

140

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR SANTA MARIA**

**“¿CUAL ES EL SITIO DE CAIDAS PARA LA
POBLACION GERIATRICA DEL CONSULTORIO
6 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
SANTA MARIA”?**

T R A B A J O

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :
DRA. MARIA ANTONIETA VARGAS PEREZ**



ISSSTE

MEXICO, D.F.

~~1997~~

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR SANTA MARÍA

“¿CUÁL ES EL SITIO DE CAÍDAS PARA LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DEL
CONSULTORIO 6 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR SANTA
MARÍA?”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

I. S. S. S. T. E.
SUBDELEGACION
MEDICA
C. M. F. STA. MARIA
DIRECCION



ISSSTE

DRA. MARÍA ANTONIETA VARGAS PÉREZ

MÉXICO, D.F.

1997.

“¿CUÁL ES EL SITIO DE CAÍDAS PARA LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DEL
CONSULTORIO 6 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR SANTA
MARÍA?”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ANTONIETA VARGAS PÉREZ

A U T O R I Z A C I O N E S



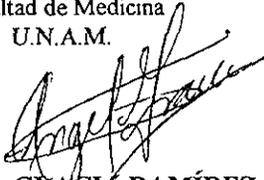
DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

Coordinación de Investigación
del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ

Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U N A M

CUÁL ES EL SITIO DE CAÍDAS PARA LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DEL
CONSULTORIO 6 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR SANTA
MARÍA?"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ANTONIETA VARGAS PÉREZ

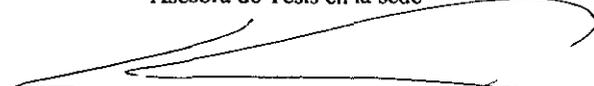
A U T O R I Z A C I O N E S


DR. GUILLERMO REYES RUIZ

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Medicina Familiar para Médicos Generales del ISSSTE en
la Clínica de Medicina Familiar "Santa María" México D.F.


DRA. SAADÍA SALOMON TRUJILLO

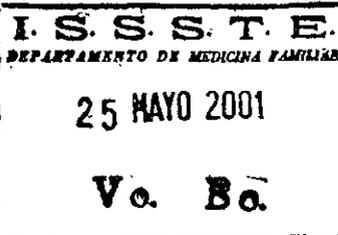
Jefa de Enseñanza de la Clínica de Medicina Familiar "Santa María"
Asesora de Tesis en la sede


DR. PEDRO DORANTES BARRIOS

Profesor del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina U.N.A.M.
Asesor de Tesis


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

Jefe del Departamento de Educación Médica Continua y
Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E



INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MARCO TEORICO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACION	17
OBJETIVO GENERAL	18
Objetivos específicos	18
METODOLOGIA	19
Tipo de estudio	19
Población, lugar y tiempo de estudio	19
Tipo y tamaño de la muestra	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión	20
Criterios de eliminación	20
Información de recolectar (variables de medición)	20
Método o procedimiento para captar la información	21
Viabilidad y consideraciones éticas	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38

Resumen. Es bien sabido que las caídas es uno de los problemas principales en ancianos. La investigación arrojó resultados de los cuales se desprende que en las mujeres muestran la mayor incidencias de las mismas, en un 63,5% de los pacientes geriátricos estudiados.

Ante este problema contrasta la escasez de programas que permitan una adaptación total del anciano en ámbitos familiares y comunales, es decir, una infraestructura física y cultural para darle seguridad a los ancianos dentro de su mundo bíopsicosocial.

La presente investigación se desarrolla con el objetivo de reconocer los lugares más frecuentes de caídas y para desarrollar medidas preventivas para disminuir dichos eventos, ya que como se comprobó en el estudio, algunas de las caídas trae consecuencias que aunque no graves, si permanentes.

El estudio es de tipo observacional, prospectivo transversal y descriptivo y se realizo entre la población geriátrica derechohabiente del Consultorio 6 de la Clínica "Santa María" del ISSSTE durante el periodo del primer semestre de 1999.

INTRODUCCION

Las caídas es una realidad para todo el tipo de individuos, sin importar las edades o condiciones sociales, pero esto se da en grado mayor en infantes o personas geriátricas, en esta investigación se enfoca a las personas geriátricas.

En este medio social de México, en donde las infraestructuras de la sociedad no están pensadas en la población geriátrica, se hace evidente el hecho reconocido por las instituciones de primer nivel de atención de salud de que hace falta una cultura encaminada al mejoramiento de vida en las personas geriátricas, con la cual se pudieran evitar un alto porcentaje de caídas y sus consecuentes complicaciones que llegan a afectar al paciente geriátrico en su mundo biopsicosocial.

Por lo anterior, se desarrolló la presente investigación con el objetivo de detectar los lugares de caídas más frecuentes de la población geriátrica. A través de un estudio observacional, prospectivo transversal y descriptivo que se realizó en el Consultorio 6 de la Clínica "Santa María" del ISSSTE con la población geriátrica mayor de 60 años en el periodo comprendido del primer semestre de 1999.

Se realizó al grupo de investigación, historia clínica completa y se aplico la cédula de recolección de datos para identificar el sitio mas frecuente de caídas en la población geriátrica derechohabiente del consultorio 6 de la Clínica de Medicina familiar "Santa María" del ISSSTE.

La intención que permeó toda la investigación, fue la necesidad de contribuir con conocimientos consistentes que permitieran una mejor

MARCO TEÓRICO

Uno de los muchos significados que nos viene a la mente al mencionar la palabra Hogar es seguridad, pero nada más alejado a esto se encuentra dicha afirmación, bien es cierto que en nuestros hogares existen las condiciones necesarias para un desarrollo adecuado biopsicosocial pero también es cierto que existen múltiples factores de riesgo para que acontezcan accidentes de diferentes magnitudes y para diferentes grupos de personas que ya están bien identificados de los cuales los más vulnerables son los niños menores de cinco años y los ancianos mayores de sesenta años (22,24).

Por lo mismo es necesario, prestar la mayor atención a estos grupos de personas que por su edad y situación los convierten en los más vulnerables.

Dentro de los muchos riesgos que se puede sufrir dentro de los hogares, he aquí unos ejemplos de algunos de ellos (7,10,26):

Caídas.

Intoxicaciones, alergias e irritaciones.

Quemaduras.

Incendios y explosiones.

Electrocución.

Asfixia respiratoria.

Atrapamientos y golpes.

Heridas.

Si bien todos estos accidentes son de suma importancia para la elaboración de estudios de investigación nos abocaremos en este caso en particular al estudio propio de las caídas que sufren las personas de sesenta años y mayores a éstas

La caída se define como la llegada al suelo u otra superficie situada en un nivel inferior, de una persona, de manera no intencionada y habitualmente con pérdida de la verticalidad (18)

Epidemiología:

La caída puede constituir un preámbulo de una serie de enfermedades y discapacidades con repercusiones personales sociales y económicas (25,27).

Es difícil establecer datos epidemiológicos sobre caídas, pues muchas veces debido a olvidos o silencio voluntario del paciente, no se declaran muchas caídas.

Según un estudio elaborado en 1999 mostró los siguientes resultados (9):

Caídas sufridas según edades:

- 13%-25% de las personas mayores de 60 años
- 31%-35% de las personas mayores de 85 años.
- 33% de las personas mayores de 70 años.

El 75% de las caídas ocurren en la casa.

Hay un aumento de la frecuencia de caídas en ancianos ingresados en lugares geriátricos, debido tanto al desconocimiento del lugar físico, como el motivo que llevó a su ingreso a una residencia.

Mortalidad por caídas:

- Mayores de 65 años: 48 /100.000 ancianos
- Mayores de 85 años: 525/100.000 ancianos

Hay factores que predisponen a las caídas, los podemos dividir en: factores extrínsecos e intrínsecos.

Factores extrínsecos:

Son aquellos en los que intervienen circunstancias sociales y ambientales(19,28,30).

Por ejemplo:

- Pisos poco limpios: con agua, grasas, aceites, etc.
- Suelos resbaladizos por el uso o porque han sido pulidos o encerados inadecuadamente
- Utilización de elementos inadecuados para subir o alcanzar objetos a otra altura (sillas en lugar de escaleras).
- Camas y sillas inadecuadas
- Escalones altos y estrechos.
- Desniveles inesperados a la salida del ascensor.
- Ausencia de pasamanos.
- Objetos tirados en el suelo, animales domésticos.
- Medios de transporte inseguros.
- Iluminación defectuosa.
- Pavimento inadecuado en las calles.
- *El ingreso a residencias geriátricas.*

Los factores intrínsecos: se encuentran relacionados con(20,27,16,17,11):

1. Cambios asociados al envejecimiento:

Son cambios en la marcha y en el control neuromuscular, pasos más cortos, braceo compensatorio pobre, las respuestas de soporte son más lentas e ineficaces.

Disminución del umbral vibratorio y táctil, así como también disminución de la agudeza visual, acomodación del cristalino. Todo esto lleva a la denominada marcha cauta, caracterizada por pasos

cortos y lentos, giro en bloque y ligero desequilibrio ante pequeños empujones.

2. Patologías que predisponen a caídas:

Las patologías que predisponen a las caídas se dividen en sincópales y no sincópales. Así también debido a los cambios hemostáticos de la presión en la vejez.

Enfermedades o secuelas causantes de caídas NO sincópales:

- Neuropatías sensitivas y motoras
- Patología del equilibrio
- Déficit visual
- Patología osteoarticular
- Patología de pie
- Enfermedades vasculares periféricas
- Amputación. Mala adecuación de prótesis
- Mal uso de ayudas técnicas
- Enfermedad de Parkinson
- Accidentes cerebrovasculares. Hemiparesias ataxias
- Trastornos córtico - subcorticales de la marcha
- Enfermedades mentales

Enfermedades causantes de caídas sincópales:

- Estenosis aórticas
- Valvulopatías mitral (Estenosis/ insuficiencia)
- Miocardiopatías
- Tromboembolismo pulmonar
- Angina/ infarto miocárdico
- Arritmias
- Hipotensión arterial
- Otras causas (hipoglucemia, anemia, hipoxemia)

Lesiones acompañantes de la caída(14,21,24):

- A) Un 5% de las caídas lleva a la temida fractura de cadera; con una mortalidad variable entre el 25-35% de los fracturados en un plazo inferior a dos años
- B) Lesiones de partes blandas
- C) Lesiones de estructuras neurológicas
- D) Contusiones costales.

La caída en el geronte lleva a otros síndromes; como por ejemplo: el síndrome postrauma, definido como el miedo que provoca un nuevo episodio. Esto puede llevar al paciente a la inmovilización absoluta, con la carga de depresión y ansiedad que se transmite a familiares, y con todas las complicaciones que presenta la inmovilización (12,15).

Se ha visto que las personas mayores de 60 años es el sector poblacional más expuesto a los riesgos físicos de las caídas que el resto de personas con una edad inferior. Evidentemente no se pueden eliminar todas las situaciones peligrosas a las que están sometidas, pero sí se puede prevenirlas y anticiparse a ellas. Evitar los comportamientos inadecuados o peligrosos y eludir el uso imprudente de los espacios vitales es la clave

Vivienda a la medida.

Es imprescindible que el hogar se adecue a las necesidades físicas de quien lo habite. El domicilio es el lugar donde probablemente transcurre la mayor parte del día. Debe reunir una serie de requisitos para la calidad de vida que toda persona merece y, además, ofrecer seguridad. Por otro lado, hay que abandonar ciertos hábitos o

costumbres cotidianas cuando ya no se dispone de la necesaria capacidad -física o mental- para su ejercicio.

La vivienda debe favorecer el bienestar. El mejor consejo respecto a temas de seguridad es detectar el peligro para evitarlo. Las caídas son el más común de los accidentes y el que conlleva consecuencias más graves: fracturas, contusiones, pérdida de movilidad, pérdida de capacidades mentales, etc. (25,19).

Eliminar los riesgos.

El suelo es un elemento peligroso. Tiene dos riesgos fundamentales: que sea resbaladizo y que tenga diferentes alturas o salientes. Para evitarlos se recomienda fijar bien las alfombras y evitar sus salientes (existen cintas adhesivas especiales para ello. Son colocadas en el reverso e impiden su desplazamiento). Hay que proteger los pies con calzado cómodo pero seguro. Son recomendables las zapatillas para estar por casa que tengan suela de goma y sujeten el pie. Además los restos de comida o líquidos deben ser eliminados al momento en que se desparramen por el suelo.

En las casas antiguas las habitaciones pueden tener diferentes alturas, en caso de haber existido reparaciones o cambios de suelo. Esta diferencia de niveles ha de estar convenientemente señalada para que la persona sea consciente de que hay un nivel distinto de altura. (14,26)

Escaleras y muebles.

Las escaleras en el portal han de tener al menos un pasamanos para aumentar la estabilidad. El firme tampoco debe ser resbaladizo y

estar bien iluminado. Los muebles son una ayuda, nunca un estorbo. No deben entorpecer el paso y los que no se usen a diario deben guardarse en alguna habitación de tal forma que estén disponibles pero que no estorben.

La electricidad.

Nunca debe haber cables en medio de las habitaciones. Además, es fundamental una revisión periódica para que tanto aparatos como enchufes se encuentren en buenas condiciones. El buen uso y la falta de prisa ayudan a que los aparatos eléctricos no se conviertan en una fuente de riesgos.

Es importante aprovechar la luz natural. Los interruptores deben estar en la entrada de las habitaciones y en sitios al alcance de las manos para evitar la oscuridad. En la penumbra el riesgo de accidente se multiplica y sus consecuencias pueden llegar a ser fatales.

Cuarto de baño y cocina implican más riesgos por los elementos que hay en ellos como por las actividades que allí se llevan a cabo. Por ello hay que extremar las medidas de seguridad. La colocación de tapetes antiderrapantes en los pisos del cuarto del baño son una buena alternativa para evitar las caídas al igual la higiene y limpieza de ambos espacios elimina la mayoría de los riesgos.

Las puertas, balcones, ventanas que den acceso a espacios de riesgo de caída, deben disponer de un sistema de bloqueo que impida su apertura.

Si tiene que transportar paquetes voluminosos hágalo con cuidado y no le de esta tarea a las personas mayores que viven con usted.

No suban a la vez más de una persona a una escalera de mano.

Evite utilizar sillas o muebles para alcanzar objetos altos en vez de escaleras apropiadas.

Si utiliza sillas, asegúrese de que su asiento es consistente y coloque la silla de tal manera que el respaldo quede contra la pared o estantería para impedir que se trabe con él al bajar.

Estas son unas sugerencias que recomiendan ampliamente los gerontólogos Tinetti ME; Williams CS.

SUPERAR UNA CAÍDA

A pesar de que se haya puesto todo el esfuerzo en prevenir las caídas estas pueden producirse. Una vez acaecidos, el objetivo es salir de la situación bien por uno mismo o bien obteniendo ayuda lo más rápidamente posible. Para ello es importante que cada persona tenga diseñado un **sistema de autoayuda para utilizar en caso de emergencia** (17,29).

Dicho sistema tendrá como base la **ayuda exterior**. Saber a quién vamos a recurrir en caso de accidente o caídas en el hogar. Es importante tener a mano una lista compuesta por teléfonos de instituciones y de personas que puedan servir de auxilio. En caso de confiar en una persona cercana hay que prevenirla de la posibilidad de necesitar su ayuda. Habrá que definir de qué modo va a ser avisada: por teléfono, golpes en la pared si es vecino, con una señal visible en la ventana, etc

En muchas ocasiones el accidentado puede hacer frente a la situación por sí mismo siguiendo esta secuencia de actuación:

1. Comprobar la movilidad de brazos, tronco y piernas y que no hay heridas de importancia.
2. Buscar un elemento de apoyo firme y acercarse hacia él arrastrándose o gateando.
3. Apoyar el cuerpo en este apoyo con un brazo para presionar hacia arriba e incorporarse poco a poco, primero de rodillas y más tarde adquiriendo la verticalidad (sin levantar bruscamente la cabeza).
4. Una vez en pie hay que tomar asiento para superar el susto. Todo ello con mucha calma y tranquilidad.
5. Por último es importante acudir al médico para evaluar el estado físico del accidentado.

En otras circunstancias una persona externa pueden atender al lesionado en el momento mismo de la caída, para esto debe ser tomado algunas consideraciones:

No levantar a la persona inmediatamente.

Asegurarse antes de moverlo de que no hay fracturas ni aturdimiento.

1. Verificar si no hay pérdida de conciencia.
2. Fijarse si hay un golpe fuerte sin herida externa (contusión).
3. Si se trata de un golpe con herida externa y hemorragia.
4. Si se trata de un golpe fuerte con fractura de algún hueso.
5. Si hay deformación en una articulación (luxación).
- 6 Si se trata de un dolor intenso en una articulación sin deformación de la misma (esguince)

(1) y (3) Son de gravedad y requieren de asistencia médica urgente.(2) Puede no tener importancia y ser un simple hematoma.
(5)(6) Son de mediana gravedad no movilizar a la persona y llamar al médico. Si la fractura es del miembro superior dar una calmante y si puede trasladarse llevarlo de inmediato a la urgencia médica.

Ahora bien, teniendo todo este marco teórico hemos visto que las caídas son un problema principal para ancianos, en especial las mujeres, esto se deriva de que el 30 % de las personas mayores de 60 años de edad del Consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar "Santa María" ISSSTE, caen cada año: y una de cada 4 tiene lesiones importantes, que incluyen un 6 % con fracturas. Las caídas son la sexta causa de muerte en ancianos y el factor contribuyente en el 40% de las admisiones en asilos(1,2) los problemas resultantes de cadera y el miedo de las caídas, son las causas principales de pérdida de la independencia, sin embargo, no deberán verse como inevitables o intratables(1,3,5,14)

Como la mayoría de los síndromes geriátricos, la causa de una caída por lo regular presenta una interacción compleja entre un paciente con diversos impedimentos y el reto ambiental. Más aún la caída es un síntoma clásico no específico en los ancianos (3,7,9) de esa forma, las caídas en éstos rara vez son debidas a una sola causa, y la intervención efectiva incluye una evaluación comprensiva de los déficit intrínsecos del paciente (de manera habitual enfermedades y medicamentos), la actividad comprendida en el momento de la caída, y los obstáculos ambientales.(4,5,7,11)

Como hemos visto los déficits intrínsecos son aquellos que minan la capacidad sensorial, juicio, regulación de la presión sanguínea, tiempo de reacción, equilibrio y marcha. Aunque alguno de éstos

pueden no ser tratables, la mayoría lo son, y ya que el riesgo de caídas está relacionado directamente al número y gravedad de las anomalías, la corrección o mejoramiento incluso de unas pocas condiciones contributorias pueden disminuir el riesgo de manera significativa. (1,6,8,13)

El miedo a caer de nuevo es un factor frecuente pero tratable en la pérdida de confianza e independencia de los ancianos.

El riesgo a caer y la lesión, incapacidad e institucionalización potencial subsecuente, puede reducirse al modificar aquellos factores que la precipitan.(2,3,6,5,14) Eje de la presente investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada día gran número de ancianos muere, enferman de gravedad o quedan privados de sus facultades víctimas de caídas que podrían haber sido evitadas. Y aunque las caídas ocurren en los momentos menos esperados y suceden en segundos y son de la más diversa índole, casi todas tienen un común denominador, a saber, la negligencia y el descuido.

Cuando el anciano sufre la caída como dice Lawton, no tiene tanto miedo a la muerte que como al dolor y al aislamiento que acompañan a una larga recuperación.

Aunado a esto, el miedo de sentirse una carga para su núcleo familiar genera irritación y sentimientos de humillación en el anciano y angustia para la familia por el mayor tiempo y dinero invertidos en éste. En este punto álgido, la calidad de vida del anciano se ha perdido.

Por lo tanto considero que es de vital importancia reconocer los sitios más frecuentes de caídas para la población geriátrica y tomar las precauciones necesarias. Familia, anciano y medico deben ser conscientes de los peligros potenciales de los diferentes lugares de la casa y de la calle y realizar las acciones pertinentes para prevenir o disminuir la incapacidad secundario a las caídas. Y así iniciar en nuestros centros de atención de primer nivel un programa dirigido al anciano.

Medida conveniente desde el punto de vista medico y económico.

En vista de que el lugar de caídas puede ser muy aleatorio y se mantiene sin definir satisfactoriamente y el conocimiento hasta hoy obtenido es inconsistente para estudiar sus medidas preventivas, nos resulta lógico preguntar:

¿Cuál es el sitio más frecuente de caídas para la población geriátrica de la Clínica de Medicina Familiar "Santa María", en el primer semestre de 1999?

JUSTIFICACIÓN

La trascendencia per se del problema es altamente significativa puesto que en México existe una población de casi un 10% de personas mayores de sesenta años de edad, y además no se cuenta con una estructuración sistemática adecuada para afrontar con respuesta positiva a la demanda de la población geriátrica en el sector público, todo esto acompañado al nivel de vida socioeconómico del grueso de la población que la limita a la utilización del personal calificado al cuidado de la población geriátrica.

Los datos estadísticos nos muestran un porcentaje significativo de los pacientes de sesenta años en adelante que sufren caídas, según los estudios efectuados arrojan los siguientes resultados que entre el 13% y el 25% de los pacientes geriátricos de sesenta años a los setenta años han sufrido al menos una caída, el índice más alto lo representan los pacientes geriátricos de ochenta y cinco años en adelante en ellos el porcentaje muestra un 35% de caídas.

Todo esto nos lleva a reevaluar las medidas preventivas que aportan los distintos centros de salud hacia el evitar en forma general los accidentes en el hogar y en forma particular a las caídas para los grupos vulnerables en este caso para los pacientes geriátricos de sesenta años de edad en adelante. Todas las medidas preventivas para evitar caídas en personas mayores de sesenta años llevan a una reducción de costos económicos a las instituciones de salud y a su vez una disminución de problemas físicos y psicológicos de las personas que han sufrido consecuencias graves después de las mismas.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el sitio principal de caídas de la población geriátrica de la Clínica de Medicina Familiar "Santa María" del I.S.S.S.T.E. en el primer semestre de 1999.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado escolaridad como factor de riesgo en las caídas.
- Identificar la edad como factor de riesgo en las caídas.
- Identificar el horario con que mayor frecuencia ocurren las caídas.
- Identificar el sexo como factor de riesgo para las caídas.
- Identificar la presencia de complicaciones secundarias a las caídas

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Observacional

Prospectivo transversal

Descriptivo

Población, lugar y tiempo de estudio.

La investigación se realizará con todos los derechohabientes mayores de 60 años del consultorio número seis de la Clínica de Medicina Familiar "Santa María" del I.S.S.S.T.E., que hayan tenido una o más caídas durante el primer semestre de 1999 y se les aplicara la cédula de recolección de datos.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

El marco muestral se constituyó por la población derechohabiente geriátrica que acudió a consulta externa del turno vespertino de la Clínica "Santa María" del ISSSTE durante el periodo del primer semestre de 1999.

Tamaño de la muestra:

Se estudiaron 60 pacientes gerontes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar del consultorio número 6 del turno vespertino.

Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.

Criterios de inclusión:

Derechohabientes mayores de 60 años de edad que hayan tenido antecedente de una o más caídas acaecidas en la calle o en el hogar durante el primer semestre del año de 1999, que

pertenezcan a la Clínica de Medicina Familiar "Santa María" del I.S.S.S.T.E.

Criterios de exclusión:

- Se excluirán pacientes mayores de 60 años con enfermedades cerebrovascular, lesiones neoplásicas de los huesos (metástasis, tumorales, plasmocitoma), osteomalacia y enfermedad de Paget.
- Deterioro visual. (Cataratas, glaucoma).
- Deterioro de la audición y balance (incluyendo vértigo y mareo).

Criterios de eliminación:

- Negativa a responder el cuestionario.
- Retiro del paciente.
- Muerte del paciente.

Información a recolectar (variables de medición).

1. Escolaridad

Variable estadística: Cualitativa nominal.

Escala de medición: Desde el 1º de primaria hasta el 3º de secundaria.

2. Número de caídas en una sola persona

Variable estadística: Cualitativa nominal.

Escala de medición: Número de caídas.

3. Lugar de la caída

Variable estadística: Cualitativa nominal.

Escala de medición: Calle, Hogar.

4. Hora de la caída.

Variable estadística: Cualitativa nominal.

Escala de medición: 7-9am, 10-12am, 13-15pm, 16-18pm, 19-21pm y 22-24pm.

5. Lugar de la caída dentro del hogar.

Variable estadística: Cualitativa nominal.

Escala de medición: Pasillo del baño, pasillo, baño, patio, cocina, recamara, sala.

6. Complicaciones

Variable estadística: Cualitativa nominal.

Escala de medición: dicotómica; sí/no

Definición operacional: La información de todas las variables anteriores será recogida empleando durante la entrevista clínica la cédula de recolección de datos para identificar el sitio más frecuente de caídas

La característica de las unidades es estudio (variables) formuladas metodológicamente son:

1. Variable independientes:

Factores de riesgo: a) Escolaridad, b) Números de caídas, c) Lugar de la caída, d) Hora de la caída, e) Lugar de la caída dentro del hogar, f) Complicaciones.

Método o procedimiento para captar la información.

Esta investigación se llevara a cabo con toda la población geriátrica adscrita a la C.M.F. "Santa María" con antecedente de caídas (pérdidas del plano de sustentación) sufridas durante el primer semestre del año en curso. Se le aplicara la Cédula de recolección de datos (elaborada para la presente investigación) hasta el último día del mes de Junio. Posteriormente con la información recabada se le

dará tratamiento estadístico con el software de computo. Se realizarán cuadros y gráficas de los resultados de la investigación.

Todos los pacientes fueron informados acerca del objetivo y los métodos de estudio, obteniéndose su consentimiento, antes de iniciar el estudio.

Se presentarán las conclusiones finales para considerar la elaboración de un programa preventivo dirigido a los ancianos para tratar de disminuir la incidencia de caídas y sus diversas complicaciones de las mismas.

Viabilidad y consideraciones éticas.

El proyecto de investigación es viable en su realización acorde con los recursos humanos y materiales disponibles en la Clínica "Santa María" del ISSSTE.

El presente trabajo se apega totalmente a la reglamentación internacional para estudios de investigación clínica contenido en la Carta de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la SSA.

RESULTADOS

Se estudiaron 63 personas cuyas edades estaban comprendidas entre 60 y 83 años de edad, con una media de 64 años de edad. (Tabla 1 y figura 1)

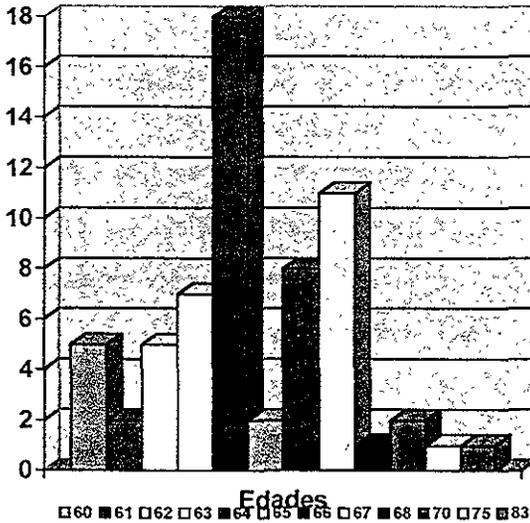
Tabla 1
Frecuencias por edades de la población de la U.M.F. "Santa María" que sufrieron caídas durante el primer semestre de 1999

EDAD	Freq	Percent	Acum.
60	5	7.9%	7.9%
61	2	3.2%	11.1%
62	5	7.9%	19.0%
63	7	11.1%	30.2%
64	18	28.6%	58.7%
65	2	3.2%	61.9%
66	8	12.7%	74.6%
67	11	17.5%	92.1%
68	1	1.6%	93.7%
70	2	3.2%	96.8%
75	1	1.6%	98.4%
83	1	1.6%	100.0%
<hr/>			
Total	63	100.0%	
Suma	=	4086	00
Media	=	64.86	
Desv. estandar	=	3.55	

Fuente: Cédula de recolección de datos, 1999

Figura 1

Frecuencias por edades de la población de la U.M.F. "Santa María" que sufrieron caídas durante el primer semestre de 1999.



Fuente: Cédula de recolección de datos, 1999.

Factores de riesgo para las caídas en pacientes geriátricos.

Los factores de riesgo estudiados en esta investigación fueron: Escolaridad, números de caídas en una misma persona, lugar de la caída, hora de la caída, lugar de la caída dentro del hogar y complicaciones.

En el cuadro 1 se muestran las variables que integraron la cédula de recolección de datos para identificar el sitio más frecuente de caídas en la población geriátrica.

Cuadro I. Factores de riesgo

FACTOR DE RIESGO	VARIABLE
Sexo	Femenino. Masculino
Escolaridad	Desde el 1° de primaria hasta el 3° de secundaria
Número de caídas en una sola persona	1,2,3,4
Lugar de la caída	Calle Hogar
Hora de la caída	7-9am, 10-12pm, 13-15pm 16-18pm, 19-21pm, 22-24pm
Lugar en el hogar de la caída	Pasillo del baño, pasillo, baño patio, cocina, recamara, sala.
Complicaciones	Si / No

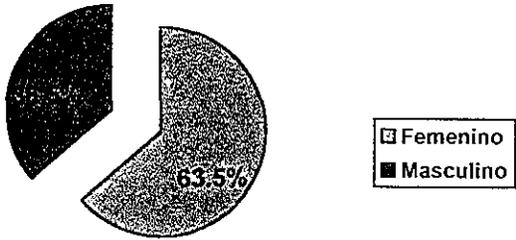
Los resultados que se encontraron fueron los siguientes:

- Las caídas más frecuentes se presentaron en las personas de 64 años, enseguida las personas de 67 años y por último los pacientes de 66 años

Los pacientes geriátricos que sufrieron más eventos de caídas fueron del sexo femenino, según reporto este estudio.

Frecuencia de Sexo.

SEXO	Freq	Porcent	Acum.
F	40	63.5%	63.5%
H	23	36.5%	100.0%
Total	63	100.0%	

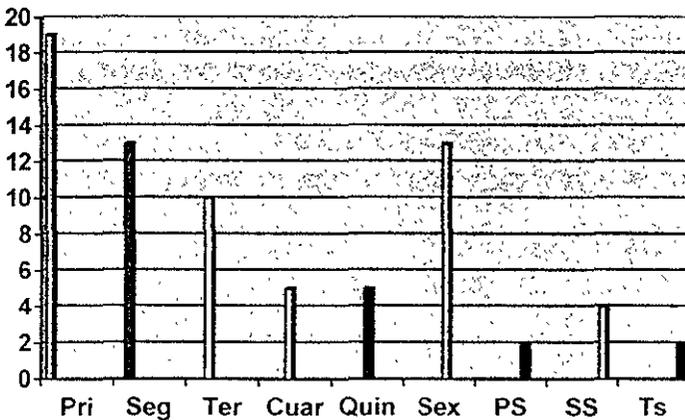


Fuente: Cédula de recolección de datos, 1999

- Se encontró que las personas que habían sufrido más caídas denotaban un bajo grado de estudios escolares, siendo estos el primer año y el segundo año de educación primaria. Esto conlleva a lo explicado por Paul V. Lemkau que “los factores que inducen a una buena atención en edad adulta, están estrechamente ligados con la formación cultural en la instancias primarias de la vida humana”.²

Frecuencia de Escolaridad

<u>ESCOLARIDAD</u>	<u>Freq</u>	<u>Porcent</u>	<u>Acum.</u>
Cuarto Prim	5	7.9%	7.9%
Primero prim	19	30.2%	38.1%
Prim. Sec	2	3.2%	41.3%
Quinto prim	5	7.9%	49.2%
Segundo prim	13	20.6%	69.8%
Segundo sec	4	6.3%	76.2%
Sexto prim	3	4.8%	81.0%
Tercero prim	10	15.9%	96.8%
Tercero sec	2	3.2%	100.0%
Total	63	100.0%	



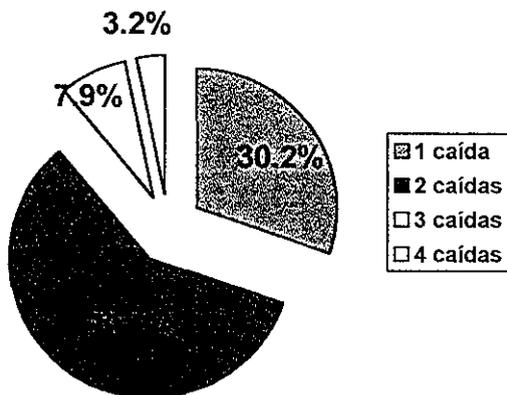
- El 58.7% de las personas geriátricas de nuestra investigación sufrieron dos caídas durante el periodo estudiado.

Frecuencia de caídas en las personas estudiadas.

CAIDAS	Freq	Porcent	Acum.
1	19	30.2%	30.2%
2	37	58.7%	88.9%
3	5	7.9%	96.8%
4	2	3.2%	100.0%

Total 63 100.0%

Suma = 116.00
 Media = 1.84
 Desviac. estándar = 0.70

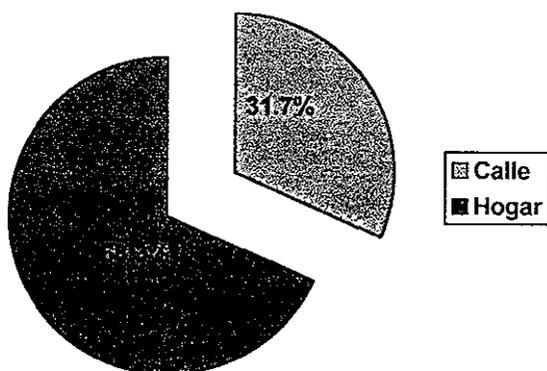


Fuente: Cédula de recolección de datos, 1999

- El sitio de la caída más frecuente que arrojó nuestro estudio fue en el hogar.

Frecuencias del lugar de caída.

LUGAR DE CAIDA	Freq	Percent	Acum.
CALLE	20	31.7%	31.7%
HOGAR	43	68.3%	100.0%
Total	63	100.0%	



Fuente: Cédula de recolección de datos, 1999.

- Ocurriendo estas caídas en un horario comprendido de 10-15 pm

Frecuencia de la hora de la caída

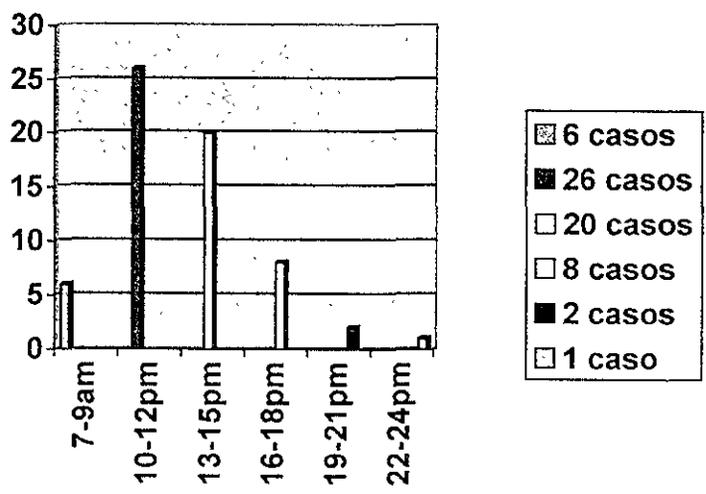
HORA DE LA CAIDA	Freq	Porcent	Acum
7-9am	6	9.5%	9.5%
10-12pm	26	41.3%	50.8%
13-15pm	20	31.7%	82.5%
16-18pm	8	12.7%	95.2%
19-21pm	2	3.2%	98.4%
22-24pm	1	1.6%	100.0%

Total 63 100.0%

Suma = 166.00

Media = 2.63

Desviac estándar = 1.04

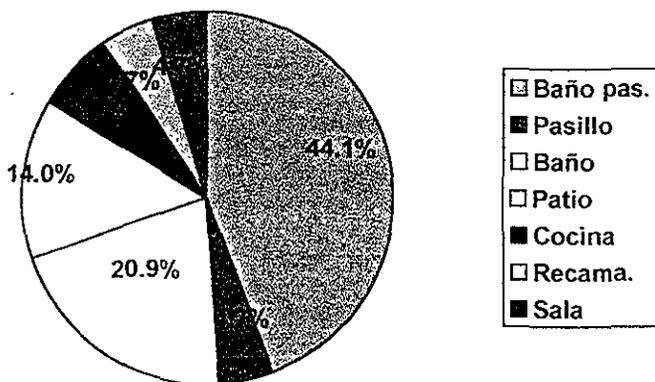


Fuente: Cédula de recolección de datos, 1999

- El lugar que implicó más caídas fue el pasillo del baño.

Frecuencia del lugar de las caídas dentro del hogar.

LUGAR EN EL HOGAR	Freq	Porcent	Acum.
PASILLO DEL BAÑO	19	44.2%	44.2%
PASILLO	2	4.7%	48.8%
BAÑO	9	20.9%	69.8%
PATIO	6	14.0%	83.7%
COCINA	3	7.0%	90.7%
RECAMARA	2	4.7%	95.3%
SALA	2	4.7%	100.0%
Total	43	100.0%	

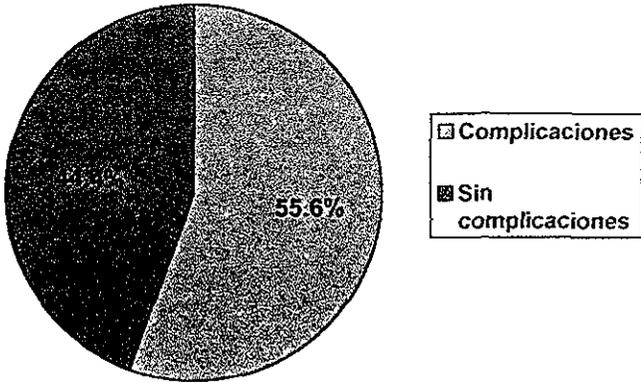


Fuente. Cédula de recolección de datos, 1999.

- Presentaron complicaciones en un 55.6% de la población.

Tabla que muestra la frecuencia de complicaciones que hubo a partir de las caídas.

COMPLICACIONES	Freq	Porcent	Acum
Complicaciones	35	55.6%	55.6%
Sin complicaciones	28	44.4%	100.0%
Total	63	100.0%	



Fuente: Cédula de recolección de datos, 1999.

DISCUSION

Este estudio reconoció los factores más comunes asociados con las caídas en los pacientes geriátricos que acudieron a consulta externa.

A través del análisis de la información recabada por las cédulas de recolección de datos se encontró que uno de los hallazgos más relevante es el de que la mayoría de las caídas se presentaron en el hogar, sitio donde prácticamente el anciano se encuentra durante todo su tiempo y no precisamente ocurrieron en horas donde la luz solar estuviera disminuida, situación importante que revela que las caídas no siempre están relacionadas con alteraciones visuales inherentes de los ancianos sino más bien con las condiciones impropias del hogar para el paciente geriátrico. Este resultado nos afirma más la necesidad de una cultura geriátrica puesto que estos resultados son respaldados por la misma conclusión a la que llegaron los investigadores Luukinen H; Koski K; Laippala P. (15); en su estudio el cual arrojó que el 75% de las caídas ocurren en casa en nuestro estudio arrojó un 68,3%.

También donde hubo una analogía fue en el que los pacientes geriátricos femeninos son los que sufrieron el mayor índice de caídas, nuestra investigación dio un resultado del 63.5% en la investigación de Herndon, JG, Helmick CG. (22) dio un resultado del 59%.

En el grado de escolaridad no se puede realizar una relación directa con otros estudios, ya que aquellos se han realizado en países del llamado primer mundo en los cuales la educación juega un papel importante en su población su escolaridad mínima es a nivel media

superior en comparación a la nuestra que marcó una escolaridad de nivel primario, sin comparación.

En efecto, como puede observarse en los datos recabados por los diversos cuadros, se aprecia que el mayor porcentaje de incidencias fue en el hogar, es el pasillo del baño con un 44.1%, en este caso muestra claramente las coincidencias con otros estudios en donde marcó un 48%(estudios realizados por Evans LK; Strumpf NE; Allen-Taylor SL.(24)), esto es debido a la mala proyección de la casas habitación, es decir, que hace falta una cultura geriátrica en nuestro proceso de formación, empezando desde el nivel primaria, en donde al individuo se le prepare, conozca y de soluciones ante las dificultades que enfrentan las personas ancianas.

CONCLUSIONES

De los resultados dados por ésta investigación arrojan las siguientes conclusiones:

El grado de escolaridad muestra una alta incidencia en las caídas, las personas geriátricas que sufrieron mas caídas en el presente estudio fueron aquellas que solo cursaron el nivel de primero de primaria un 30.2% y las que siguieron fueron las que tuvieron una formación del segundo año de primaria con un 20%.

Los pacientes geriátricos en donde hubo una mayor incidencia de caídas fueron los de sesenta y cuatro años con un total de 18 casos, seguidos por los de sesenta y siete años con 11 casos y por último los de sesenta y seis años con un total de 8 casos.

Los pacientes geriátricos que sufrieron más eventos de caídas fueron del sexo femenino con un porcentaje de 63.5% en comparación con un 36.5% de sexo masculino.

El estudio nos reporta que el horario en donde sufrieron la mayoría de las caídas comprende desde las 10am a las 15pm, con un 73% de los 63 casos estudiados.

En la realización del presente estudio tuvimos la oportunidad de mirar los rostros de los pacientes, desde una óptica diferente y nueva, no eran los pacientes que acuden a nosotros por una gripe o por su medicamento; eran los pacientes que nos mostraban el miedo, ese gran miedo de convertirse en cargas; al narrar las condiciones de sus caídas, el dolor producidas por ellas y la pérdida de la realización de sus actividades cotidianas, no permitió darnos cuenta que es

necesario estar en la vanguardia de los países desarrollados y establecer diariamente en el consultorio una medicina preventiva. ¡Si! tratar de prevenir las caídas en los ancianos.

La gran mayoría de las caídas estudiadas en la presente investigación nos revelan que no son debidas por esas articulaciones desgastadas o esa visión menguada sino por agentes netamente externos: un banco mal colocado o un pasillo resbaloso, situaciones que se pueden cambiar.

El hogar debe ofrecer seguridad a todos los miembros de la familia y prácticamente las modificaciones que se pueden realizar tiene un costo módico en comparación con los altos costos para la familia y para nuestra Institución una vez que la caída se presenta

Por lo tanto es importante enfatizar en la prevención de las caídas para evitar que se presente la invalidez y la minusvalía en estos.

Y esto es un compromiso de todos, la familia y el médico son un binomio importante para garantizar la calidad de vida del anciano. A través de medidas básicas y económicas que la familia implantaría en su hogar con las recomendaciones que realizará el medico durante la consulta, dedicando solo unos minutos más y contando con el apoyo de las enfermeras se puede evitar el alto costo para nuestra institución y para la familia que conlleva las complicaciones de las caídas en ancianos, caídas que pudieran ser evitadas con solo instalar un pasamanos, disminuir la altura de la cama, proporcionar sillas de la altura adecuada con recargaderas para brazos, recubrimientos ahulados de los ángulos, calzado adecuado.

Y como se observa en nuestro estudio el sitio más frecuente de caídas fue el pasillo del baño que con el uso de tapetes antiderrapantes o tapetes de hule con dibujo antiderrapante fijados en el piso se pudo haber evitado alguna caída.

Como lo dijera el celebre Cicerón "Ningún hombre es tan viejo que no crea que no puede vivir otro año", tratemos de darle vida y calidad a los años de esos hombres y mujeres que han levantado los ojos de la tierra, han elevado el espíritu, soñaron con algo grande, tal vez sin lograrlo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernán San Martín. Vicente Pastor. Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana. 1990
2. Paul V. Lemkau. Higiene Mental. Ed. Fondo de Cultura Económica. 1984
3. Pietro de Nicola. Geriatria. Ed. Manual Moderno. 1992
4. Nicholas Coni y col. Geriatria. Ed. Manual Moderno. 1990
5. Prevenciones de accidentes en el hogar. URL: verdi.dis.ulpgc.es/Proteccion/seguir.html. Última modificación 11-dec-1997
6. Las benzodiaceinas elevan los accidentes de trafico en ancianos. Journal of the American Association. URL: www.recolectos.es/dm/geriatria/n030797.html 29-dec-1997
7. Seguridad social, salud y envejecimiento en México URL: serpiente.dgsca.unam.mx/prolap/welti3.html 23-enro-1998
8. La salud en el anciano URL: salud.bayer.es/cgi-bin/frame.pl/f_cont/t...ludanciano.html 15-agosto-1998
9. Programa de salud del adulto y del anciano URL: www.ssa.gob.mx/coorve/adulto.html 13-enero-1999.
10. Radin, E. L., y Lanyon, L. E: Lectures on Gerontology, Vol 1, Academic Press, USA 1995.
11. Aharoni, J: The no-risk society, Chatam. Nueva York, 1996.
12. Davies B., y Challis, D,: The Community Care Project, Heinemann, Londres 1993.
13. Fry, C. L.: Aging, Culture and Health, Edit. J. F. Berging Publishers, Nueva York. 1990.
14. Laslett, P: Societal developmnt and aging, Edit. R. H. Binstock and E Shanas, Van Nostrand Reinhold Co. Nueva York, 1992

15. Luukinen H; Koski K; Laippala P; Kivela Factors predicting fractures during falling impacts among home-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1997
16. Tinetti ME; Williams CS Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med.* 1997
17. Kannus P; Niemi S; Palvanen M; Parkkari J. Fall-induced injuries among elderly people [letter] *Lancet.* 1997
18. Sartoretti C; Sartoretti-Schefer S; Ruckert R; Buchmann Comorbid conditions in old patients with femur fractures. *J Trauma.* 1997.
19. Rivara FP; Grossman DC; Cummings P Injury prevention. Second of two parts. *N Engl J Med.* 1997
20. Berg WP; Alessio HM; Mills EM; Tong C Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age Ageing.* 1997
21. Hamdy RC; Forrest LJ; Moore SW; Cancellaro L Use of emergency departments by the elderly in rural areas. *South Med J.* 1999
22. Herndon JG; Helmick CG; Sattin RW; Stevens JA; DeVito C; Wingo Chronic medical conditions and risk of fall injury events at home in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1998
23. Vellas BJ; Wayne SJ; Romero L; Baumgartner RN; Rubenstein LZ; Garry PJ One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 1997.
24. Evans LK; Strumpf NE; Allen-Taylor SL; Capezuti E; Maislin G; Jacobsen B A clinical trial to reduce restraints in nursing homes *Am Geriatr Soc.* 1998.
25. Nyberg L; Gustafson Y; Janson A; Sandman PO; Eriksson S Incidence of falls in three different types of geriatric care. A Swedish prospective study. *Scand J Soc Med.* 1996.

26. Wubben RC Mortality rate of pelvic fracture patients. Wis Med J. 1996.
27. King MB; Tinetti ME Falls in community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc. 1995
28. Department of Endocrinology, Academic Hospital, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands. Epidemiology and predictors of fractures associated with osteoporosis. Am J Med. 1998
29. Berg WP; Alessio HM; Mills EM; Tong C. Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. Age Ageing. 1999.
30. Tempkin T; Tempkin A; Goodman H. Geriatric rehabilitation. Nurse Pract Forum. 1998.