

Título: Propuesta de un programa educativo sobre caídas por accidentes en los adultos mayores para familiares y cuidadores del Consejo Popular “La Puya”.

Autores: [Yosbanys Roque Herrera](#)*, Nercy Morales Morales**, María Elena Grandela Alfonso**, Yailin Reyes Orama****, Lic. Yovana Betancourt Roque*****, Anabela Del Rosario Criollo Criollo*****

* Ingeniero en Geodesia y Cartografía. Máster en Educación Superior en Ciencias de la Salud.

**Lic. en Enfermería. Máster en Longevidad satisfactoria.

*** Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria.

****Lic. En Psicología.

***** Licenciada en Física y Electrónica..

***** Especialista de 1er grado en Medicina general Integral Residente de 4to año en la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Filial Universitaria de Ciencias Médicas “Lidia Doce” de Sagua la Grande

Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”

Summary:

Objectives: To propose an educational program on fallen by accidents in the biggest adults for family and caretakers of the Popular Council "The Goad", Burnt Municipality of Güines. **Methods:** He/she was carried out a prospective longitudinal descriptive study during the period June 2010 - May 2011. The population was constituted by the 908 relatives or adults' caretakers bigger than which was selected like sample at 116, by means of a sampling non probabilistic for approaches. Questionnaires and interviews were applied, besides the revision of documents. **Results:** Among the caretakers that compose the sample the feminine sex, the age group understood among the 46 and 59 years of age, the level of basic nivel educational prevailed; while among the low old men their care the masculine sex, the age group understood between the 60 and the 75 years of age prevailed, and those that suffer of diabetes mellitus and arterial hypertension. It was determined that the relatives and caretakers of the sample have a low level of knowledge on the handling of the accidents for fallen in the biggest adults. An educational program was designed that consists of 6 activities centered in the active participation of the relatives and caretakers, to be carried out once a month in the community during six months. The selected group of specialists valued as very appropriate the design of the program of educational activities. **Conclusions:** To carry out the pertinent coordinations with the Municipal Address of Public Health in "Quemado de Güines", to achieve the implementation according to the calendar programmed in the design.

Key words: fallen, caretakers, elderly.

Resumen

Objetivos: Proponer un programa educativo sobre caídas por accidentes en los adultos mayores para familiares y cuidadores del Consejo Popular “La Puya”, Municipio Quemado de

Güines. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo durante el período junio 2010 – mayo 2011. La población estuvo constituida por los 908 familiares o cuidadores de adultos mayores de la cual se seleccionó como muestra a 116, mediante un muestreo no probabilístico por criterios. Se aplicaron cuestionarios y entrevistas, además de la revisión de documentos. Resultados: Entre los cuidadores que componen la muestra predominó el sexo femenino, el grupo de edad comprendido entre los 46 y 59 años de edad, el nivel de escolaridad básico; mientras que entre los ancianos bajo su cuidado predominó el sexo masculino, el grupo de edad comprendido entre los 60 y los 75 años de edad, y los que padecen de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se determinó que los familiares y cuidadores de la muestra tienen un bajo nivel de conocimientos sobre el manejo de los accidentes por caídas en los adultos mayores. Se diseñó un programa educativo que consta de 6 actividades centradas en la participación activa de los familiares y cuidadores, para ser realizadas una vez al mes en la comunidad durante seis meses. El grupo de especialistas seleccionado valoró como muy adecuado el diseño del programa de actividades educativas.

Conclusiones: Realizar las coordinaciones pertinentes con la Dirección Municipal de Salud Pública en Quemado de Güines, para lograr la implementación según el calendario programado en el diseño.

Palabras claves: caídas, cuidadores, anciano

Introducción.

Los pronósticos y proyecciones del envejecimiento poblacional no son iguales en todas las regiones del planeta. Los niveles de desarrollo alcanzados por la salud pública cubana han propiciado la elevación de la esperanza de vida al nacer, que ya supera los 75 años para ambos sexos. Mas esta condición también ha favorecido al fenómeno del envejecimiento poblacional que coloca a Cuba entre los 50 países del mundo con mayor proporción de personal con 60 años o más lo cual representa casi el 18 % de sus habitantes y se estima que en 2025 sea el 26.1%.^{1,2,3}

Los adultos mayores tienen mayor prevalencia de enfermedades crónico- degenerativas y un mayor riesgo de sufrir accidentes por disminución de capacidades por el propio proceso de envejecimiento. Dentro de los accidentes que con mayor frecuencia se presentan en esta edad se encuentran las caídas.⁴

La frecuencia de las caídas en la población adulta mayor es un problema de salud pública a nivel mundial. Se ha reportado que aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años viviendo en la comunidad, sufre de al menos una caída al año, este número se

incrementa cuando los ancianos viven en instituciones. Los ancianos que sufren caídas en un 50% requieren de atención médica y el 10% culmina en una fractura.⁵

En el extremo de los peligros, las estadísticas indican que en la población mayor los accidentes son la quinta causa de muerte y el 70% de las mismas se debe a caídas. Múltiples estudios han demostrado que la causa de las caídas en ancianos tiene origen multifactorial. Las consecuencias de este problema de salud no solamente incluye aumento en la morbilidad y mortalidad en este grupo etario, sino que tiene repercusiones sociales y psicológicas ya que el individuo después de caer, presenta miedo a que se repita el evento, pérdida de la autonomía si se lesionó, discapacidad funcional motora que requiere de largos periodos de rehabilitación con el subsiguiente aumento en costos de atención médica y de salud pública.^{5,6,7}

La zona urbana del municipio de Quemado de Güines presenta una alta prevalencia de las caídas por accidentes en los adultos mayores. Se necesita que los familiares de estos profundicen en sus conocimientos sobre la forma de accionar para reducir los riesgos y la conducta a seguir con un adulto mayor accidentado por esta causa.

Por tanto no trazamos como Problema Científico: ¿Cómo mitigar la ocurrencia y consecuencias de las caídas por accidentes en los adultos mayores del Consejo Popular “La Puya”, Municipio Quemado de Güines, durante el período junio 2010 – mayo 2011?

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el propósito de proponer un programa educativo sobre caídas por accidentes en los adultos mayores para familiares y cuidadores del Consejo Popular “La Puya”, Municipio Quemado de Güines, durante el período junio 2010 – mayo 2011.

La población estuvo constituida por los 908 familiares o cuidadores de adultos mayores que viven en el Consejo Popular “La Puya”, Municipio Quemado de Güines. Como muestra se seleccionó a 116 familiares y cuidadores de adultos mayores identificados como población riesgo de caídas, para lo cual se empleó un muestreo no probabilístico por criterios.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta:

- Familiares o cuidadores de adultos mayores frágiles.
- Familiares o cuidadores de adultos mayores que han sufrido caídas.

Los criterios de exclusión fueron:

- Familiares o cuidadores en desacuerdo con participar en la investigación.

Los Métodos, técnicas y procedimientos empleados para la recogida de datos fueron:

Métodos Teóricos:

- Analítico-sintético: El análisis a la problemática a través de diferentes técnicas y procedimientos fue sintetizado en tablas, gráficos, esquemas y en las conclusiones.
- Inductivo-deductivo: al analizar las características particulares de la muestra que permitieron establecer generalidades y de ellas volver a las particularidades para el diseño de la propuesta.
- Lógico-práctico: se empleó durante toda la investigación, desde que se hizo un análisis los distintos elementos que componen el problema y su relación entre ellos y se organizó el trabajo en un orden lógico hasta la confección del informe final donde se ofrece una propuesta de solución práctica al mismo.
- Lógico-abstracto: Posibilitó aislar, separar y determinar las cualidades esenciales que caracterizan el nivel de conocimiento de la muestra sobre el manejo de las caídas por accidente en el adulto mayor, así como la caracterización de la situación de los adultos mayores.

Métodos Empíricos:

- Revisión de documentos: para ahondar en los programas nacionales vigentes al respecto, publicaciones e investigaciones actualizadas sobre la temática; y las historias clínicas para la obtención de datos primarios de interés de los adultos mayores que componen la muestra.

(anexo 1)

- Encuesta: para caracterizar la muestra y determinar el nivel de conocimiento; y a los especialistas seleccionados para valorar el diseño del programa educativo. **(anexo 2)**

- Entrevista: a los miembros del Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica EMAG.

(anexo 3)

Método matemático-estadístico:

Se emplearon técnicas estadísticas descriptivas para el procesamiento de los datos primarios.

Resultados

La caracterización de los adultos mayores por los que vela la muestra es una tarea importante para el diseño de la propuesta. Sobre la base de esta información debe levantarse la identificación de las temáticas a abordar y las prioridades a establecer.

La **tabla 1** permite apreciar que predomina el sexo masculino con un 58.2% con relación al total de la muestra. En el caso del comportamiento por grupo de edades predominan los adultos mayores del grupo más joven; mas no puede descartarse que exista un número considerable de ellos en el grupo etario comprendido entre los 76 y 85.

Tabla 1. Relación entre sexo y edad de los adultos mayores que componen la muestra.

Grupo de edades	Sexo					
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
60 – 75 años	21	18.10	32	27.59	53	45.69
76 – 85 años	16	13.79	25	21.55	41	35.34
+ 85 años	11	9.48	11	9.48	22	18.97
Total	48	41.38	68	58.62	116	100.00

Fuente: Guía de revisión de documentos.

Al ser observada fríamente la **tabla 2**, que recoge las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en los adultos mayores, muestra “aparentemente” una prevalencia de la diabetes mellitus y de la Hipertensión arterial en este grupo estudiado, pero si observamos por grupos de edades podemos apreciar como las enfermedades cardio o cerebro vasculares tienen una elevada incidencia en el grupo de edad comprendido entre los 60 y los 75 años, observándose una disminución drástica hacia los grupos de edades siguientes (sobre todo en el caso de los hombres) lo que sugiere una tasa de supervivencia inferior ante esta enfermedad. Los familiares y la comunidad deben ser preparados para trabajar sobre los factores de riesgo de estas patologías.

Tabla 2. Principales patologías padecidas según sexo y grupos de edades.

Patologías	Sexo	Grupos de edades							
		60-75	%	76-85	%	+ 85	%	Total	%
Diabetes mellitus	F	8	47.06	4	23.53	5	29.41	17	100.00
	M	8	66.67	4	33.33	--	--	12	100.00
HTA	F	9	36.00	12	48.00	4	16.00	25	100.00
	M	8	50.00	8	50.00	--	--	16	100.00
Cardio o cerebro Vasculares	F	7	58.33	5	41.67	--	--	12	100.00
	M	16	100.00	--	--	--	--	16	100.00
Asma bronquial	F	4	100.00	--	--	--	--	4	100.00
	M	3	100.00	--	--	--	--	3	100.00

Fuente: Guía de revisión de documentos.

Al analizar el resultado de la guía de revisión de documentos (historia clínica individual del adulto mayor) (**anexo 1**) se pudo apreciar (**Tabla 3**) que un 23 ancianos padecen varias de estas patologías a la vez, observándose a la combinación de la diabetes mellitus con la hipertensión arterial como la más frecuente. Otro factor de riesgo a tener en cuenta en edad es la automedicación. Los medicamentos más empleados que pueden incidir en la estabilidad o equilibrio de los adultos mayores, incidiendo como posibles causas de caídas, se recogió a el captopril con 36 consumidores, la glibenclamida con 24, y la hidroclorotiazida con 20. Estas drogas, pertenecientes a los grupos farmacológicos reconocidos como riesgosos para la posible ocurrencia de caídas en los adultos mayores, son estrictamente necesarias para el tratamiento de las patologías de los adultos mayores.

Como resultado de la encuesta aplicada a familiares y cuidadores se logró identificar que las barreras arquitectónicas, los pisos resbaladizos y la negativa a utilizar los medios auxiliares para el desplazamiento (bastones y andadores) fueron los factores de riesgo que coincidieron en casi el 100% de la muestra, y también estos fueron los más identificados como tales por las

personas encargadas de velar por los adultos mayores. Pero los analizados anteriormente como la reacción adversa a diferentes medicamentos y las enfermedades crónicas no transmisibles padecidas, no fueron muy bien identificadas como factores de riesgo. En igual situación estuvieron otros como las limitaciones físicas propias de la edad, las ropas y zapatos mal ajustados o entallados, los cambios de posición de los objetos en el hogar y la mudanza de los adultos mayores fuera de su entorno habitual (dígase de una vivienda a otra o de su habitación de toda la vida a otra). Lo que lleva a inferir a la autora la necesidad del tratamiento de este tópico en una de las actividades educativas.

Tabla 3. Factores de riesgo identificados según sexo y grupos de edades.

Factor de riesgo	Sexo	Grupos de edades							
		60-75	%	76-85	%	+85	%	Total	%
Alcoholismo	F	--	--	--	--	--	--	--	100.00
	M	1	20.00	4	80.00	--	--	5	100.00
Enfermedades mentales	F	7	87.50	1	12.50	--	--	8	100.00
	M	8	66.67	4	33.33	--	--	12	100.00
Cardio o cerebro Vasculares	F	9	45.00	8	40.00	3	15.00	20	100.00
	M	16	57.14	12	42.86	--	--	28	100.00
Enfermedades endocrinas	F	8	50.00	4	25.00	4	25.00	16	100.00
	M	9	52.94	8	47.06	--	--	17	100.00
Enfermedades del soma	F	4	100.00	--	--	--	--	4	100.00
	M	12	60.00	4	20.00	4	20.00	20	100.00
Discapacitados	F	--	--	1	25.00	3	75.00	4	100.00
	M	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Guía de revisión de documentos y cuestionario a familiares y cuidadores.

Tal y como expresa la **tabla 4**, son las mujeres quienes mayoritariamente velan por adultos mayores (el 75.86% del total de la muestra), encontrándose como elemento significativo que 26, de las 88 féminas que componen la muestra, tienen 60 años o más. Constituye una tarea dura para mujeres de edad avanzada lidiar con caídas por accidentes de adultos mayores debido al esfuerzo físico que ello requiere. Aunque es el grupo de edades comprendido entre los 46 y los 59 años de edad (en hombre y mujeres) el que más aporta al cuidados de los adultos mayores por reportarse un 33.62% del total. Por lo que las actividades educativas diseñadas hacia esta población deben estar sobre la base de un destinatario maduro. En el caso de las mujeres que velan por adultos mayores predomina el nivel escolar básico al representar el 37.93% del total de la muestra, no así en el caso de los hombres donde predomina el nivel escolar medio superior. Aunque se debe señalar que existe una tendencia al incremento de los familiares y cuidadores a cargo de adultos mayores con nivel medio superior como expresión lógica de la política educacional cubana. Sin duda alguna, la elevación del nivel de escolaridad entre los beneficiarios directos de las actividades programadas contribuye a que se incremente la efectividad de las mismas,⁸ pero aún predomina el nivel básico por lo que se tuvo muy en cuenta a la hora de diseñar las actividades.

Tabla 4. Comportamiento del nivel de escolaridad, sexo y edad en los cuidadores

Nivel de escolaridad	Sexo	Grupos de edades									
		20-35	%	36-45	%	46-59	%	+ 59	%	Total	%
Básico	Femenino	--	--	--	--	31	26.72	13	11.21	44	37.93
Medio		8	6.90	--	--	--	--	5	4.31	13	11.21
Medio superior		--	--	15	12.93	4	3.45	8	6.90	27	23.28
Superior		4	3.45	--	--	--	--	--	--	4	3.45
Subtotal	F	12	10.34	15	12.93	35	30.17	26	22.41	88	75.86
Básico	Masculino	--	--	--	--	--	--	4	3.45	4	3.45
Medio		--	--	8	6.90	--	--	--	--	8	6.90
Medio superior		4	3.45	8	6.90	4	3.45	--	--	16	13.79
Superior		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Subtotal	M	4	3.45	16	7.25	4	3.45	4	3.44	28	24.14
Total general		16	7.25	31	26.72	39	33.62	30	25.86	116	100.00

El 82.76% de la muestra velaba por un adulto mayor por vez primera (según se expresa en **tabla 5** y el 77.59 de la muestra tenía dos años o menos al cuidado del adulto mayor.

Tabla 5. Tiempo al cuidado del adulto mayor contra experiencia anterior desarrollando esta actividad.

Tiempo	Experiencia anterior					
	Si	%	No	%	Total	%
<1 año	8	6.90	39	33.62	47	40.52
1 – 2 años	7	6.03	36	31.03	43	37.07
3 – 5 años	--	--	5	4.31	5	4.31
+ 5 años	5	4.31	16	13.79	21	18.10
Total	20	17.24	96	82.76	116	100.00

Fuente: Cuestionario a familiares y cuidadores

Respecto a la autovaloración de los conocimientos sobre caídas contra capacitación anterior y al nivel de conocimientos demostrados en la evaluación realizada, 103 cuidadores (88,79%) del

total de la muestra carece de capacitación anterior para manejar las caídas de un adulto mayor bajo su cuidado, y los pocos que han recibido capacitación alguna vez, lo hicieron a través de los currículos de sus respectivas carreras (Enfermería, Tecnología de la salud y Trabajo social), pero sin recibir anteriormente alguna capacitación para la responsabilidad que desarrollan a cargo de un adulto mayor. Lo anterior explica los resultados de las preguntas de comprobación realizadas, en las que 112 individuos de 116, demostraron tener niveles de conocimientos bajos, aunque es positivo señalar que todos ellos identifican su necesidad de preparación para el manejo de las caídas del adulto mayor.

El análisis del Programa del Adulto Mayor permitió determinar la pertinencia de la realización de la investigación, puesto que en él se estimula la participación comunitaria en la solución de los problemas de salud en los adultos mayores, pero se indica que debe realizarse a partir de la capacitación de aquellos actores de la comunidad que juegan un papel fundamental en la atención al paciente gerente.⁹

Los especialistas del EMAG entrevistados coincidieron en los criterios de los autores consultados y los identificados en la comunidad durante el diagnóstico, sobre los factores de riesgo más comunes en el área estudiada. Todos coincidieron en que resulta muy necesario, para los familiares y cuidadores, la introducción de conocimientos sobre el manejo de caídas en el adulto mayor, por cual sería muy pertinente la realización de un programa educativo al respecto. Sugirieron temas muy variados y puntuales que fueron englobados en actividades con un carácter más generalizador, pero sin excluir del todo ninguno.

Se diseñó un programa educativo (**anexo 4**) que consta de 6 actividades centradas en la participación activa de los familiares y cuidadores, para ser realizadas una vez al mes en la comunidad durante seis meses.

La valoración del diseño propuesto se realizó a través del criterio de 9 especialistas. El grupo de especialistas seleccionado estimó como muy adecuado el diseño del programa de actividades educativas. Del análisis realizado por los mismos se puede concluir que el programa diseñado es pertinente y factible para su aplicación, por lo que se deben obtener los resultados esperados. Los principales señalamientos de los especialistas estuvieron dirigidos hacia la posibilidad de potenciar la presencia de expertos de las distintas ramas en las actividades programadas. Esta observación fue tomada en cuenta durante la adecuación del

diseño, pero no se puede pasar por alto que los mayores responsables de la medicina comunitaria son los Equipos de Trabajo Básico de la Atención Primaria de Salud.

Discusión

En nuestro estudio predominaron los adultos mayores de sexo masculino lo cual coincide con la investigación realizada durante el año 2009 en San José de las Lajas, en la que los investigadores concluyeron que los ancianos que sufrieron caídas, corresponden en su mayoría a los de sexo masculino.¹⁰ ya que los hombre (incluso en su etapa de vejez) tienden a realizar la mayoría de las actividades fuera del hogar (contrario a las mujeres) por lo que al perder algunas de las capacidades que le permiten realizar estas tienen un grado superior de dependencia y por lo tanto se ven más necesitados de los servicios de cuidadores. Por lo que estos últimos tendrán que entrenarse para realizar su labor con adultos mayores de sexo masculino mayoritariamente.

En cuanto a los grupos de edades, los resultados obtenidos coinciden con autores consultados, ya que disminuyó la frecuencia de ancianos en la medida que aumentaba la edad, comportándose de forma similar todos los grupos de edades en relación al sexo.^{11,12}

Respecto a los factores de riesgo, los autores coinciden con investigadores españoles¹¹ los cuales en una evaluación realizada a nivel nacional de 9 estudios entre los años 1997 y 2006, y en el ámbito internacional 18 estudios publicados entre 1996 y 2008 identificaron que entre las patologías relacionadas con las caídas se encontraban la dependencia funcional y el deterioro cognitivo, así como limitaciones de movimiento y debilidad muscular, diabetes, problemas visuales, incontinencia urinaria, enfermedades relacionadas con la alteración del sueño, enfermedades cardiovasculares, síntomas depresivos, síntomas de hiperactividad, síndrome del «miedo a caer», percepción negativa del estado de salud propio, y artritis.

Otro factor de riesgo a tener en cuenta en edad es la automedicación. Los familiares y la comunidad deben ser conscientes de los riesgos que trae consigo la automedicación en los adultos mayores o los posibles errores en el consumo de los tratamientos indicados, ya sea por una mala interpretación o porque el adulto mayor bajo nuestro abrigo no esté en condiciones de administrarse por sí solo los medicamentos indicados por el facultativo.¹³ Los familiares y

cuidadores deben mantener una estrecha vigilancia hacia esta cuestión y en esa dirección debe intencionarse también la actividad.

El trabajo en el hogar y la comunidad debe estar encaminado a la prevención de estos accidentes, a través de la disminución de los factores de riesgo identificados y de la supervisión adecuada de las actividades que realizan los adultos mayores que así lo requieran, coincidiendo con el criterio de Mondéjar, Sifontes y César en su artículo "Fragilidad en el adulto mayor. Intervención educativa sobre los cuidados en el anciano".¹⁴

La presencia de un adulto mayor en el seno de una familia no debe verse o manejarse como una limitante sino como un compromiso para con esta persona que en su momento puso los cimientos para la formación de esta familia. Este es un mensaje importante que debe ser llevado a las familias de los adultos mayores en busca de la disminución del rechazo a las labores de cuidado hacia los más longevos de la familia. Ya sea cuidando personalmente al adulto mayor o contratando los servicios de una tercera persona, son los familiares los que asumen fundamentalmente con la responsabilidad de la custodia de sus mayores. Las caídas pueden ser prevenidas cuando las actividades de promoción de salud hacia la familia son efectivas.¹⁵

El cuidado del adulto mayor es una tarea que solicita de mucha dedicación y amor, por lo que requiere de muchos valores para llevarla a cabo eficientemente, pero también es necesario la apropiación de conocimientos para asumirla con calidad. Poseer la preparación elemental para realizar las actividades necesarias sobre prevención y atención de las caídas por accidentes ayudará a todos aquellos involucrados en la atención de las personas mayores.

Bibliografía

1. Castell-Florit Serrate P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet].2007 abr-jun [citado 15 jun 2011];33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000200009&script=sci_arttext&tlng=en
2. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [Internet].2007 ene-mar [citado 15 jun 2011];33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext
3. Sanabria Ramos G. Tendencias en la promoción y la educación para la salud, en el mundo y en Cuba. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2003.

4. Cortés AR, Villarreal E, Galicia L, Martínez L, Vargas ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chile [Internet].2011 jun [citado 9 ene 2012];139(6):725-731. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600005&script=sci_arttext&tlng=en
5. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH WITHDRAWN: Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev [Internet].2009 [citado 15 jun 2011]; 15(2). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000340/full>
6. Costello E, Edelstein JE. Update on falls prevention for community-dwelling older adults: review of single and multifactorial intervention programs. J Rehabil Res Dev [Internet].2008 [citado 15 jun 2011]; 45(8):1135-52. Disponible en: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/8/pdf/costello.pdf>
7. Estrella Castillo DF, Rubio Zapata HA, Sánchez Escobedo P, Aguilar Alonzo P, Araujo Espino R. Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida Yucatán. Rev Mex Med Fis Rehab [Internet].2011 [citado 9 ene 2012];23(1):8-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2011/mf111c.pdf>
8. Hernández-Herrera DE, Ferrer-Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev Enferm [Internet].2007 [citado 15 jun 2011];15(1):47-50. <http://www.medigraphic.com/pdfs/-/eim071h.pdf>
9. MINSAP. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. La Habana;1996.
10. Duque Ortiz J, Gorrita RR, Gorrita Pérez Y. Diferentes factores de riesgo y accidentes domésticos en el adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet].2010 [citado 9 ene 2012];16(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol16_2_10/hab03210.html
11. Lumberas Lacarra B, Gómez Sáez N, Donat Castelló L, Hernández Aguado. Caídas accidentales en ancianos: situación actual y medidas de prevención. Trauma Fund MAPFRE [Internet].2008 2010 [citado 9 ene 2012];19(4):234-241. Disponible en: http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v19n4/pdf/02_06.pdf
12. Comet Moya M, Ferrer Herrera IM, Rodríguez Pérez MV, Ferrer Tan IJ. Comportamiento de los accidentes en el hogar en los adultos mayores de un consultorio. Arch Méd de Camagüey [Internet].2007 [citado 15 jun 2011];11(4). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ForazarDescargaArchivo.jsp?cvRev=2111&cvArt=211118055009&nombre=COMPORTAMIENTO%20DE%20LOS%20ACCIDENTES%20EN%20EL%20HOGAR%20EN%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20UN%20CONSULTORIO>
13. Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. Uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev Hosp Clín Univ Chile [Internet].2008 [citado 15 jun 2011];19:309-17. Disponible en:

http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf

14. Mondéjar Barrios MD, Sifontes Pardo LH, César Ceballo G. Fragilidad en el adulto mayor. Intervención educativa sobre los cuidados en el anciano. MEDICIEGO [Internet].2010 [citado 9 ene 2012];16(Supl. 2). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl2_10/pdf/t5.pdf
15. Alfonso García Adianez, Mejías Alcázar Alina. Necesidades de aprendizajes del personal de salud que atiende al adulto mayor. Educ Med Super [Internet].2009 dic [citado 9 ene 2012]; 23(4):194-204. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000400005&lng=es

Anexos

ANEXO 1

Guía para la revisión de documentos.

Objetivo: Recoger el dato primario sobre los adultos mayores a partir de sus respectivas historias clínicas.

1. Nombre y apellidos del Adulto Mayor.
2. No. del Consultorio Médico.
3. Edad.
4. Sexo.
5. Estado civil.
6. Patologías y tratamientos del adulto mayor que constituyen factores de riesgo de caídas.

ANEXO 2

Cuestionario a familiares y/o cuidadores.

Estimado familiar y/o cuidador de adulto mayor:

Por favor, responda la siguiente encuesta que se realiza como parte de la investigación para la cual usted emitió su consentimiento de participación.

Miembros del equipo investigador.

1. Nombre del adulto mayor que cuida _____
2. Edad del familiar o cuidador _____
3. Sexo del familiar o cuidador: Femenino ____ Masculino ____
4. Nivel de escolaridad: Básico ____ Medio ____ Medio superior ____ Superior ____
5. ¿Se ha desempeñado anteriormente como cuidador? Si ____ No ____
6. ¿Cuántos meses lleva laborando como cuidador del presente adulto mayor?
7. ¿Ha recibido usted alguna preparación para el manejo de accidentes por caídas en adultos mayores?

Si ____ No ____.

Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿Por cuál vía?

8. ¿Posee algún grado de parentesco con el adulto mayor que usted cuida?

Sí ____ No ____

Si la respuesta anterior fue "Sí", diga cuál: _____.

9. ¿Cómo valora los conocimientos que usted posee para el manejo de caídas en adultos mayores?

Altos	Medios	Bajos

10. Relacione las circunstancias, que usted considera, que pueden constituir causa de accidente por caída en los adultos mayores.
11. ¿Cómo actúa usted para auxiliar al adulto mayor por el que usted vela si este sufre una caída?
12. Si el adulto mayor sangra como consecuencia de la caída ¿Qué hace usted?

ANEXO 3

Entrevista semiestructurada a integrantes del EMAG

Estimado Profesional:

Le rogamos que colabore emitiendo sus criterios acerca de los principales factores de riesgo de accidentes por caídas en adultos mayores que se observan en el área de salud objeto de investigación, que se realiza con el objetivo de crear un programa educativo sobre accidentes por caídas en los adultos mayores para familiares y cuidadores del Consejo Popular “La Puya”, Municipio Quemado de Güines, durante el período junio 2010 – mayo 2011.

Sin otro asunto, miembros del equipo investigador.

1. Cargo que ocupa.
2. Tiempo en el cargo.
3. Especialidad estudiada.
4. Principales factores de riesgo que son motivo de accidente por caída de los adultos mayores en sus domicilios, apreciados por ustedes a través de su consulta.
5. Preparación de quienes cuidan de los adultos mayores para el manejo de los accidentes por caídas.
6. Valoración de la necesidad de realizar un programa educativo para capacitar a los familiares y/o cuidadores sobre manejo de caídas en adultos mayores.
7. Temas que sugiere que deben ser tratados durante las sesiones de trabajo con los familiares y/o cuidadores.

ANEXO 4

Propuesta de Programa de actividades Educativas sobre caídas por accidentes en los adultos mayores para familiares y cuidadores del Consejo Popular “La Puya”.

Fundamentación

Los accidentes ocupan el séptimo lugar como causa de muerte de ancianos. Las caídas, que son la causa principal de accidentes en ancianos, con frecuencia no tienen consecuencias mortales, pero sí afectan la salud y la calidad de vida de la persona. Las consecuencias normales y patológicas del envejecimiento que contribuyen al aumento del número de caídas, abarcan cambios visuales, como la disminución de la percepción de la profundidad, la susceptibilidad al deslumbramiento, la disminución de la agudeza visual, y las dificultades en la acomodación a la luz; cambios neurológicos como la pérdida del equilibrio y de la propiocepción, así como aumento en el tiempo de reacción; modificaciones cardiovasculares, que originan hipoxia cerebral e hipotensión postural, cambios intelectuales, entre estos los de confusión, pérdida del juicio, conducta impulsiva y modificaciones músculo-esqueléticas, que abarcan posturas incorrectas y disminución de la fuerza muscular.

Hay ideas instaladas en la sociedad que son falsas y peligrosas. Una de ellas es considerar normal que las personas adultas mayores se caigan frecuentemente. Sin embargo, los especialistas alertan sobre los cuidados que deben adoptar para evitar este tipo de situaciones porque muchas de las causas son modificables, mientras las consecuencias comprometen seriamente la salud de las personas, particularmente a los adultos mayores.

En el extremo de los peligros, las estadísticas indican que en la población mayor los accidentes son la quinta causa de muerte y el 70% de las mismas se debe a caídas. En el resto de los casos ocasionan desde heridas leves hasta fracturas o lesiones; y, además, pueden ser el punto de partida de trastornos psicológicos como ansiedad, restricción de las actividades, temores, pérdida de confianza y autonomía.

En general, los parientes y los propios afectados no suelen asistir a consulta ante una caída sin complicaciones. Se la interpreta como una consecuencia de la vejez. Sin embargo, los especialistas aclaran que es tarea del médico prestar atención e indagar ante los hechos. "Es importante realizar una historia clínica detallada de las circunstancias que dieron lugar a la caída y un examen físico. Y se deben buscar los factores que las predisponen para tomar las medidas de prevención necesarias", amplía.

Está estudiado que un tercio de los mayores de 65 años se caen una o varias veces al año; y más del 50% lo hacen en forma repetida. Además, las estadísticas indican que, de todos los que se caen, el 15% necesita atención por lesiones o heridas leves; el 5% tiene fracturas y, de ellos, sólo el 1% es una fractura de cadera.

En la actualidad existe un amplio acuerdo en cuanto al enfrentamiento de la problemática del envejecimiento, que toma en cuenta la relación soma-psiquis, punto de partida insoslayable para elaborar un diagnóstico y tratamiento certeros, así como para orientar las medidas de promoción de salud y prevención en la tercera edad, de manera que se logren más altos niveles de calidad de vida.

Además de las complicaciones médicas en el caso de las lesiones o fracturas, las caídas también pueden originar trastornos psicológicos y sociales. "El síndrome postcaída es muy

importante porque la persona que se cae, sobre todo el fracturado, tiene miedo de volver a caerse. Al quedarse en casa, aumenta la inmovilidad, se atrofian los músculos, pierde fuerza, agilidad y se va aislando socialmente.

"Salvo que sea una causa externa (por ejemplo, una persona que es atropellada mientras cruza una calle), a la caída hay que tomarla como un síntoma. Las personas mayores tienen más posibilidades de caerse, pero no es normal que ocurra. Por eso, hay que buscar las causas", afirma el doctor Hugo Schifis, secretario general de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG).

En la Educación para la Salud (EPS) debemos concentrar todos nuestros esfuerzos enfocándonos desde sus dos perspectivas, preventiva y de promoción de la salud, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias, siendo importante la percepción que las mismas tengan respecto a estas situaciones.

La zona urbana del municipio de Quemado de Güines presenta una alta prevalencia de las caídas por accidentes en los adultos mayores. Se necesita que los familiares de estos profundicen en sus conocimientos sobre la forma de accionar para reducir los riesgos y la conducta a seguir con un adulto mayor accidentado por esta causa.

Objetivo general: Incrementar la preparación de familiares y cuidadores del Consejo Popular "La Puya", sobre el manejo de caídas por accidentes en los adultos mayores.

Objetivos por actividades:

1. Identificar los principales cambios que se producen en la tercera edad y que favorecen la ocurrencia de accidentes por caída.
2. Determinar los factores de riesgo de accidentes por caída de los adultos mayores en el hogar.
3. Explicar la influencia de los diferentes grupos farmacológicos en posibles accidentes por caída del adulto mayor.
4. Realizar las acciones ante un posible accidente por caída que sufra el adulto mayor.
5. Explicar los principales ejercicios que el adulto mayor debe realizar según su condición física.
6. Valorar inicialmente el impacto de la aplicación del programa sobre el manejo de caídas por accidentes en los adultos mayores

Responsable: Jefe del Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG)

Fecha de comienzo: Septiembre 2011.

Fecha de Terminación: Febrero 2012.

Frecuencia: Una actividad mensual.

Lugar: Consultorios Médicos de la Familia en el área del Consejo Popular "La puya".

Programa de actividades Educativas sobre caídas por accidentes en los adultos mayores para familiares y cuidadores del Consejo Popular “La Puya”.

Ejecutores	Actividad	Tiempo	Medios
Especialista en Geriátría, estudiantes de la Carrera de Medicina y el médico y la enfermera de la familia.	1. Cine debate sobre un filme centrado en los principales cambios que se producen en la tercera edad.	120 min.	Televisor, reproductor DVD. Pancartas
Especialista en Geriátría, estudiantes de la Carrera de Medicina y el médico y la enfermera de la familia.	2. Evaluación de los riesgos de accidentes de caídas en un hogar de la comunidad.	90 min	Pancartas informativas
Lic. en farmacia que atiende el área de salud, estudiantes de ese perfil de la carrera de tecnologías de la salud y el médico y la enfermera de la familia.	3. Taller sobre polifarmacia en la tercera edad y su influencia en los accidentes por caída.	60 min.	Computadora, televisor y reproductor DVD
Miembros del SIUM y el médico y la enfermera de la familia.	4. Entrenamiento en la consecutividad de las acciones a realizar ante un accidente por caída que sufra el adulto mayor.	120 min	Computadora, televisor, reproductor DVD y maqueta.
Especialistas del combinado deportivo, licenciados en rehabilitación física y el médico y la enfermera de la familia.	5. Taller sobre los principales ejercicios que el adulto mayor debe realizar según su condición física, para lograr un mayor nivel de funcionalidad y algunos ejercicios de rehabilitación más comunes.	120 min.	Implementos auxiliares para los ejercicios.
Miembros de los equipos participantes en las actividades anteriores.	6. Simulacro de situaciones donde se pongan en práctica todas lecciones aprendidas.	120 min.	Los medios empleados en las actividades anteriores.

Indicaciones metodológicas

Las visitas programadas del EMAG a las áreas de salud (consultorios médicos) podrán ser aprovechadas para la realización de las actividades. Teniendo en cuenta el tamaño de la muestra y que existen cuatro consultorios médicos de familia en el Consejo Popular donde se ejecuta el programa, deberá hacerse cada actividad de manera independiente en cada consultorio una vez por mes. Los conductores de cada actividad programada deberán realizar

una planificación metodológica de la actividad previamente y la entregarán al responsable del programa.

El equipo que conduce cada actividad empleará un lenguaje claro y al alcance de los participantes, que sin perder su esencia profesional, evite emplear terminología complicada y poco utilizada en el argot de la comunidad. La dinámica de las actividades debe ser regulada acorde con las características de los participantes en estas, que se encuentran muy bien descritas en el diagnóstico realizado para su diseño. Los conductores de cada actividad deberán centrar su actividad desde la participación y aprendizaje de los familiares y cuidadores de adultos mayores participantes.

La actividad 1 se iniciará con una breve presentación del equipo investigador y una exposición de los objetivos del programa primero y de la actividad después. Luego se rodará el filme y al finalizar este se abrirá paso al debate. Los profesionales que conducen la actividad deberán centrar la atención en aquellos cambios que favorecen la ocurrencia de caídas por accidentes fundamentalmente (factores de riesgo). El método fundamental a emplear debe ser la conversación heurística.

La actividad 2 será teórico-práctica. Los conductores de la misma partirán de la evaluación de un hogar, previamente seleccionado y conveniado por el médico de familia, para luego realizar un taller donde todos los participantes expondrán sus experiencias y el especialista irá dando consejos prácticos para mitigar los factores de riesgo.

La actividad 3, aunque un poco más teórica, debe basar su ejecución en la participación del auditorio. Se hará énfasis en la automedicación y en la supervisión de la dosificación de los medicamentos por los familiares y cuidadores que velan por adultos mayores.

Los conductores de la actividad 4 deberán evitar la teorización en todo lo que sea posible, centrándose en actividades prácticas. Se hará énfasis en el orden de las acciones a realizar, en el reconocimiento, en los métodos de hemostasia y en los métodos de traslado fundamentalmente. Recordando siempre que ante la duda es preferible no mover al anciano, solo acomodarlo y esperar el auxilio de los profesionales.

La actividad 5 deberá estar dirigida sobre la base de la ejecución práctica de los ejercicios y la fundamentación adecuada de estos.

Durante la ejecución de la actividad 6, los equipos deberán valorar el desempeño de los participantes ante las diferentes situaciones como el primer indicador de medida de que el objetivo de la aplicación del programa de actividades se ha cumplido.

Luego de concluida la ejecución de la programación se dará seguimiento, por el EMAG y el médico y la enfermera de la familia, para verificar que los factores de riesgo en el hogar han sido adecuadamente tratados y que quienes velan por los adultos mayores toman las decisiones correctas cuando, por desgracia, se vean ante un accidente por caída del adulto mayor.