







ARTÍCULO ORIGINAL

Síndrome post-caída en adultos mayores operados de fractura de caderas

Dra. Soraya Dueñas Villavicencio¹ , Lic. Yurima Licea Morales¹ , Dra. C. Nubia Blanco Barbeito¹ ,
Lic. Alina Luque León¹ , Lic. Marcos Antonio Chateloin Santos¹ , Lic. Alberto de Jesús Nodarse
Mata¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Introducción: una de las características fundamentales del envejecimiento son las caídas, que constituyen la causa principal de accidentes en ancianos. **Objetivo:** describir el comportamiento del síndrome post-caída en el adulto mayor operado de fractura de cadera en el Municipio de Sagua la Grande. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal con el propósito de describir el comportamiento del síndrome post-caída en los adultos mayores operados de fracturas de caderas en el Municipio de Sagua la Grande en el período de tiempo comprendido entre los años 2015 y 2016. La población estuvo constituida por 40 adultos mayores, la muestra se seleccionó por un muestreo no probabilístico intencional por criterios y fue de 24 adultos mayores. Para la recogida de la información se emplearon la revisión de documentos, los cuestionarios a los adultos mayores y la observación a los hogares. **Resultados:** la mayoría de los adultos mayores (15, 62,5%) que sufrieron caídas tenían nivel de funcionalidad II y predominio de los factores de riesgo relacionados con las alteraciones en el sistema osteomioarticular (21, 87,5%) y las enfermedades cardiovasculares (14,58,3%). La totalidad de los adultos mayores (24, 100%) presentaron el síndrome post-caída. **Conclusiones:** las caídas y las lesiones por caídas son los responsables de una parte considerable de la morbilidad y la mortalidad en los adultos mayores. Una de las consecuencias no derivadas directamente de las lesiones producidas en la caída, pero que afecta a la persona mayor y a su entorno, es el denominado síndrome post-caída.

Palabras clave: fracturas de cadera; caídas; adultos mayores; síndrome post-caída

ABSTRACT

Introduction: one of the fundamental characteristics of ageing is falling, which is the main cause of accidents in the elderly. **Objective:** to describe the behavior of the post-fall syndrome in the older adult operated for hip fracture in the Municipality of Sagua la Grande. **Methods:** we conducted a cross-sectional descriptive study to describe the behavior of the post-fall syndrome in older adults who had hip fracture surgery in the municipality of Sagua la Grande during the period between 2015 and 2016. The population was constituted by 40 older adults, the sample was selected by an intentional non-probabilistic sampling by criteria and was of 24 older adults. The information was collected through document review, questionnaires to the elderly and observation of the

households. **Results:** most of the older adults (15, 62.5%) who suffered falls had level II function and a predominance of risk factors related to alterations in the osteomyoarticular system (21, 87.5%) and cardiovascular diseases (14, 58.3%). All of the older adults (24, 100%) presented post-fall syndrome. **Conclusions:** falls and injuries due to falls are responsible for a considerable part of morbidity and mortality in older adults. One of the consequences not directly derived from the injuries produced in the fall, but that affects the older person and his/her environment, is the so-called post-fall syndrome.

Key words: hip fractures; falls; older adults; post-fall syndrome

INTRODUCCIÓN

Cada vez más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población mundial envejece a pasos acelerados: entre 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará y pasará del 11 al 22%; en números absolutos este grupo de edad aumentará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.^(1,2)

Se prevé que durante ese mismo período la población total mundial aumentará de 4 100 millones a 8 200 millones, o sea, un 10,2%. Según las estimaciones de Naciones Unidas el 10,7% de la población de los países desarrollados superará los 80 años y el 4,5% en los países en desarrollo en el año 2060, por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones; es un acontecimiento sin precedentes en la historia.^(1,3,4,5)

En 2020 el 12,4% de la población de la Región de las Américas se encontrará en estas edades, habrá 82 millones de envejecidos. En 2025 las personas de edad avanzada constituirán el 13,7% de la población mundial y para el año 2050 lo será el 20%, que se estima en alrededor de 2000 millones de ancianos. En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez y por ser un proceso generalizado, todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas: mientras la población en general crece en un 1,5% la población mayor de 60 crece en un 3,5%. El 75% de las personas que nacen hoy en América Latina y el Caribe serán adultos mayores y un 40% sobrepasarán los 80 años. En un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará.^(6,7)

Una de las características fundamentales del envejecimiento son las caídas, que constituyen la causa principal de accidentes en ancianos; con frecuencia no tienen consecuencias mortales, pero si afectan la salud y la calidad de vida de la persona. En el 80% las lesiones son leves o no existen. En el 1% de los pacientes se observan fracturas de fémur y luego, en orden de frecuencia, fracturas de antebrazo, de húmero y de pelvis (consecuencias físicas); también ansiedad, pérdida de confianza en sí mismos, aislamiento social, miedo, trastornos en su movilidad y se hacen dependientes (consecuencias psíquicas); además la familia reacciona con ansiedad y actitudes de sobreprotección que restringen la autonomía del anciano (consecuencias sociales); asimismo las dobles estadías de

tiempo a cualquier otro ingreso y consumen las terceras partes de las intervenciones programadas (consecuencias económicas) y, por último, las incapacidades (consecuencias funcionales).^(8,9)

En 2015 en Cuba las caídas ocasionaron una mortalidad en el sexo masculino de 331, con una tasa de 39,7x100 000 habitantes (hab) en los adultos de 60 a 79 años, y 595, con una tasa de 386,4x100 000 hab en adultos mayores de 80 años. En el sexo femenino hubo una mortalidad de 324, con una tasa de 35,6x100 000 hab en los adultos de 60 a 79 años, y 1 041 con una tasa de 523,1x100 000 hab en adultos mayores de 80 años.⁽¹⁰⁾

El Municipio de Sagua la Grande tiene una población envejecida pues el 22,4% de sus habitantes tiene más de 60 años, razón que motivó a realizar la siguiente investigación con el objetivo de describir el síndrome post-caída en el adulto mayor operado de fractura de cadera en el municipio en el período de 2015 a 2016.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los adultos mayores operados de fracturas de caderas en el Hospital General Universitario "Mártires del 9 de abril" del Municipio de Sagua la Grande, de la Provincia de Villa Clara, en el período de tiempo comprendido entre 2015 y 2016. La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de adultos mayores operados de fractura de cadera en el municipio (40); la muestra se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico intencional por criterios.

Criterios de inclusión: Adultos mayores no institucionalizados.

Criterio de exclusión: Adultos mayores operados de fractura de cadera fallecidos durante el estudio.

La muestra quedó finalmente constituida por 24 adultos mayores.

Métodos, técnicas y procedimientos para la recogida de datos

En la investigación se revisaron la totalidad de las historias clínicas de los pacientes operados de fractura de cadera en el Hospital "Mártires del 9 de abril". Se seleccionaron las historias que pertenecían a pacientes residentes en el Municipio de Sagua la Grande y se recogieron nombres y direcciones para visitarlos y, a los que permanecían vivos, se les aplicaron un cuestionario, con el objetivo de identificar si presentaban o no el síndrome post-caída, y una escala de evaluación funcional (cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en el anciano, 1989). Se realizó una observación a los hogares a través de una guía de observación con el objetivo de constatar los posibles factores de riesgos de caída en el hogar.

Se mostraron como medidas de resumen las frecuencias absolutas y relativas a través de la estadística descriptiva.

RESULTADOS

En relación a los grupos de edades se observa (tabla 1) el predominio del sexo femenino (20, 83,3%) y el grupo de edades de 87 a 90 años (6, 25%).

Tabla 1. Relación de los grupos de edades y el sexo de adultos mayores

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino No.	Femenino %	Masculino No.	Masculino %	No.	%
67-70	3	15	-	-	3	12,5
71-74	3	15	-	-	3	12,5
75-78	2	10	1	25	3	12,5
79-82	3	15	-	-	3	12,5
83-86	2	10	-	-	2	8,3
87-90	5	25	1	25	6	25
91-94	1	5	2	50	3	12,5
>94	1	5	-	-	1	4,16
Total	20	83,3	4	16,6	24	100

Predominó el estado civil viudo (12, 50%) -tabla 2-.

Referente a la funcionabilidad en los ancianos se observó un predominio de ancianos incluidos en el nivel II (15, 62,5%) que los limita o pudiera limitarlos en las actividades básicas de la vida diaria (tabla 3).

Tabla 2. Estado civil de los adultos mayores

Estado civil	No.	%
Casado o vive en pareja	5	20,8
Viudo	12	50
Separado o divorciado	4	16,7
Soltero	3	12,5
Total	24	100

Tabla 3. Niveles de funcionabilidad de los adultos mayores

Niveles	No.	%
Nivel I	3	12,5
Nivel II	15	62,5
Nivel III	6	25
Total	24	100

Fuente: Escala de evaluación funcional

En la tabla 4 se observan los factores de riesgo relacionados con las caídas en los adultos mayores. Hay un predominio de las enfermedades del sistema osteomioarticular (SOMA) -21, 87,5%- , la polifarmacia (17, 70,8%), las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad (17, 70,8%) y las enfermedades cardiovasculares (14, 58,3%).

Tabla 4. Factores de riesgo de caídas en los adultos mayores

Factores de riesgo	No.	%
Enfermedades cardiovasculares	14	58,3
Enfermedades neurológicas	7	21,2
Enfermedades psíquicas	3	12,5
Enfermedades endocrinas	9	37,5
Enfermedades del SOMA	21	87,5
Alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad	17	70,8
Polifarmacia	17	70,8
Vivir solo	7	29,2
Otras	5	20,8

La información esencial sobre la caída de los adultos mayores se observa en la tabla 5: 17 (70,8%) no es la primera vez que se caen, 14 (58,3%) se han vuelto a caer en los últimos seis meses, 19 (79,2%) han cambiado su modo de vida como consecuencia de la caída y 24 (100%) tienen miedo de volver a caerse; 13 (54,1%) utilizan medios de soporte.

Tabla 5. Información sobre la caída en los adultos mayores

Sobre la caída	Sí		No		No lo sabe	
	No.	%	No.	%	No.	%
Esta es la primera caída	3	12,5	17	70,8	4	16,7
Se ha caído en los últimos seis meses	5	20,8	14	58,3	5	20,8
Ha cambiado su modo de vida como consecuencia de la caída	19	79,2	5	20,8	-	-
Tiene usted miedo de volver a caerse	24	100	-	-	-	-
Utiliza medios de soporte	13	54,1	6	25	6	25

De los 24 adultos mayores 17 (70,8%) se cayeron en el interior de la casa (tabla 6).

Tabla 6. Lugar de la caída de los adultos mayores

Lugar de la caída	No.	%
Domicilio interior	17	70,8
Domicilio exterior	4	16,7
En la calle	3	12,5

Como consecuencias inmediatas y mediatas de las caídas en los ancianos en todos ocurrieron fracturas o consecuencias graves y en dos (8,3%) traumatismo craneal; 20 (83,3%) presentaron síndrome post-caída y no hubo defunciones (tabla 7).

Tabla 7. Consecuencias inmediatas y mediatas de las caídas en los adultos mayores

Consecuencias inmediatas y mediatas de las caídas	No.	%
Herida superficial o contusión	5	20,8
Fractura y otras consecuencias graves	24	100
Traumatismo craneal	2	8,3
Síndrome post-caída	20	83,3

Con relación a la evaluación del riesgo de las caídas en el hogar la tabla 8 muestra que en 13 adultos mayores (54,2%) el riesgo en el hogar fue de regular, con mediano riesgo según la guía de observación aplicada.

Tabla 8. Evaluación del riesgo de la caída en el hogar de los adultos mayores

Evaluación del riesgo de caída en el hogar	No.	%
Buena (poco riesgo)	6	25
Regular (mediano riesgo)	13	54,2
Malo (alto riesgo)	5	20,8

DISCUSIÓN

Según Enrique Vega⁽¹¹⁾ en Cuba las caídas ascienden a un 25% entre las edades de 65 a 70 años y al 35% después de los 75 años. Lemus Fajardo y colaboradores⁽¹²⁾ observaron que las mujeres se caían el doble que los hombres hasta los 75 años aproximadamente, a partir de esa edad se tiende a igualar la frecuencia; en la presente investigación predominan las mujeres después de los 75 años, dato que se refleja en la tabla 1.

El estado civil es un importante elemento a tener en cuenta cuando se evalúa la fragilidad, pues en los estados de ánimo de los adultos mayores tienen un gran peso los estados de viudez o ser solteros divorciados, como también se observa que la proporción de viudas es mucho mayor que la de viudos.⁽¹³⁾

En una investigación realizada en Chile encontraron un menor porcentaje de adultos mayores que presentó riesgo de caídas y caídas, lo que está relacionado con la disminución de la funcionalidad y la independencia del adulto mayor. La actividad física regular contribuye al mantenimiento de la aptitud física en individuos mayores, además de mitigar y revertir la pérdida de masa muscular.⁽¹⁴⁾

En otro estudio realizado⁽¹⁵⁾ en ese país no se encontró coincidencia con respecto a la capacidad funcional de los ancianos, la mayoría (93,8%) mostró independencia. Los ancianos con caídas recurrentes tienen mayor deterioro funcional, especialmente en movilidad, más alteraciones en su marcha y consecuencias más severas por la caída que en ancianos con caídas únicas, probablemente como deterioro de su estado general de salud. Los factores predictores identificados para caídas recurrentes están relacionados especialmente con la movilidad, los problemas de salud y con el deterioro de la capacidad funcional.

En adultos mayores que viven en la comunidad se han descrito como factores predisponentes para caídas el uso de sedantes, el deterioro cognitivo, las alteraciones de las extremidades inferiores, la presencia del reflejo palmomental, las anomalías del equilibrio y la marcha y los problemas de los pies.⁽¹⁶⁾

En este estudio se describió que el riesgo de caer se incrementó, linealmente, en un número mayor de factores de riesgo del 8% (sin ningún factor) y del 78% con cuatro o más factores de riesgo ($p < 0,0001$). Alrededor del 10% de las caídas ocurrió durante una enfermedad aguda, el 5% durante la realización de una actividad peligrosa y el 44% en presencia de peligros ambientales.

Entre los factores de riesgo al evaluar caídas en el adulto mayor se encuentran los antecedentes de caídas previas, las alteraciones de la marcha, el balance, la movilidad y la fuerza muscular, la osteoporosis, la pérdida de la capacidad funcional y el síndrome post-caída, la debilidad visual, el déficit de la capacidad cognitiva, los trastornos del movimiento (por ejemplo la enfermedad de Parkinson), la incontinencia urinaria, los problemas cardiovasculares y el consumo de medicamentos. Otros factores de riesgo de particular importancia en los adultos mayores son la fragilidad y la sarcopenia.⁽¹²⁾

La experiencia de la caída también puede relacionarse con el condicionamiento operante, que provoca que el anciano evite o rechace salir o efectuar la mínima

actividad deambulatoria. De esta forma el sujeto alivia su miedo (experiencia que actúa como elemento reforzador) y mantiene así las respuestas. Este refuerzo de evitación se refuerza a través del propio personal cuidador del centro residencial en el que se aloje el anciano o por medio de sus familiares cuando vive en su hogar. El hecho es que tras fallar los ruegos y los intentos varios para que el anciano se levante y se mueva, finalmente decidirán o permitirán que permanezca confinado en su cama, su silla de ruedas o su sillón. De esta manera se aprende y se refuerza una conducta de dependencia que persistirá en el tiempo si no se corrige debidamente.^(17,18)

En otros ancianos las respuestas de negación a caminar o a salir de su hogar o de la residencia pueden aprenderse por observación directa, imitación o modelado. La gente tiende a imitar conductas que comprueba son reforzadas por el entorno inmediato.⁽¹⁹⁾

Samper⁽¹⁸⁾ declara que los factores de riesgo extrínsecos se encuentran en la vivienda, en la vía pública y en los medios de transporte. Las caídas ocurridas dentro del hogar suelen ser por los suelos mojados por agua u orina, los pisos pulidos, el juguete abandonado, los animales domésticos, la escasa o la intensa iluminación, las alfombras, la falta de barras auxiliares en el baño y las escaleras sin pasamanos, mal iluminadas, con peldaños muy altos o gastados. También ocurren, con frecuencia, las caídas en los días recientes de haber sido internado en el hospital o en una residencia, cuando salen de paseo por el desnivel de los pisos, los huecos y todas las barreras arquitectónicas que existen; se plantea en algunos estudios que el mayor número de caídas ocurre en el hogar, generalmente en el tiempo de mayor actividad, en horas de la mañana y la tarde.

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su elevada frecuencia, especialmente por las repercusiones que provocan tanto en la calidad de vida del anciano como del cuidador. El 50% de los pacientes que caen presentan síndrome post-caída (miedo a caer de nuevo), también conocido como astatoabasofobia; este es un factor de riesgo para presentar una nueva caída.⁽¹⁹⁾

En otros estudios se ha informado que el síndrome post-caída afecta a una de cada cinco personas que sufren caídas.⁽²⁰⁾ Si no se trata esta condición puede dar lugar a un síndrome regresivo, con consecuencias físicas, psicológicas y sociales adversas. En un estudio realizado en artículos publicados sobre este tema se encontró que los ancianos con miedo a caerse tienen casi el doble de riesgo de sufrir una caída.⁽²¹⁾

La literatura de mayor acceso enfatiza en la alta repercusión en la evaluación y el tratamiento de la calidad de vida de los adultos mayores. Es por eso que se ha escogido profundizar brevemente acerca de aspectos sociales que, según la experiencia y la observación incurrida hasta el momento, corresponden a factores de crucial importancia al momento de analizar e intervenir interdisciplinariamente la vejez.

CONCLUSIONES

Las caídas y las lesiones por caídas son los responsables de una parte considerable de la morbilidad y la mortalidad en los adultos mayores. Aunque la

mayoría de las caídas no provocan lesiones físicas graves o muerte determinan, a menudo, una reducción en la actividad social y física y una pérdida de confianza en la independencia funcional. Una de las consecuencias no derivadas directamente de las lesiones producidas en la caída, pero que afecta a la persona mayor y a su entorno, es el denominado síndrome post-caída.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos interesantes sobre el envejecimiento [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 22/02/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
2. Monge AT, Solís JY. El síndrome de caídas en personas adultos mayores y su relación con la velocidad de la marcha. Rev Méd Cos Cen [Internet]. 2016 [citado 22/02/2020];73(618):91-95. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161r.pdf>
3. Secretaría de Salud. Cómo evitar caídas en adultos mayores [Internet]. Jalisco: Secretaría de Salud; 01/07/2019 [citado 22/02/2020]. Disponible en: <https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/8560>
4. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red [Internet]. 2016 [citado 22/02/2020];(14):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
5. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev Méd Chile [Internet]. 2011 Ago [citado 22/02/2020];139(8):1006-1014. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000800005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005>
6. Lluch Bonet A, Morales López A, Cabrera AM, Betancourt Navarro M. Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Abr-Jun [citado 22/02/2020];26(2):3-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200002&lng=es
7. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Cienc Enferm [Internet]. 2005 Dic [citado 24/02/2020];11(2):17-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es
8. Instituto Gerontológico. Caídas [Internet]. Madrid: Instituto Gerontológico; 2020 [citado 24/02/2020]. Disponible en: <https://www.igerontologico.com/salud/sindromes-geriatricos/caidas-6444.htm>
9. Andoy Crego M, López Sande A, Varela González N, Lodeiro Fernández L, López Martínez M, Millán Calenti JC. Manejo del síndrome post-caída en el anciano. Clín Salud [Internet]. 2001 [citado 24/02/2020];12(1):113-119. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/01161aaa0b6d1345dd8fe4e481144d84>
10. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2018 [Internet]. La Habana: Minsap; 2019

[citado 24/02/2020]. Disponible en:

<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%c3%b3nico-Espa%c3%b1ol-2018-ed-2019.pdf>

11. Vega García E, Menéndez Jiménez J, Rodríguez Rivera L, et al. Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Vol II. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 499-501. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo2_3raedicion/medicina_gen_integral_volumen2_cap55.pdf
12. Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LP, Linares Cánovas LB, Macías Romero JA, Morales Lemus R. Comportamiento de las caídas en adultos mayores ingresados en servicio de Geriátrica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 Nov-Dic [citado 24/02/2020];23(6):957-967. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n6/1561-3194-rpr-23-06-857.pdf>
13. Garriga J. Plena identidad [Internet]. Buenos Aires: Garriga J; 2020. Temas de Gerontología; 03/08/2009 [citado 24/02/2020]. Disponible en: <http://plenaidentidad.com/temas-de-gerontologia/>
14. Mora Quezada JD, Osses Paredes CF, Rivas Arenas SM. Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado 22/02/2020];33(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/432/226>
15. Marinês Tambara L, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Enferm Glob [Internet]. 2015 [citado 22/02/2020];14(37). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001
16. Plaza Moya A. Inestabilidad y caídas en el anciano [Internet]. Ciudad Real: Enfermería Ciudad Real; 10/04/2017 [citado 22/02/2020]. Disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/inestabilidad-y-caidas-en-el-anciano-606.htm>
17. González G, Marín PP, Pereira G. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. Rev Méd Chile [Internet]. 2001 Sep [citado 24/02/2020];129(9):1021-1030. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000900007
18. Samper Lamencá B, Allona López S, Cisneros Larrea L, Navas Ferrer C, Marín Labanda R. Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno. Gerokomos [Internet]. 2016 [citado 24/02/2020];27(1):2-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n1/02_originales_01.pdf
19. Caballero García JC, Remolar Ribes ML, García Cuesta R. Programa de intervención sobre el Síndrome psicológico postcaída en el anciano. Rev Mult Gerontol [Internet]. 2000 [citado 24/02/2020];10(4):249-260. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834470>
20. Morisod J, Coutaz M. Post-fall syndrome: how to recognize and treat it? Rev Med Suisse [Internet]. 2007 Nov [citado 22/02/2020];3(132):2531-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18072601>
21. Matoso Ambrosiani C. Síndrome post-caída en el anciano. Un gran olvidado en la seguridad del paciente. V Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada" 2014 [Internet]. Granada: SATSE; 16-27/05/2014 [citado 22/02/2020]. Disponible en: http://congreso-enfermeria.es/libros/2014/salas/sala3/p_1260.pdf

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

SDV, YLM, NBB y ALL: participaron en la concepción de la idea, el diseño de la investigación y la elaboración del artículo.

MACHS, AJNM: participaron en la recogida de la información, su análisis y procesamiento.

Todos los autores revisaron la redacción del manuscrito y aprobaron la versión finalmente remitida.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 15-1-2020

Aprobado: 21-4-2020

Soraya Dueñas Villavicencio. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba.

sorayadv@infomed.sld.cu

<https://orcid.org/0000-0003-4790-4392>