

Comportamiento del riesgo de caídas en el hogar en adultos mayores

Behavior of falls risk at home of the elderly persons

Arlene Salas Mainegra,^I María Solórzano Gómez,^{II} Esther Reyes Carrillo,^{III} Maribel González Limonta^{IV}

^IEspecialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública y en Educación Médica Superior. Instructora. Policlínico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{II}Licenciada en Enfermería. Policlínico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Dirección Municipal de Salud del municipio Marianao. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: se realizó un estudio descriptivo, en la población de adultos mayores atendidos por el Consultorio del Médico de Familia # 4, perteneciente al policlínico "Ramón González Coro", del municipio Marianao, durante 2008.

Objetivo: se realizó el análisis del comportamiento del riesgo de caídas de los adultos mayores en el hogar.

Métodos: estudio de investigación descriptiva, en cuyo desarrollo se utilizó un modelo cualicuantitativo, y en su ejecución se emplearon métodos teóricos, empíricos y procedimientos estadísticos.

Resultados: hubo un predominio del sexo femenino, el mayor por ciento de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia, y tuvieron un mediano riesgo de sufrir una caída en su hogar.

Palabras clave: Adulto mayor, riesgo, caídas, índice de Katz, evaluación del riesgo.

ABSTRACT

Introduction: a descriptive study was conducted in the elderly person population seen in the # 4 Family Physician Consulting Room of the "Ramón González Coro" polyclinic from the Marianao municipality during 2008.

Objective: an analysis of the falls risk behavior of elderly persons at home was made.

Methods: a descriptive research study was conducted using the qualitative and quantitative model and in its implementation theoretical, empirical methods as well as statistic procedures were used.

Results: there was predominance of female sex, the higher percentage of elderly persons had some degree of dependence and also had a middle risk of suffering a fall at home.

Key words: Elderly person, risk, falls, Katz index, risk assessment.

INTRODUCCIÓN

La caída en un anciano no es un hecho impredecible o inevitable, debido al azar o al envejecimiento normal del individuo. En la mayoría de los casos se trata de una inadaptación entre el anciano y su entorno de origen multifactorial, y ese riesgo aumenta linealmente con el número de factores de riesgo existentes.

El número de personas que en el mundo rebasa la barrera de los 60 años aumentó en el siglo XX, de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90, y se estima que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos.^{1,2} En nuestro país toda persona que alcanza los 60 años o los supera es considerada un adulto mayor (AM).

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que si es importante vivir más años, también es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. El estudio de la problemática del anciano constituye hoy elemento de primordial importancia y un factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales.³⁻⁵

A nivel estatal representa un considerable aumento de los gastos en términos de seguridad y asistencia social. De la misma manera que el envejecimiento provoca cambios sustanciales y progresivos en la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad.

Es conocido que el nivel primario de atención médica es el más cercano al AM, y por ello es allí donde se ha propuesto que se inicien las estrategias de atención, se promuevan las actividades preventivas y se identifiquen grupos de riesgo, para intervenir precozmente y adecuar los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades.⁶ El desarrollo en Cuba del programa del Médico y Enfermera de Familia, iniciado en 1984, así como el surgimiento de la especialidad de MGI, constituyen fortalezas para el SNS que suponen una mejoría en la calidad de la

atención a los mayores de 60 años en su entorno comunitario. Entre los programas priorizados del SNS cubano se encuentra el de Atención Integral al Adulto Mayor, que concibe la realización del diagnóstico de fragilidad como parte del proceso de evaluación integral al AM.⁷

Desde 1989 Cuba muestra un envejecimiento poblacional progresivo con una proyección de un 25 % de AM para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina, mientras que se espera que para el año 2050 sea uno de los más envejecidos del mundo. Asimismo se prevé que para el año 2020 alrededor de 400 000 cubanos habrán cumplido los 80 años.⁸

La vejez es una etapa del ciclo vital caracterizada por la disminución de la capacidad de respuesta a las situaciones estresantes biopsicosociales. Esto determina que el anciano sea más susceptible a los problemas de salud que las personas jóvenes, pero el envejecimiento por sí mismo no es causa de enfermedad: "la presencia de síntomas corresponde a la presencia de enfermedades y no a los cambios fisiológicos del envejecimiento". La consideración de la sociedad hacia los ancianos ha cambiado. En los países desarrollados se ha producido la evolución de una cultura de *sociedades lentas*, en las que la vida social es conducida por las personas adultas mayores, a una cultura de *sociedades rápidas*, en las que la vida social está determinada por el ritmo de los jóvenes.⁹

La relación médico-paciente, en el caso del anciano, presenta unas características complejas que no deben simplificarse ni ser ignoradas. Esta relación requiere un tratamiento amplio, y, a su vez, perfectamente estructurado. Las dificultades que encontrará el médico abarcan, desde problemas de comunicación, hasta dificultades en la valoración de síntomas, pasando por el estrecho margen, que, con frecuencia, separa el envejecimiento normal del patológico. Estas peculiaridades hacen que los aspectos diagnósticos y terapéuticos adquieran especial relevancia en geriatría.

Las caídas y los traumatismos son frecuentes en la vejez y están asociados a los deterioros del estado de salud, al aumento del consumo de servicios hospitalarios, de la institucionalización y de la mortalidad.¹⁰⁻¹² Las caídas son sucesos frecuentes que alarman y preocupan a los pacientes, a sus familiares y a los médicos. Aunque la mayoría de las caídas de los ancianos no presentan consecuencias graves, algunas provocan fracturas de cadera, otras lesiones, y en raras ocasiones, la muerte. Las lesiones no intencionadas representan la sexta causa principal de muerte en los ancianos, y la mayoría de ellas se deben a las caídas. Con frecuencia motivan cambios del estilo de vida, o una limitación de las relaciones sociales de los pacientes. Algunos estudios han esclarecido cómo debe realizarse la evaluación y el tratamiento de los pacientes que sufren caídas.¹³

El objetivo general del presente estudio es analizar el comportamiento del riesgo de caídas en el hogar de los AM durante el año 2008, específicamente en el área del policlínico "Ramón González Coro", del municipio Marianao; y más específicamente, describir las variables epidemiológicas presentes en los AM estudiados, su evaluación funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), así como determinar en ellos la evaluación del riesgo de caídas en el hogar.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en la población de adultos mayores atendida por el Consultorio Médico de Familia (CMF) # 4, ubicado en 37 entre 102 y 104, perteneciente al policlínico "Ramón González Coro" del municipio Marianao, en el año 2008. El universo estuvo constituido por 154 AM, y de ellos se seleccionó una muestra de 96 con los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

Los criterios de inclusión fueron: estar registrados en las historias de salud familiar de sus respectivos CMF y poseer residencia oficial en el área seleccionada, expresar su conformidad con participar en el estudio, tener más de 60 años, o ser cuidador crucial de un AM en el caso de aquellos que, por sus condiciones de salud, no pudieran participar directamente en la investigación.

Se excluyeron del estudio aquellos AM que no desearon participar en la investigación, que estuvieran institucionalizados permanentemente u hospitalizados, que hubiesen fallecido antes o durante el estudio, que se hubiesen mudado a otra área antes o durante el estudio, y que estuviesen ausentes del área en el momento del estudio.

Se le aplicó por los autores el índice de Katz a la población de estudio, y se pudieron considerar los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente, y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza (anexo 1). Por ello se decidió asumir la clasificación siguiente:

- 0= independiente
- 1= dependencia leve
- 2-3= dependencia moderada
- 4-6= dependencia severa

Se aplicó por los autores una encuesta para identificar los factores de riesgo en el hogar que influyen en las caídas, la cual fue validada por el grupo de expertos de la OPS/OMS que confeccionaron, para la APS, una guía clínica para la atención a los AM. Se le da una evaluación de 1 punto a cada respuesta negativa, y se evalúa de 1-5 buena (poco riesgo), 6-9 regular (mediano riesgo) y + de 10 mal (alto riesgo) (anexo 2). Para los procedimientos estadísticos los datos fueron procesados de forma manual con calculadora, se emplearon números enteros y porcentajes, y se presentaron los datos en tablas. Los textos fueron procesados con *Word XP*, y las tablas se realizaron con *Excel XP*.

RESULTADOS

Durante el año 2008 en el CMF # 4, del policlínico "Ramón González Coro", de los 96 AM estudiados, el 52,1 % fueron del sexo femenino y el 47,9 % masculino, con predominio de la edad de 80 a 84 años en un 29,2 % (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según edad y sexo

Edad (en años)	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%		
60-64	3	3,1	4	4,2	7	7,3
65-69	2	2,1	3	3,1	5	5,2
70-74	4	4,2	5	5,2	9	9,4
75-79	6	6,2	4	4,2	10	10,4
80-84	13	13,6	15	15,7	28	29,2
85-89	10	10,4	3	3,1	13	13,6
90-94	5	5,2	7	7,3	12	12,5
95-99	2	2,1	6	6,2	8	8,3
100 y +	1	1	3	3,1	4	4,1
Total	46	47,9	50	52,1	96	100

Fuente: historia salud familiar.

La tabla 2 muestra que de las enfermedades crónicas presentes en nuestros AM, la HTA predominó en un 38,5 %, seguida de las cardiopatías isquémicas para un 10,4 % y los accidentes vasculares encefálicos en un 9,4 %.

Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según enfermedades crónicas y sexo

Enfermedades crónicas	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%		
Hipertensión arterial	18	18,8	19	19,7	37	38,5
Cardiopatía isquémica	7	7,3	3	3,1	10	10,4
Diabetes mellitus	0	0	3	3,1	3	3,1
Asma bronquial	0	0	2	2,1	2	2,1
Accidente vascular encefálico	5	5,2	4	4,1	9	9,4
Total	30	31,3	31	32,2	61	63,5

Fuente: historias de salud individual.

Como se aprecia en la tabla 3, al aplicarles el índice de Katz a los AM para conocer el grado de dependencia en ABVD, se identificó que el 78,1 % presentó algún grado de dependencia, el 40,6 % tenía un grado de dependencia leve, y predominó el sexo femenino en un 23 %.

Tabla 3. Grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según índice de Katz y sexo del adulto mayor

Sexo y grado de dependencia	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Independiente	11	11,5	10	10,4	21	21,9
Dependencia leve	17	17,7	22	23	39	40,6
Dependencia moderada	10	10,4	13	13,5	23	24
Dependencia severa	8	8,3	5	5,2	13	13,5
Total	46	47,9	50	52,1	96	100

Fuente: prueba de Katz.

La tabla 4 muestra que de los 75 AM que necesitan ayuda para realizar las ABVD, el 85,3 % era independiente para alimentarse y el 69,3 % requería de apoyo o ayuda parcial para vestirse, seguida del 65,3 % que requiere ayuda para el baño. En las demás actividades el uso del servicio, movilidad y la continencia se vio que la mayoría de los AM requiere apoyo de otras personas para realizar estas actividades.

Tabla 4. Necesidad de apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Necesidad de apoyo para las ABVD	Lo realiza independiente		Requiere de apoyo o ayuda parcial		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Baño	26	34,7	49	65,3	75	100
Vestirse	23	30,7	52	69,3	75	100
Uso del servicio	32	42,7	43	57,3	75	100
Movilidad	36	48	39	52	75	100
Continencia	32	42,7	43	57,3	75	100
Alimentación	64	85,3	11	14,7	75	100

Fuente: prueba de Katz.

Como se aprecia en la tabla 5, el 41,7 % de los AM tuvo un mediano riesgo de sufrir una caída en su hogar, seguido por un 33,3 % con un alto riesgo y solo el 25 % presentó poco riesgo de caídas. Algunos estudios muestran que 1 de cada 3 personas mayores de 65 años sufre una caída anual, cifra que se eleva en los mayores de 75.

Tabla 5. Distribución de los adultos mayores según la evaluación del riesgo de caídas en el hogar

Evaluación	Cantidad de adultos mayores	
	No	%
Poco riesgo	24	25
Mediano riesgo	40	41,7
Alto riesgo	32	33,3
Total	96	100

Fuente: escala de evaluación del riesgo de caídas en el hogar.

DISCUSIÓN

Como se vio en la tabla 1 los ancianos cada vez alcanzan edades más elevadas. Las mujeres parecen sufrir más caídas que los hombres, lo cual se debe a que antes de los 50 años el sexo femenino es protegido por su sistema hormonal, pero pasada esa edad son más propensas a padecer la osteoporosis hasta los 75 años, a partir de la cual la frecuencia es similar en ambos sexos.¹⁴

Los datos obtenidos en la tabla 2 coinciden con la literatura estudiada y con el análisis de la situación de salud del policlínico, porque la HTA ocupa el primer lugar de las enfermedades crónicas no transmisibles, seguido de las cardiopatías isquémicas. Los antihipertensivos se consideran en segundo lugar después de los sedantes, y pueden influir en las caídas por producir hipotensión postural (metildopa, betabloqueadores, etc.), o disminuir el flujo sanguíneo cerebral. Son frecuentes las caídas en los pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares porque las principales manifestaciones son el mareo y el vértigo; los cambios en la estructura y función cardiovascular relacionados con el envejecimiento predisponen al anciano a hipovolemia, menor tolerancia a disritmias, hipotensión ortostática, síncope y respuesta ventricular rápida.¹⁵

Cuando analizamos la tabla 3 coincidimos con la literatura consultada, que plantea que cuanto mayor es el nivel de dependencia menor es el riesgo de caídas. Tras una caída, el anciano siempre reduce su movilidad, debido, en un principio, a las consecuencias físicas inmediatas de las caídas (dolor o fracturas), y después, por el miedo a nuevas caídas y pérdida de autoconfianza (síndrome poscaída).

Los datos obtenidos en la tabla 4 coinciden con la literatura consultada.¹⁶ Algunos estudios muestran, igualmente, que 1 de cada 3 personas mayores de 65 años sufre una caída anual, cifra que se eleva en los mayores de 75 (tabla 5). Los principales riesgos de caídas dentro del domicilio fueron:

1. Tipo de calzado: los zapatos no tienen suela o tacones que eviten los deslizamientos, no utilizan zapatillas bien ajustadas que no se salgan del pie, no sustituyen el calzado cuando se gastan las suelas y pudiera resultar resbaladizo.
2. Iluminación deficiente: no tienen iluminación suficiente para eliminar las áreas oscuras, no tienen una lámpara o interruptor al alcance de la cama, como tampoco

tienen luces nocturnas en el cuarto de baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño.

3. Baño: no tienen barandilla el baño.

Se puede concluir que en el presente estudio se lograron describir las diferentes variables epidemiológicas presentes en los adultos mayores estudiados, se le realizó la evaluación funcional a los AM según las ABVD, y se evaluaron debidamente los riesgos de caída en el hogar de los AM estudiados.

Anexo 1

Valoración de las actividades de la vida diaria. Índice de Katz

Baño

Independiente: se baña enteramente solo o necesita ayuda solo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).

Dependiente: necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera, o no se baña solo.

Vestirse

Independiente: coge la ropa de cajones y armarios, se la pone, y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.

Dependiente: no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.

Uso del servicio

Independiente: va al servicio solo, se arregla la ropa, y se asea los órganos excretores.

Dependiente: precisa ayuda para ir al servicio.

Movilidad

Independiente: se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.

Dependiente: necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

Alimentación

Independiente: lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.

Dependiente: necesita ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral.

Puntuación total

Anexo 2

Escala de evaluación del riesgo de caídas en el hogar

TAREAS DOMÉSTICAS

¿Limpia las salpicaduras tan pronto como se producen? Sí _____ No _____

¿Mantiene limpio y sin obstáculos los suelos y las escaleras? Sí _____ No _____

¿Guarda los libros, revistas, material de costura y juguetes de los niños tan pronto como acaban de usarlos?

Sí ____ No ____

¿Guarda con frecuencia los objetos usados en estantes accesibles? Sí ____ No ____

SUELOS

¿Procura que todas las alfombras pequeñas tengan dorso antideslizante? Sí ____ No ____

¿Están bien fijos los bordes de las alfombras? Sí ____ No ____

¿Ha corregido los desniveles del suelo? Sí ____ No ____

BAÑO

¿Usa alfombra o adhesivo antideslizante en la bañera o la ducha? Sí ____ No ____

¿Tiene barandilla su baño? Sí ____ No ____

¿Mantiene el jabón en una jabonera de fácil acceso? Sí ____ No ____

¿Son de fácil acceso las toallas u otros objetos de uso en el baño? Sí ____ No ____

¿Usa cortina en su bañera para evitar mojar el piso del baño? Sí ____ No ____

¿Tiene el interruptor del baño al lado de la puerta? Sí ____ No ____

PASILLOS

¿Puede cruzar todas las habitaciones y pasar de una a otra sin dar vueltas alrededor de los muebles?

Sí ____ No ____

¿Está libre de obstáculos el camino desde el dormitorio hasta el baño? Sí ____ No ____

¿Permanecen apartados del camino los cables del teléfono y de otros aparatos?

Sí ____ No ____

ILUMINACIÓN

¿Tiene interruptores cerca de todas las puertas? Sí ____ No ____

¿Tiene iluminación suficiente para eliminar las áreas oscuras? Sí ____ No ____

¿Tiene una lámpara o interruptor al alcance de la cama? Sí ____ No ____

¿Tiene luces nocturnas en el cuarto de baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño? Sí ____ No ____

¿Están bien iluminadas las escaleras? Sí ____ No ____

¿Tiene interruptor al principio y al final de las escaleras? Sí ____ No ____

ESCALERAS

¿Tiene barandillas seguras a ambos lados y a todo lo largo? Sí ____ No ____

¿Están bien separadas las barandillas de las paredes de modo que usted se pueda sujetar bien? Sí ____ No ____

¿Tienen las barandillas una forma bien definida de modo que usted sepa cuándo llega al final de la escalera? Sí ____ No ____

¿Están las escaleras en buen estado? Sí ____ No ____

¿Están todos los bordes de la escalera bien sujetos y en buen estado? Sí ____ No ____

¿Ha sustituido usted los niveles por rampas y los ha iluminado bien? Sí ____ No ____

¿Es de poca pendiente su escalera? Sí ____ No ____

¿Es ancha como para no tropezar con alguien que suba o baje al mismo tiempo?

Sí ____ No ____

SILLAS

¿Evita usted las escaleras para alcanzar anaqueles altos? Sí ____ No ____

¿Usa usted una silla fuerte para alcanzar anaqueles altos? Sí ____ No ____

¿Están todas las sillas en buen estado? Sí ____ No ____

¿Apoya siempre la silla en una base firme y nivelada? Sí ____ No ____

¿Cuando usa una escalera o silla lo hace mirando los escalones y manteniendo el cuerpo nivelado? Sí ____ No ____

¿Evita las sillas sin reposamano? Sí ____ No ____

¿Evita las sillas con respaldos demasiado bajos? Sí ____ No ____

COCINA

¿Coloca los utensilios más usados a la altura de la cintura? Sí ____ No ____

- ¿Coloca los armarios a la altura del pecho? Sí____No ____
- ¿Señala claramente el encendido y apagado de la cocina? Sí____No ____
- ¿Evita las mesas con patas inseguras? Sí____No ____
- ¿Evita los adornos o mesas con trípodes o pedestal? Sí____No ____
- CALZADO**
- ¿Tienen sus zapatos suela o tacones que eviten los deslizamientos? Sí____No ____
- ¿Utiliza zapatillas bien ajustadas y que no se salgan del pie? Sí____No ____
- ¿Evita caminar descalzo? Sí____No ____
- ¿Utiliza zapato bajo y cómodo para trabajar en la casa o el jardín? Sí____No ____
- ¿Sustituye el calzado cuando se gastan las suelas y pudiera resultar resbaladizo?
Sí____No ____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castanedo Granda JF, Vicente N. Modelo de atención gerontológico en el Consejo Popular "Los Sitios" Ciudad de La Habana, Cuba. Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología [serie en internet]. 2000 [citado 4 de octubre de 2009];2(2):1-8. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com/index.php/journal/issue/view/26>
2. Miguel JA. Gerontología, Geriatria y Medicina Interna [monografía en internet]. 2004 [citado 14 de Mayo de 2004]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/gerontologia>
3. Mussoll J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroja I, et al. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 2002;37(5):249-53.
4. Resnick B, Junlapeeya P. Falls in a Community of Older Adults: Findings and Implications for Practice. Applied Nursing Research. May, 2004;17(28):81-91.
5. Thobaben M. Home Health Nurses Can Help Clients Reduce Risk Factors Associated With Falling. Home Health Care Management & Practice. 2006;19(1):66-8.
6. Lin MR, Wolf SL, Hwang HF, Gong SY, Chen CY, Randomized A. Controlled Trial of Fall Prevention Programs and Quality of Life in Older Fallers. J Am Geriatr Soc. 2007;55(4):499-506.
7. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2007. La Habana: MINSAP/OPS-OMS; 2008. p. 23 y 124.
8. Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda county study. Am J Epidemiol. 1987;126:714-23.
9. Berg RL, Cassells JS. The second fifty years: promoting health and preventing disability. Washington DC: National Academy Press; 1990.
10. Kateralis AG, Cumming RG. Health status before and mortality after hip fracture. Am J Public Health. 1996;86:557-60.

11. Wolinsky FD, Johnson RJ, Fitzgerald JF. Falling, health status, and the use of health services by older adults. *Med Care*. 1992;30:587-97.
12. Vega GE, Menéndez JJ, Prieto RO. Atención al adulto mayor. Grandes problemas geriátricos. En: Álvarez Sintés R, Álvarez R, Díaz G, Salas I, Lemus ER, Batista R. *Temas de Medicina General Integral*. Vol. I. Capítulo 4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 178-9.
13. Álvarez Sintés R, Álvarez R, Díaz G, Salas I, Lemus ER, Batista R. *Temas de Medicina General Integral*. Vol. I. Capítulo 4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 178-87.
14. González Sánchez RL, Rodríguez Fernández MM, Ferro Alfonso MJ, García Milián JR. Caídas en el anciano: consideraciones generales y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serie en internet]. 1999 Feb [citado 15 de Febrero de 2011];15(1):98-102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Morales Razo P, Rivas Ruiz R, Durán de la Fuente IE. Caídas en el anciano. *Rev Fac Med*. Noviembre-Diciembre 2007;50(6):235-7.
16. Giraldo MCI, Franco AGM. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Av Enfermería*. 2008;XXVI(1):43-58.

Recibido: 24 de marzo de 2010.

Aprobado: 30 de mayo de 2010.

Arlene Salas Mainegra. Policlínico "Ramón González Coro". Ave 61 # 10 024 entre 100 y 102, municipio Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico: salasram@infomed.sld.cu