 no.4 Camagüey jul.-ago. 2007 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000400009
4. Ortiz Anderson C. Adultos mayores: Cuidados preventivos en las viviendas. (Consultado 6 de Nov 2017). Disponible en: <http://www.forodeseguridad.com/artic/prevenc/3067.htm>
5. Programa de prevención de caídas de personas mayores en el domicilio. (Consultado 4 de Nov 2017). Disponible en: <http://www.seguridadypromociondelasalud.com/n136/es/articulo4.html>.
6. Andrews, G.A. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, 1999, Santiago. Anais. Santiago: Celade, 2011. p. 247 - 256.
7. CEPAL. Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.cepal.org/brasil/> acceso set, 2012.
8. Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística. Pesquisa nacional por amostra de domicilios 2008. Brasilia, DF, 2012. v. 29.
9. Las caídas en adultos mayores son una alerta. (Consultado 6 de Nov 2017). Disponible en: <http://www.colescba.org.ar/portal/caja-de-seguridad-social1/atencion-de-la-salud/rec>.
10. González Carmona López Roldán VM, Trujillo Santos Z, et, al. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Med Mex Seguro Soc. 2005;43 (5):425-41.
11. Colectivo de autores. El Adulto Mayor en Cuba. Datos y Cifras. Estadísticas: 2005. [En línea]. Ciudad de la Habana: Infomed. Red Telemática de Salud; 1999-2008. [citado 9 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas>
12. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de población de la CEPAL. “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”. Santiago de Chile. 2006.
13. Caídas en el anciano. Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología. 2004 Dic; 2(3).
14. Cruz Quijano PD, Pérez Portal A, Piloto Rodríguez A, Díaz López D, Morales Izaguirre A, Reyes Herrera Y. Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor. Rev

- Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Mar [citado 2 May 2019];31(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100006&lng=es
- 15.36. Petronila Gómez Laura, Aragón Chicharro Sara, Calvo Morcuende Belén. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2 Mayo 2019] ; 28(1): 2-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100002&lng=es.
16. Marques Costa dos Reis K, Alves Costa de Jesús C. Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermería. Rev Lat Am Enfermagem.2015;23(6):1130-8.
17. Fernandes Barbosa KT, Melo Fernandes MG, Rodrigues Lopes de Oliveira FM, Oliveira dos Santos KF, Auxiliadora Pereira M. Fall in the elderly: association with morbidity and functional capacity.J Nurs UFPE. 2013;7(8):5068-75.
- 18.Samper Lamenca B, Allona López S, Cisneros Larrea L, Navas Ferrer C, Martín Labanda R. Análisis de caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno. Gerokomos.2016;27(1):2-7.
- 19.Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y, on behalf of the Guideline’s Development Group. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. BMJ 2000;321:1007-11.
20. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? Ginebra: OMS. 2015 [citado 22 Feb 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/index.html .
21. Chirino Labrador D, Herrera Miranda GL, Ferragut Corral LE, Osorio Bazart N. actores de riesgo asociados a caídas en el anciano del Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 [citado 2 May 2019];20(1):[aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-1942016000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
- 22.Díaz ML, Peña Sánchez ER, González Vera EG. Frecuencia y factores asociados a caídas en adultos mayores atendidos en Consulta Externa en el Servicio de Geriatria del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013 Rev cuerpo méd HNAAA [Internet]. 2016 [citado 2 May 2019];9(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118346353&lang=es&site=ehost-live>.