



ESTUDIO DE LAS CAIDAS EN PEROSNAS
MAYORES DE 65 AÑOS QUE SE
ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADAS EN
UNA RESIDENCIA DE ZARAGOZA
DURANTE EL AÑO 2011

NATALIA LUQUE GIMENEZ

PROYECTO FIN DE MASTER

TUTOR: J. RAUL PEREZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 3 a 9
JUSIFICACION DEL ESTUDIO	Pág. 10 a 11
MATERIAL Y MÉTODO	Pág. 12 a 14
RESULTADOS	Pág. 15 a 20
DISCUSION	Pág. 21 a 22
CONCLUSIONES	Pág. 23
BIBLIOGRAFIA	Pág. 24 a 29

INTRODUCCION

Como introducción al estudio definiremos según la OMS caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o por un testigo. (1). Los ancianos tienen una gran predisposición para caer y son diversas las causas que pueden contribuir a ello.

Otra definición de caída según la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), las definen como un cambio en la posición del sujeto, que ocurre de forma brusca y no intencionada y que lleva al sujeto a quedar tendido en un nivel inferior sobre un objeto, el sujeto u otra superficie. (2).

Podemos decir que las caídas en los ancianos son de gran importancia en la sociedad donde constituyen el 80 % de un grave problema sanitario. Su elevada incidencia y la mayor susceptibilidad para sufrir lesiones como consecuencia de las mismas explican la importante morbilidad y el elevado coste sanitario asociado a ellas en esa edad. (3).

Las caídas representan uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica. Constituye uno de los Grandes Síndromes Geriátricos. Es también un reto para todo aquel profesional que atiende a personas de edad avanzada. Las personas se caen, además estas suelen ser mayoritariamente ancianos (y niños). Las caídas no solamente existen, sino que a la luz de la información de que disponemos hoy en día afirmamos que constituyen uno de los más graves problemas epidemiológicos, generador de una cascada de consecuencias de todo tipo, incluyendo sociales y económicas. (3)

La aplicación de los avances científicos y tecnológicos a la medicina y la mejora de las condiciones de vida de la población constituyen factores principales de la prolongación de la vida del ser humano. (4-5). Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60

años se les llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. (6). La duración máxima de la vida humana no se ha podido establecer hasta el momento, aunque algunos científicos la estiman en unos 120 años, pero lo importante no es llegar a esta edad, ni incluso prolongar la existencia, sino poder vivir años libres de discapacidades, un envejecimiento saludable, de modo que seamos sujetos activos hasta el límite de nuestras vidas. (7).

La incidencia anual de caídas entre personas ancianas que viven en la comunidad aumenta el 25% entre los 65-70 años, al 35% después de los 75. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces y son más frecuentes en hogares de ancianos y residencias. (8). Las caídas, siendo un hecho frecuente en los ancianos, ha comenzado a ser estudiado paradójicamente hace poco tiempo, en la segunda mitad del siglo XX. Los accidentes son la quinta causa de muerte en el mundo, y de ellos las dos terceras partes son caídas. El 75% de las caídas se producen en personas de más de 65 años (9). Algunos estudios demuestran que las mujeres parecen sufrir más caídas que los hombres hasta los 75 años, a partir de la cual la frecuencia es similar en ambos sexos (10).

El riesgo es mayor en personas hospitalizadas, sobre todo en la etapa inmediata a su ingreso, por rechazo a una actitud sobre protectora. Las caídas y sus consecuencias representan uno de los problemas más importantes de salud en las personas mayores de 65 años (1). Las complicaciones de las caídas son la principal causa de muerte por accidente en las personas mayores de 65 años (1). Aproximadamente un 10% de las caídas tienen como consecuencia lesiones graves como fractura de fémur y otras fracturas, hematoma subdural, etc. (13, 14, 15, 16). Alrededor del 20% de las caídas requieren atención médica, siendo la causa de aproximadamente el 10% de las consultas en los servicios de urgencias y del 6% de las hospitalizaciones urgentes en ancianos (14).

En el anciano las caídas y los trastornos de la marcha son unos de los problemas de mayor impacto en la población anciana y su importancia radica en varios aspectos; por un lado, está la alta prevalencia con la que se presentan, pero además son predictores de

morbilidad, y de ellas se derivan graves consecuencias físicas, funcionales, psicológicas, sociales o económicas y, por último, se acompañan de una elevada mortalidad. (17). Las caídas, y especialmente las caídas de repetición, son un marcador de fragilidad en el anciano, ya que anticipan el riesgo de progresiva dependencia funcional e incapacidad. (18).

La complicación más frecuente es la fractura de cadera (5%) y ésta, a su vez, los vuelve más vulnerables para la hospitalización y dependencia, y la mortalidad se eleva al 15% para personas de la comunidad y 45% para aquellos que están en instituciones. Las caídas son la causa principal de fracturas de cadera en el anciano, comprobándose que el 88% de las fracturas de cadera se debían a caídas, y únicamente un 8% eran consecuencia de accidentes y un 3% de fracturas patológicas. (19,20).

En los ancianos ya institucionalizados, dadas las características de este grupo (aumento de demencias y otras alteraciones, pluripatología), la incidencia alcanza el 50 por cien anual. Un dato característico respecto a la institucionalización es que un alto porcentaje viene condicionado por una caída previa del anciano.

En la actualidad, en España es un hecho nuevo, reciente, pues si hasta los años cincuenta la proporción de personas de más de 65 años representaba el 7 % de la población, en los últimos 40 años este porcentaje ha crecido de forma ininterrumpida de modo que en 1997 fue del 15,9%, y según las previsiones de Eurostat (oficina de estadísticas de la Unión Europea) será del 17,9% en el 2010 y del 20,3% en el 2015. Según un informe de la ONU, España será uno de los países más viejos del mundo en torno al año 2050; junto con Japón e Italia; el 36,7% de la población española tendrá más de 65 años (21).

En la actualidad aproximadamente el 17% de la población española es mayor de edad y durante el período 1997-2004 la población mayor de 65 años ha experimentado un crecimiento del 20%. Nuestro país tiene una de las expectativas de vida más altas, siendo 75,3 años para el hombre y 82,5 % para la mujer. Hay más ancianos porque llegan más personas a la edad de sesenta y cinco años (y además son longevos) y hay más envejecimiento, porque hay menos jóvenes como consecuencia de la menor

natalidad (22). Por tanto se nos plantea un futuro con población envejecida, propensa a las enfermedades crónicas y degenerativas y por supuesto con tendencia a las caídas (23,42, 43).

Para dejar claro el porqué del estudio se darán una serie de definiciones. Para comenzar definiremos Anciano desde 1901 donde Metchnikov utilizó por vez primera el término de gerontología. En 1914, Nascher introdujo el término de geriatría y en 1980, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió la edad de 60 años como la transición entre el adulto y adulto y la tercera edad.

Definimos anciano como personas de edad superior a los 65 años, y que coincide con la vejez. En la antigua Roma, se los llamaban “senes” e integraban (una parte de ellos) el Senado, con grandes poderes y relevancia social, siendo considerados sabios. De allí deriva la palabra senectud o senil, referentes a esta edad.

A partir de aquí diremos que el envejecimiento según la OMS, se define como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante el ciclo de vida. En los últimos años, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos. (11). El envejecimiento no puede ser prevenido ni controlado; en cambio, sobre la senescencia o pérdida de los mecanismos de homeostasis actúan las medidas sanitarias que intentan limitar su repercusión.

La incidencia de muchas enfermedades aumenta con la edad, y en el caso de algunas enfermedades prevenibles importantes, como el cáncer y los accidentes cerebro-vasculares, la incidencia posee una relación con la edad de formulación matemática conocida; en las fracturas proximales de fémur la relación es exponencial.

Una vez dicho lo anterior dejando claro lo que entendemos por envejecimiento y anciano, hablaremos del estado de salud de las personas mayores, donde el concepto de salud en las personas mayores engloba tres componentes básicos: la ausencia de enfermedad, un nivel funcional óptimo y un sistema de apoyo social adecuado. Las

políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han de aplicarse en todas las etapas de la vida. (12).

Podemos hablar de una clasificación de población anciana en cuanto dejamos claro que se habla de población mayor de 65 años nos referimos a un grupo variable respecto a su estado de salud bio-psico-social como hemos visto, desde la persona mayor sana hasta la que presenta una dependencia grave. Podemos clasificar la población anciana en cuatro grupos (24):

- a. Anciano sano: persona mayor cuyas características físicas, mentales y sociales, están de acuerdo con su edad cronológica.
- b. Anciano enfermo: persona mayor de 65 años que presenta alguna afección, aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, que no le invalida y que no cumple los criterios de paciente geriátrico.
- c. Anciano frágil o anciano de alto riesgo (AAR): persona mayor que por su situación física, psíquica y funcional se encuentra inestable, con gran probabilidad de convertirse en una persona dependiente e incluso necesitar la institucionalización.
- d. Anciano geriátrico: el que cumple tres o más de los siguientes: una edad superior a los 75 años, tener una pluripatología relevante, una enfermedad principal con carácter incapacitante, una patología mental acompañante o predominante, una problemática social en relación con su estado de salud. Este último es el que incluimos en el estudio de la prevalencia de caídas en la población anciana institucionalizada.

Nos introducimos en los factores de Riesgo de las caídas en el que la caída suele deberse a una compleja interacción de factores intrínsecos o propios de las características de la persona, factores extrínsecos o ambientales y factores circunstanciales. (25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33,39, 40, 41).

- a. Factores Intrínsecos
 - Factores fisiológicos del envejecimiento

- Enfermedades que favorecen las caídas: causas neurológicas, causas cardiovasculares, causas musculoesqueléticas y otras...
- Fármacos
- b. Factores Extrínsecos: barreras arquitectónicas en el hogar, en el entorno y costumbres peligrosas.
- c. Factores Circunstanciales: relacionadas con la actividad cotidiana que se está realizando.

Por estos factores de riesgo aparecen las consecuencias de las caídas son especialmente importantes en la evolución de los pacientes. Los factores situacionales influyen en las lesiones desarrolladas al caer los pacientes. Las caídas de repetición constituyen un síndrome que identifica una situación de riesgo elevado de morbilidad y mortalidad en el anciano (20). Las podemos clasificar en (34,35):

- a. Inmediatas: fracturas, traumatismos craneoencefálicos, lesiones que requieren cuidados médicos, hospitalización, mortalidad, permanencia prolongada en el suelo.
- b. Mediatas: síndrome post caída, trauma psicológico, limitación de movilidad, dependencia actividades vida diaria, sobreprotección familiar.

La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera es del 10-20% más alta que entre aquellas de igual sexo y edad que no la han sufrido. Para que sufran tantas caídas por los factores de riesgo de cada uno de los ancianos, y sufran consecuencias, tendremos que dejar claro que existe una prevención de las caídas donde se realizan acciones encaminadas a: promover la realización de ejercicios físicos, entrenar la marcha, promover programas de educación que instruyan como, donde y por qué se producen las caídas, prevenir la osteoporosis, eliminar y/o disminuir los riesgos domiciliarios y medioambientales del anciano, reducir la ingestión de alcohol y medicamentos, sugerir visitas periódicas al podólogo y el uso de protectores y ayudas técnicas para la marcha. Para ello hay un programa de calidad asistencial en la recepción de caídas en ancianos en las urgencias (37, 38).

La búsqueda y detección precoz de los factores involucrados en el riesgo de caer es el primer paso para lograr la prevención de un problema mayor en geriatría. (36). El 80% de las caídas se producen en el hogar, y de estos un 30% son considerados como inexplicables por el paciente y el observador. Los sitios más comunes de las caídas son en la sala de estar y en el baño y las caídas repentinas por pérdida del equilibrio.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La prevalencia de las caídas en sitios institucionalizados han aumentando conforme aumenta la longevidad de las personas mayores. Además de esto, en la actualidad las familias ya no se hacen cargo de las personas mayores, ya bien sea porque no pueden por motivos laborales o de espacio en su casa o porque no quieren acarrear con una persona mayor, de esta manera, las personas mayores son institucionalizadas.

Las caídas, tanto su magnitud como las causas y la forma de prevenirlas no se conocen aún suficientemente. La mayor parte de los estudios se han realizado en personas ancianas institucionalizadas o con pluripatología, pero aun así, hay población mayor de 65 años que vive en su domicilio y con un buen estado de salud que tiene mayor número de caídas.

En Zaragoza, se carece de estudios que determinen la prevalencia de las caídas en personas mayores institucionalizadas y cual es la magnitud del problema de estas caídas en la sociedad. Además, queremos asociar a este estudio de prevalencia de caídas en ancianos institucionalizados, el registro de las caídas, si ha habido atención hospitalaria y de qué tipo, así como la consecuencia de la misma, que grado validez de las personas mayores que sufrían la caída (desde personas validas a un grado supra), y cuál fue el lugar de la caída.

Durante el tiempo de estudio hemos utilizados un programa de ordenador llamado Resiplus donde se registran las personas mayores de la Residencia de la Tercera Edad, con sus correspondientes patologías, toma de medicamentos, registro de valores de TA, peso, talla, caídas y con sus escalas de valoración de cuidados, Barthel, Tinetti y riesgo de UPP.

Así, a partir de la información registrada previamente de cada persona mayor, comenzamos a hacer nuestro estudio de prevalencia de caídas en el anciano institucionalizado desde el 1 de enero 2011 al 31 de diciembre 2011, registrada en el Resiplus.

Por ello el propósito de este estudio es contribuir en mejorar las actividades preventivas en las personas mayores institucionalizadas y además, incentivar estas actividades preventivas y de promoción de la salud a través de personal sanitario para ayudar a que esta población anciana alcance una expectativa de vida en un estado de salud óptimo.

MATERIAL Y MÉTODO

PREGUNTAS CLAVE

- ¿Cuál es la incidencia de las caídas en la Residencia de la Tercera Edad de la ciudad de Zaragoza durante el año 2011?
- ¿Qué lugar es en el que lo ancianos institucionalizados sufren más caídas durante el 2011?
- ¿Hay una gran diferencia de caídas en hombres que en mujeres?

OBJETIVOS

- GENERAL

- Estudiar diferentes factores de riesgo de caídas en ancianos institucionalizados durante el año 2011 en una Residencia de la Tercera Edad de la Ciudad de Zaragoza.

- ESPECIFICOS

- Estimar las consecuencias de las caídas
- ¿Quién sufre más caídas los hombres o las mujeres?
- Conocer si hay un mes con mayor numero de caídas
- Conocer si hubo o no contacto con el sistema sanitario a consecuencia de la caída.
- Valorar la calidad de vida relacionada con la salud de la población anciana, si aumentan las caídas conforme aumenta la edad.
- Conocer los lugares donde sufren más caídas

POBLACION

1. Diseño del estudio: observacional, de prevalencia a través de la recogida de datos en un programa informático (Resiplus).
2. Zona de estudio: se ha escogido como zona de estudio una Residencia de la Tercera Edad de Zaragoza. Se escogió la muestra cada mes el día 1 y el día 31 para ver la variabilidad de personas que estaban en la residencia durante todo el año.
3. Criterios de selección de la muestra.

Inclusión

- Mujeres y hombres mayores de 65 años de edad institucionalizados a partir del 1 de enero 2011 en la Residencia de la Tercera Edad de Zaragoza
- Estar 6 meses o más institucionalizado en la residencia

Exclusión

- Pacientes más de 2 meses encamados en el momento del estudio
- Enfermos terminales con poca esperanza de vida
- Ancianos institucionalizados con una duración menor a 6 meses

MUESTRA

La muestra seleccionada fue todos aquellos ancianos institucionalizados desde el día 1 del mes de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2011. De todos estos ancianos institucionalizados, se registraron las caídas de cada uno de ellos y de sus repeticiones de caídas, obteniendo como resultado de este registro 50 ancianos con caídas repetitivas.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis descriptivo para la presentación de los datos que posteriormente se utilizarán en un análisis transversal y un análisis estadístico, todo ello a través del programa informático SPSS versión 15.0.

Lo primero, cogemos los datos para realizar una evolución de la incidencia de las caídas en hombres y en mujeres, y en un total conjunto de ambas. Para ello se representarán los datos en un gráfico viendo la evolución de las caídas conforme pasan los meses de enero a diciembre de 2011 en totales, y de los hombres y mujeres por separado.

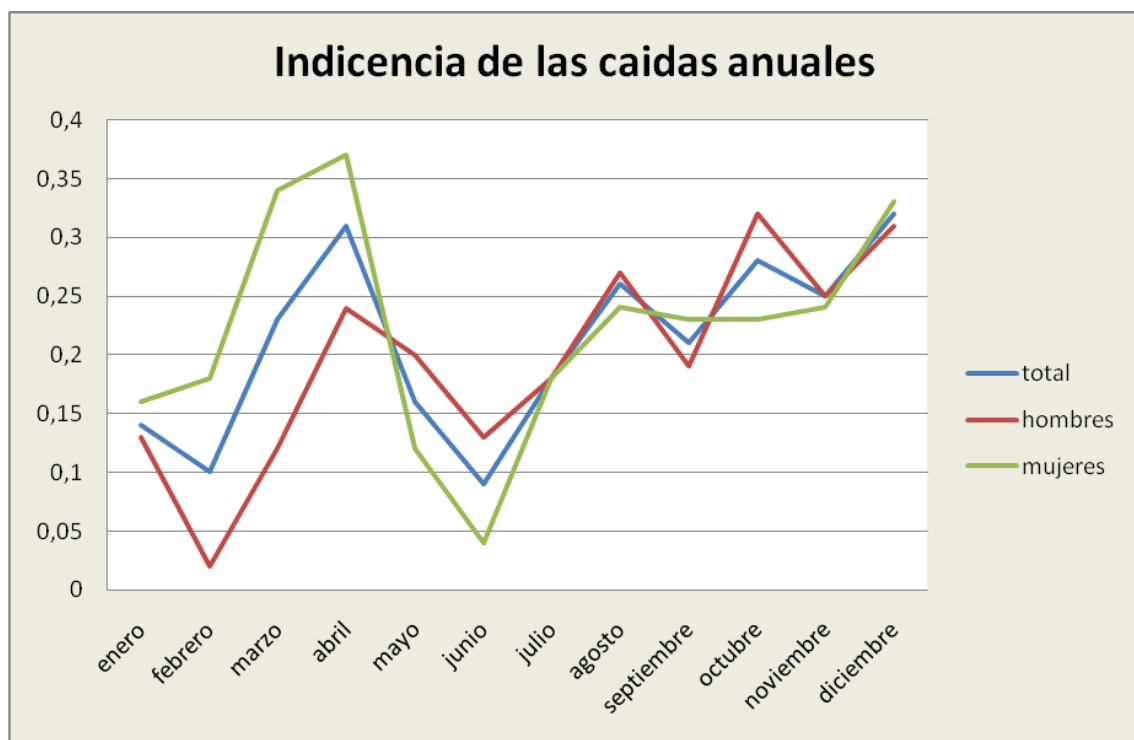
A continuación, se accederá a hacer un análisis transversal realizando frecuencia de variables, para exponer los datos recogidos en diversas tablas con cada una de las variables de estudio.

Una vez hecho los dos análisis anteriores para mostrar los datos recogidos en diferentes tablas, comenzamos con el análisis estadístico bivariado, en el cual compararemos las personas que se han caído con las que no han sufrido caídas; se realizarán diferentes tablas de contingencia para ver si hay significación o no de las caídas con respecto a las diferentes variables de estudio.

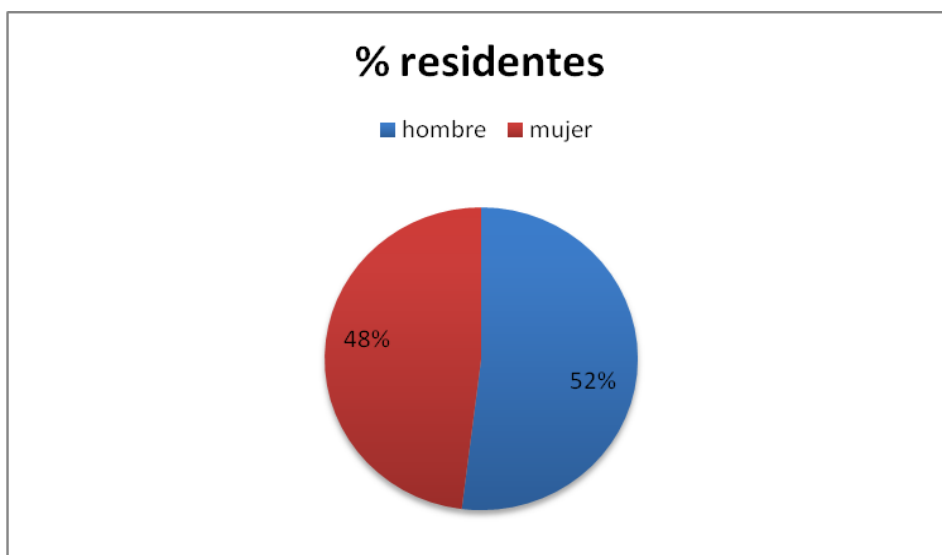
RESULTADOS

El análisis descriptivo de los datos recogidos durante el 2011, nos referiremos a los residentes según su edad y sexo, el mes del año, lugar de la caída y las consecuencias, así como el tiempo de estancia en la residencia. Relacionaremos las caídas según los meses del año con el sexo, la gravedad de las caídas el lugar de las caídas, y siguiente, el sexo y la edad.

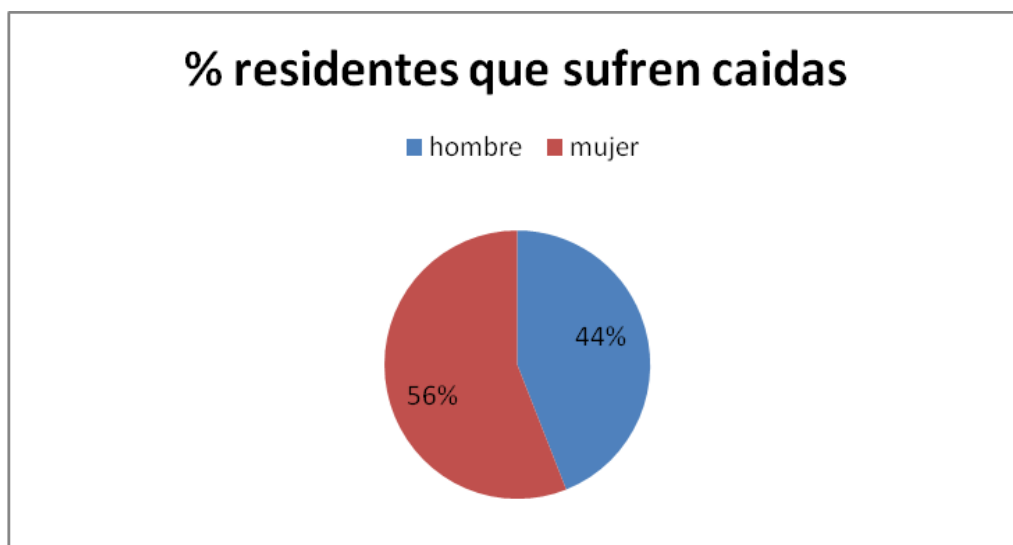
En primer lugar se establecerá un gráfico de incidencia de las caídas de forma anual, haciendo una clara diferencia entre las caídas entre hombres y mujeres y las totales. (Grafico 1).



Los residentes que estuvieron institucionalizados durante el año 2011, el 48% fueron mujeres (53) y el 52 % fueron hombres (58). (Grafico 2)



De estos residentes institucionalizados estudiaremos a partir de aquellos que sufren caídas durante el 2011 respecto a su sexo, el 56 % son hombres (22) y el 44% mujeres (28). (Grafico 3).



De estos residentes, tanto hombres como mujeres sufren repetidas caídas haciendo un total de 283 en total los 50 residentes, de las cuales un 46,6% son de hombres (132) y un 53,4 de mujeres (151). (Tabla 1).

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	132	46,6
Mujer	151	53,4
Total	283	100,0

Una vez expuesta la muestra de residentes que sufren las caídas diferenciados por el sexo y las repeticiones de caídas, se mostraran estas caídas ocurridas durante el año respecto al sexo. (Tabla 2).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	14	4,9	4,9
Febrero	10	3,5	8,5
Marzo	23	8,1	16,6
Abril	30	10,6	27,2
Mayo	16	5,7	32,9
Junio	9	3,2	36,0
Julio	20	7,1	43,1
Agosto	31	11,0	54,1
Septiembre	27	9,5	63,6
Octubre	36	12,7	76,3
Noviembre	30	10,6	86,9
Diciembre	37	13,1	100,0
Total	283	100,0	

De esta manera, podemos hacer una distribución de los residentes según el grupo de edad. (Tabla 3).

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 65 a 75 años	204	72,1
De 75 a 85 años	45	15,9
>85 años	34	12,0
Total	283	100,0

Se observa, que hay una gran población de residentes que sufren caídas en el rango de edad de 65 a 75 años, ya que son los que más movilidad tienen. Podemos añadir la variable edad para ver si hay significación observada o no. (Tabla 4)

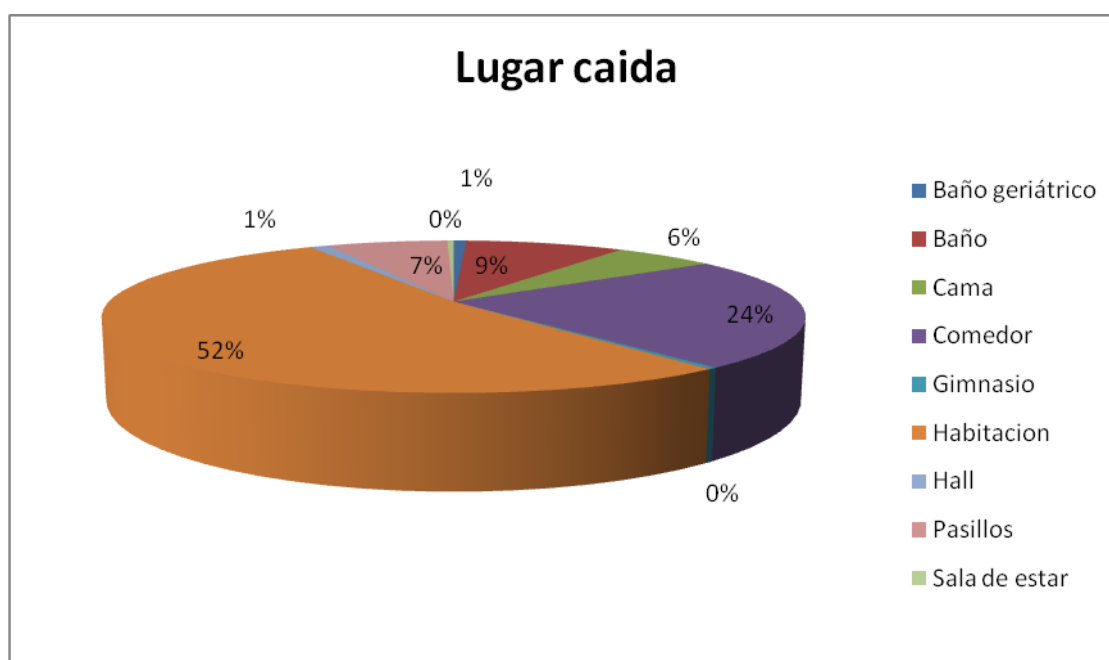
Edad categórica		Sexo		Total	p
		Hombre	Mujer		
De 65 a 75 años	No caída	8	4	12	0,558
	Caída	114	90	204	
De 75 a 85 años	No caída	12	9	21	0,010
	Caída	10	35	45	
Mayores de 85 años	No caída	16	12	28	0,009
	Caída	8	26	34	

Se aprecia significación en los rangos de edad de 75 a 85 años y mayores de 85 años, pero no en el rango de edad de 65 a 75 años que son los que más caídas sufren en el año.

El lugar de la caída se representa dentro del hábitat de la institución en diferentes lugares. (Tabla 5).

	Frecuencia	Porcentaje
Baño geriátrico	2	,7
Baño	25	8,8
Cama	16	5,7
Comedor	67	23,7
Gimnasio	1	,4
Habitación	149	52,7
Hall	3	1,1
Pasillos	19	6,7
Salas de estar	1	,4
Total	283	100,0

Podemos ver claramente en la tabla que el lugar donde se sufren más caídas en los ancianos es en sus habitaciones (52,7%), seguido con otro porcentaje significativo del comedor (23,7%). (Grafico 4)



Las consecuencias de las caídas, observamos que un gran porcentaje (91,9%) no tienen ningún tipo de repercusión ni traslado hospitalario. (Tabla 6).

	Frecuencia	Porcentaje
No traslado	260	91,9
Derivaciones Hospitalarias	14	4,9
Fracturas	3	1,1
Suturas	4	1,4
Decesos	2	,7
Total	283	100,0

Tampoco se destaca el tiempo de estancia institucionalizada ya que el 77,4% están institucionalizados durante todo el año. (Tabla 7).

	Frecuencia	Porcentaje
6 meses	9	3,2
7 meses	12	4,2
8 meses	15	5,3
9 meses	22	7,8
10 meses	4	1,4
11 mese	2	,7
12 meses	219	77,4
Total	283	100,0

DISCUSION

Las caídas en los ancianos institucionalizados, como se ha observado en el estudio, son un problema frecuente sin solucionar en el cual deberíamos hacer un gran hincapié ya que la sociedad ha aumentado su nivel de vida y con él su edad de mortalidad. (44, 45, 46).

Este tipo de estudios nos basamos en los casos representativos de los ancianos que sufren caídas, pudiendo no ser una muestra lo suficiente representativa estudiando una única institución. Así hemos considerado, ancianos institucionalizados más de 6 meses en el centro, en edades desde 65 años que sufren caídas durante el año 2011, excluyendo a los no institucionalizados al menos 6 meses, y a los ancianos encamados o terminales en el momento del estudio. Similares a estos criterios de exclusión son los que han sido utilizados en otros estudios sobre todo relacionados con la inclusión de personas con deterioro mental o psíquico o inmovilizados (47).

Para evitar sesgos, se ha cogido todos los ancianos institucionalizados durante el año 2011 un mínimo de 6 meses, además de ancianos terminales y encamados en el momento del estudio. De estos, hemos utilizado todos aquellos que han sufrido mínimo una caída durante este periodo de tiempo. La recogida de datos fue a través de un programa informático, en el cual se registraba el día de la caída, la hora, el lugar de caída, la consecuencia de las caídas, y si fue necesario o no traslado hospitalario.

Una de cada tres personas de 70 años o mayores residentes en la comunidad sufrieron al menos una caída durante el año anterior. Este dato que puede equipararse al que aportan los estudios internacionales realizados hasta la fecha (13,46, 44), aunque no al de los realizados en España en Leganés (48) en 1997 ni al publicado recientemente por Sécúli y colaboradores (49) según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2002, donde la prevalencia de caídas fue considerablemente menor en la población mayor de 65 años, estudio éste que incluía a personas cuyas edades eran similares a la edad de inclusión del nuestro. Respecto a todos estos estudios el nuestro posee diferencias en parte debido a razones metodológicas y del tipo de población. Así en el estudio de Sécúli E. et al las

diferencias halladas en la frecuencia de caídas pueden ser debidas a la formulación de la pregunta del cuestionario ya que en este caso se refería solamente a las caídas que habían ocasionado una mayor restricción de la actividad habitual o habían requerido atención médica.

Respecto al lugar de las caídas los resultados obtenidos son coincidentes con los observados en la bibliografía consultada (48,46,50). Estos aspectos básicos de la producción de caídas explicarían el porqué ésta es tan habitual en los mayores, los ancianos suelen estar solos durante las mañanas ya que los familiares trabajan y en la institucionalización tras los desayunos mientras las trabajadoras hacen las camas están por la planta de un lado para otro o solos en el salón lo que conlleva a una caída diaria mínima, además de al acostar por irse solos a las habitaciones.

El lugar de caída de las habitaciones es el más incidente durante el 2011, seguido de las caídas en el comedor.

Añadiremos que los ancianos que mas caídas sufren dentro de las instituciones son los de rango de edad de 65 a 75 años con un 70,1% de incidencia, ya que tienen una mayor movilidad y no ven que su movilidad y físico se va reduciendo, y sufren caídas por descuidos. Además en nuestro estudio muestra, que de estos los hombres sufren más caídas que las mujeres.

CONCLUSIONES

- Los residentes que sufren más caídas son las mujeres respecto a los hombres, predominando el rango de edad de 65 a 75 años en ambos casos, por lo que podemos concluir que hay mayor número de caídas en ancianos de menor edad por su mayor movilidad y estado cognitivo.
- De todas las caídas registradas, el 52% de las caídas son en las habitaciones, y además, el 91,2% de los casos no es necesario traslado hospitalario, pudiendo añadir que en el segundo semestre del año hay un aumento considerable de las caídas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Papiol M. Caídas en los ancianos. Aten. Primaria 2001; 28: 77-78
2. 8. World Health Organization. International classification of diseases. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. 9th revision. Vol.1. Geneva: World Health Organization; 1977.
3. 9. Galvez Vargas R. Padilla Ruiza F. Bueno Cavanillas A. Peinado Alonso C. Espigares Garcia M. Frecuencia, características y consecuencias de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. Publicado en Atencion Primaria. 1998; 21: 437-45. Vol. 21 num 7.
4. Gómez Juanola Manolo, Conill Godoy Jorge Luis, Pulido Ramos Juan César, Perez Carvajal Alexis. Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en internet]. 2004 [citado el 6 Abril 2012]; 20 (56): [aprox. 5p]. Disponible en: <http://bsv.sld.cu/revista/ingi/vol20504>.
5. 2. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriatria Formacion Continuada en Atencion Primaria. Editorial Idepsa (Internacional de Ediciones y Publicacion S.A.) Madrid 2005: 75-81.
6. Cecilia Toro Martha. Marco Legal del Adulto Mayor. Consultado el 27 de Marzo 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/40202112/A-Marco-Legal-Adulto-Mayor>. [Diapositiva num.6](#).
7. Espinosa Brito A. Ramos Cabrera J. Temas de Geronto-Geriatria. Editorial inlay. Cienfuegos 2000: 101-156.
8. . Gonzalez Sanchez Regla Ledia, Rodriguez Fernandez Maria Magdalena, Ferro Alfonso Maria de Jesus, Garcia Milian Josué Raul. CAidas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (1): 98-102.
9. Ceballos N., Domínguez MO., Cuesta F., del Nogal L Ribera JM. Caídas en el anciano. Jano 1998, nº1263: 37-39.

10. 12. Ribera Casado JM, Verga G. Enfermería Geriátrica. Editorial Idepsa. Madrid 1991: 192-207.
11. Envejecimiento. Definición. Consultado el 17 de Marzo de 2012. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/gutierrez_c_a/capitulo1.pdf.
[Pagina 4.](#)
12. Sociedad Española de Anti-envejecimiento y Longevidad (SEMAL). VII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Anti-envejecimiento y Longevidad. Octubre 2008. Valencia. Disponible en <http://www.anti-envejecimientomadrid.com>. Consultada el 10 de marzo 2012.
13. Tinetti ME., Speechley M., Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J of Med 1998; 319: 1701-7.
14. Méndez JL., Zunzunegui MV., Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. Med. Clin. (Barcelona) 1997; 108: 128-32.
15. Tinetti ME., Speechley M. Prevention of falls among the elderly. New England J of Med. 1989; 320: 1055-60.
16. Robertson MC., Devlin N., Gardner MM., Campbell J. Effectiveness and economic Evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. BMJ 2001; 322: 697-701.
17. Fisher RH. Caídas en la persona mayor y el papel de la geriatría. Rev ESP Geriatr Gerontol. 2003; 38: 97-9.
18. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. JAMA. 1995; 273: 1348-53.
19. Prat Pastor J., Díaz Almodóvar J.L., Monfort Monfort M. Epidemiología y Tratamiento de las fracturas de cadera en el anciano. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 1987; 22:85-90.
20. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Grupo de Trabajo de Caídas de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Editora y Coordinadora del grupo:

Montserrat Lázaro del Nogal.1997.

21. Abellán García A. Indicadores demográficos. Las personas mayores en España. Informe 2002. Datos estadísticos estatales. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación 2002; 1:29-39.
22. Luquin Piudo M. R., Moya Molina M., II Curso de Neurogeriatria para Médicos de Atención Primaria Sociedad Española de Neurología.
23. Gavrilov LA., Gavrilova NS. Evolutionary Theories of ageing and longevity. Scientific World Journal 2002;2(2):339-56.
24. Martín Méndez L., Melgar borrego A., Herrero Vanrell P., García Olmos L. Atención al anciano. Área de atención a la comunidad. El médico N° 874. Julio-Septiembre 2003: 37-48.
25. Cuesta Triana F, Domínguez Lopez M, Navarro Ceballos C, Navarro Hevia E, Lazaro del Nogal M. Inestabilidad y caídas. En Geriatria en Atencion Primaria (2ª edición). Uriach. Madrid. 353-363.
26. Mark H, Beers MD, Berkow R (Eds). Manual Merk de Geriatria (2ª edición). Hancourt, 2001; 195-203.
27. Martínez Sabater A, Milvaques Faus L. Caidas en el anciano. Enfermeria integral 2000 (rev 53).
28. Molina Y JC. Caidas en el adulto mayor. Compendio de Geriatria clínica.
29. Cabo Domingo JD. Caidas en la persona mayor. Geriatria y Gerontologia. Atencion integral al Anciano. Formacion Continuada Logoss, 2000; 169-186.
30. Dowton J. Falls in the ederly. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (4th Ed.) Brockklehurst er al. Churchill Livinstone. 1992; 318-323.
31. Overstall PW, Dowton JG. Gait, balance and falls. Principles and tractice of Geriatric Medicine (3th Ed.). MSJ Pathy 1998; 1121-1131.
32. Álvarez Solar M, Benítez del Rosario MA, Espinosa Almendro JM, Gorroñoigoita Iturbe A, Martin Resende I, Muñoz Cobos F et al. Inestabilidad y caídas. Programa del Anciano 8. Madrid. Doyma 2000; 110-116.

33. Montecinos H. Caidas en el adultomayor. Grandes Sindromes Geriatricos. Manual de Geriatria. Universidad Pontificia Católica de Chile. Disponible en: www.medicinainformacion.com. Consultado el 9 de Abril de 2012.
34. Molina Y, Juan C. Caidas en el adulto mayor. Disponible en <http://www.labomed.cl/caidas.htm>. Consultado el 14 de marzo de 2012.
35. Prieto Ramos O. Temas de Gerontologia. Segunda Edicion. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002.
36. Rivera Cabrera C, Gil Morales J, Pardo Pons G. La atención de los ancianos, un desafio para los años 90. OPS. Publicaciones científicas, Madrid: Edimsa; 2005.
37. Waldron Nicholas. Dey Ian. Nagree Yusuf. Xiao Jianguo. Flicker Leon. A multi-faceted intervention to implement guideline care and improve quality of care for older people who present to the emergency department with falls. BMC Geriatrics. 2011. 11/6.
38. A Blank Wolfgang. Freiburger Ellen. Siegrist Monika. Landendoerfer Peter. Linde Klaus. Schuster Tibor. Pfeifer Klaus. Schneider Antonius. Halle Martin. An interdisciplinary intervention to prevent falls in community-dwelling elderly persons: protocol of a cluster-randomized trial. BMC Geriatrics. 2011. 11/7.
39. Persad C.C. Cook S. Giordani B. Assessing falls in the elderly: should we use simple screening test or a comprehensive fall risk evaluation?. EUR J Phys Rehabil Med. 2010. 46. 249-59.
40. Lin Chung-Hao. Liao Kuo-Chen. Pu Shou-Jin. Chen Yung-Chang. Liu Maw-Sen. Associated factors for falls among the community-dwelling older people assessed by annual geriatric health examinations. Plos one. Abril 2011. Volumen 6. Publicacion 4.
41. Irvine Lisa. Conroy Simon P. Sach Tracey. Gladman John R F. Harwood Rowan H. Kendrick Denise. Coupland Carol. Drummond Avril. Barton Garry. Masud Tahir. Cost-effectiveness of a day hospital falls prevention programme for screened community-dwelling older people at high risk of falls. 20 Julio 2010. Disponible en www.trialsjournal.com/content/7/1/5. Consultado el 23 abril 2012.
42. Al-Aama Tareef. Falls in the elderly. Clinical Review. Canadian Family Psycian. Vol 57. Julio 2011.

43. Livesley. Falls in older age. British Medical Journal. Volumen 289. 8 Septiembre 1984.
44. Gillespies LD. Gillespie WJ. Robertson MC. Lamb LE. Cumming RG, Rowe B.
Interventions for preventing falls in elderly people review Cochrane. The Cochrane Library. Tomo 1, mayo 2002.
45. Tinetti ME., Speechley M., Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J of Med 1998; 319: 1701-7.
46. Pujiula Blanch M., y grupo Apoc Abs SALT. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. Aten Primaria 2003; 32; 2: 86-91.
47. Salva A., Bolívar I., Pera G., Arias C. Incidencia y consecuencias de las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. Med. Clin. (Barc) 2004; 122: 172-6.
48. Méndez JI., Zunzunegui MV., Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. Med Clin (Barc) 1997; 108: 128-32.
49. Séculi S P., Brugulat G. et al. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. Aten Prim. Sept. 2004 Vol 34.Número 04. 186-91.
50. Porta M., Miralles R., Conill C., Sánchez C., Pastor M., Felip .J, et al. Registro de caídas del Centro Geriátrico Municipal de Barcelona. Características de las caídas y perfil de los pacientes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36:270-5.

