



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO

RECURRENCIA DE LAS CAÍDAS RELACIONADO A LA AUTOMEDICACIÓN EN ADULTOS MAYORES DE HOGARES DIURNOS DE LA INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO, 14 DE NOVIEMBRE 1999 A ENERO DEL 2000

AUTORES:

Br. Bentancourt, Claudia
Br. Ipar, Andrea
Br. Lopetegui, Ana
Br. Setaro, Andrea
Br. Videla, Álvaro

TUTORES:

Lic. Enf. Costabel, Miriam
Lic. Enf. Casco, Luján

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2000

SIGLAS

INDE- Instituto Nacional de Enfermería

INASAM- Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor.

IMM- Intendencia Municipal de Montevideo.

MSP- Ministerio de Salud Pública

OMS- Organización Mundial de la Salud.

INDICE

1) RESUMEN	1
2) INTRODUCCION	2
3) OBJETIVOS	5
4) MARCO TEORICO	6
5) MARCO REFERENCIAL	27
6) MATERIAL Y METODO	28
7) RESULTADOS	38
7.1) TABULACION DE LOS DATOS RECOLECTADOS.....	40
7.2) ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS	56
8) CONCLUSIONES	60
9) SUGERENCIAS	61
10) BIBLIOGRAFIA CITADA.....	62
11) BIBLIOGRAFIA.....	63
12) ANEXOS	

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, acerca de la recurrencia de caídas en los adultos mayores relacionado a la automedicación.

Dicho estudio se llevó a cabo en los Hogares Diurnos de la Intendencia Municipal de Montevideo (I.M.M.), en el período noviembre de 1999 a enero del 2000.

La muestra seleccionada está integrada por 65 usuarios de la mencionada institución, a los cuales se le realizó entrevistas estructuradas utilizándose un formulario codificado.

Con los datos recabados se efectuó un análisis estadístico descriptivo, contándose con el apoyo del programa informático Excel de Windows 98, realizándose un análisis univariado.

La prevalencia de recurrencia de caídas en los adultos mayores entrevistados fue de un 15%, de los cuales el 40% se automedicaban; utilizando en su mayoría (62%) fármacos de riesgo para las caídas.

INTRODUCCION

El presente trabajo trata de una investigación realizada por cinco bachilleres del Instituto Nacional de Enfermería (INDE), pertenecientes a la generación 93; el mismo fue llevado a cabo en el período noviembre de 1999 a febrero del 2000.

En el desarrollo de nuestra actividad práctica de pregrados, estuvimos en contacto con usuarios adultos mayores, encontrándonos con dificultades y carencias en el abordaje y atención a los mismos.

Según el censo de 1996 los adultos mayores representan el 17.4% de la población de nuestro país y se espera que para el año 2025 la proyección alcanzaria la cifra del 18.8%, la cual confirma el crecimiento de este grupo poblacional¹.

Por lo dicho antes y por ser este el año Internacional del Adulto Mayor hemos decidido trabajar un tema relacionado a este grupo etario.

El problema seleccionado se definió de la siguiente manera: ¿cuál es la relación entre la recurrencia de caídas en el adulto mayor y la automedicación?

Las caídas al suelo constituyen un hecho sumamente frecuente⁶ en los adultos mayores. Los accidentes son la quinta causa de muerte en el mundo, y de ellos las dos terceras partes son caídas, y el 75% de las mismas se producen en individuos de 65 y más años⁵.

A nivel internacional⁷ el 30% de los adultos mayores sufren al menos una caída en transcurso de un año en la comunidad, y el 50% en usuarios institucionalizados.

En Uruguay los datos estadísticos encontrados se refieren a caídas accidentales, razón por la cual se tomó como referencia la estadística internacional.

Las caídas son un grave problema epidemiológico⁶ generando una cascada de consecuencias, enmarcadas en uno de los 4 gigantes⁴ de la Geriatría como lo es la inmovilidad.

Nuestra investigación se va a orientar a la recurrencia de caídas por ser éstas las que encubren motivos de fondo que generan que el adulto mayor experimente más de una caída.

A su vez la importancia se puede valorar a través de la recopilación bibliográfica, antecedentes de investigaciones, y la experiencia personal en el área de la salud; de la existencia de factores de riesgo que han permitido incluso el clasificar a las caídas con relación a los mismos.

Por consiguiente el conocer la prevalencia de la recurrencia de caídas y su eventual relación con uno de los factores de riesgo seleccionado permitirá determinar la magnitud, importancia de la caída en la población objeto como su relación con diferentes factores de riesgo y en particular con la automedicación en el adulto mayor.

Por otra parte el 80% de los adultos mayores que se caen en la comunidad⁶ sus problemas suelen ser causados por una combinación de enfermedades crónicas, medicamentos y dispositivos inadecuados que afectan a la movilidad.

De estos problemas la polimedicación se da más que en cualquier otro sector de la población, y en particular la automedicación también se da con mayor frecuencia que en otras edades.

Entre las fuentes consultadas pudimos notar que no hay muchos estudios en el ámbito internacional sobre automedicación y los que fueron encontrados abarcan a todos los grupos etarios.

Destacándose que en el ámbito nacional no se encontraron estudios vinculados a

la automedicación.

La importancia de la investigación adquiere su mayor dimensión a la hora de desarrollar aspectos preventivos que pueden disminuir la frecuencia de caída del adulto mayor. En forma particular la detección de la automedicación y la existencia de caídas forman parte de la valoración integral que se debe desarrollar en el proceso de atención de enfermería del adulto mayor³.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL: Identificar si los adultos mayores que han presentado recurrencia de caídas en el último año se automedican.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Caracterizar a la población de estudio.
- 2) Conocer la prevalencia de recurrencia de caídas en los adultos mayores.
- 3) Determinar la prevalencia de automedicación en la población en estudio.
- 4) Precisar cuales fármacos son más frecuentemente utilizados en la automedicación.
- 5) Determinar si existe relación entre los fármacos automedicados y la posibilidad de presentar recurrencia de caídas.

MARCO TEORICO

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION:

El envejecimiento de la población es un proceso que forma parte del desarrollo de la comunidad y especialmente el envejecimiento saludable, que permite a los adultos mayores (personas de 65 y más años), ser un factor importante para sus familias y para la economía general de los países y sus sociedades.

Se estimó que en América Latina y el Caribe¹ la población de adultos mayores aumentaría de 6.5% en 1980 a 7.9% en el 2000, es decir, pasaría de 23.3 millones a 42.5 millones y se estimó que para el año 2025, dicho grupo estará conformado por 96.9 millones, o sea, 12.8% de la población general.

La población total del Uruguay, según el Censo de Población de 1996, es de 3.163.763 personas siendo las mayores de 60 años 548.934; de ellas el 57.6% son mujeres y el 91.8% viven en el área urbana.

La evolución intercensal de la estructura de la población por edades muestra que la proporción de adultos mayores se incrementa continuamente.

Mientras en 1985 representaba el 15.8% de la población total, en 1996 constituyó el 17.4%; y se espera que para el año 2025 la proyección alcanzaría la cifra del 18.8%, la cual confirma el crecimiento de este grupo de edad.

Estas proyecciones muestran un proceso claro y sostenido del envejecimiento, caracterizado por la disminución de la mortalidad durante los primeros años de vida y por la concentración de los fallecimientos en las etapas medianas y tardías de la misma.

La preocupación por la salud del adulto mayor se ha reflejado más profundamente en los países industrializados, en los cuales el desarrollo económico, la disponibilidad

tecnológica médica avanzada, el mejoramiento de los servicios sociales y de salud, el desarrollo de los programas de investigación médica, la amplia difusión de los conocimientos sobre la salud y las prácticas sanitarias por parte de grandes contingentes de la población han producido resultados importantes, que se han reflejado en reducción de las tasas de natalidad, morbilidad y en el aumento consecuente de la esperanza de vida de la población.

En América Latina las políticas y los programas para los adultos mayores han sido escasos y se les ha asignado baja prioridad, aunque actualmente se puede observar cierta preocupación en los sistemas de salud y asistencia social para las perspectivas demográficas.

En Montevideo del 31 de julio al 2 de agosto de 1997 se realizó el Foro Internacional sobre Envejecimiento Poblacional convocado por Parlamento Latinoamericano y la OPS, celebrado en el país más envejecido del hemisferio, Uruguay², en el cual entre otras cosas se trató sobre las preparaciones para lo que la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró 1999 Año Internacional del Adulto Mayor.

En el Uruguay en el año 1998 se creó el Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (INASAM), que funcionará en la órbita de la Dirección General de la Salud; declarándose de interés nacional la política relacionada con la Ancianidad y el Adulto Mayor. Las Instituciones del Estado brindarán colaboración y apoyo a dicho Instituto para llevar a cabo sus fines.

En lo que respecta al sistema de educación, aún no se han incluido de manera sistemática asignaturas de contenido gerontológico y geriátrico en los programas académicos de las carreras relacionadas con la salud: Medicina, Enfermería, Farmacia, Trabajo Social, etc.

Se podría inferir que dicho sistema aún no ha tomado conciencia de que la salud, y concretamente la salud del adulto mayor, más que un derecho humano, es un problema de importantes implicaciones sociales y políticas, que requiere ser incluido en los diseños curriculares bajo la perspectiva de un abordaje integral multidisciplinario.

La complejidad de los problemas de salud de los adultos mayores exige que se amplíen las actividades de investigación, se elaboren nuevas estrategias, se apliquen medidas especiales para prevenir o posponer las enfermedades crónicas no transmisibles y sus consecuencias y se reorienten las políticas de salud dirigidas a promover la atención y permanencia del adulto mayor en la comunidad, de manera que la comunidad misma sirva de mecanismo a través de la cual se pueda evitar el confinamiento temprano o innecesario del anciano en su domicilio o en instituciones de larga estadía.

El envejecimiento es un fenómeno universal ³, es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas (celulares, tisulares, orgánicos y funcionales), psicológicos y sociales; es una programación genética influenciado tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

Dicho proceso realmente se inicia entre los 20 y 30 años de edad cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en individuo.

Los cambios que sufren los órganos y tejidos durante el envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales.

Esos cambios se presentan en forma: a) Universal: por que se producen en todos los organismos de una misma especie.

b) Progresivos: debido a que es un proceso acumulativo.

c) Declinantes: las funciones del organismos se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.

d) Intrínsecos: ocurren en el individuo, a pesar de que están influenciados por factores ambientales.

e) Irreversibles: por que son definitivos.

El envejecimiento es un proceso altamente individual que se manifiesta de diferente manera en cada persona, no sigue un patrón establecido por el contrario es irregular y asincrónico; este carácter individual representa otro reto para la Gerontología (estudio de los procesos de envejecimiento y los problemas de las personas mayores, en el que participan diferentes disciplinas).

La Geriátria es la rama de la Medicina, dedicada al estudio del diagnóstico y tratamiento de enfermedades propias o frecuentes en la vejez.

Por otro lado, la Enfermería Gerontológica es la utilización de conocimientos gerontológicos aplicados al ejercicio y práctica de enfermería; es una especialidad cuyo foco de interés está en la valoración de las necesidades biosicosocioculturales y espirituales del adulto mayor. Esta pone énfasis en optimar el nivel de independencia y autosuficiencia de las personas en cuanto a las actividades de la vida diaria, en prevenir la enfermedad o invalidez; promover, mantener y restaurar la salud, y mantener la vida con dignidad, comodidad bienestar hasta que llegue la muerte.

La Enfermería Geriátrica está limitada al cuidado del anciano enfermo, es en sí el proceso de atender al viejo enfermo.

Envejecer supone una progresiva adaptación a una serie de disminuciones físicas, psíquicas, y sociales.

Biológicamente existe un desgaste progresivo anatómico y fisiológico que, a nivel práctico, se traduce en una pérdida de funcionalidad. Si no existe una atención socio-

sanitaria correcta y oportuna, el proceso de envejecer implicará una dependencia tanto económica como social, lo que hará valorar este hecho biológico de manera negativa.

"Gigantes de la Geriatria " es el nombre que reciben los síntomas mediante los cuales se manifiestan muchas enfermedades de la vejez. Estos fueron definidos en 1976 ⁴; tales síntomas son: inmovilidad, inestabilidad, afección intelectual, incontinencia.

Dichos síntomas son considerados génesis o efecto de las caídas en el adulto mayor, tema que se tratará a continuación.

CAIDAS EN EL ANCIANO:

Las caídas al suelo constituyen un hecho sumamente frecuente en las personas mayores; tan común que muchas veces han sido consideradas como un aspecto inevitable del envejecimiento, quedando privadas de una atención y estudios adecuados.

En la actualidad representan uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica, ocupando un capítulo obligado de la Medicina Geriátrica y dada su gravitación en la salud del anciano constituye auténticos motivos de internación en Unidades de Geriatria.

Como se ha mencionado anteriormente las caídas se ubican dentro del contexto de los grandes síndromes geriátricos ⁵; las mismas predominan en los 2 extremos de la vida, pero puede tener consecuencias mucho más serias en los adultos mayores que en otras edades.

Las caídas en el anciano representan un grave problema epidemiológico ⁶, generador de una cascada de consecuencias de todo tipo. Es algo que se puede prevenir y tratar, que tiene sus propios factores de riesgo perfectamente identificados.

Definición de caída: es el resultado de un acontecimiento brusco e inesperado que hacen perder al individuo el control postural. La caída puede ser al suelo, hacia una silla, desde una silla, desde una cama al suelo.

Factores de riesgo:

La mayor parte de las caídas parecen estar motivadas por la suma de muchos factores. El riesgo de sufrir una caída aumenta linealmente con el número de factores de riesgo, por lo que la predisposición a caer puede ser la resultante del efecto acumulativo de múltiples alteraciones; la probabilidad de lesión depende de las características intrínsecas de los que caen así como de las circunstancias de la caída.

Una historia de caídas puede ser un indicador de fragilidad, mala movilidad o enfermedad aguda o crónica, pero no aporta información acerca de la etiología de dichas caídas.

Investigar los diferentes factores de riesgo implicados en cada individuo puede ser fundamental para establecer estrategias preventivas y así evitar la recurrencia de dichas caídas.

Recurrencia de caídas: se refiere a la producción de 2 o más caídas en un período de un año⁷. No todos los individuos presentan los mismos factores de riesgo para la caída, ni éstos actúan de igual manera en cada anciano, ya que el proceso de envejecimiento es particular.

Según su capacidad funcional y por tanto el riesgo de caer se divide a los ancianos en 2 grupos⁶:

1) Ancianos con bajo riesgo de caer: son aquellos totalmente inmóviles y todos los que conservan una buena movilidad y estabilidad.

2) Ancianos con alto riesgo de caer: lo forman todos aquellos con movilidad pero cierto grado de inestabilidad estando este riesgo influido por el grado de alteración de la movilidad y por la tendencia para evitar el riesgo, así como el grado de amenazas ambientales.

En el grupo de riesgo, además de los ancianos frágiles (con alta senilidad, discapacidad mental y funcional asociada, pluripatología, polifarmacia y con caídas preferentemente dentro de casa al realizar actividades de la vida diaria) se incluyen a aquellos llamados vigorosos.

Estos suelen ser varones algo más jóvenes, funcionalmente válidos que sufren una caída mientras realizan actividades potencialmente peligrosas para su edad.

Hay autores ⁸ que han definido escalas y criterios diagnósticos del riesgo de caídas como el siguiente: a) Caídas previas: no/si*

- b) Medicamentos:
- Ninguno
 - Tranquilizantes-sedantes*
 - Diuréticos*
 - Hipotensores (no diuréticos)*
 - Antiparkinsonianos*
 - Antidepresivos*
 - Otros medicamentos

- c) Estado mental:
- orientado
 - confuso*

- d) Marcha:
- Normal
 - Segura con ayudas
 - Insegura con/sin ayudas*

Tres o más puntos indican alto riesgo de caídas.

Uno o más puntos indican moderado riesgo de caídas.

Ningún punto indica bajo riesgo de caídas.

Este instrumento ha sido utilizado por el Departamento de Geriátrica del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.

Hay muchas formas de clasificar a las caídas ⁶:

1º) Clasificación con relación a la actividad y de ahí que se las defina como: a) caídas estáticas, por ejemplo aquellas que ocurren desde la cama en un anciano confuso.

b) caídas dinámicas, son aquellas que ocurren en individuos que se mantienen activos y que de cierta forma se están exponiendo a sufrir una caída.

2º) Por otro lado las caídas se pueden relacionar a:

- factores extrínsecos
- factores intrínsecos

Los primeros son aquellos que dependen del ambiente que rodea al individuo, y los segundos dependen del individuo, bien por el propio proceso de envejecimiento o por enfermedades concomitantes.

Factores Intrínsecos:

Cambios del envejecimiento que predisponen a las caídas.

La causa común a toda la población anciana implicada como desencadenante o intermediaria de cualquier caída es el deterioro que el proceso fisiológico de envejecimiento produce en 2 mecanismos reflejos imprescindibles para la bipedestación y la marcha estable, el mantenimiento del equilibrio y la capacidad de respuesta rápida y efectiva.

Se tienen entonces 2 procesos implicados en la génesis de una caída, por una parte, la disminución de la capacidad de respuesta o velocidad del arco reflejo responsable del mantenimiento del equilibrio y por otra, la atrofia muscular y deficiente mecánica articular que dificulta la ejecución de una respuesta rápida.

Entre los cambios del envejecimiento que predisponen a las caídas podemos citar los siguientes:

- Disminución de la agudeza visual y alteraciones de la acomodación.
- Angioesclerosis del oído interno.
- Alteración de la conductividad nerviosa vestibular.
- Disminución de la sensibilidad propioceptiva.
- Enlentecimiento de los reflejos.
- Atrofia muscular.
- Atrofia de partes blandas.
- Degeneración de estructuras articulares.

Con el paso de los años aparecen múltiples alteraciones biomecánicas articulares capaces de provocar caídas por sí mismo o facilitar su producción.

Las modificaciones del aparato locomotor se centran en las regiones anatómicas:

a) columna vertebral: desplazamiento del centro de gravedad.

b) cadera: - rigidez articular en posición viciosa.

- disminución de la movilidad articular.
- insuficiencia de abductores.
- disimetría por acortamiento.

c) rodilla: - inestabilidad progresiva.

- disminución de la movilidad articular.
- claudicación espontánea.

d) pie: - atrofia de las células fibroadiposas del talón.

- disminución de la movilidad de las articulaciones interóseas.
- atrofia muscular.

Procesos patológicos que predisponen a las caídas:

Además de las alteraciones propias del envejecimiento hay una gran variedad de procesos patológicos que bien de forma aguda o crónica, producen trastornos de la marcha y consecuentemente caídas.

Una caída en un anciano puede ser signo de presentación de un infarto, accidente vascular encefálico, neumonía, etc.

Dentro de la patología sensorial, el vértigo suele ser nombrado por los ancianos que caen; el vértigo puede indicar una alteración del sistema vestibular, problemas cardiovasculares, hipotensión ortostática, depresión, etc. Las alteraciones mentales son el segundo factor más importante, después de la dificultad para la movilidad, contribuye a provocar tanto la primera caída como las sucesivas.

El síncope es el resultado de una disminución del flujo sanguíneo cerebral o en otras ocasiones de alteraciones metabólicas como la hipoglicemia o la hipoxia. Las más frecuentes son producidas por reacciones vasovagales, hipotensión ortostática, y arritmias cardíacas.

En todo anciano que sufre caídas a repetición, hay que descartar patología cardíaca.

La hipotensión ortostática (disminución de 20 mmHg o más de tensión arterial sistólica al pasar del decúbito a la bipedestación), tiene una prevalencia entre el 5 y 25% entre los ancianos que viven en sus domicilios.

La patología degenerativa articular, pone en marcha una serie de mecanismos que facilitan la producción de caídas en el anciano. Las más importantes son:

1º) Dolor: producido por la respuesta inflamatoria de la membrana sinovial, incongruencia mecánica, y la congestión venosa interósea.

2º) Inestabilidad articular: debido a la destrucción de las estructuras estabilizadoras: los ligamentos.

3º) Disminución del arco de movilidad: aparición de posiciones articulares viciosas.

A esta edad es muy frecuente la patología del pie ya sea por degeneración artrítica de las estructuras, o por procesos inflamatorios, deformidades, problemas tróficos, etc.; el pie del anciano es frecuentemente doloroso y ello condiciona una marcha insegura y con frecuencia, la utilización de calzados poco adecuados, que no sujetan de manera conveniente el pie y que incrementan la inestabilidad.

Factores yatrogénicos: El consumo de medicamentos suele ser muy frecuente entre la población anciana; lo que hace que los mismos estén expuestos a presentar problemas relacionados con efectos adversos de la medicación, como son las caídas.

Existe una relación directa entre el número de medicamentos y el mayor riesgo de sufrir una caída; el grupo de fármacos que se presentan relacionados con una mayor probabilidad de producir el efecto adverso de las caídas son los psicotrópicos.

Dicha relación se establece por la vida media del fármaco, que en la persona anciana se alarga considerablemente, retrasándose su eliminación, acumulándose la dosis.

Otro grupo de medicamentos considerados de riesgo es los que tienen su acción sobre el sistema cardiovascular.

El alcohol puede ser también causa de inestabilidad, caídas y lesiones serias.

Factores ambientales

Las caídas provocadas por factores extrínsecos son el resultado de la interacción de problemas ambientales y la susceptibilidad individual al riesgo a causa de la edad y la enfermedad.

Los factores ambientales son considerados importante causa de caídas para jóvenes y ancianos sanos que son activos, mientras que para los mayores y ancianos frágiles los factores intrínsecos son más importantes.

En la comunidad los ancianos con riesgo de caer son los frágiles, mentalmente alterados, con malas condiciones físicas, que incluso en un ambiente seguro el mismo representa un riesgo; y aquellos ancianos activos que tras realizar tareas extraordinarias pueden sufrir la caída.

Factores de riesgo extrínsecos en la vivienda:

- Suelos: irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles, contraste de colores, etc.
- Iluminación: luces muy brillantes, insuficientes.
- Escaleras: iluminación inadecuada, ausencia de pasamanos, peldaños altos, etc.
- Cocina: muebles a una altura incorrecta, suelos resbaladizos.
- Cuarto de baño: lavabos y retretes muy próximos o demasiado bajos, ausencia de barras en duchas y aseos.
- Dormitorio: camas altas y estrechas, cables sueltos, objetos en el suelo, mesillas de noche cambiantes.

Factores de riesgo en la comunidad:

La caída repetida en el anciano se produce por la acción de varios factores de riesgo. A mayor número de factores más posibilidad hay de sufrir un evento, "la caída".

La caída repetida en el anciano se produce por la acción de varios factores de riesgo. A mayor número de factores más posibilidad hay de sufrir un evento, " la caída".

La caída en los ancianos que viven en la comunidad está más directamente relacionada con factores de riesgo extrínsecos. La población institucionalizada, por sus características, está más afectada por factores de riesgo intrínsecos.

La epidemiología de la caída en la comunidad pone de manifiesto que son más frecuentes y graves en las mujeres, en las de más de 80 años y en los sujetos más activos.

En el 80% de los ancianos que se caen en la comunidad, sus problemas suelen ser causados por una combinación de enfermedades crónicas, medicamentos, dispositivos inadecuados, que afectan a la movilidad en relación con factores extrínsecos o ambientales en su domicilio que interfieren con el logro de una actividad segura.

En el domicilio los principales riesgos para sufrir una caída están en el propio ambiente, los más frecuentes son: alfombras con arrugas o con los bordes levantados, cables u objetos por el suelo, ausencia de barras de apoyo en el baño, inodoros de altura insuficiente, mala iluminación, mobiliario inadecuado, abandono del bastón, etc.

El 20% de los ancianos que caen en la comunidad tiene una causa médica aislada de sus caídas y/o mala movilidad. Los problemas médicos que constituyen factores de riesgo de caídas en la comunidad son: alteración del equilibrio y la marcha, disminución de la fuerza muscular, alteración cognitiva, defectos visuales problemas cardiovasculares, consumo de fármacos (especialmente los psicofármacos: hipnóticos, antidepresivos, y sedantes; también los calcioantagonistas por el riesgo de hipotensión postural y trastornos del ritmo; los diuréticos incrementan el riesgo por la hipotensión, incontinencia o micción de urgencia, ya que el anciano puede orinar en el suelo y favorecer la caída-resbalón).

Epidemiología : los accidentes son la quinta causa de muerte en el mundo, y de ellos las dos terceras partes son caídas; el 75% de las caídas se producen en pacientes de más de 2 años.

Epidemiológicamente, las caídas son la causa principal de fractura de cadera en el anciano, comprobándose que el 88% de las fracturas de cadera se debían a caídas, únicamente un 8% eran consecuencia de un accidente y un 3% de fracturas patológicas; existiendo por ende una alta probabilidad de ingreso del adulto mayor a una institución si sobrevive a una caída, así como disfunción severa con disminución de su autonomía. Los adultos mayores en la comunidad se caen en un 30% y los que se encuentran institucionalizados el 50% ⁷.

Estos datos son relativos ya que muchas veces no son denunciados a no ser que tengan entidad nosológica importante.

Una caída única y aislada en un anciano aparentemente sano probablemente obedezca a una causa accidental; siendo la recurrencia de las caídas las que más orientan a una patología de fondo y que deben atraer nuestra atención.

En lo que se refiere a la medicación los ancianos como ya se ha dicho anteriormente son el grupo etario que más consume fármacos y ello obedece entre otras cosas a la pluripatología de estos pacientes de edad avanzada, a los hábitos médicos de prescripción y a la propia estructura del sistema de salud.

La seguridad y la efectividad en la farmacoterapia de los ancianos constituye uno de los grandes desafíos de la Geriatría.

El riesgo de reacciones adversas crece exponencialmente con el número de medicamentos utilizados.

En Estados Unidos el 66% de los mayores de 65 años consume algún medicamento. El número y tipo de medicamentos varía con la procedencia del anciano,

es menor en quienes residen en la comunidad y más elevado en los institucionalizados en residencias.

En estos últimos, una población frágil, con disminución de reservas fisiológicas y alta dependencia donde la polifarmacia (consumo de 3 ó más fármacos) tendrá mayor impacto, agravando otros problemas geriátricos como las caídas, confusión mental, incontinencia, e inmovilidad.

Es importante destacar que el 30% de las hospitalizaciones por efectos adversos de medicación y la mitad de las muertes relacionadas ocurren en mayores de 60 años.

La posibilidad de sufrir reacciones adversas a los fármacos es mayor: 1°) en los ancianos que en el adulto, incrementándose con la edad. 2°) En aquellos ancianos que toman varios medicamentos.

3°) En las mujeres más que en los hombres, ya que en ellas se produce un mayor aumento de la grasa corporal. 4°) En ancianos de poco peso. 5°) En ancianos con disminución de la función renal, irrigación periférica (en especial perfusión cerebral y ventilación pulmonar).

Automedicación en los adultos mayores:

Muy ligado al problema ya mencionado de la polifarmacia encontramos el de la automedicación, el cual es más frecuente entre la población anciana que en otras edades ⁹.

La automedicación es definida como ¹⁰: el uso de medicamentos sin prescripción médica, donde el propio sujeto decide cual fármaco utilizar, se incluye en esta designación genérica la orientación de personas no habilitadas, amigos, familiares, farmacéuticos; en esos casos también denominados de ejercicio ilegal de la medicina.

farmacéuticos, en esos casos también denominados de ejercicio ilegal de la medicina. También dentro de la automedicación se considera la reutilización de recetas antiguas sin que ellas sean emitidas para uso continuo (automedicación orientada).

La automedicación es un fenómeno potencialmente nocivo a la salud individual y colectiva, por que ningún medicamento es inocuo al organismo.

El uso indebido de sustancias así como drogas consideradas banales por la población (como analgésicos) puede acarrear diversas consecuencias como resistencia bacteriana, reacciones de hipersensibilidad, dependencia, sangrado digestivo, síntomas de retirada y reacciones de determinadas neoplasias.

Además el alivio momentáneo de los síntomas puede enmascarar una patología que pasa desapercibida y puede así progresar.

La necesidad de prescripción para obtener medicamentos representa una limitación de la libertad personal de busca inmediata del alivio de la sintomatología lo que impide que un individuo haga predominar su propia experiencia y voluntad.

Este deseo de consumo de medicamentos es posible debido a factores externos, como la cultura, la economía, y aspectos legales que facilitan o impiden la adquisición de medicamentos sin receta médica.

Dentro de las fuentes consultadas pudimos notar que no hay muchos estudios en el ámbito internacional sobre automedicación y los que fueron encontrados abarcan a todos los grupos etarios.

Según un estudio sociológico "ÉL MEDICO Y LA TERCERA EDAD", de 1986, la media es de 1.7 medicamentos por persona consumidos por iniciativa propia⁹.

Parece que los medicamentos que se toman corresponden a estados poco graves, o bien se trata de medicamentos prescritos con anterioridad y repetitivamente por el médico en el tratamiento de procesos crónicos o en la evitación de factores de riesgo.

Las mujeres ancianas refieren mayor consumo por su cuenta de analgésicos y tranquilizantes. Es mayor la automedicación en los ancianos de nivel cultural elevado.

En un estudio¹¹ sobre " CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN UN GRUPO POBLACIONAL DEL AREA URBANA" realizado en Salvador_Bahia (Brasil) durante el periodo de octubre de 1986 a marzo de 1987, se estudiaron a 609 individuos con edades comprendidas entre 0 y 89 años, de los cuales el 59% eran del sexo femenino. Los resultados obtenidos en el mismo fueron los siguientes: 98% de los entrevistados tenían stock de medicamentos con una media de 2.3 medicamentos.

El 61.7% refirió haber consumido medicamentos en los últimos 15 días de los cuales el 45.1% eran sin prescripción médica, y el 33% con prescripción médica.

En este estudio no hubo diferencias significativas en cuanto al sexo de los entrevistados, si hubo con respecto al grupo etario.

Los grupos etarios que más consumen medicamentos son de 0 a 10 años y los mayores de 60, también éstos son los que tienen menor prevalencia de automedicación, siendo los adolescentes y adultos hasta los 40 años los que más se automedican.

A diferencia con el estudio anteriormente citado los individuos con nivel educacional superior presentan mayor prevalencia de consumo de medicamentos con prescripción médica.

En cambio aquellos con un nivel educacional más bajo son los que tienen mayores tasas de consumo de medicamentos así como de automedicación.

Por otro lado en otro estudio¹⁰ denominado "PERFIL DE LA AUTOMEDICACION EN UN MUNICIPIO DEL SUR DE BRASIL" realizado por el Departamento de Fisiología y Farmacología de la Universidad de Santa María -RS (Brasil); se entrevistaron a 413 personas sobre el consumo de medicamentos en el último mes, dicho estudio fue realizado de marzo a mayo de 1995.

Los resultados arrojaron que el 69% utilizaron medicamentos y de estos el 76.1% lo hicieron a través de la automedicación.

En cuanto al nivel de instrucción de los entrevistados los que presentaban un nivel educacional superior tenían mayor prevalencia de automedicación, lo que coincide con el primer estudio citado pero no con el segundo diferencias que se deben posiblemente a aspectos metodológicos especialmente a las muestras seleccionadas.

No existen en el ámbito nacional estudios sobre automedicación pero si existe una alta prevalencia de automedicación en el mundo a lo cual Uruguay posiblemente no está exento.

En nuestro país se consultó un estudio denominado "PATRON DE CONSUMO DE FARMACOS EN UN HOGAR DE ANCIANOS", el mismo fue llevado a cabo por el Departamento de Geriátrica de la Facultad de Medicina en el hogar Nueva Israelita en el período julio-diciembre de 1996.¹²

La población del hogar en la fecha del relevamiento era de 50 residentes con un rango de edades de 73 a 98 años, de los cuales el 82% eran mujeres.

La polifarmacia afectaba al 92% de los ancianos, con un promedio de medicamentos por residentes de 8.4.

El 86% consumían entre 4 y 15 fármacos simultáneamente; 74% tomaban únicamente medicación prescrita y el 26% agregaban autoprescripción.

Si bien esta población tiene características especiales (niveles de dependencia altos, pluripatologías, polifarmacia, etc.) y no es representativa de la generalidad de los adultos mayores se puede observar que el problema de la automedicación está presente aunque se piense que la misma recibe mayor control de sus cuidadores.

RELACION DE LAS VARIABLES: CAIDAS Y AUTOMEDICACIÓN

En el proceso normal de envejecimiento, las caídas son eventos frecuentes que han sido considerados como inevitables en el mismo, hay otras corrientes del pensamiento que entienden a la caída como ajena al proceso normal de envejecimiento, siendo un problema socioepidemiológico de origen multifactorial que por tal motivo constituye un síndrome sobre el cual se puede actuar para corregir.

El anciano no solo es más propenso a sufrir caídas (con excepción de los niños pequeños); si no que éstas pueden tener consecuencias mucho más serias que a cualquier otra edad, a su vez las caídas no solo importan por sus consecuencias tan nefastas sino que puede ser la expresión clínica de una enfermedad hasta ese momento ignorada.

Esta eventualidad señalada no debe interpretarse en forma absoluta como el que toda caída trae aparejada una alteración subyacente, una caída única y aislada en un adulto mayor aparentemente sano probablemente obedezca a una causa accidental, siendo las caídas repetitivas las que más orientan a una patología o causa de fondo y que por tal motivo deben atraer nuestra atención

Volviendo sobre las consecuencias directas de las caídas éstas representan un episodio violento que puede tener repercusiones sobre la soma y la psiquis del anciano

De las lesiones traumáticas (somáticas), las fracturas ocupan un lugar preponderante. El trauma psíquico resultante provoca temor a sufrir nuevas caídas y pérdida de confianza en sí mismo (sensación de inseguridad), lo cual conduce a una limitación de la movilidad y la deambulación.

Se han descritas tres condiciones imprescindibles para la sobrevivencia en la comunidad y éstas son la movilidad, la mente y la micción controlada (las llamadas 3 M).

La caída atenta en forma directa contra la primera condición, la movilidad e indirectamente sobre las otras dos.

Considerando las consecuencias en el devenir del anciano que se cae, es que deben extremarse los esfuerzos para actuar en la génesis de las caídas, tratar de esa forma de evitarlas o al menos descender su frecuencia.

Por lo tanto el investigar los distintos factores de riesgo implicados e imbricados en cada individuo puede ser fundamental para establecer estrategias preventivas y así evitar la recurrencia de caídas.

Hay muchas formas de clasificar factores de riesgo de caídas, el más útil es aquél que permite hacerlo en factores extrínsecos, intrínsecos y mixtos.

Analizando los factores de riesgo intrínsecos hay un factor que tiene incidencia directa y que a su vez presenta estrecho vínculo con los demás en el normal proceso de envejecimiento de un individuo; a este factor lo podríamos enmarcar dentro de un gran tema que denominamos consumo de fármacos en el anciano.

Los ancianos son el grupo etario que consume más fármacos y ello obedece entre otras cosas a la pluripatología de los individuos de edad avanzada.

Esta característica de consumo del adulto mayor como grupo poblacional, a su vez se acompaña de ser también el anciano en forma individual quien más consume medicamentos a la vez. Según datos de INSALUD (1984) el consumo farmacéutico de los ancianos es cuatro veces superior al resto de la población.

La polimedicación trae como desafío la seguridad y la efectividad de la farmacoterapia, el riesgo de reacciones adversas crece exponencialmente con el número de medicamentos usados y el envejecimiento afecta tanto la farmacocinética como la farmacodinamia de los mismos. En definitiva la polimedicación en el anciano es un gran desafío para el médico y todo el equipo de salud dado el perfil epidemiológico del mismo,

Pero a su vez hay un problema muy ligado a éste, y que representa un factor de riesgo, y por lo tanto vinculado a la caída del anciano, y que también es frecuente, o sea la automedicación en el adulto mayor.

Según el estudio sociológico "El médico y la tercera edad" de 1986⁸ la media son de 1.7 medicamentos por persona consumidos por iniciativa propia (en nuestro país no hay estadísticas).

Los efectos adversos de los fármacos en los adultos mayores, vinculables a la interacción medicamentosa y al proceso de envejecimiento, en la automedicación se le suma la ausencia de prescripción profesional; además el consiguiente seguimiento del tratamiento que se requiere para lograr la máxima eficacia terapéutica del medicamento y limitar las reacciones colaterales en este grupo poblacional que presente una disminución de sus reservas fisiológicas, pudiendo así agravar otros problemas del geronte como el que ocupa nuestra investigación la recurrencia de caídas en el anciano.

MARCO REFERENCIAL

Los Hogares Diurnos de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) son espacios de recreación para adulto mayores autoválidos; que teniendo cubiertas sus necesidades básicas, realizan acciones y programas con sus pares.

Actualmente la IMM cuenta con dos Hogares Diurnos a los cuales concurren 77 adultos mayores.

El Centro Diurno N°2 está ubicado en la calle Eduardo Víctor Haedo 2147 " Casa de los vecinos" – Centro Comunal Zonal N°2-; zona urbana correspondiente al barrio Cordón (área céntrica de la ciudad).

Funciona de lunes a viernes de 14 a 18 horas, desarrollando actividades de teatro, danza, coro, pintura en tela, literatura, gimnasia y yoga.

Se tiende que el usuario sea estable para que su atención sea personalizada. El número de usuarios que concurre al centro habitualmente es de 22 adultos mayores.

El Hogar Diurno del Hotel del Lago, se encuentra instalado en el Hotel del Lago del Parque Rivera (próximo a Av. Bolivia y Av. Italia, área urbana correspondiente al barrio Carrasco Norte, zona periférica residencial de la ciudad.); el número de usuarios inscriptos es de 55 adultos mayores.

Ambos centros cuentan con equipo técnico de dirección integrado por Psicóloga, médico Geriatra y Asistente Social.

En el hogar diurno del Hotel del Lago, se suma una profesora de educación física, fisioterapeuta y docente del servicio de Psicología de la vejez.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Para llevar a cabo la investigación realizamos un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal el cual se ejecutó del 23 de noviembre 1999 al 31 de enero del 2000. (Anexo N°3)

Universo y muestra: La población universo sobre la cual se desarrolló la investigación, corresponde a 77 usuarios de los hogares diurnos de la Intendencia Municipal de la ciudad de Montevideo de la República Oriental del Uruguay.

Los hogares o centros diurnos son espacios de recreación para adultos mayores autoválidos; que teniendo cubiertas sus necesidades básicas, realizan acciones y programas con sus pares.

La muestra seleccionada se determinó siguiendo un criterio de muestreo aleatorio simple, siendo la misma de 65 adultos mayores con un nivel de confiabilidad del 95.5% y con un error de $\pm 2.5\%$.

Método y procedimiento para la recolección de datos:

La investigación estuvo dirigida a obtener información de las variables ya definidas, sobre la frecuencia de las mismas en la población en estudio.

El método utilizado fue la entrevista estructurada con un formulario codificado como instrumento para orientar la entrevista (Anexo N°1).

El diseño del instrumento se basó en preguntas cerradas que dieron lugar a respuestas con opciones dicotómicas o múltiples; el mismo fue sometido a prueba en el Centro de Salud de Jardines del Hipódromo del Ministerio de Salud Pública (MSP) a los adultos mayores que concurrieron a la consulta, en un número de diez usuarios.

El tiempo previsto para la entrevista fue de diez minutos.

~~El tiempo previsto para la entrevista fue de diez minutos.~~

Dicha recolección de datos se llevó a cabo en la semana del 23 al 27 de noviembre de 1999, en el horario de la tarde.

Para el procedimiento se gestionó autorización ante las autoridades de la Red de Trabajo para la Tercera Edad de la Intendencia de Montevideo (IMM).

Se contó con un instructivo de orientación general para los entrevistadores que son los autores de la investigación (Anexo N°2), para unificar criterios y así disminuir el error en el momento de la recolección de datos.

La supervisión y coordinación de la recolección de datos se efectuó a través de reuniones de evaluación y control de las actividades desarrolladas por los autores de la investigación.

En la primera etapa en el abordaje del adulto mayor a investigar, se llevó a cabo la presentación de los investigadores a la población objeto, en forma conjunta con el personal de la institución; dándose a conocer las características de la investigación y detalles específicos referentes a su carácter voluntario y anónimo, durante la semana previa a la recolección de datos.

Se realizó también previo a la recolección de datos un sorteo sin suplentes, con la nómina de usuarios que concurren a la institución, a los cuales se les asignó un número.

Como segunda etapa se ejecutó las entrevistas en la semana prevista, las cuales se desarrollaron en forma individual y en un ámbito reservado acordado con el personal de la institución.

Luego del análisis y al obtener las conclusiones del estudio se realizará una instancia de devolución en los Hogares Diurnos.

Variables: definición y operacionalización

Para el estudio de las variables se utilizó como instrumento un formulario codificado con preguntas cerradas que dieron lugar a respuestas con opciones dicotómicas o múltiples; las cuales darán respuesta a los objetivos planteados.

- Variables centrales:

Recurrencia de caídas: es una variable compleja, dependiente, cuantitativa discreta, de razón o proporción, definida como la ocurrencia de 2 ó más caídas en un período de un año.

Esta variable la pudimos medir a través de los siguientes indicadores:

a) Ocurrencia de caídas en el último año: se indagó respecto a la ocurrencia de caídas en el último año.

b) Número de caídas: se refiere a antecedentes de caídas en el último año para conocer la frecuencia de las mismas y así conocer su importancia; se operacionalizó en: - 0-1 caídas

- 2 ó más caídas.

Automedicación: es la intervención o variable independiente, es cualitativa nominal, compleja, la automedicación es el uso de medicamentos sin prescripción médica, donde el propio usuario decide cual fármaco utilizar, se incluye en esta designación la orientación de personas no habilitadas, amigos, familiares, farmacéuticos, así como también la reutilización de recetas antiguas sin que ellas sean emitidas para uso continuo.

Corresponde señalar que el grupo de investigación entiende importante estudiar en la población objeto el cumplimiento en tiempo y forma de la medicación indicada, en caso de no ser así se considerará automedicación.

Por otro lado también se considerará automedicación aquella medicación que haya sido prescrita por el médico y que el usuario no concurrió al control hasta 15 días de pasada la fecha en que se lo citó (decidimos establecer este margen de 15 días previendo inconvenientes o problemas de salud que se le presenten al usuario en el día de la consulta fijado).

Esta variable se operacionalizó a través de los siguientes indicadores:

a) Tipo de fármacos: - Tranquilizantes y sedantes

- Diuréticos
- Hipotensores (no diuréticos)
- Antiparkinsonianos
- Antidepresivos
- Otros

b) Medicamentos: - prescritos

- no prescritos

c) Concorre al control médico: - SI

- NO

d) Cumplimiento de la medicación en tiempo y forma: - SI

- NO

e) Automedicación: - SI

- NO

- Variables secundarias:

Caídas: es una variable cualitativa nominal, es el resultado de un acontecimiento brusco e inesperado que hacen perder al individuo el control postural, la misma puede ser al suelo, hacia una silla, desde la cama al suelo.

Sé operacionalizó en: ocurrencia de caídas: - Sí

- NO

Lugar de la caída: variable cualitativa nominal, definida como el lugar físico donde ocurrió la misma. Sé operacionalizó en: - dentro del hogar

- fuera del hogar

Consecuencias de la caída: variable cualitativa nominal, se refiere a la repercusión biopsicosocial de la caída, se midió con los siguientes indicadores:

a) Daño físico: Se refiere a cualquier tipo de daño presentado a raíz de la caída, ya sea hematomas, fracturas, etc. Sé operacionalizó: - Sí

- NO

b) Daño mental: se indagará en el entrevistado el miedo de volver a caer, se operacionalizó: - Sí

- NO

c) Daño social: se indagó si el entrevistado a modificado sus hábitos sociales, se operacionalizó: - Sí

- NO

Riesgo de caídas: es una variable cualitativa ordinal, se refiere a la posibilidad que tiene el adulto mayor de presentar caídas de acuerdo a la presencia de algunos factores de riesgo que han sido definidos⁶ y que permiten detectar rápidamente la vulnerabilidad para las caídas y ellos son: antecedentes de caídas, uso de determinados fármacos, déficit sensoriales, trastornos mentales y de la marcha.

Esta variable se operacionalizó en:

- bajo riesgo de caídas (ninguno de los factores mencionados).
- moderado riesgo de caídas (uno o dos factores presentes).
- alto riesgo de caídas (tres o más factores presentes).

Medicación: es una variable cualitativa nominal, es cualquier sustancia, diferente de un alimento o un artefacto que se utiliza para el diagnóstico, el alivio, el tratamiento y la curación de las enfermedades, así como para la prevención de las mismas¹⁹.

Es considerada una variable perturbadora de la relación de las variables centrales de ésta investigación.

La operacionalizó esta variable será en:

a) Consumo de medicamentos: - SI

- NO

b) Tipo de medicamentos: - tranquilizantes o sedantes

- diuréticos
- hipotensores
- antiparkinsonianos
- antidepresivos
- otros

Polifarmacia: variable cuantitativa discreta, definida como el uso de 3 ó más fármacos, la misma se operacionalizó en: Polifarmacia: - Sí

- No

Edad: variable cuantitativa continua, es el período comprendido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista; en esta investigación se tomarán en cuenta exclusivamente adultos mayores.

Sé operacionalizó en edad en años cumplidos.

Adulto mayor: es una variable cualitativa nominal, según la Organización Mundial para la Salud (OMS) se consideran adultos mayores aquellas personas de 65 y más años. Sé operacionalizó en edad en años cumplidos.

Sexo: variable cualitativa nominal, condición orgánica que distingue a los géneros femenino y masculino, que se manifiesta a través de caracteres primarios y secundarios. Para definir el sexo de nuestra población objeto de investigación se tomarán en cuenta los caracteres sexuales secundarios.

En la mujer son: desarrollo de glándulas mamarias, vello pubiano, laringe fina, timbre de voz agudo; en el hombre: voz más grave, mayor desarrollo de cuerdas vocales, bigote, masa muscular, etc.

La operacionalización de esta variable fue en: - masculino

- femenino

Patología: variable cualitativa nominal, es la alteración de uno o más de los aspectos bio-psico-sociales del ser humano; al igual que la medicación ésta es considerada variable perturbadora de la relación de las dos variables centrales de ésta investigación.

Se puede operacionalizar en antecedentes personales:

- cardiovasculares
- neurológicos
- respiratorios
- digestivos
- nefrouinario
- osteoarticulares
- endocrinos
- otros
- ninguno

Marcha: variable cualitativa ordinal, la misma se operacionalizó en:

- Normal
- Segura con ayudas
- Insegura con/sin ayuda.

Nivel de instrucción: variable cualitativa ordinal, se refiere a los niveles de educación o caudal de conocimientos adquiridos formalmente; que puede ser: bajo, medio y alto¹⁴.

Nivel de instrucción bajo: se incluye en este nivel la educación recibida hasta Ciclo Básico de Secundaria.

Nivel de instrucción media: se refiere al nivel de educación alcanzado en Segundo Ciclo de Enseñanza Secundaria y Cursos Técnicos de la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU).

Nivel de instrucción alto: se refiere a todos aquellos estudios adquiridos en la Universidad o estudios terciarios.

Los niveles de instrucción se operacionalizaron en:

- primaria completa e incompleta
- secundaria completa e incompleta
- UTU completa e incompleta
- universidad
- otros

Ocupación: es una variable cualitativa nominal, se refiere a la ocupación que el entrevistado desarrolla habitualmente, se operacionalizó en:

- jubilado y pensionista
- empleado
- comerciante
- ama de casa
- changador
- otros

Vivienda: es una variable cualitativa nominal, es el lugar donde reside habitualmente el entrevistado y de ella interesa indagar respecto a:

- tenencia: - propietario
 - inquilino
 - ocupante por relación de dependencia (trabajo)
 - ocupante por préstamo, cesión o permiso
 - ocupante sin permiso
 - otros

- características: - Mampostería: ladrillos, bloques, ticholos, piedras, etc.)
- Maderas, chapas de zinc, fibrocemento
- Barro (terron, adobe, fagina)
- Lata o material de desecho
- Otros

Constitución del hogar: es una variable cualitativa nominal, se refiere a aquellas personas que residen con el entrevistado, se operacionalizó en:

- solo/a
- con su esposo/a
- con su esposo e hijos
- con otros familiares
- con amigos
- otros

Plan de tabulación y análisis: Con los datos obtenidos en este estudio se utilizó la técnica estadística descriptiva con el apoyo del programa informático Excel de Windows 98, a través del cual se realizó un análisis univariado con tablas de frecuencia (absoluta y relativa), y gráficos de tipo Histograma para algunas de las variables.

RESULTADOS

TABLA MAESTRA

VARIABLES PRINCIPALES	F.A.	F.R.%
N	65	100
Edad		
65-75	39	60
76-85	23	35
87-97	3	5
Sexo: - Masculino	10	15
- Femenino	55	85
Recurrencia de caídas: - 1	17	26
- 2 ó más	10	15
Automedicación	20	34
Grupos de fármacos automedicados: - Tranquilizantes y sedantes	7	17
- Diuréticos	1	2
- Hipotensores (no diuréticos)	10	24
- Otros	24	57
Automedicación en usuarios con recurrencia caídas	4	40
Fármacos automedicados por usuarios c/ recur. caídas: - Tranquilizantes y sedantes	3	24
- Hipotensores (no diuréticos)	5	38
- Otros	5	38
VARIABLES SECUNDARIAS		
Nivel de instrucción: - Analfabetos	1	2
- Bajo	64	98
Constitución hogar: - Solo/a	22	34
- Con esposo/a	12	18
- Con esposo e hijos	7	11
- Hijos	12	18
- Con otros familiares	10	15
- Con amigos	2	3
Ocupación: - jubilados y pensionistas	57	88
- ama de casa	5	8
- changador	1	2
- Otros	2	3
Vivienda: a) Tenencia: - Propietario	40	61
- Inquilino	17	26
- Ocupante por relación de dependencia	1	2
- Ocupante por préstamo	5	8
- Ocupante sin permiso	2	3
b) Materia: - Mampostería	65	100
Patologías: - Cardiovasculares	31	23
- Osteoarticulares	25	19
- Neurológicas	20	15
- Digestivas	13	10
- Nefrouriarias	9	7
- Otras patologías	9	7
- Respiratorias	7	5
- Ninguna	6	5
Consumo de medicación en el último año	58	89
Grupo de fármacos utilizados: - Tranquilizantes y sedantes	22	25
- Diuréticos	1	2
- Hipotensores (no diuréticos)	32	37
- Otros	31	36
Fármacos consumidos con prescripción	53	91
Usuarios que concurren al control médico	43	81
Usuarios que cumplen tratamiento en tiempo y forma	43	81
Polifarmacia	30	52
Lugar caídas: - Dentro del hogar	9	33
- Fuera del hogar	18	67
Consecuencias de las caídas: - Daño físico	14	52
- Daño psíquico	14	52
- Daño social	7	24
Marcha del entrevistado: - Normal	52	80
- Segura con ayudas	5	8
- Insegura con o sin ayudas	8	12
Riesgo de caídas: - Bajo	18	28
- Moderado	36	55
- Alto	11	17

VARIABLES SECUNDARIAS		F.A	F.R.%
Patologías usuarios c/recur. caídas:	- Cardiovasculares	7	28
	- Osteoarticulares	7	28
	- Digestivo	3	12
	- Neurológicas	2	8
	- Endócrinas	2	8
	- Nefrouriinario	2	8
	- Respiratorias	1	4
	- Otras	1	4
Consumo de medicación en usuarios c/recur. caídas		10	100
Grupos de fármacos utilizados por usuarios c/recur. caídas:	- Tranquilizantes y sedantes	5	18
	- Hipotensores (no diuréticos)	6	21
	- Otros	17	61
Polifarmacia usuarios c/recur. caídas		8	80
Lugar caída en usuarios con recur. caídas:	- Dentro del hogar	3	30
	- Fuera del hogar	7	70
Consecuencias de la recurrencia de caídas:	- Daño físico	5	50
	- Daño psíquico	6	60
	- Daño Social	3	30
Marcha usuarios con recurrencia caídas:	- Normal	7	70
	- Segura con o sin ayudas	1	10
	- Insegura con o sin ayudas	2	20
Riesgo de nuevas caídas en usuarios c/recur. caídas:	- Moderado	6	60
	- Alto	4	40

TABULACION DE DATOS

TABLA N°1- Caracterización de usuarios según edad.

EDAD	F.A.	F.R.%
65-75	39	60
76-86	23	35
87-97	3	5
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 60% de los adultos mayores se encuentra en la franja etaria de 65 a 75 años, con un promedio de 80 años, lo que se puede visualizar mejor en el gráfico N°1.

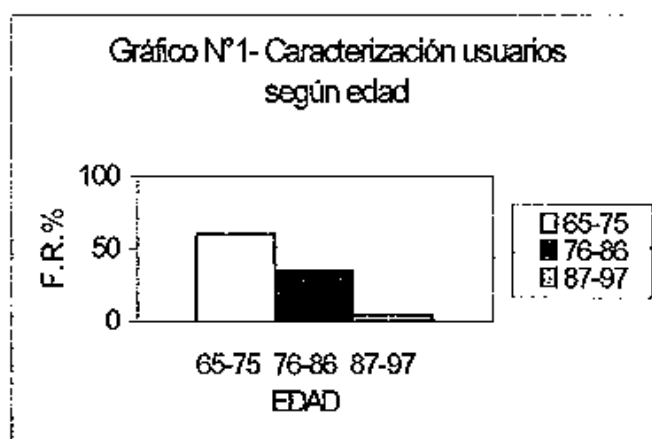


TABLA N°2- Caracterización de usuarios según sexo.

SEXO	F.A.	F.R.%
Masculino	10	15
Femenino	55	85
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

De los adultos mayores entrevistados el 85% corresponden al sexo femenino y el 15% al sexo masculino.

TABLA N°3- Caracterización de usuarios según ocupación

Ocupación	F.A.	F.R.%
Jubilado- Pensionista	57	88
Empleado	0	0
Comerciante	0	0
Ama de casa	5	8
Changador	1	2
Otros	2	3
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.
El 88% de los adultos mayores son jubilados y pensionistas.

TABLA N°4- Caracterización de usuarios según nivel de instrucción.

Instrucción	F.A.	F.R.%
Ninguno	1	2
Prim. Incom.	35	54
Prim. Comp.	21	32
Sec. Incom.	2	3
Sec. Comp.	1	2
UTU Incom.	4	6
UTU Comp.	1	2
Univ. Incom.	0	0
Univ. Comp.	0	0
Otros	0	0
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.
El 86% de los entrevistados poseen un nivel de instrucción correspondiente a primaria, donde el 54% lo a cursado en forma incompleta y el 32% en forma completa; habiendo únicamente un 2% de analfabetos.

TABLA N°5- Caracterización de usuarios según composición del núcleo filiar.

Núcleo filiar.	F.A.	F.R.%
Solo/a	22	34
Esposo/a	12	18
Esposo-hijos	7	11
Hijos	12	18
Otros filiares.	10	15
Amigos	2	3
Otros	0	0
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos. El 34% de los adultos mayores de los hogares diurnos (I.M.M) viven solos.

TABLA N°6- Caracterización de usuarios según tenencia de vivienda.

Tenencia	F.A.	F.R.%
Propia	40	61
Alquilada	17	26
Ocupante / relac.depend	1	2
Ocupate/ préstamo	5	8
Ocupante sin permiso	2	3
Otros	0	0
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

La mayoría de los entrevistados 61% son propietarios de la vivienda en la cual residen.

TABLA N°7- Caracterización de usuarios según material de la vivienda.

Material	F.A.	F.R.%
Mampostería	65	100
Maderas, chapas, etc.	0	0
Barro	0	0
Lata, material desecho	0	0
Otros	0	0
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 100% de los usuarios entrevistados posee vivienda de mampostería.

TABLA N°8- Caracterización de usuarios según patologías.

Antecedentes Personales	F.A.	F.R.%
Neurológicos	20	15
Cardiovasc.	31	23
Respiratorios	7	5
Endócrinos	12	9
Osteoarticulares	25	19
Nefrouinario	9	7
Digestivo	13	10
Otras	9	7
Ninguna	6	5
TOTAL	132	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos

En lo que respecta a patologías las tres dolencias que más afectan a esta población son: cardiovasculares 23%, osteoarticulares 19% y neurológicas 15%; habiendo un 5% de entrevistados que no refieren patologías; estos datos se pueden visualizar en el gráfico N°2.

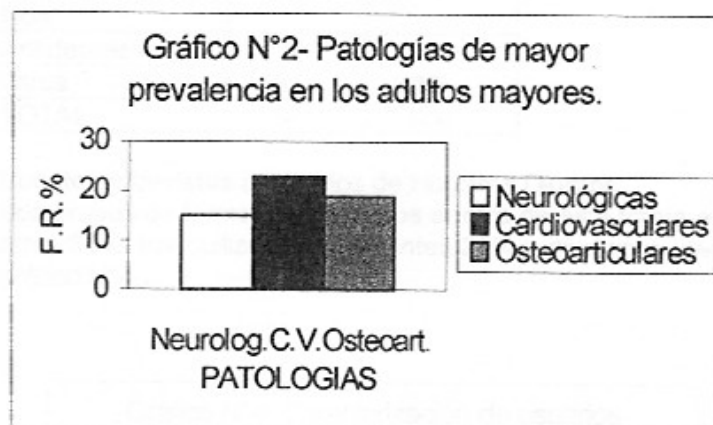


TABLA N°9- Caracterización usuarios según consumo medicación en el último año.

Medicación	F.A.	F..R.%
Si	58	89
No	7	11
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 89% de los entrevistados refirieron haber consumido medicación en el último año, con un promedio de 3.1 fármacos por persona; dichos porcentajes se pueden visualizar en el gráfico N°3.

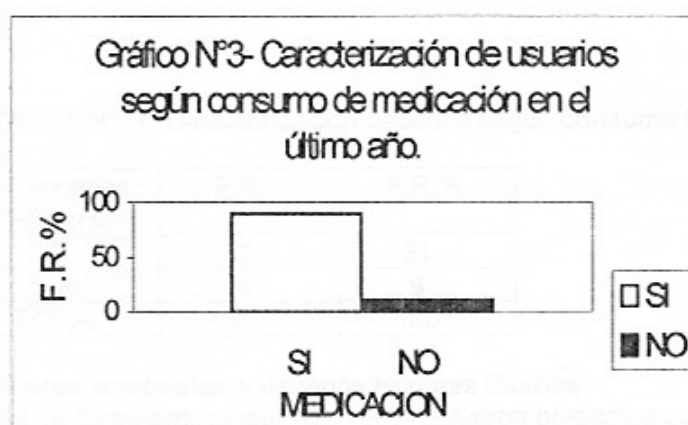


TABLA N°10- Caracterización de usuarios según el tipo de fármacos consumidos.

Tipo fármacos	F.A.	F.R. %
Tranquilizantes y sedantes	22	25
Diuréticos	1	2
Hipotensores (no diuréticos)	32	37
Antiparkinsonia-Nos	0	0
Antidepresivos	0	0
Otros	31	36
TOTAL	86	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

Los grupos de fármacos utilizados dentro de ésta franja etaria fueron: hipotensores 37%, otros 36%, tranquilizantes y sedantes 25% y diuréticos 2%; como podemos observar en el gráfico N°4.

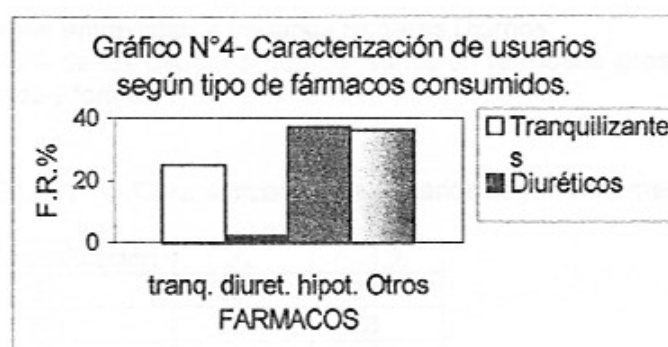


TABLA N°11- Caracterización usuarios según consumo fármacos prescritos.

Fármacos Prescritos	F.A.	F.R.%
Si	53	91
No	5	9
TOTAL	58	100

Fuente: entrevistas a usuarios Hogares Diurnos.
De los fármacos consumidos el 91% fueron prescritos por el médico.

TABLA N°12- Usuarios que consumieron fármacos prescritos y concurren a control médico.

Control	F.A.	F.R%
SI	43	81
NO	10	19
TOTAL	53	100

Fuente: entrevistas a usuarios Hogares Diurnos.
El 81% de los usuarios que consumieron fármacos prescritos concurren al control médico correspondiente y el 19% no lo hicieron.

TABLA N°13- Caracterización usuarios según cumplimiento en tiempo y forma de la medicación prescrita.

Dosis adecuada	F.A.	F.R.%
Si	43	81
No	10	19
TOTAL	53	100

Fuente: entrevistas a usuarios Hogares Diurnos.
El 19% de los usuarios que consumieron fármacos prescritos no cumplieron la dosis en tiempo y forma.

TABLA N°14- Caracterización de usuarios según automedicación.

Automedicación	F.A.	F.R.%
Sí	20	34
No	38	66
TOTAL	58	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos
Los 34% de los adultos mayores de los Hogares Diurnos se automedican, con un

promedio de 1.9 fármacos por persona; como se puede observar en el gráfico N°5.

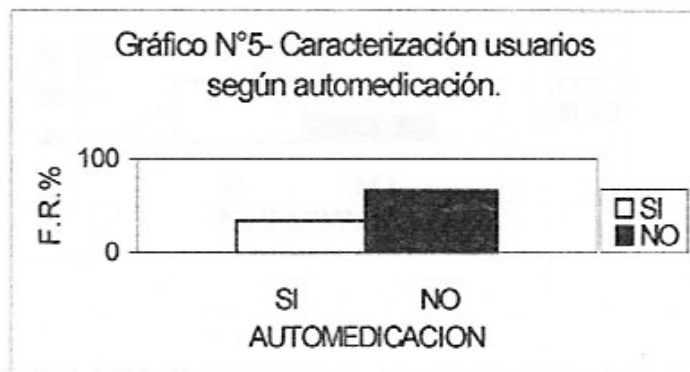


TABLA N°15- Tipos de fármacos consumidos por medio de automedicación.

Tipo de fármaco	F.A.	F.R. %
Tranq. y sedantes	7	17
Diuréticos	1	2
Hipotensores	10	24
Antiparkinsonianos	0	0
Antidepresivos	0	0
Otros	24	57
TOTAL	42	100

Fuente: entrevistas a usuarios Hogares Diurnos.

El 43% de los fármacos automedicados pertenecen a los grupos de riesgo para producir caídas obteniéndose los siguientes porcentajes: 24% hipotensores(no diuréticos), 17% tranquilizantes y sedantes y el 2% diuréticos.

TABLA N°16- Caracterización de usuarios según polifarmacia.

Polifarmacia	F.A.	F.R. %
Sí	30	52
No	28	48
TOTAL	58	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 52% de los adultos mayores presentan polifarmacia.

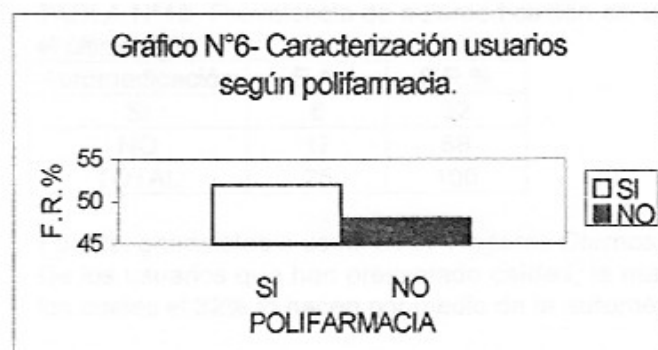


TABLA N°17- Caracterización usuarios según antecedentes de caídas en el último año.

CAIDAS	F.A.	F.R.%
Ninguna	38	59
1	17	26
2 ó más	10	15
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

De los adultos mayores entrevistados el 59% refirieron no haberse caído en el último año, habiendo un 41% que si sufrieron caídas.

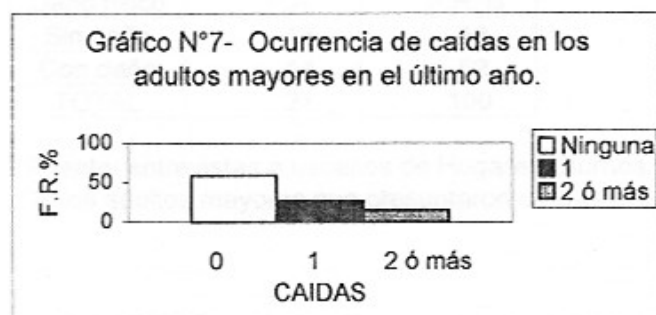


TABLA N°18- Prevalencia de automedicación en usuarios que han presentado caídas en el último año.

Automedicación	F.A.	F.R.%
SI	8	32
NO	17	68
TOTAL	25	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

De los usuarios que han presentado caídas, la mayoría (93%) consumen medicación, de los cuales el 32% lo hacen por medio de la automedicación.

TABLA N°19- Caracterización usuarios según lugar de la caída.

Lugar caída	F.A.	F.R.%
Dentro hogar	9	33
Fuera hogar	18	67
TOTAL	27	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

La mayoría (67%) de los adultos mayores presentaron caídas fuera del hogar.

TABLA N°20- Caracterización usuarios según consecuencia físicas de la caída.

Daño físico	F.A.	F.R.%
Sin daño	13	48
Con daño	14	52
TOTAL	27	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

De los adultos mayores que presentaron caídas el 52% experimentaron daño físico.

TABLA N°21- Caracterización usuarios según consecuencias psicológicas de la caída.

Daño psíquico	F.A.	F.R.%
Sí	14	52
No	13	48
TOTAL	27	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 52% de los usuarios con caídas en el último año presentaron daño psíquico.

TABLA N°22- Caracterización usuarios según consecuencias sociales de la caída.

Dañó social	F.A.	F.R.%
Sí	7	26
No	20	74
TOTAL	27	100

Fuente: Entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 26% de los adultos mayores con caídas en el último año presentaron daño social.

TABLA N°23- Características de la marcha de los usuarios entrevistados.

MARCHA	F.A.	F.R.%
Normal	52	80
Segura con ayudas	5	8
Insegura con o sin ayudas.	8	12
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

La mayoría de los entrevistados (80%) presentaban marcha normal.

TABLA N°24- Caracterización usuarios según el riesgo que tienen de presentar caídas.

Riesgo caídas	F.A.	F.R.%
Bajo	18	28
Moderado	36	55
Alto	11	17
TOTAL	65	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 55% de los adultos mayores de los Hogares Diurnos de la I.M.M. presentan riesgo moderado de presentar caídas, el 28% bajo riesgo y el 17% alto riesgo.

TABLA N°25- Caracterización de usuarios según recurrencia de caídas.

Recurrencia . Caídas	F.A	F.R.%
SÍ	10	37
NO	17	63
TOTAL	27	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

De los adultos mayores que presentaron caídas en el último año, el 37% presentaron recurrencia de caídas.

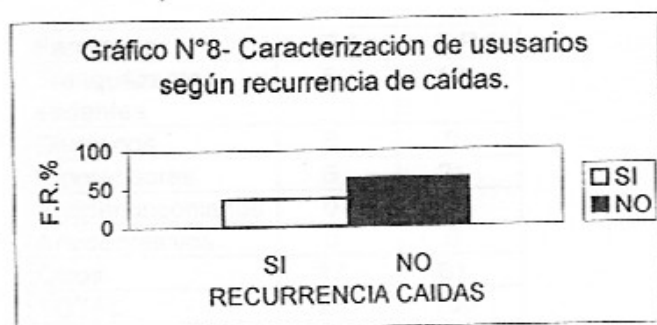


TABLA N°26- Caracterización de usuarios con recurrencia de caídas según patologías.

Patologías	F.A.	F.R. %
Neurolog.	2	8
Cardiovasc.	7	28
Respiratorias	1	4
Endócrinas	2	8
Osteoart.	7	28
Nefrouinario	2	8
Digestivo	3	12
Otras	1	4
Ninguna	0	0
TOTAL	25	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 100% de los adultos mayores que presentaron recurrencia de caídas tienen asociadas patologías, con un promedio de 2.5 por persona; las de mayor prevalencia fueron las cardiovasculares con 28% y las osteoarticulares con el mismo porcentaje, las cuales se encuentran representadas en el gráfico N°9.

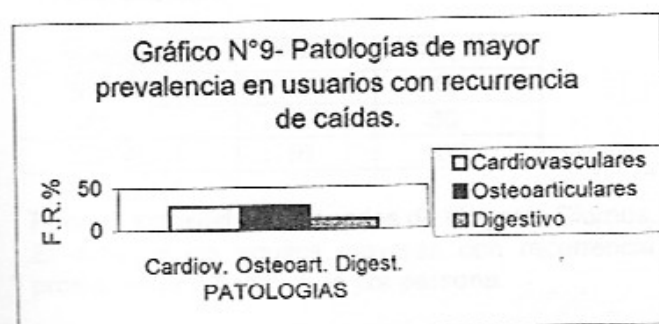


TABLA N°27- Caracterización de usuarios con recurrencia de caídas según tipo de fármaco que consumen.

Fármacos	F.A.	F.R.%
Tranquilizantes y sedantes	5	18
Diuréticos	0	0
Hipotensores	6	21
Antiparkinsonianos	0	0
Antidepresivos	0	0
Otros	17	61
TOTAL	28	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 100% de los adultos mayores que han presentado recurrencia de caídas consumen fármacos, con un promedio de 2.8 fármacos por persona, de los cuales el 61% no son de riesgo, habiendo un 39% que sí son de riesgo como lo son los hipotensores(21%) y los tranquilizantes y sedantes(18%).

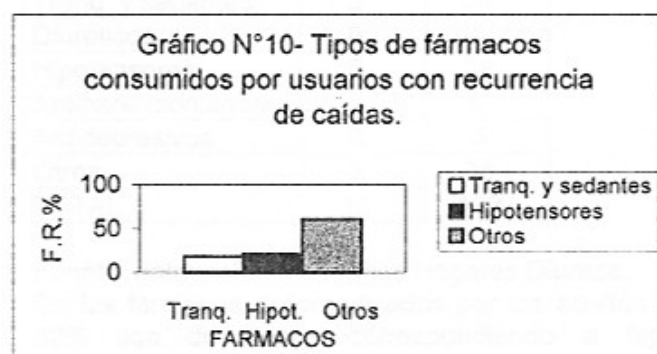


TABLA N°28- Caracterización de usuarios con recurrencia de caídas según automedicación.

Automedicación	F.A.	F.R.%
SÍ	4	40
NO	6	60
TOTAL	10	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 40% de los adultos mayores con recurrencia de caídas sé automedica, con un promedio de 2.5 fármacos por persona.

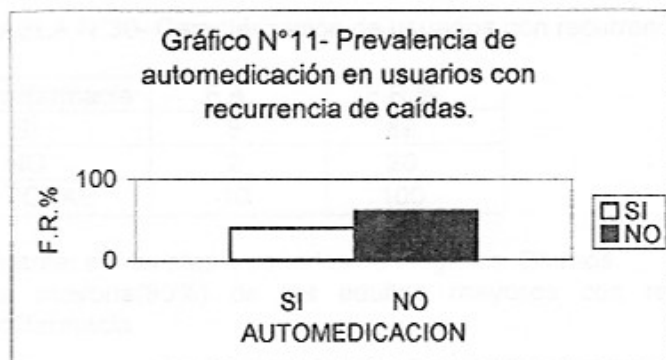


TABLA N°29- Grupos de fármacos automedicados por adultos mayores con recurrencia de caídas.

Fármacos	F.A.	F.R.%
Tranq. y sedantes	3	24
Diuréticos	0	0
Hipotensores	5	38
Antiparkinsonianos	0	0
Antidepresivos	0	0
Otros	5	38
TOTAL	13	100

Fuente: entrevistas a usuarios Hogares Diurnos.

De los fármacos automedicados por los adultos mayores con recurrencia de caídas el 62% son de riesgo correspondiendo a hipotensores(38%) y tranquilizantes y sedantes(24%), los mismos se encuentran representados en el Gráfico N°12.

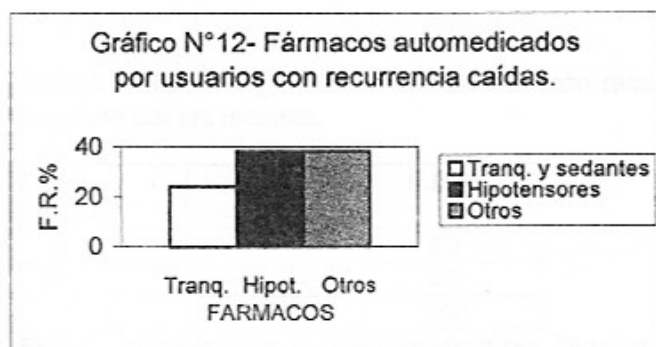


TABLA N°30- Caracterización de usuarios con recurrencia de caídas según polifarmacia.

Polifarmacia	F.A.	F.R.%
SI	8	80
NO	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

La mayoría(80%) de los adultos mayores con recurrencia de caídas presentan polifarmacia.

TABLA N°31- Caracterización de usuarios con recurrencia de caídas según lugar de la caída.

Lugar caída	F.A.	F.R.%
Dentro hogar	3	30
Fuera hogar	7	70
TOTAL	10	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 70% de los adultos mayores sufrieron recurrencia de caídas fuera del hogar.

TABLA N°32- Caracterización de usuarios con recurrencia de caídas según la ocurrencia de daño físico en las mismas.

Daño físico	F.A.	F.R.%
SI	5	50
NO	5	50
TOTAL	10	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 50% de los entrevistados con recurrencia de caídas sufrieron daño físico.

TABLA N°33- Caracterización de usuarios con recurrencia de caídas según daño síquico causado por las mismas.

Daño síquico	F.A.	F.R.%
SI	6	60
NO	4	40
TOTAL	10	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

La mayoría(60%) de los adultos mayores con recurrencia de caídas presentaron daño psíquico.

TABLA N°34- Caracterización usuarios con recurrencia de caídas según daño social.

Daño social	F.A.	F.R.%
SI	3	30
NO	7	70
TOTAL	10	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 70% de los adultos mayores con recurrencia de caídas no presentaron daño social.

TABLA N°35- Caracterización usuarios con recurrencia de caídas según marcha.

MARCHA	F.A.	F.R.%
Normal	7	70
Segura	1	10
Insegura	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

La mayoría (70%) de los entrevistados con recurrencia de caídas presentaron marcha normal.

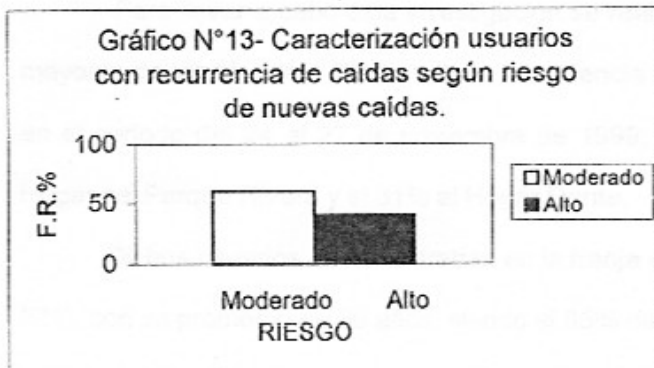
TABLA N°36- Caracterización de usuarios con recurrencia de caídas según el riesgo de presentar nuevas caídas.

Riesgo caídas	F.A.	F.R.%
Bajo	0	0
Moderado	6	60
Alto	4	40
TOTAL	10	100

Fuente: entrevistas a usuarios de Hogares Diurnos.

El 60% de los usuarios con recurrencia de caídas presentan riesgo moderado de caídas, habiendo un 40% con alto riesgo como se puede observar en el Gráfico N°13.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Para llevar a cabo esta investigación se realizaron 65 entrevistas a los adultos mayores de los Hogares Diurnos de la Intendencia Municipal de Montevideo (I.M.M.), en el período del 24 al 27 de noviembre de 1999; de las cuales 69% pertenecen al Hogar del Parque Rivera y el 31% al Hogar Dante.

Dichos usuarios se encontraban en la franja etaria de los 65 a 95 años (Gráfico N°1), con un promedio de 80 años, siendo el 85% del sexo femenino y el 15% del sexo masculino.

En lo que se refiere a la ocupación de los mismos el 88% son jubilados y pensionistas, el 8% amas de casa, el 3% otras ocupaciones y el 2% changadores.

La mayoría (97%) de los entrevistados posee un nivel de instrucción bajo, habiendo un 3% de analfabetismo.

En el nivel de instrucción bajo podemos encontrar: 54% primaria incompleta, 32% primaria completa, 6% UTU incompleta, 3% secundaria incompleta, 2% secundaria completa, y 2% UTU completa.

El 100% de los adultos mayores poseen vivienda de material, siendo el 61% propietarios de la misma, el 26% inquilinos, 3% ocupantes sin permiso, y el 2% ocupantes por relación de dependencia; constatándose que el 34% viven solos.

Al indagar respecto a los antecedentes personales de patologías (según sistema afectado, como se puede observar en el Gráfico N°2) las cifras son las siguientes:

- Cardiovasculares 23%
- Osteoarticulares 19%
- Neurológicas 15%
- Digestivas 10%
- Nefrouriñarias 7%
- Otras patologías 7%

- Respiratorias 5%

- Ninguna 5%

De los usuarios que han presentado caídas en el último año, la mayoría (93%) han consumido medicación, de los cuales el 32% lo hicieron por medio de la automedicación.

La población estudiada refiere en su mayoría (89%) haber consumido medicación en el último año (Gráfico N°3), con un promedio de 3.1 fármacos por persona, de los cuales el 52% presentan polifarmacia.

Los grupos de fármacos utilizados fueron en su mayoría (64%) considerados de riesgo para caídas y ellos son:

- Hipotensores (no diuréticos) 37%

- Tranquilizantes y sedantes 25%

- Diuréticos 2%

El restante 36% no son medicamentos de riesgo para las caídas (Gráfico N°4).

Dentro del grupo de entrevistados que consumen medicación el 91% lo hacen con prescripción médica y el 9% lo hacen por medio de la automedicación.

Este último porcentaje se eleva al 34% (Gráfico N°5), con un promedio de 1.9 fármacos automedicados por persona, dado que se encontraron casos en que la medicación fue prescrita pero los usuarios no concurren a control médico correspondiente o no tomaban la dosis en tiempo y forma o ambas situaciones.

El 43% de los fármacos automedicados pertenecen a los grupos de riesgo para producir caídas, obteniéndose los siguientes porcentajes: Hipotensores (no diuréticos) 24%, 17% tranquilizantes y sedantes y 2% diuréticos.

La polifarmacia en ésta población es de un 52%(Gráfico N°6).

En los adultos mayores entrevistados las caídas han tenido una prevalencia del 41% (Gráfico N°7), cifra que se asemeja a la estadística internacional (30% de los adultos mayores presentan caídas en la comunidad), la cual fue tomada como referencia ya que en el ámbito nacional no existen estudios al respecto; siendo la

prevalencia de recurrencia de caídas de un 15% tema que ha motivado nuestra investigación.

El 67% de los entrevistados presentaron caídas fuera del hogar, experimentando daño físico en un 52%, daño psíquico también en un 52% y daño social el 26%.

La mayoría de los entrevistados (80%) presentaba marcha normal, el 12% marcha insegura con o sin ayudas, y el 8% marcha segura con o sin ayudas.

De acuerdo a ciertos indicadores de riesgo la población estudiada tiene un 55% de riesgo moderado de caídas, el 28% bajo riesgo y el 17% alto riesgo.

De 27 usuarios (41%) que se caen 10 (37%) presentan recurrencia de caídas (definidas como la ocurrencia de 2 ó más caídas en el período de un año), lo que podemos visualizar en el Gráfico N°8.

Los adultos mayores con recurrencia de caídas presentan en un 100% patologías con un promedio de 2.5 patologías por persona, siendo las de mayor prevalencia las enfermedades cardiovasculares (28%) y las osteoarticulares (28%), como podemos observar en el Gráfico N°9.

Además éstos refieren haber consumido medicación en el último año también en un 100%, con un promedio de 2.8% fármacos por persona, presentando en su mayoría (80%) polifarmacia.

De los fármacos consumidos (Gráfico N°10) el 39% son de riesgo para producir nuevas caídas (hipotensores 21% y tranquilizantes 18%).

El 40% de los adultos mayores con recurrencia de caídas sé automédica (Gráfico N°11), con un promedio de 2.5 fármacos por persona, utilizando en la generalidad (62%) fármacos de riesgo correspondiendo a hipotensores (38%) y tranquilizantes y sedantes (24%); como se puede ver en el Gráfico N°12.

La amplia mayoría (70%) de los usuarios con recurrencia de caídas, las mismas tuvieron lugar fuera del hogar, con un 50% de daño físico, 60% daño psíquico y 30% de daño social.

En lo referente a la marcha de los entrevistados con recurrencia de caídas el 70% fue normal.

Los adultos mayores con recurrencia de caídas presentan en un 60% alto riesgo de sufrir caídas y el 40% riesgo moderado (Gráfico N° 13).

CONCLUSIONES

A partir del estudio realizado concluimos que los objetivos planteados fueron alcanzados en su totalidad.

La muestra estudiada (65 adultos mayores), presentó una prevalencia del 15% de recurrencia de caídas en el último año.

De los 27 usuarios (41%) que padecieron caídas, el 37% fueron recurrencia de caídas; de éstos el 40% sé automedican, con un promedio de 2.5 fármacos por persona, utilizando en su mayoría (62%) aquellos que son de riesgo de caídas como lo son: hipotensores no diuréticos (38%) y tranquilizantes y sedantes (24%).

La prevalencia de automedicación en la población total estudiada fue del 34%, con un promedio de 1.9 fármacos por persona, de los cuales el 43% son de riesgo y ellos son: hipotensores no diuréticos 24%, tranquilizantes y sedantes 17% y diuréticos 2%.

Si bien los usuarios con recurrencia de caídas que automedican con fármacos de riesgo son el 62%, no podemos afirmar que ésta fue la única causa de las mismas, dado la existencia de variables perturbadoras de esa relación original investigada (recurrencia de caídas y automedicación); como lo son las patologías y la propia medicación prescrita.

El 100% de los adultos mayores con recurrencia de caídas presentan patologías, siendo las de mayor prevalencia las cardiovasculares y las osteoarticulares; y a su vez el 100% consumieron medicación en el último año.

SUGERENCIAS

Con los resultados obtenidos en ésta investigación dejamos planteada la siguiente hipótesis:

“ Los adultos mayores que sé automedican tienen mayor riesgo de sufrir recurrencia de caídas que aquellos que no lo hacen ”; la cual sugerimos que se compruebe a través de investigaciones complementarias.

Informar y difundir a los organismos competentes (Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor, Cátedra de Geriatria de la Facultad de Medicina, Intendencia Municipal de Montevideo, etc.) los resultados de las mismas a fin de contribuir con estrategias preventivas.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1- OPS-OMS; "La atención de los ancianos un desafío para los años 90"; 1999; Estados Unidos.
- 2- Revista AQFU; Año IX; Segunda Epoca; N°25; agosto de 1999.
- 3- Babb, Pamela; "Manual de Enfermería Gerontológica"; Editorial Interamericana; México; 1998.
- 4- Issacs, B; "Tratado de Geriatria"; Editorial Pediátrica; Barcelona; 1998.
- 5- Revista Rol de Enfermería; "¿Por qué se caen los ancianos?"; N°139; pág. 23-27; 1997.
- 6- Grupo de trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; "Evaluación del Anciano con caídas de repetición; 1° Edición; Editorial Montserrat Lázaro del Nogal; España; 1997.
- 7- Departamento de Geriatria; Hospital de Clinicas; Facultad de Medicina; Prof. Adj. Dr. Savio Italo (entrevista).
- 8- Departamento de Geriatria del Hospital de Clinicas; Prof. Alvaro Pintos y Asist. G.II Dra. Mónica Casco; "Manual de Instrumentos de Evaluación Geriátrica y criterios diagnósticos en Geriatria"; Impresores Asociados/Fotosistemas S.A.;Montevideo-Uruguay; 1999.
- 9- García Hernández; "Enfermería Geriátrica"; Ediciones Científicas y Técnicas S.A.; España; 1993.
- 10- Revista Saúde Pública; 32(1): 43-9; 1998.
- 11- Revista baiana Saúde Pública; 13/14 (4/1); octubre/marzo 1986/1987.
- 12- Revista de la AQFU- Año VIII; Segunda Epoca; N°21; pág. 16-18; Abril de 1998.
- 13- Merk Sharp & Dohre; "Manual Merk de información médica para el hogar", Grupo Editorial Océano, España; 1998.
- 14- Departamento Nacional de Estadística, "Manual del Empadronador", VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas, 1999.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Cea D' de Ancora María Angeles; "Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social", 1ª Reimpresión; Síntesis S.A.; Madrid; 1998.
- 2- Pardell H y Col; "Manual de Bioestadística"; 6ª Edición; Editorial Interamericana; España; 1986.
- 3- Pineda E. P., Alvarado de E. L., Canales de F.H.; "Manual de Investigación"; 2ª Edición, OPS; 1994.
- 4- Polit, Denise, Bernardette Hungler; "Investigación científica en ciencia de la salud"; 5ª Edición; Editorial Ibero Europea S.A.; México; 1995.
- 5- Masson y Lind; "Estadística para Administración y Economía"; 7ª Edición; Editorial Alfaomega; México; 1992

ANEXOS

ANEXO N°1

CUESTIONARIO ESTUDIO ADULTOS MAYORES DE HOGARES DIURNOS
DE LA INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO.
TEMA: CUAL ES LA RELACION ENTRE LA RECURRENCIA DE CAÍDAS EN EL
ADULTO MAYOR Y LA AUTOMEDICACION.

Nº CUESTIONARIO: HOGAR:

1. Edad:
2. Sexo:
3. Cuál es su ocupación según las siguientes opciones:
4. De los siguientes niveles de enseñanza, ¿ha cursado alguno en forma completa? :
5. ¿Podría usted decirme con quien vive?
6. En lo que se refiere a la vivienda:
 - A) El domicilio en el que reside Ud. habitualmente, es:
 - B) ¿Cuál es el material predominante de las paredes de su vivienda? :

7. Usted ha tenido o tiene alguna enfermedad:

- Neurológicas:
- Cardiovasculares:
- Respiratorias:
- Endocrinos:
- Osteoarticulares:
- Nefrouinario.
- Digestivo:
- Otros:
- Ninguna

8. ¿Ha consumido alguna medicación en el último año? : ☐

9. ¿Cuáles? ; Se lo indicó el médico? ; cumple con la dosis en tiempo y forma?

[illegible]

- 10- El entrevistado presenta polifarmacia: ☐
- 11- Luego de definir una caída, interroga: ¿Cuántas veces se ha caído en el último año? : ☐
- 12- El lugar donde le ocurrió la caída fue: ☐
- 13- A) ¿Se lastimó en alguna de esas oportunidades? : ☐
- B) ¿Ud. se quedó con miedo de repetir la caída? : ☐
- C) ¿Modificó sus hábitos sociales luego de la caída? : ☐
- 14- Marcha del entrevistado: ☐
- 15- Riesgo de caídas del entrevistado: ☐

OBSERVACIONES: _____

Nombre del entrevistador

Duración de la entrevista: ____ (minutos)

CODIFICACION DEL CUESTIONARIO

- 1- Edad: ____ (años cumplidos)
- 2- Sexo: 1- Masculino
2- Femenino
- 3- Ocupación: 1- Jubilado o pensionista
2- Empleado
3- Comerciante
4- Ama de casa
5- Changador
6- Otros
- 4- Nivel de Instrucción: 1- Ninguno
2- Primaria incompleta
3- Primaria completa
4- Secundaria incompleta
5- Secundaria completa
6- UTU incompleta
7- UTU completa
8- Universidad incompleta
9- Universidad completa
10- Otros
- 5- El entrevistado vive: 1- Solo/a
2- Con su esposo/a
3- Con su esposo/a e hijos
4- Con sus hijos
5- Con otros familiares
6- Con amigos
7- Otros
- 6- Vivienda: A) Tenencia: 1- Propietario
2- Inquilino
3- Ocupante por relación de dependencia (trabajo u otros)
4- Ocupante por préstamo, cesión o permiso
5- Ocupante sin permiso
6- Otros
B) Material: 1- Mampostería: ladrillos, bloques, techolos, piedras, etc.
2- Maderas, chapas de zinc, fibrocemento
3- Barro (terron, adobe, fagina)
4- Lata o material de desecho
5- Otros
- 7- Antecedentes personales:
 - 1- Neurológicos
 - 2- Cardiovasculares
 - 3- Respiratorios
 - 4- Endócrinos
 - 5- Osteoarticulares
 - 6- Nefrouinario
 - 7- Digestivo
 - 8- Ninguna

- 8- Consumo de medicación en el último año: 1- Sí
2- No
- 9- Con relación al consumo de fármacos:
- A) Tipo de fármacos: 1- Tranquilizantes y sedantes
2- Diuréticos*
3- Hipotensores (no diuréticos)*
4- Antiparkinsonianos*
5- Antidepresivos*
6- Otros (especificar)
- B) Los medicamentos son prescritos: 1- Sí
2- No
- C) Concurrió a control médico: 1- Sí
2- No
- D) La dosis que el entrevistado consume es la adecuada: 1- Sí
2- No
- E) El entrevistado se automedica: 1- Sí
2- No
- 10- El entrevistado presenta polifarmacia: 1- Sí
2- No
- 11- Antecedentes de caídas en el último año: 1- 0 a 1 caída
2- 2 ó más caídas*
- 12- Lugar de la caída: 1- Dentro del hogar
2- Fuera del hogar
- 13- Consecuencias de la caída:
- A) Daño físico: 1- Sin daño
2- Con daño (herida de partes blandas, fractura, etc.)
- B) El entrevistado tiene miedo de repetir la caída: 1- Sí
2- No
- C) Modificación de hábitos sociales después de la caída: 1- Sí
2- No
- 14- Marcha del entrevistado: 1- Normal
2- Segura con ayudas
3- Insegura con o sin ayudas
- 15- Riesgo de caídas del entrevistado: 1- Bajo (ningún asterisco)
2- Moderado (uno a dos asteriscos)
3- Alto (tres o más asteriscos)

ANEXO N°2

GUIA ENTREVISTADOR

La siguiente guía tiene como objetivo lograr uniformidad de criterio en la recolección de los datos y evitar así los sesgos introducidos por el entrevistador.

P.1. Anotar la edad en años cumplidos a la hora cero del día de la encuesta. Si la persona cumple años el mismo día de la encuesta, deberá figurar con la edad que tenía el día anterior.

P.2. Rellene el rectángulo con el código correspondiente a masculino o femenino.

P.3. Respecto a la ocupación del entrevistado, lea las opciones posibles y cuando reciba una respuesta afirmativa, rellene el rectángulo con el código correspondiente.

Si hay alguna duda, recuerde que:

Jubilado o pensionista: se trata de aquella persona que recibe jubilaciones o pensiones proporcionadas por organismos públicos o privados; no se refiere a aquellas pensiones brindadas por personas.

Empleado: es la persona que trabaja para un patrón o empleador (público o privado) y que recibe una remuneración en forma de sueldo, salario, jornal, comisiones, pagos a destajo, ya sea en dinero o en especie.

Comerciante: es la persona que es miembro activo de una empresa económica.

Ama de casa: son aquellas mujeres que no trabajan fuera del hogar, si dentro de éste pero sin percibir remuneración.

Changador: es aquella persona que realiza trabajos ocasionales en uno o varios rubros.

Otros: si la persona ocupa un cargo cuya categoría no está prevista en el cuestionario, se marcará esta opción.

P.4. En lo que se refiere al nivel de instrucción se debe rellenar el rectángulo correspondiente a una sola opción, la del nivel más alto alcanzado dentro de la lista, colocando el código fijado.

Si la persona responde que nunca asistió a ningún centro de enseñanza, rellenar el rectángulo con la opción "Ninguno".

Las opciones de UTU completa e incompleta se corresponden con el Ciclo Básico de Secundaria.

En la opción "Otros" se incluirán: cursos de UTU --técnico o comercial -, así como también aquellos citados por el entrevistado que no estén en las demás categorías previstas.

P.5. En esta pregunta se rellena el rectángulo con el código de respuesta correspondiente.

P.6. El entrevistador debe completar la pregunta leyendo sucesivamente cada una de las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa.

Con respecto a la tenencia de la vivienda se define:

Propietario: es aquella persona a la cual le pertenece la vivienda en la cual reside, no interesando si ya pagó o aún está pagando la misma.

Inquilino: es el caso de aquellas personas que pagan un alquiler o renta al propietario para hacer usufructo de la vivienda.

Ocupante por relación de dependencia: es la persona a la cual se le ha asignado una vivienda para las funciones o trabajo que realiza.

Ocupante por préstamo, cesión o permiso: es aquella persona que ocupa una vivienda con autorización de su propietario, sin pagar alquiler de la misma.

Ocupante sin permiso: es aquella persona que ocupa una vivienda sin autorización del propietario.

Otro: cualquier otra situación de tenencia de la vivienda que no esté comprendida en los casos anteriores deberá ser registrada en esta categoría.

En lo que se refiere al material de la vivienda: especifique el material usado en forma predominante en la construcción de las paredes de su vivienda. Si en la construcción existe más de un material, hará sólo referencia al usado en mayor proporción.

Las siguientes aclaraciones le ayudarán a determinar la naturaleza de algunos materiales: a- Los ticholós son ladrillos huecos

b- Las chapas lisas u onduladas de fibrocemento, se conocen también con el nombre de su marca de fábrica, como Dolmenit, Eternit, Fibrolit, etc.

P.7. En esta pregunta se indagará al entrevistado respecto a antecedentes de patologías, en la hoja del cuestionario se registrará el sistema que aquel refiere tener afectado, se reserva la opción "otros" para aquellas patologías que no se pueden enmarcar dentro de los sistemas aquí mencionados.

En caso que el entrevistado no presente antecedentes de patologías se tomará la opción "ninguna", llenando en todos los casos el rectángulo con el código establecido.

P.8. En esta pregunta se rellena el rectángulo con el código correspondiente.

P.9. Se anotará el nombre comercial del medicamento citado por el entrevistado, colocando en las columnas siguientes los códigos correspondientes a los aspectos de: prescripción, control médico, dosis adecuada del fármaco y automedicación; procediéndose de la misma forma con todos los fármacos que el entrevistado mencione.

Se recuerda que:

Medicamento prescrito: es aquel que fue indicado únicamente por el médico.

Medicamento controlado: es aquel que el usuario ha concurrido a control en la fecha fijada, admitiéndose en este caso una tolerancia de 15 días.

Dosis adecuada: se considera que un fármaco se está consumiendo en la dosis adecuada cuando se toma en el horario y cantidad indicada por el médico que lo prescribió.

Automedicación: es considerada aquella medicación que se toma por cuenta propia, la indicada en una ocasión por el médico y que se continúa usando, la medicación indicada por el médico y que se toma en la dosis equivocada, así como la falta de control médico de la misma.

P.10. De acuerdo al número de medicamentos citados en la pregunta anterior se podrá concluir si el entrevistado presenta polifarmacia (consumo de 3 ó más fármacos); y rellene el rectángulo con el código correspondiente a "sí" o "no".

P.11. Al interrogar respecto a antecedentes de caídas en el último año, previamente debe definir que es una caída al entrevistado.

Recuerde que una caída es el resultado de un acontecimiento brusco e inesperado que hacen perder al individuo el control postural, la misma puede ser al suelo, hacia una silla, desde una cama al suelo.

P. 12 y 13. En estas preguntas no es necesario hacer aclaraciones ya que se utiliza el mismo sistema de llenar el rectángulo de acuerdo al código fijado para las respuestas de "sí" o "no".

P. 14. Esta pregunta se completará observando la marcha del entrevistado y completando el rectángulo de acuerdo a los códigos establecidos.

P. 15. El llenado de esta pregunta se realizará sobre la base de asteriscos presentes en algunas de las opciones de respuestas, colocándose en el rectángulo el código correspondiente a una de las categorías de riesgo de caídas.

Se considera bajo riesgo de caídas a la ausencia de asteriscos en algunos indicadores presentes en la hoja de códigos del cuestionario, en el caso de se encuentren uno a dos el riesgo de caídas se considerará moderado y tres o más alto riesgo.

ANEXO N°3

DIAGRAMA DE GANTT

MES/ ACTIVIDAD	III	IV	V-VI- VII-VIII IX-X-XI	XI 16-20	XI 23-27	XII-I	II 14-18
Revisión bibliográfica	xxxxx	xxxxx					
Planificación			xxxxx				
Prueba piloto				xxxxx			
Reunión en Hogares diurnos				xxxxx			
Recolección de datos					xxxxx		
Análisis de los datos						xxxxx	
Redacción del informe final						xxxxx	
Entrega del informe final							Xxxxx
Devolución de resultados en hogares diurnos							Xxxxx