



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano Del Seguro Social
Unidad De Medicina Familiar No 33 El Rosario**

**FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE CAÍDAS EN ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

Alumna:

DRA. MARIA ISABEL CRUZ CHÁVEZ

Director de tesis:

DRA. DANIELA ABIGAIL HERNÁNDEZ CAMARILLO



CIUDAD DE MÉXICO 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIZACIONES



DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
MEDICA FAMILIAR Y COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
MEDICA FAMILIAR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO
MÉDICA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
ASESORA DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Con cariño para mis padres, por darme las herramientas básicas, valores y fortaleza para seguir creciendo. Sin su amor, nada lograría.

A mis hermanos y hermanas, por su amor y palabras de aliento en momentos difíciles.

A mis amigas, por ser un soporte en este trayecto llamado residencia.

A mis profesoras, por ser excelentes personas, por la paciencia y enseñanza que me brindaron, por siempre les estaré agradecida.

A mi asesora, por la paciencia y apoyo, por sus recomendaciones y aportes.

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	4
II. INTRODUCCIÓN.....	5
III. ANTECEDENTES.....	9
IV. JUSTIFICACIÓN.....	12
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
VI. OBJETIVO.....	15
VII. METODOLOGÍA.....	16
VIII. RESULTADOS.....	17
IX. DISCUSIÓN.....	32
X. CONCLUSIÓN.....	35
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
XII. ANEXOS.....	38

I. RESUMEN

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Hernández Camarillo Daniela Abigail ¹, Cruz Chávez María Isabel ²

Introducción: El síndrome de caídas, afecta a un gran porcentaje de adultos mayores, lo cual trae como consecuencias el aumento en la morbilidad y mortalidad, y con ello, gastos a los cuidadores primarios y como consecuencia gastos en la atención de las instituciones de Salud del país, por lo cual es importante realizar prevención oportuna en el primer nivel de atención. **Objetivo:** Identificar los factores asociados al síndrome de caídas en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 33. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, en una muestra de 318 adultos de 60 años y más, con y sin diagnóstico de síndrome de caídas, a los que se aplicó un cuestionario para identificar variables como edad, sexo, enfermedad crónica, lugar y características del lugar de la caída, y se utilizó la escala de Downton para evaluar el riesgo de caídas. El análisis de resultados se realizó utilizando la prueba de ji-cuadrada χ^2 . La investigación se llevó a cabo conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional. **Resultados:** 38.7% de los encuestados, tenían entre 60-69 años, siendo en su mayoría mujeres 55.7%. el lugar de la caída más frecuente, el domicilio con un 55.7%. La hipertensión arterial resulto tener mayor incidencia con un 39.6%, y el uso de antihipertensivos 22%, como fármacos, más frecuentes en esta investigación. **Conclusiones:** Existen factores asociados a síndrome de caídas en adultos mayores, en los que se puede realizar intervención primaria, de tal manera que se puedan prevenir las consecuencias inmediatas y a largo plazo.

Palabras clave: Síndrome de caídas, factores asociados.

1. Médico Familiar de la UMF No. 33

2. Médico Residente de primer año del CEMF de la UMF No. 33

II. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. Se define al envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. (1)

Se establece que una persona es adulta mayor, a partir de los 60 años, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y conforme al artículo 3º de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), se entenderá por personas adultas mayores, a las que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional". (2)

Con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en México el número de personas de 60 años o más, representa el 12.3% de la población total, que corresponde a 15.4 millones, casi la mitad de estas personas, se desarrollan en hogares de un solo núcleo familiar, cerca del 40%, se desarrollan en núcleos familiares extensos, y el 11.4 viven solos. De la población que viven solos, se encuentran expuestos a vulnerabilidad al no contar con una red familiar de apoyo, corresponde el 60% a mujeres. (3)

Tomando en cuenta los datos de ENADID 2018, la situación conyugal en las personas de edad que viven solas es la viudez, seguida de divorciados o separados y solo en menor predominio son los unidos. Referente a la fuente de ingreso en personas que viven solas, el 36.7 % es por jubilación o pensión, el 36.6 % por algún programa de gobierno y / o por su trabajo, el 34.4 %, solo el 16.4 % recibe apoyo por parte de familiares o amigos que viven en el país. (3)

En cuanto a los datos de personas que viven solas, la ENADID 2018 indica que el 27.1 % tiene discapacidad y el 42.3 % tiene alguna limitación para realizar alguna actividad básica. La mayor parte de la población habita en viviendas que cuentan con drenaje, agua entubada y el material de los pisos en su mayoría es de cemento, madera o mosaico. (3)

En el adulto mayor, ocurren ciertos cambios morfológicos y fisiológicos en los diferentes aparatos y sistemas, el reconocimiento de estos apoyará el análisis de las posibles consecuencias funcionales que se pueden presentar. (4)

En cuanto a la composición corporal, existe una disminución del agua corporal, así como un aumento en el porcentaje de grasa corporal, lo cual implica atención en cuanto a la farmacodinamia de los medicamentos. En el tubo digestivo, existe la pérdida progresiva de piezas dentales y atrofia de glándulas salivales, se presentan trastornos de la motilidad esofágica, así como disminución en la secreción de ácido en estómago. En el intestino, en gran medida el grueso, se presenta una disminución del tránsito intestinal. (4)

Se puede presentar menor velocidad de procesamiento, disminución de la memoria de trabajo y menor destreza motora, lo cual se encuentra asociado a la disminución de la masa cerebral, cambios no generalizados de la arborización neuronal. (4)

En el sistema muscular, se presenta sarcopenia, un síndrome que puede acompañarse de inactividad física, enlentecimiento de la marcha, caídas, disminución de la movilidad, alteración en el control de la temperatura, disminución de la fuerza y resistencia, y con ello, fragilidad. (4)

Además de los cambios físicos y fisiológicos, el envejecimiento está relacionado con el aspecto psicosocial. Puede existir disminución de la actividad social, cambios de roles y las posiciones sociales, las preferencias motivacionales pueden cambiar. Aunque la frecuencia de las relaciones sociales disminuye, se refuerza el valor y se hacen más gratificantes, se enriquece de la red de amigos y familiares. (4)

Se le nombra síndrome geriátrico, al síntoma o conjunto de síntomas complejos con alta prevalencia en los adultos mayores, consecuencia de diversas enfermedades y factores de riesgo. Los principales síndromes geriátricos son: caídas, delirio, inmovilidad, incontinencia, fragilidad. (5)

Las caídas, son “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad” (OMS), es un síndrome frecuente que causa gran impacto en la morbimortalidad de los adultos mayores. Se conoce como síndrome de caídas cuando ocurren más de dos caídas en un año. (5)

El síndrome de caídas afecta cada año, a una de cada tres personas mayores de 65 años no institucionalizados, como consecuencia pueden presentarse traumas leves hasta fracturas. (6)

Los factores de riesgo pueden considerarse intrínsecos cuando son propios del paciente y se relacionan con los cambios fisiológicos de la edad, son los factores de riesgo biológico,

como puede ser la disminución de la fuerza física, deterioro cognitivo y afectivo, enfermedades crónicas presentes en el adulto mayor. (7)

Dentro de los cambios asociados con el envejecimiento, podemos citar patologías de tipo visual, de tipo vestibular, y factores de la propiocepción. Algunos hábitos de vida como alimentación deficiente, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo tienen como consecuencia la aparición de carencias nutricionales, trastornos en sistema circulatorio, sistema musculoesquelético, lo cual contribuye en el aumento de riesgo de caídas. (8)

Se han identificado enfermedades crónicas que incrementan el riesgo de caídas, aquellas de tipo cardiovascular como valvulopatías, arritmias, cardiopatía isquémica, hipotensión ortostática, las cuales pueden llegar a alterar el flujo cerebral, así como alteración con los barorreceptores. De tipo articular podemos mencionar a osteoporosis, osteoartrosis degenerativa, que pueden provocar dolor e incapacidad y trastornos de la marcha, lo cual incrementa el riesgo de sufrir caídas. Trastornos cognitivos o psíquicos como la demencia, la depresión, afectan en gran medida la marcha. (9)

La población que padece secuelas de evento cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, epilepsia, neuropatías periféricas por diabetes mellitus son considerada población de riesgo. Enfermedades urológicas como incontinencia urinaria, predisponen a riesgo de caídas por la necesidad recurrente de acudir al baño, despertares múltiples. Dichas entidades nosológicas, aunadas a los cambios como la disminución del estado cognitivo, pérdida del equilibrio, predisponen a síndrome de caídas. (9)

Entre los factores extrínsecos, podemos dividirlos en socioeconómicos, comportamentales y ambientales. Hablando sobre los factores de riesgo socioeconómicos, se enlistan algunos, por ejemplo, bajo nivel de escolaridad, condiciones inadecuadas de la vivienda y acceso restringido a salud y asistencia social. (6)

La polifarmacia, alcoholismo, etilismo, sedentarismo, sobrepeso, miedo a caer, uso de aparatos para asistencia de la marcha, se consideran factores de riesgo comportamentales, y, por último, aquellos factores de riesgo que tienen que ver con la interacción de las condiciones del medio, como los peligros del entorno arquitectónico, de tipo doméstico por ejemplo, escaleras sin barandales, en mal estado, superficies resbaladizas, instalaciones eléctricas en mal estado y mala iluminación, camas altas o ausencia de barras en la ducha. Fuera de la casa podemos enumerar las barreras geográficas como calles mal iluminadas, aceras estrechas con desniveles, pavimento en mal estado, poca duración de semáforos,

mala calidad de transporte público, se consideran factores ambientales que de cierta manera son de difícil corrección, sin embargo, son de gran importancia para la prevención de caídas. (6)

De acuerdo con la OMS, la causa más frecuente de traumatismos en adultos mayores, son las caídas, con una tasa de mortalidad más elevada en hombres, debido a las actividades de mayor riesgo que desempeñan los hombres en comparación con mujeres. (10)

Las consecuencias por caídas en la población de adultos mayores se encuentran ligadas a limitaciones físicas que conllevan a otros síndromes geriátricos como la inmovilidad, lo cual generara cambios físicos y psicológicos, así como de tipo social. En algunos casos puede llegar a presentarse síndrome del miedo de caer, que puede intervenir en las actividades cotidianas del adulto mayor, incluso en la movilidad y capacidad funcional, factores que favorecen el aislamiento social, y trastornos como depresión e incluso la muerte. (11)

Es indispensable realizar una valoración geriátrica integral, encaminada para identificar y cuantificar los problemas físicos, psíquicos y sociales, que puedan presentarse para realizar intervenciones como programas de rehabilitación física, reducción de polifarmacia, así como capacitación a los familiares para modificar la seguridad en el entorno doméstico. (8)

Para la valoración de riesgo de caídas, se cuenta con la escala de riesgo de caídas de Downton, en la que se evalúan cinco criterios, los cuales son, caídas previas, medicamentos, presencia de déficits sensoriales, estado mental y deambulación. Para la interpretación del puntaje obtenido en dicha escala, un valor igual o mayor a 3 indica un alto riesgo, de 1 a 2, mediano riesgo y de 0 a 1 indica bajo riesgo. (12) (13)

En cuanto a los factores de caídas, se cuenta con el cuestionario para el estudio de caídas de la OMS, el cual contiene una ficha para datos personales que incluyen edad, somatometría, estado civil, profesión, hábitat, y análisis funcional, que a través de una serie de preguntas se puede identificar si la persona adulta mayor presenta dificultad para realizar ciertas actividades como levantarse, correr, andar, así como identificación de comorbilidades, identifica además los medicamentos con los cuales se encuentra en tratamiento y el número de los mismos. Se identifica el antecedente de caídas en los últimos 6 meses, la información sobre características de la caída, presencia de síndrome postcaída, así como las características del medio ambiente en el que se desenvuelve. Se interroga además si recibió atención médica posterior a la caída. (13)

III. ANTECEDENTES

Con relación a los factores de riesgo para síndrome de caídas en adultos mayores, Cabrera et al. 2019, llevaron a cabo un estudio de tipo transversal en donde se incluyeron adultos mayores de 60 años con prescripción de cuatro fármacos simultáneamente y se utilizó el cuestionario de estudio de la (OMS) y se consideraron variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad, peso, talla, índice de masa corporal, tipo de medicamentos, comorbilidades y uso de apoyos externos al desplazarse. Se encontró que el 29.9% de los participantes, presentaron caídas en los últimos seis meses, y que el consumo de antidepresivos y diuréticos fueron los factores de riesgo asociados. (13)

De acuerdo con el estudio realizado por Suárez et al. (2018), titulado “factores asociados con caídas en el adulto mayor”, los autores llevaron a cabo un estudio transversal en población abierta de 94 adultos mayores de 60 años, seleccionados aleatoriamente, se realizó una entrevista en la que se indago sobre datos sociodemográficos, escolaridad, riesgo de caídas, y escala Katz para valoración de dependencia. (9)

En el estudio previamente mencionado, los autores encontraron como factor predisponente para presentar caídas, la presencia de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dificultad para cuidado, apoyo para la marcha y la polifarmacia. Se detalla que fue el hogar en donde hubo mayor porcentaje para presentar caídas. (9)

De acuerdo con Thompson (2019), realizó un estudio titulado “caídas múltiples y factores asociados en adultos mayores funcionales no institucionalizados de Villahermosa, Tabasco, México”. En el estudio participaron adultos mayores de entre 60 a 86 años, en el que se recopilaron mediante interrogatorio directo, variables como edad, sexo, estado civil, nivel de actividad física, limitaciones funcionales, enfermedades de diagnóstico conocido, número de medicamentos consumidos, número de caídas durante los últimos seis meses caída de primera vez. (14)

Como resultado del estudio referido anteriormente, se encontró mayor frecuencia el sexo masculino para padecer una caída de primera vez, y padecimientos de tipo cardiovascular como factor predisponente. En este estudio se menciona que los factores protectores para caídas múltiples fueron estado civil no unido, es decir, sin pareja, así como haber presentado una caída previa. Asimismo, concluyen que la prevalencia de caídas de primera

vez fue de 82 %, un porcentaje mayor al consultado en literatura consultada, lo cual es referido en el estudio. (14)

Vázquez et al. (2016) realizaron un estudio titulado “Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adultos mayores”, en este estudio participaron 100 adultos mayores de 60 años de una clínica de medicina familiar en la Ciudad de México, se determinó que 99 % de los adultos mayores presentaron al menos una patología de pie, la mayor parte de la población fue de sexo femenino, además de las comorbilidades que presentaban con mayor porcentaje eran patologías articulares, así como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se concluye la importancia de realizar un interrogatorio para identificar las patologías en pie en los adultos mayores, con ello precisar el riesgo que tienen para presentar síndrome de caídas. (15)

Con base al estudio realizado en Perú por Casahuaman – Orellana et al. (2019), con título “Asociación entre síndrome de caídas y síntomas depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú 2013-2017”, se buscó determinar la existencia de asociación entre síndrome de caídas y la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores de once comunidades entre los años. Detallan el antecedente de un estudio realizado en México, en el cual se encontró una asociación significativa del síndrome de caídas con la presencia de factores de calidad de vida con equilibrio, depresión, confusión, desorientación, mareos y el uso de diversos medicamentos. (16)

En el estudio llevado a cabo por Casahuaman – Orellana et al. (2019), se analizó una población de participantes a quienes se les recolectaron datos mediante un instrumento dividido en 3 partes, en la primera se obtuvieron datos generales como edad, sexo. Estado civil, lugar de residencia, si la persona vivía acompañada y grado de escolaridad y la condición de su salud actual clasificándola como excelente, muy bueno, regular y malo. En el segundo apartado del instrumento se detallaron los antecedentes patológicos, dentro de los cuales se precisa, antecedentes de caídas, polifarmacia, y comorbilidades en el tercer apartado se procedió con el examen físico, mediante el instrumento de la escala de depresión de Yesavage, el índice de Barthel para valorar la dependencia del adulto mayor se concluyó, que el 48.48 % de la población evaluada de adultos mayores, presentó sintomatología depresiva. (16)

En el estudio realizado por Manrique- Espinoza et al. (2010), con título “prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores

pobres en México”, se llevó a cabo como parte del proyecto diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para adultos mayores del programa oportunidades durante el año 2006. En el mencionado estudio, se contó con adultos mayores de 70 años y más que estaban inscritos en el programa oportunidades, la variable de respuesta fue la dependencia funcional. (17)

Se llevó a cabo un estudio en Tlaxcala México, titulado “Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar”, Hernández et al. (2019). Los participantes fueron adultos mayores de 65 años, que tuvieron o no caídas en los últimos 6 meses y se aplicaron encuestas, de los resultados obtenidos la mayoría fueron del sexo femenino de predominio de los 65 a los 69 años. La ocupación que predomina fue ama de casa con el 44.2 %, seguido de campesino con un porcentaje del 25.3 %, el 55.2 % vive con su pareja. Destacan la presencia de alteraciones visuales, así como alteraciones en los pies para mayor frecuencia de caídas. Dentro de los medicamentos que se identificaron en la población estudiada, fueron los antiinflamatorios no esteroideos, hipoglucemiantes y la combinación de estos últimos con antihipertensivos. (18)

En un estudio realizado en 2015, al noreste de México, Salas – Delgado et al. (2015), con el objetivo de determinar si la sobrecarga del cuidador era un factor de riesgo para la presencia de caídas en pacientes geriátricos, llevándose a cabo en una población de adultos mayores de 60 años, índice de Barthel menor de 70, que hubieran presentado caídas en los últimos seis meses. (19)

Por último, se llevó a cabo un estudio en un centro de primer nivel de atención médica en Puebla, México, por González – López et al. (2014), se incluyeron como participantes a los adultos mayores de 65 años con antecedentes de haber presentado fractura traumática de cadera, en un tiempo mayor a 6 meses. En este estudio, tuvo como objetivo identificar la frecuencia de síndromes geriátricos en pacientes que sufrieron fractura de cadera no reciente, se detalló que el síndrome de depresión se presentó con mayor frecuencia, seguido de polifarmacia, trastorno del sueño, sobrepeso, caídas e incontinencia urinaria. Dicho estudio concluye que es importante realizar más investigaciones acerca de la prevención y el manejo integral de los síndromes geriátricos para mejorar calidad de vida de los adultos mayores. (20)

IV. JUSTIFICACIÓN

Los síndromes geriátricos son una de las enfermedades de mayor importancia en los adultos mayores, con causa multifactorial y que afecta a gran parte de la población, y de un gran impacto para el paciente y los cuidadores. Se trata de un tema de gran relevancia, englobando al síndrome de caídas, en el cual, el riesgo de complicaciones es en aumento.

En México, el síndrome de caídas es de gran relevancia por la alta frecuencia en la población, a pesar de conocer los factores que se encuentran involucrados para la prevención. Existen estudios realizados acerca del tema, sin embargo, hace falta indagar aún más en el manejo integral, así como medidas para llevar a cabo una prevención. Dentro de los objetivos del presente estudio, se trata de encontrar los factores más frecuentes que desencadenan en caídas y con ello en el desgaste físico, mental del paciente que acude a consulta a unidad de medicina familiar.

Las complicaciones del síndrome de caídas desencadenan gastos a los cuidadores primarios y como consecuencia gastos en la atención de las instituciones de Salud del país. Son consideradas la segunda causa de mundial de muerte por lesiones no intencionadas. La mayor parte de las muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos, considerando a nuestro país como una región con gran tasa de morbimortalidad por esta causa.

Identificar los factores asociados a la frecuencia de síndrome de caídas en adultos mayores, es susceptible de ser realizados, ya que se cuenta con un instrumento, la escala Downton, la cual evalúa las dimensiones sobre caídas, previas, ingesta de medicamentos, déficit sensorial, estado mental y deambulación. Evalúa el riesgo de caídas, en escala de alto riesgo si es mayor de 2 puntos, y de bajo riesgo si es menor de 2 puntos.

Con la realización de esta investigación, se verán beneficiados en primer lugar, los usuarios adultos mayores de la UMF 33, así como sus familiares, cuidadores primarios, ya que permitirá identificar los principales factores asociados y con ello poder intervenir, realizando capacitación en el personal de salud y familiares del adulto mayor, en la prevención de los factores modificables y con ello mejorar la calidad de vida del paciente y reducir gastos por complicaciones en las instituciones de salud.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen algunos estudios realizados en México y otros países sobre los factores de riesgo asociados al síndrome de caídas en adultos mayores, sin embargo, son estudios en los cuales se mencionan la asociación con algún factor de riesgo, por ejemplo, la polifarmacia, la fractura de cadera. En la Unidad de Medicina Familiar no. 33, se han realizado dos estudios, uno acerca del riesgo de caídas en adultos mayores y el segundo, acerca de la asociación entre el síndrome de caídas y el control metabólico en adultos mayores con DM2.

De acuerdo con Galván Parra et al. (2010), realizaron un estudio con base en el diagnóstico de caídas en adultos mayores de una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México, realizaron cuestionarios para determinar calidad de vida, perfil de salud de Nottingham, y modelo Hendrich II de riesgo de caída. Determinaron una relación entre diagnóstico de caídas y obesidad. En cuanto a los factores extrínsecos, se presentaron con mayor frecuencia las caídas en domicilio (62.5 %), bien iluminado (88.9 %) y suelo irregular (42.2 %). (21)

Al respecto Vázquez et al. (2015), realizaron un estudio, en 100 adultos mayores de 60 años en una clínica de medicina familiar en la Ciudad de México, en el estudio los investigadores concluyeron que en el 99 % de los pacientes se presentaba al menos una patología en el pie, la mayor prevalencia fue Hallux valgus, el 43 % presento algún grado de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria. Se identificó una relación con las alteraciones de la función o con la presencia de síndrome de caídas con el grado de deformidad articular. (15)

Con relación a Suárez et al. (2018), llevaron a cabo un estudio en población abierta de 94 adultos mayores de 60 años, en los que realizaron entrevistas para indagar sobre datos sociodemográficos, escolaridad, riesgo de caídas y dependencia. Se determinó que un factor importante que guardó relación con las caídas fue presentar alguna enfermedad como diabetes mellitus e hipertensión, así como presentar dificultad para su cuidado. En este estudio también se encontró mayor frecuencia de caídas en los adultos mayores que utilizaban algún aditamento para moverse, así como polifarmacia. (9)

En un estudio realizado en Perú, por Casahuana – Orellana (2019), con el objetivo de determinar si existe asociación entre síndrome de caídas y la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores, llevaron a cabo un estudio retrospectivo analítico en una

muestra de pobladores de 60 años o más, utilizando un instrumento que contenía datos personales del participante, antecedentes patológicos de importancia y examen física. En el estudio se determinó que un 35.23 % de las caídas ocurrió en población que consumía alcohol, 48.48 % tenía alguna sintomatología depresiva asociada. (16)

Por otro lado, Leiva et al. (2017) en Chile, realizaron un estudio en una población de adultos mayores de 60 y 94 años, con el objetivo de describir las características sobre el uso de bastón y la prevalencia de caídas en adultos mayores, se recolectaron datos mediante un cuestionario en el que evaluaciones variables sociodemográficas, uso de bastón y caídas. Como resultados de la investigación, los autores determinaron que 95.3 % conocía el motivo para uso del bastón, 7.8 % utilizaba el bastón para moverse dentro de su domicilio, 45.3 % cuando se moviliza fuera del domicilio, 46.9 % cuando se moviliza por todas partes y 48.4 admitió no le agrada usar bastón. Dentro de los resultados obtenidos por los investigadores, se observó que la prevalencia de caídas en los últimos seis meses fue de 73 %, mientras que el 61 % de esos pacientes no estaba usando el bastón al momento de las caídas. (22)

Al respecto, Cabrera et al. (2019), realizaron un estudio para determinar los factores de riesgo asociados a síndrome de caídas con polifarmacia, en el estudio participaron adultos mayores de 60 años, en ellos se demostró que el 79 % había presentado una caída en los últimos seis meses, la mediana de medicamentos que consumían era seis, y se identificaron los antihipertensivos, antiinflamatorios no esteroideos y diuréticos con mayor frecuencia. (13)

De acuerdo con Thompson et al. (2018), realizaron un estudio en adultos funcionales no institucionalizados, sin deterioro cognitivo, en el cual, 100 % de los participantes tuvieron al menos una caída durante los últimos seis meses, 82 % fue caída de primera vez mientras que el 18 % fueron caídas múltiples, se encontró asociación entre caídas múltiples y estado civil no unido. (14)

Con base en lo anterior, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a síndrome de caídas en adultos mayores de la unidad de medicina familiar no. 33?

VI. OBJETIVOS

▪ OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados al síndrome de caídas en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 33

▪ **Objetivos Específicos.**

- Establecer la frecuencia de síndrome de caídas en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.

- Analizar los principales factores intrínsecos (enfermedad asociada, caída previa, ingesta de medicamentos, déficit sensorial, estado mental, deambulación) asociados al síndrome de caídas en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.

- Analizar los principales factores de extrínsecos (lugar donde ocurrió la caída, iluminación del lugar de la caída) asociados al síndrome de caídas en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.

- Reconocer los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil) asociados al síndrome de caídas en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.

VII. MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 perteneciente al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada D.F. Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas S/N Colonia El Rosario Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México, en el servicio de Consulta Externa, con el fin de determinar los factores de riesgo asociados a síndrome de caídas en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No 33.

Se trata de un estudio descriptivo, para el cual se calculó 1 muestra de adultos de 60 años y más con un intervalo de confianza del 95% y un porcentaje de error del 5%. En el estudio participaron 318 adultos mayores de 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 33, del turno matutino y vespertino, que acudieron a consulta y otorgaron su consentimiento para participar en el estudio y que, al responder un cuestionario, se identificaron al menos un factor asociado para síndrome de caídas en un periodo mínimo de 6 meses.

A los participantes se les aplicará un instrumento para determinar los siguientes factores como edad, sexo, enfermedades crónicas asociadas, lugar y características del lugar de la caída, caídas previas, ingesta de medicamentos, déficits sensoriales, estado mental, deambulacion.

Los resultados de la investigación se concentraron en una base de datos del programa Microsoft Excel. El análisis estadístico se realizó a través de estadística inferencial ji-cuadrada χ^2 para determinar correlación de variables cualitativas. La representación gráfica de los resultados se realizó utilizando gráficas de sectores y de barras.

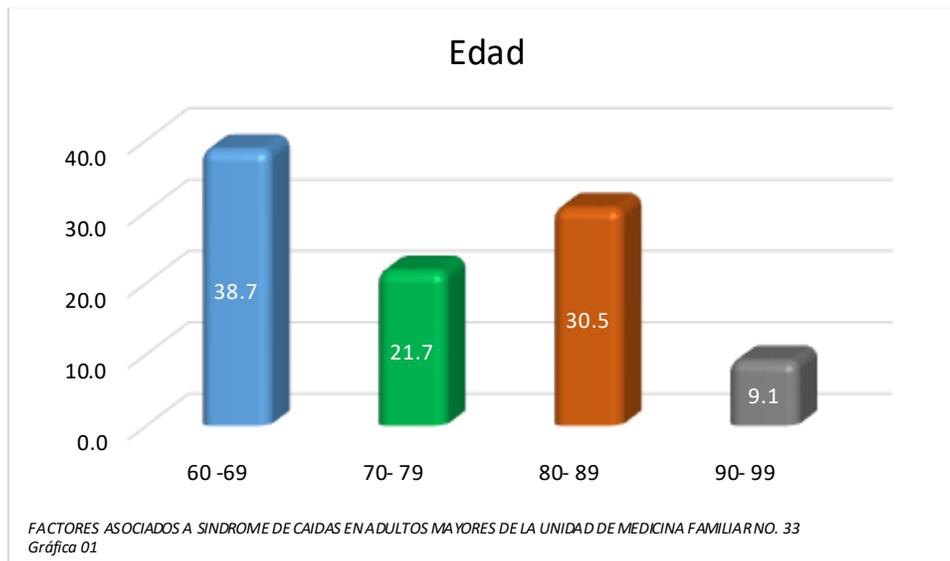
El estudio se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional.

VIII. RESULTADOS

Edad

Los pacientes adultos mayores de la UMF No.33 con antecedentes de caídas se agrupan en los siguientes rangos de edad, que van desde los 60 años a los 99, para fines de manejo de datos, los adultos mayores se agruparon en 4 rangos de edad (Tabla 01). De los adultos mayores, el primero grupo de 60-69 años es el más grande con 38.7%, seguido del grupo de 80-89 años con 30.5%.

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 01	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
	60 -69	123	38.7	38.7	33.3	44.0
	70- 79	69	21.7	60.4	17.3	26.4
	80- 89	97	30.5	90.9	25.2	35.5
	90- 99	29	9.1	100.0	6.0	12.3
	Total	318	100.0		100.0	100.0



Para verificar de manera individual si la edad es un factor de importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

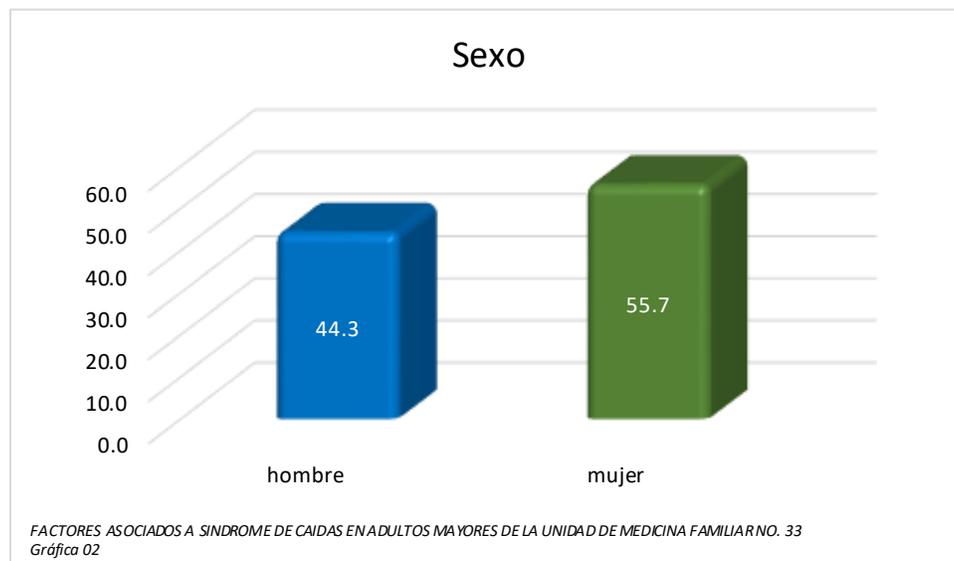
FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Se acepta la Hipótesis H0 (P-valor = 0.267 ya que es mayor a 0.05) en favor de que la variable Edad no está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33. Es decir, la edad no es un factor de relevancia estadística en la frecuencia de caídas en el adulto mayor.

Sexo

Los adultos mayores considerados en el presente estudio muestran una distribución por sexo bastante balanceada, con 44.3% de hombres y 55.7% mujeres. (Tabla 02)

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 02		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Sexo	<i>hombre</i>	141	44.3	44.3	38.4	50.0
	<i>mujer</i>	177	55.7	100.0	50.0	61.6
	Total	318	100.0		100.0	100.0



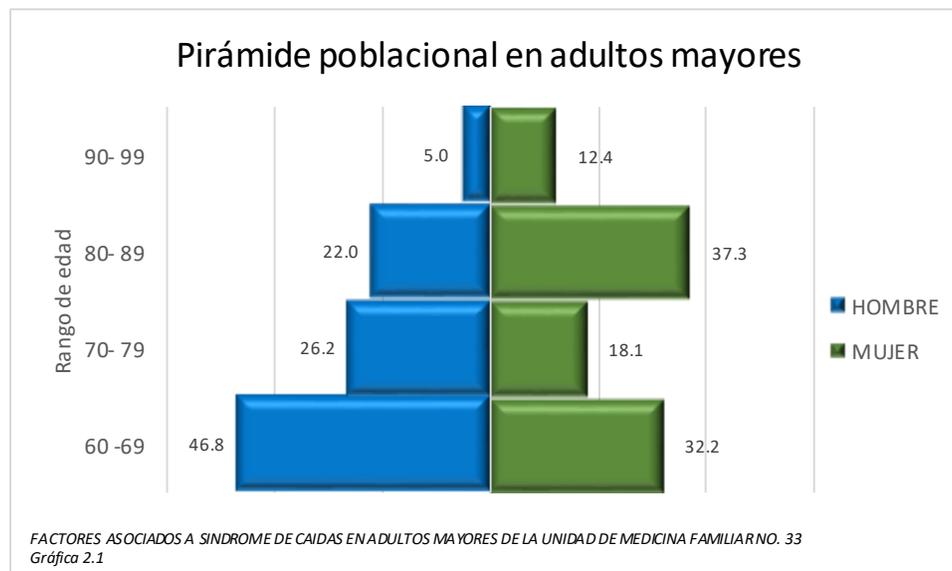
FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Resulta de gran ayuda visualizar el sexo de los pacientes por rangos de edad para poder identificar la prevalencia de síndrome de caída en adultos mayores en la pirámide poblacional del grupo de estudio (Tabla 2.1)

Como se puede observar, sobresalen los hombres de 60-69 años en el primer grupo de edad y las mujeres en el grupo de 80-89 años. Que son los dos grupos de mayor interés en el estudio.

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla 2.1		Sexo		Total
		hombre	mujer	
Pirámide poblacional en adultos mayores	60 -69	66	57	123
	70- 79	37	32	69
	80- 89	31	66	97
	90- 99	7	22	29
Total		141	177	318



Para verificar de manera individual si el sexo es un factor de importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

Se acepta la Hipótesis H0 (P-valor = 0.241 ya que es mayor a 0.05) en favor de que la variable Sexo no está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

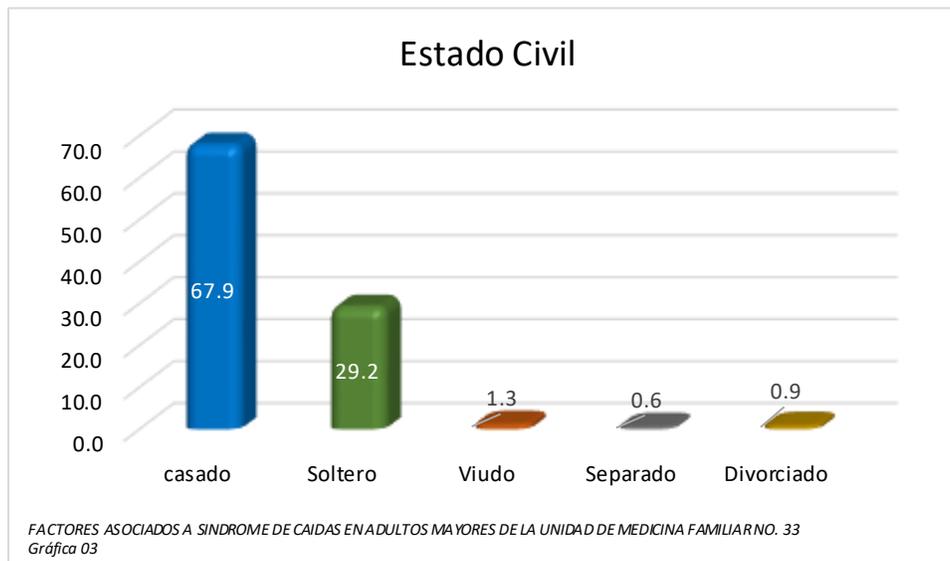
**FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33**

Es decir, el sexo de los pacientes no es un factor de relevancia estadística en la frecuencia de caídas en el adulto mayor.

Estado Civil

En apoyo al mejor entendimiento de los adultos mayores con síndrome de caída en la UMF No. 33, es importante identificar el Estado Civil (Tabla 03). Los pacientes son en su mayoría casados (67.9%) y el resto son Solteros, Viudos, Separados o Divorciados (32.1%).

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 03		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Estado Civil	<i>casado</i>	216	67.9	67.9	62.9	73.0
	<i>Soltero</i>	93	29.2	97.2	24.5	34.0
	<i>Viudo</i>	4	1.3	98.4	0.3	2.5
	<i>Separado</i>	2	0.6	99.1	0.0	1.6
	<i>Divorciado</i>	3	0.9	100.0	0.0	2.2
	Total	318	100.0		100.0	100.0



FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Para verificar de manera individual si el estado civil es un factor de importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

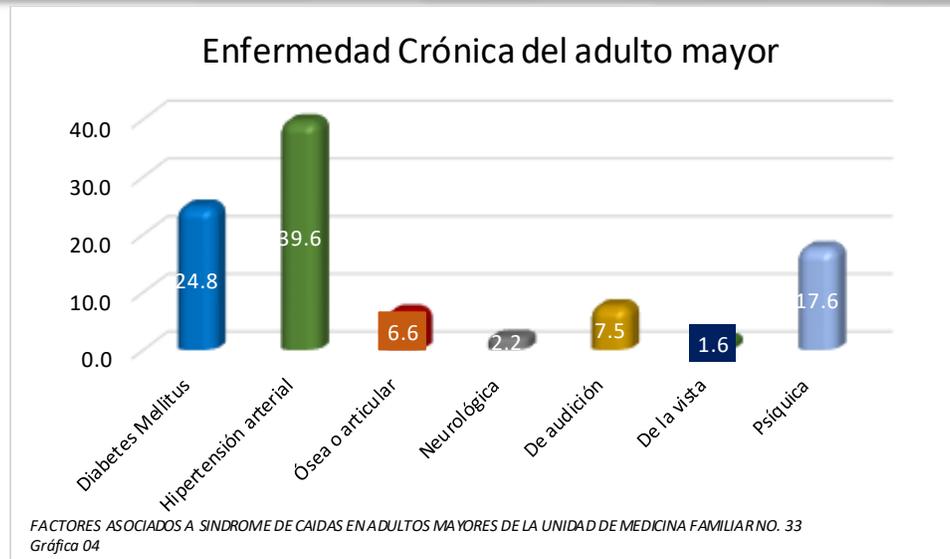
Se acepta la Hipótesis H0 (P-valor = 0.100 ya que es mayor a 0.05) en favor de que la variable Estado Civil no está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

Es decir, el estado civil de los pacientes no es un factor de relevancia estadística en la frecuencia de caídas en el adulto mayor.

Enfermedad crónica del adulto mayor

Otro factor de importancia para identificar la prevalencia del síndrome de caída son las enfermedades crónicas del adulto mayor, la de mayor frecuencia en los pacientes es Hipertensión arterial con 39.6%, seguido de Diabetes Mellitus con 24.8% y enfermedad Psíquica con 17.6%, siendo estas las de mayor importancia. Tabla 04

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 04		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Enfermedad Crónica del adulto mayor	<i>Diabetes Mellitus</i>	79	24.8	24.8	20.1	29.9
	<i>Hipertensión arterial</i>	126	39.6	64.5	34.3	45.3
	<i>Osea o articular</i>	21	6.6	71.1	3.8	9.4
	<i>Neurológica</i>	7	2.2	73.3	0.9	3.8
	<i>De audición</i>	24	7.5	80.8	4.7	10.7
	<i>De la vista</i>	5	1.6	82.4	0.3	3.1
	<i>Psíquica</i>	56	17.6	100.0	13.8	22.0
	Total	318	100.0		100.0	100.0



Para verificar de manera individual si la presencia de Enfermedad Crónica del adulto mayor es un factor de importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

Se rechaza la Hipótesis H₀ (P-valor = 0.013 ya que es menor a 0.05) en favor de que la variable Enfermedad Crónica del adulto mayor está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

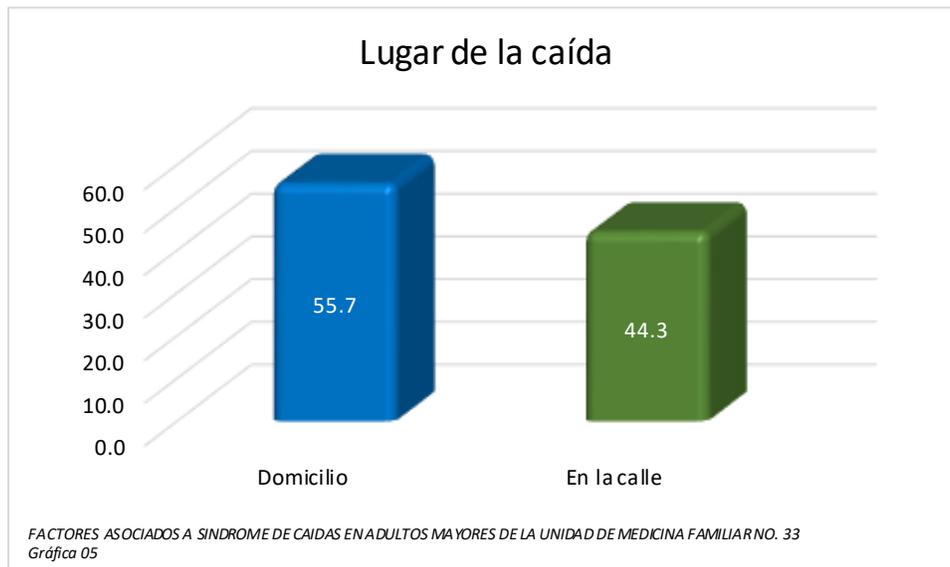
Es decir, Enfermedad Crónica del adulto mayor en pacientes si es un factor de relevancia estadística en la frecuencia de caídas en el adulto mayor, principalmente en pacientes con Hipertensión Arterial y enfermedad Psíquica.

Lugar de la caída

Un factor importante en la prevención del síndrome de caída es identificar el lugar de la caída. En este encontramos dos categorías, caídas dentro del domicilio 55.7% y caídas en la calle 44.3%; esta variable de manera independiente plantea que el mayor riesgo del adulto mayor es dentro del domicilio, sin embargo, más adelante si revisamos el modelo involucrando esta y otras variables en simultaneo, podría modificarse el factor de riesgo fuera del domicilio. Tabla 05

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla 05		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Lugar de la caída	<i>Domicilio</i>	177	55.7	55.7	50.0	60.7
	<i>En la calle</i>	141	44.3	100.0	39.3	50.0
	Total	318	100.0		100.0	100.0



Para verificar de manera individual si al identificar el lugar de la caída del adulto mayor es un factor de importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

Se rechaza la Hipótesis H0 (P-valor = 0.046 ya que es menor a 0.05) en favor de que la variable Lugar de la caída del adulto mayor está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

Es decir, El lugar de caída del adulto mayor en pacientes si es un factor de relevancia estadística, principalmente en pacientes con múltiples caídas que se encuentran en la calle y en pacientes con primera caída dentro del domicilio.

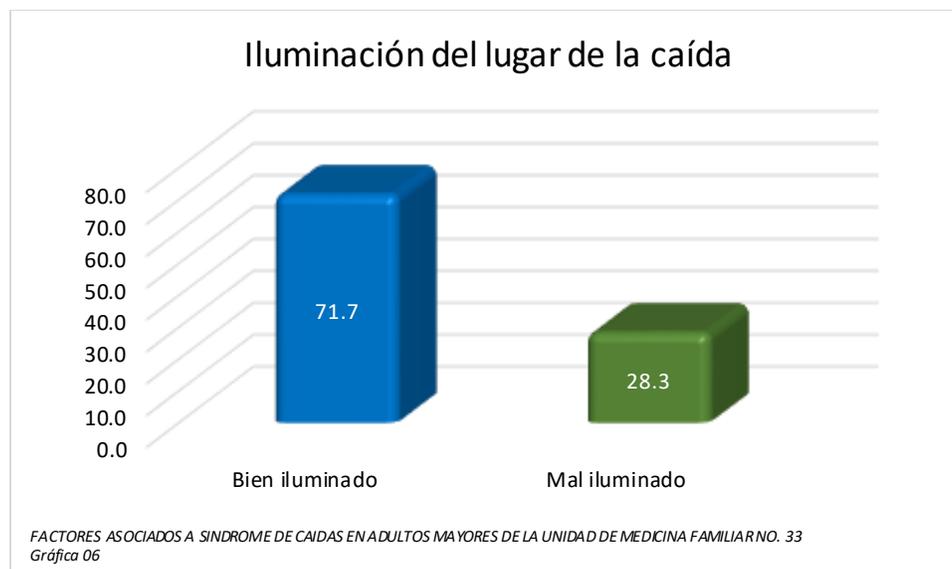
Iluminación del lugar de la caída

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

La iluminación del lugar de la caída resulta de gran importancia ya que un lugar bien iluminado puede prevenir una caída del adulto mayor. Los lugares bien iluminados resultan con un 71.7% de los eventos y un lugar mal iluminado resulta con 28.3% de los casos. Tabla 06

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla 06		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Iluminación del lugar de la caída	Bien iluminado	228	71.7	71.7	67.0	76.7
	Mal iluminado	90	28.3	100.0	23.3	33.0
	Total	318	100.0		100.0	100.0



Para verificar de manera individual si al identificar la iluminación del lugar de la caída del adulto mayor es un factor de importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

Se acepta la Hipótesis H0 (P-valor = 0.065 ya que es mayor a 0.05) en favor de que la variable Iluminación del lugar de la caída del adulto mayor no está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

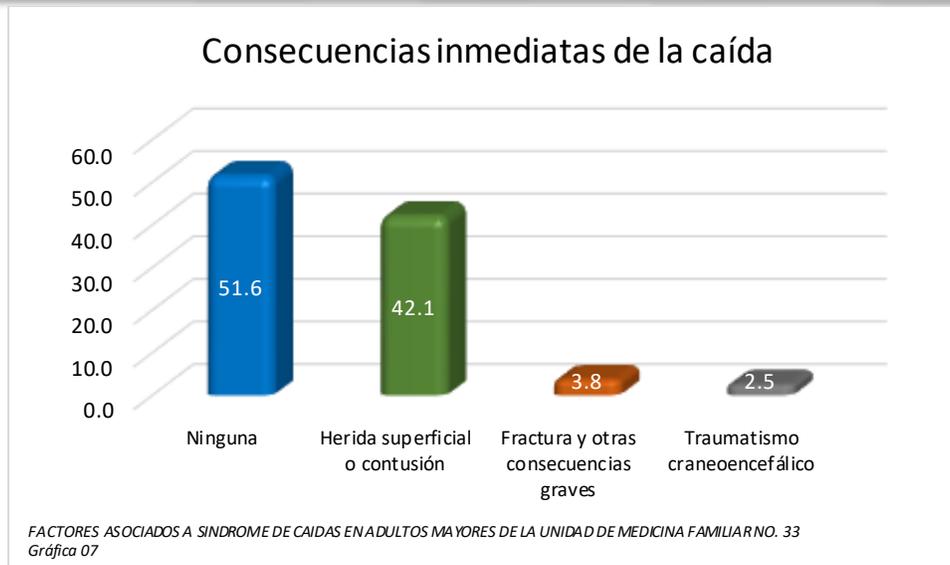
Consecuencias inmediatas de la caída

Es importante conocer las características de las consecuencias inmediatas de la caída para poder tomar las medidas necesarias para prevenir las caídas en adultos mayores de la UMF No. 33. Si bien, los datos recogidos en la muestra indican que en el 51.6% de los casos no hay ninguna consecuencia inmediata, sin embargo, en un 42.1% de los casos hay heridas superficiales o contusiones en el adulto mayor, tan solo en un 3.8% de las ocasiones hay consecuencias de mayor gravedad o fracturas y tan solo en 2.5% de las caídas tienen como consecuencia traumatismos craneoencefálicos. Es por esto la importancia de tomar las medidas necesarias para reducir las consecuencias en una caída en el adulto mayor. Tabla 07

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 07		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Consecuencias inmediatas de la caída	<i>Ninguna</i>	164	51.6	51.6	46.2	57.2
	<i>Herida superficial o contusión</i>	134	42.1	93.7	36.5	47.5
	<i>Fractura y otras consecuencias graves</i>	12	3.8	97.5	1.9	6.3
	<i>Traumatismo craneoencefálico</i>	8	2.5	100.0	0.9	4.4
	Total	318	100.0		100.0	100.0

Para verificar de manera individual si las consecuencias inmediatas de la caída del adulto mayor están relacionadas con la importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

Se rechaza la Hipótesis H0 (P-valor = 0.000 ya que es menor a 0.05) en favor de que la variable consecuencias inmediatas de la caída del adulto mayor si está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

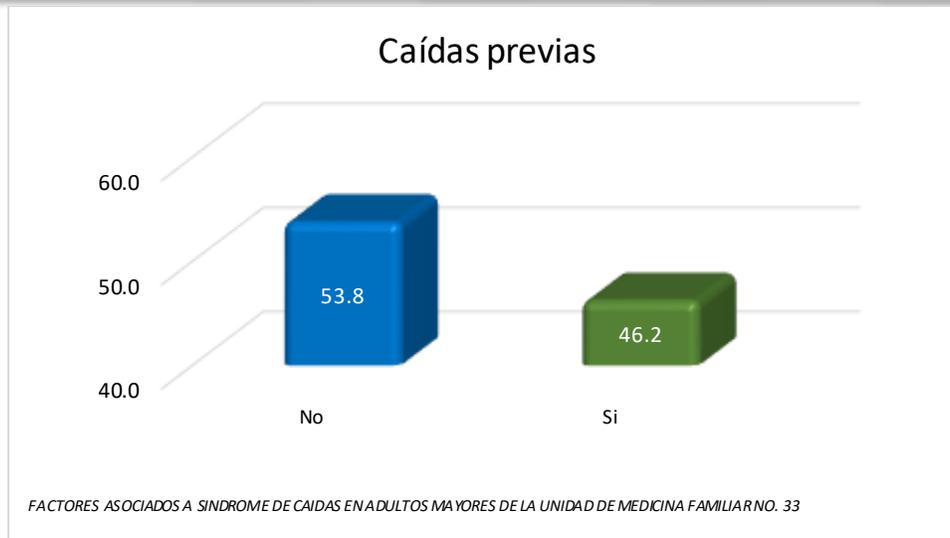


Caídas previas

Las caídas previas identificadas en el adulto mayor se han tomado como variable independiente en la determinación de los factores de riesgo asociados a síndrome de caídas en adultos mayores de la UMF No. 33. Para identificar cuáles han sido los factores de riesgo se tiene que conocer la frecuencia de caída de manera sencilla en los adultos mayores, para lo cual se identifica que un 53.8% no declara haber tenido una caída previa al momento del registro de la información, es decir, el adulto mayor ha presentado su primera caída de riesgo. En el 46.2% de los casos los adultos mayores han presentado más de una caída. Tabla 08. Conociendo estas frecuencias, podremos determinar cuáles son las variables que aportan mayor riesgo y, por tanto, prevenirlas.

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 08		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Caídas previas	<i>No</i>	171	53.8	53.8	48.7	59.1
	<i>Si</i>	147	46.2	100.0	40.9	51.3
	Total	318	100.0		100.0	100.0

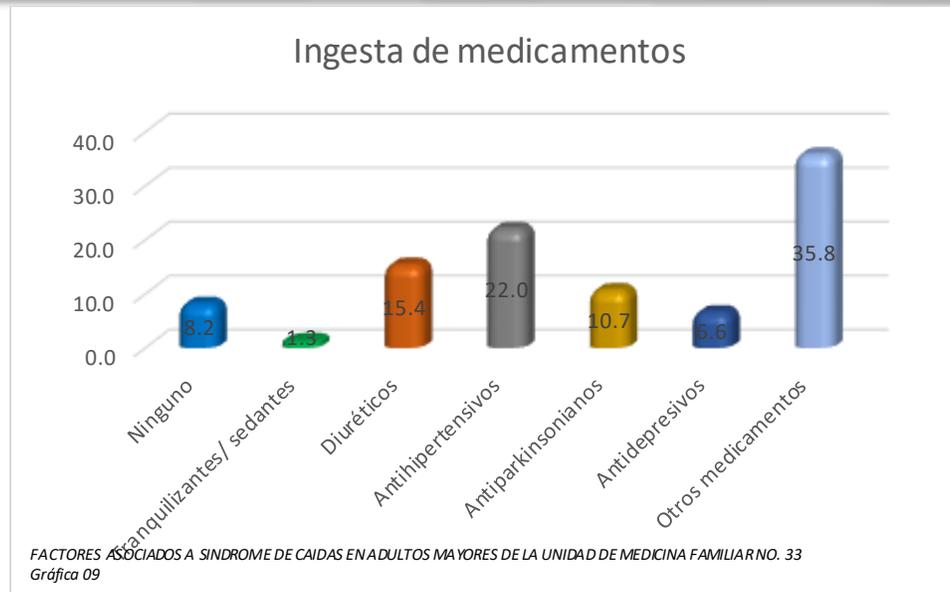
FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33



Ingesta de medicamentos

El adulto mayor recurre a la ingesta recurrente de diversos medicamentos, tan solo en un 8.2% de los casos el adulto no consume ningún medicamento. En su mayoría se consumen antihipertensivos (22%), diuréticos (15.4%), seguido de Antiparkinsonianos (10.7%) como los principales medicamentos. Se podría identificar alguna correlación entre la frecuencia de caídas en adultos mayores con el consumo frecuente de medicamentos. Tabla 09

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 09		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Ingesta de medicamentos	<i>Ninguno</i>	26	8.2	8.2	5.3	11.3
	<i>Tranquilizantes/sedantes</i>	4	1.3	9.4	0.3	2.5
	<i>Diuréticos</i>	49	15.4	24.8	11.3	19.5
	<i>Antihipertensivos</i>	70	22.0	46.9	17.3	26.4
	<i>Antiparkinsonianos</i>	34	10.7	57.5	7.5	14.5
	<i>Antidepresivos</i>	21	6.6	64.2	4.1	9.1
	<i>Otros medicamentos</i>	114	35.8	100.0	30.5	41.2
	Total	318	100.0		100.0	100.0



Para verificar de manera individual si la ingesta de medicamentos del adulto mayor está relacionada con la importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

Se rechaza la Hipótesis H0 (P-valor = 0.000 ya que es menor a 0.05) en favor de que la variable Ingesta de medicamentos del adulto mayor si está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

Déficits sensoriales

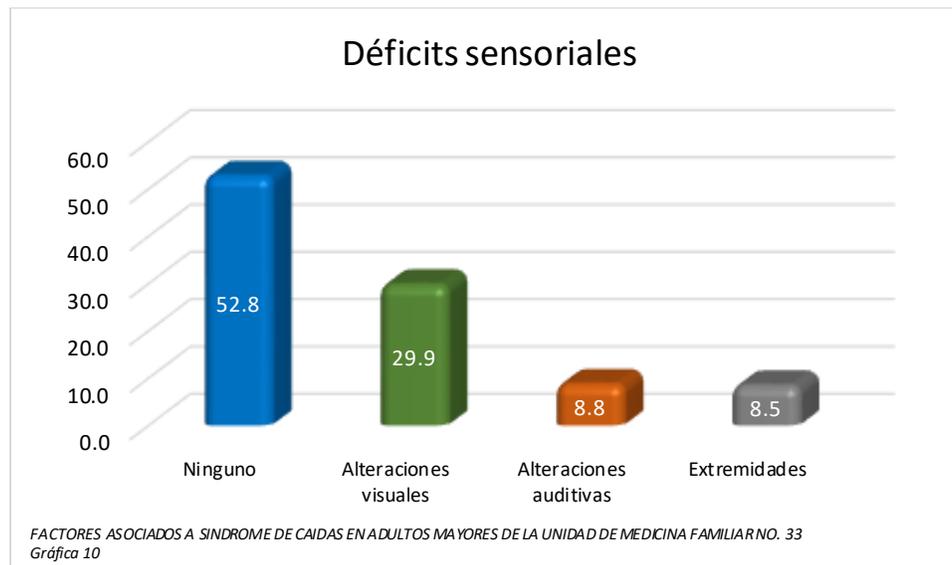
Uno de los factores asociados a la caída en adultos mayores resulta ser el déficit sensorial, que puede limitar la capacidad del adulto mayor de tener una movilidad eficiente. En un 52.8% de los casos el adulto no tiene ningún déficit sensorial, en un 29.9% presentan alteraciones visuales, Alteraciones auditivas y extremidades en un 8.8% y 8.5% respectivamente. Identificando si estos déficits son factor de riesgo es determinante para incrementar la prevención de caídas. Tabla 10

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla 10		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Déficits sensoriales	<i>Ninguno</i>	168	52.8	52.8	47.5	58.2
	<i>Alteraciones visuales</i>	95	29.9	82.7	25.2	35.2
	<i>Alteraciones auditivas</i>	28	8.8	91.5	6.0	11.9
	<i>Extremidades</i>	27	8.5	100.0	5.7	11.6
	Total	318	100.0		100.0	100.0

Para verificar de manera individual si el Déficit sensoriales del adulto mayor está relacionada con la importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

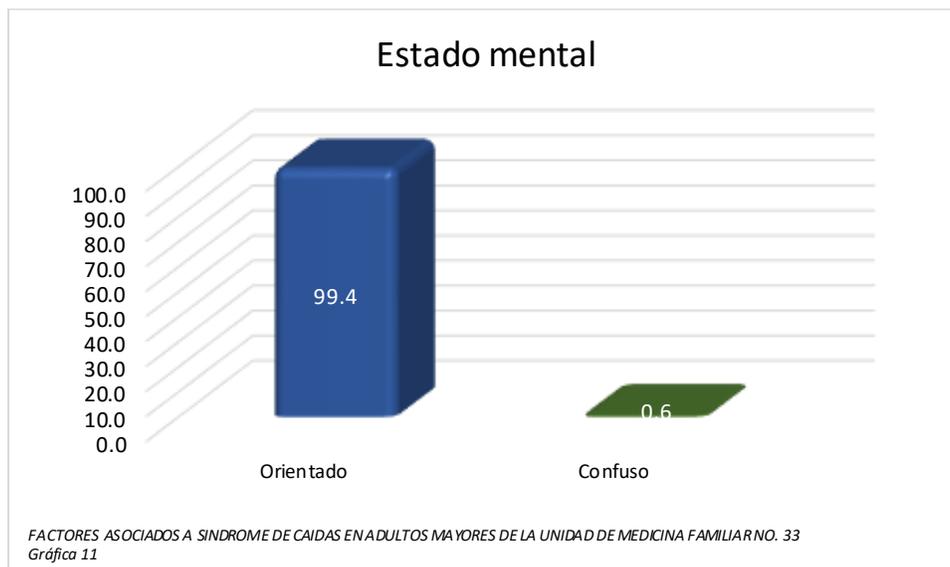
Se rechaza la Hipótesis H0 (P-valor = 0.001 ya que es menor a 0.05) en favor de que la variable Déficit sensoriales del adulto mayor Si está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.



Estado mental

El estado mental del paciente adulto mayor posterior a la caída resulta en un estado orientado en un 99.4% y tan solo en una pequeña minoría del 0.6% de las caídas, el adulto mayor presenta un estado mental confuso. Se considera de gran importancia que el paciente adulto mayor no presente un estado confuso ya que podría implicar consecuencias de mayor gravedad. Tabla 11

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 11		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferior	Superior
Estado mental	<i>Orientado</i>	316	99.4	99.4	98.4	100.0
	<i>Confuso</i>	2	0.6	100.0	0.0	1.6
	Total	318	100.0		100.0	100.0



FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

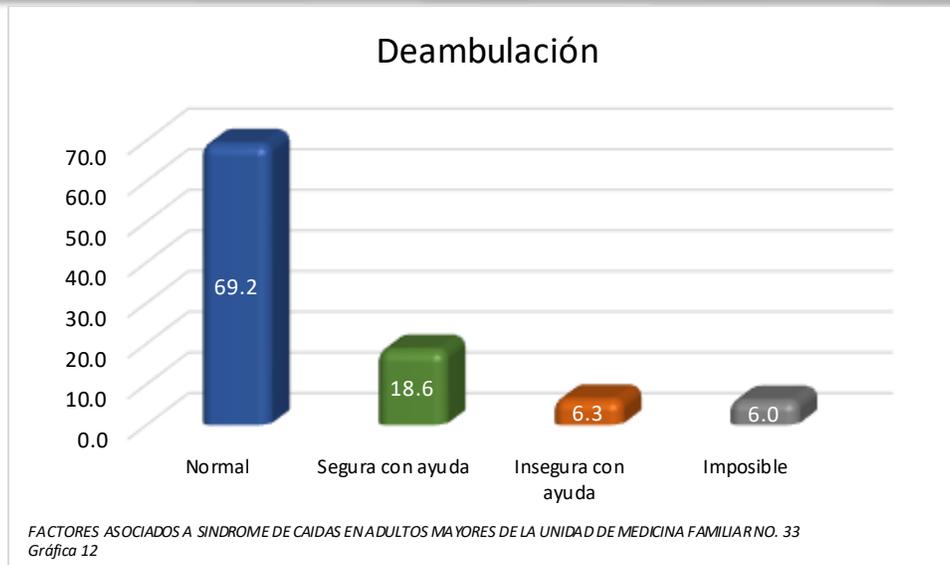
Para verificar de manera individual si el Estado mental del adulto mayor está relacionada con la importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

Se acepta la Hipótesis H0 (P-valor = 0.126 ya que es mayor a 0.05) en favor de que la variable Estado mental del adulto mayor si está relacionada con el síndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

Deambulaci3n

La movilidad en el adulto mayor es de gran relevancia, en el 69.2% de los casos, el adulto mayor tiene una movilidad Normal, seguido de una Movilidad Segura con ayuda del 18.6%, tan solo en un 6% de los casos el adulto tiene una deambulaci3n imposible. Al encontrar el grado de correlaci3n entre la deambulaci3n y la frecuencia de caídas en el adulto mayor puede reducir el riesgo asociado. Tabla 12

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33						
Tabla 12		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza a 95%	
					Inferio r	Superio r
Deambulaci3n	<i>Normal</i>	220	69.2	69.2	64.2	74.2
	<i>Segura con ayuda</i>	59	18.6	87.7	14.5	23.0
	<i>Insegura con ayuda</i>	20	6.3	94.0	3.8	8.8
	<i>Imposible</i>	19	6.0	100.0	3.5	8.8
	Total	318	100.0		100.0	100.0



Para verificar de manera individual si el Estado de Deambulaci3n del adulto mayor est3 relacionada con la importancia con la prevalencia en las caídas de los adultos mayores, es necesario realizar una prueba Chi-cuadrada.

Se rechaza la Hip3tesis H0 (P-valor = 0.001 ya que es menor a 0.05) en favor de que la variable Estado de Deambulaci3n del adulto mayor si est3 relacionada con el s3ndrome de caída en adultos mayores de la UMF No. 33.

IX. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue, identificar los factores asociados al síndrome de caídas en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.

En esta investigación, se encontró, que el rango de edad que más predominó fue el grupo de 60- 69 años, seguido del grupo de 80- 89 años. Cabe resaltar que, entre los participantes, el sexo mostro una distribución balanceada, sin embargo, con mayor predominio de mujeres. Ambos factores antes mencionados, no mostraron relevancia estadística en la frecuencia de síndrome de caídas en el adulto mayor.

En los resultados obtenidos, se demostró que la mayoría de los participantes, declararon no haber presentado una caída previa, sin embargo, la diferencia de los que, si presentaron caídas previas, fue mínima.

En cuanto al estado civil, se identificó en el estudio que en su mayoría eran casados, sin embargo, no mostraron relación con el síndrome de caídas. Esto resulta ser compatible, con el estudio de Thompson (2019), titulado “caídas múltiples y factores asociados en adultos mayores funcionales no institucionalizados de Villahermosa, Tabasco, México”, donde se menciona que uno de los factores que inciden en la presencia de caídas, resulta ser, estar en unión con pareja.

Otro factor estudiado en la presente investigación fue la presencia de enfermedad crónica del adulto mayor, siendo predominante la hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus, resultando un factor de relevancia estadística en la frecuencia de síndrome de caídas en el adulto mayor. Resulta ser similar, con relación a Suárez et al. (2018), en dicho estudio se determinó que un factor importante que guardó relación con las caídas fue presentar alguna enfermedad como diabetes mellitus e hipertensión.

Referente al lugar donde ocurrió la caída previa, se demostró que en la mayor parte de los participantes fue en el domicilio, y se demostró ser un factor que se encuentra asociado a síndrome de caídas. Situación ya observada de acuerdo con Galván Parra et al. (2010), en el estudio realizado, determinaron una relación entre diagnóstico de caídas y factores extrínsecos, se presentaron con mayor frecuencia las caídas en domicilio (62.5 %), bien iluminado (88.9 %) y suelo irregular (42.2 %). (21)

Lo cual es importante, al ser un factor extrínseco en el que se puede trabajar, con el objetivo de hacer adecuaciones en las barreras arquitectónicas en el domicilio de los adultos mayores, con la finalidad de prevenir una caída o reincidir, según sea el caso.

Con respecto a los resultados obtenidos en el factor de iluminación del lugar de la caída, no demostró ser factor asociado, ya que, en los casos con caídas previas, ocurrieron en lugares iluminados. En cuanto a las consecuencias inmediatas, la mayor parte de los pacientes no presente consecuencias, pero cabe señalar, que, en frecuencia inmediata, se obtuvieron casos con heridas superficiales o contusiones. Aunque solo en un 3.8% de los participantes, se encontró como consecuencia una fractura, es fundamental atender en la prevención, ya que existen casos en los que las consecuencias a largo plazo conllevan a otros síndromes geriátricos, entre ellos, síndrome de fragilidad.

Al realizar el análisis de resultados, en cuanto al factor de la ingesta de medicamentos, la mayor parte de los participantes mencionaron la ingesta de diversos medicamentos, y prevalecen los antihipertensivos, en este caso, guarda relación la enfermedad crónica que se presentó con mayor frecuencia. Se concluye que la ingesta de medicamentos si es un factor con asociación en el síndrome de caídas en adultos mayores.

Con respecto a los déficits sensoriales, la mayor parte de los adultos mayores, indicaron no tener alguno de ellos, y en orden de frecuencia, siguieron las alteraciones visuales y auditivas. Lo cual resulto ser una variable que si se relaciona con síndrome de caídas.

En la mayoría de los participantes, el estado mental n su mayoría, se encontraba orientado al momento de presentar el evento en estudio. Hay que señalar que la movilidad en el adulto mayor es de gran relevancia en la prevención de síndrome de caídas, y aunque en esta investigación la mayoría de los participantes tenía una movilidad normal, seguido de una movilidad segura con ayuda, lo cual es de relevancia estadística, ya que se demostró ser un factor de riesgo asociados a síndrome de caídas.

X. CONCLUSIÓN

Considerando los resultados previamente presentados, los adultos mayores presentan factores de riesgo asociado a caídas de acuerdo a diferentes escenarios, en primer plano, el sitio de mayor riesgo de caída para un adulto mayor sin considerar ninguna otra variable es dentro del domicilio, sin embargo, al existir diversos factores inherentes en la calidad de vida del adulto mayor, como pueden ser, enfermedades previas, factores de iluminación en el lugar de la caída, estado mental y consumo de medicamentos, el factor de riesgo puede variar.

Así, se presentan los escenarios de mayor relevancia que incrementan o disminuyen el riesgo de caída en el adulto mayor, en este se encuentra que el lugar de mayor riesgo para un adulto mayor que ya ha presentado caídas previas es fuera del domicilio o en su defecto dentro del domicilio si es que el adulto presenta enfermedades psíquicas, en ambos casos el grado de iluminación y el estado mental orientado ayudan considerablemente a reducir el factor de riesgo asociado.

Por tanto, un adulto en un estado lucido y con movilidad solo en sitios bien iluminados presenta una probabilidad mínima de hasta 23% en su riesgo de caída comparado con un 53.8% que presentan los adultos que han tenido caídas previas.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. F. VPL. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33(2).
2. mujeres. INdl. Situacion de las personas adultas mayores en México. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf de, editor. Internet.: [Citado el 28 de septiembre de 2020].; 2014; 1-40.
3. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1o de octubre). Comunicado de prensa 475/19. México: inegi.
4. MP GS. Cambios fisiológicos del envejecimiento. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2001; 14(1).
5. M GC. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev Perú Exp Salud Pública. 2016; 33(2).
6. T MA. El síndrome de caídas en personas adultos mayores y su relación con la velocidad de la marcha. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII. 2016; 318(91-95).
7. L. TJ. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? Gerokomos. 2014; 25.
8. E. Q. Las caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y consecuencias. Actualizaciones en Osteología. 2014; 10(3).
9. G.G. SA. Factores asociados con caídas en el adulto mayor. Paraninfo digital. 2018; 12(28).
10. Salud Sd. Modelo para la Prevención de Lesiones por Caídas en Personas Adultas Mayores en México. México: Secretaría de Salud, STCONAPRA.
11. R. SFJ. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(5).
12. Azevedo Smith A OSA. Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25(8).

13. O. CV. Factores de riesgo para síndrome de caídas en adultos mayores con polifarmacia. *Atencion familiar*. 2020; 27(1).
14. Thompson Hernández J.A. QTEC. Caídas múltiples y factores asociados en adultos mayores funcionales no institucionalizados de Villahermosa, Tabasco, Mexico. *Horizonte sanitario*. 2019; 18(2).
15. Vazquez- Navarrete I OLA. Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adultos mayores. *Atencion familiar*. 2016; 23(2).
16. L. CO. Asociación entre síndrome de caídas y síntomas depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú 2013-2017. *Rev Neuropsiquiatr*. 2019; 82(1).
17. Manrique- Espinoza B SRA. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *salud pública de méxico*. 2011; 53(1).
18. M. HR. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. *Horizonte sanitario*. 2020; 19(1).
19. LE B. Sobrecarga del cuidador principal como factor de riesgo para caidas en pacientes geriátricos. *salud pública de méxico*. 2015; 57(3).
20. AM GL. Síndromes geriátricos en pacientes con fractura de cadera no reciente en una unidad de primer nivel de atención médica. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2014; 28(5).
21. Y GP. El síndrome de caidas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor. *Archivos en Medicina Familiar*. 2010; 12(1).
22. JA LC. Uso de baston y caidas en adultos mayores chilenos de la comunidad. *Ciencia y enfermería*. 2017; 23(3).

FACTORES ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

XII. ANEXOS

ANEXO 1 Carta de Consentimiento para participación en protocolos de investigación

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
Nombre del estudio:	Factores asociados a síndrome de caídas en adultos mayores de la unidad de medicina familiar no. 33.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar UMF No. 33. Azcapotzalco ciudad de México. 2020
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como Factores asociados a síndrome de caídas en adultos mayores de la unidad de medicina familiar no. 33, a fin de implementar estrategias de prevención.
Procedimientos:	Si decide aceptar participar en este estudio, firmara un consentimiento informado en el cual usted aceptará que se le pese y mida. Llenará un cuestionario que contienen información acerca de edad, sexo, estado civil, enfermedades crónicas, fármacos utilizados, características del lugar donde vive.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico por lo que no se le ocasionará dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Tampoco recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionará información sobre su estado nutricional y hábitos de vida saludables. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance de los factores que intervienen en la conducta alimentaria, información de utilidad para futuros programas de prevención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar en el estudio
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Daniela Abigail Hernández Camarillo. Médico Familiar, Matricula: 97155278 Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coord. Clínica de Educ. e Invest en Salud. UMF 33.
Colaboradores	Dra. María Isabel Cruz Chávez. Matricula: 98358672 Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coord. Clínica de Educ. e Invest en Salud. UMF 33.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Dra. María Isabel Cruz Chávez Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

ANEXO 2. CUESTIONARIO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

**CUESTIONARIO
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SINDROME DE CAIDAS EN ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33**

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario, el motivo es obtener información acerca de los factores asociados a síndrome de caídas en adultos mayores de la UMF No. 33. La información que se obtenga será estrictamente CONFIDENCIAL. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Responder las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual.

1. ¿Cuál es su edad?
 - a) 60 -69
 - b) 70 – 79
 - c) 80 – 89
 - d) 90 – 99

2. ¿Cuál es su sexo?
 - a) Hombre
 - b) Mujer

3. ¿Cuál es su estado civil?
 - a) Casado
 - b) Viudo, separado, divorciado, soltero.

4. ¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades?
 - a) Diabetes mellitus
 - b) Hipertensión arterial
 - c) Neurológica
 - d) De audición
 - e) De la vista
 - f) De los pies
 - g) Psíquica
 - h) Otras (precisar)

5. Señale el lugar donde ocurrió la caída
 - a) Domicilio
 - b) En la calle

6. ¿Cómo era la iluminación del lugar donde ocurrió la caída?
 - a) Bien iluminado
 - b) Mal iluminado

7. Consecuencias inmediatas de la caída
- a) Ninguna
 - b) Herida superficial o contusión
 - c) Fractura y otras consecuencias graves
 - d) Traumatismo craneal
 - e) Defunción

NOTA: La siguiente información será realizada por el investigador:

Caídas previas	No	
	Si	
Ingesta de medicamentos	Ninguno	
	Tranquilizantes/ sedantes	
	Diuréticos	
	Antihipertensivos	
	Antiparkinsonianos	
	Antidepresivos	
	Otros medicamentos	
Déficits sensoriales	Ninguno	
	Alteraciones visuales	
	Alteraciones auditivas	
	Extremidades	
Estado mental	Orientado	
	Confuso	
Deambulaci3n	Normal	
	Segura con ayuda	
	Insegura con ayuda	
	Imposible	
	TOTAL	