

Riesgo de caída en la población de la casa de abuelos “La Milagrosa” de La Habana, Cuba

Risk of Falls in the Population of La Milagrosa Grandparents’ Home, in Havana, Cuba

William Morales Cáceres¹ <https://orcid.org/0000-0003-1642-1769>

Lázaro Ernesto Horta Martínez¹ <https://orcid.org/0000-0001-7335-6903>

Melisa Sorá Rodríguez^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-2657-3267>

Ricardo Izquierdo Medina¹ <https://orcid.org/0000-0003-0660-7252>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas “Victoria de Girón”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: melsora0916@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento es un proceso biológico que conlleva la aparición de enfermedades y deformaciones músculo-esqueléticas, aumentando así el riesgo de caídas por diversas razones.

Objetivo: Evaluar el riesgo de caídas de los adultos mayores de la Casa de Abuelos “La Milagrosa”.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en la población de la Casa de Abuelos “La Milagrosa” del municipio 10 de Octubre, en febrero de 2023. El universo, estudiado en su totalidad, estuvo constituido por 59 pacientes. Se aplicó la escala de riesgo de caídas Downton (J. H. Downton).

Resultados: Se observó mayor representación del rango etario entre los 71 y 80 años de edad para un 49,1 % (n = 29), con desviación estándar de 7,7 años y una media de 76,7 años. En el 79,7 % de los pacientes se presentaron caídas previas (n = 47) y la mayor cantidad de pacientes se encuentran en la categoría de riesgo (n = 53; 89,8 %). A ningún paciente (n =

0) le era imposible caminar, mientras que en el sexo femenino predominó la deambulaci3n segura con ayuda (n = 16; 27,1 %), y en el masculino un predominio igualitario de la deambulaci3n segura con ayuda y normal (n = 11; 18,4 % en cada caso).

Conclusiones: La poblaci3n estudiada tuvo un alto riesgo de caídas, estuvieron fundamentalmente entre los 71-80 ańos de edad, con leve predominio hacia el sexo femenino, fundamentalmente hipertensos que mantienen tratamiento, una buena orientaci3n mental, las alteraciones visuales predominaron en ambos sexos y para deambular seguros necesitan de ayuda.

Palabras clave: adulto mayor; calidad de vida; envejecimiento.

ABSTRACT

Introduction: Ageing is a biological process bringing about the appearance of diseases and musculoskeletal deformities, thereby increasing the risk of falls due to various reasons.

Objective: To evaluate the risk of falls among older adults at La Milagrosa grandparents' home.

Methods: An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out with the population of La Milagrosa grandparents' home, in the municipality of 10 de Octubre, in February 2023. The universe, studied in its totality, was made up of 59 patients. The Downton falls risk scale (J. H. Downton) was applied.

Results: A greater representation of the age range between 71 and 80 years of age was observed, accounting for 49.1 % (n = 29), with a standard deviation of 7.7 years and a mean of 76.7 years. Previous falls occurred in 79.7 % of the patients (n = 47) and most patients were in the risk category (n = 53; 89.8 %). No patient (n = 0) was unable to walk. In female patients, safe ambulation with assistance predominated (n = 16; 27.1 %), whereas there was an equal predominance of safe ambulation with assistance and normal ambulation in male patients (n = 11; 18.4 % in each case).

Conclusions: The studied population had a high risk of falls, mainly in patients between 71 and 80 years of age, with a slight predominance in the female sex, mainly hypertensive patients who maintain treatment and a good mental orientation. Visual disturbances prevailed in both sexes and they needed help to walk safely.

Keywords: older adult; quality of life; ageing.

Recibido: 20/08/2023

Aceptado: 05/09/2023

Introducción

El envejecimiento es un proceso biológico, universal, individual, asincrónico y natural que provoca cambios morfofisiológicos en los sistemas corporales. Se ha señalado que modificaciones en los sistemas músculo-esquelético, nervioso y sensorial (visual, vestibular y propiocepción) provocan importantes modificaciones sobre habilidades motoras necesarias para la ejecución de actividades funcionales como el equilibrio y la marcha. Estos cambios y sus consecuencias han sido fuertemente asociados con un aumento en el riesgo de sufrir caídas.^(1,2)

Una caída se define como un evento súbito e inesperado que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad, es un importante problema de salud pública por su alta periodicidad en la población mayor. Las caídas simbolizan altos costos económicos para los países y estimulan importantes secuelas en salud, como acrecimiento del número de hospitalizaciones, fracturas, incapacidad, detrimento funcional e incluso el fallecimiento. Cerca de un tercio de los adultos mayores sufre al menos una caída cada año, y la incidencia se incrementa con el aumento de la edad.^(3,4,5)

Entre los 30 y los 80 años, la pérdida de fuerza es más evidente en el tren inferior y la espalda, por lo que la mayoría de las caídas se producen durante la caminata.⁽⁶⁾

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, las caídas son la causa líder de los accidentes fatales y no fatales en los adultos mayores; anualmente, más de 37 millones de casos graves necesitan asistencia médica y alrededor de 700 000 casos son fatales.⁽⁷⁾ La mayoría de estos casos ocurren en países de bajos y medianos ingresos, donde los factores de riesgo a las caídas difieren de los observados en los países de altos ingresos. Particularmente, esto se evidencia en las zonas rurales, donde las condiciones de trabajos con estándares de cuidados pobres e inadecuados en los hogares contribuyen al incremento de los riesgos de caídas.⁽⁸⁾

Las caídas en el adulto mayor son, de los síndromes geriátricos, el más importante por su alta incidencia, su elevada morbimortalidad y por ser causa importante de discapacidad, por lo que es importante conocer los factores de riesgo, la prevalencia y los rasgos de esta condición.⁽⁹⁾

Para medir el riesgo de caer se utilizan varios instrumentos que evalúan el equilibrio (prueba de Rhomberg, Dynamic Gait Index, The Functional Gait Assessment, Balance Evaluation Systems, Test -BESTest-) y la marcha (escala de Berg, caminar en Tandem, test Timed up and go y escala de Downton). La escala de Downton es una escala que unifica criterios de cribado y recoge algunos factores de mayor incidencia en el riesgo de caídas. Fue creada en Salford, Manchester, Inglaterra, por el médico J.H. Downton, del Departamento de Medicina geriátrica, con el nombre de Fall Risk Score.⁽¹⁰⁾

Debido a la importancia conferida al conocimiento del riesgo de caídas en los adultos mayores y la capacidad para aplicar medidas promocionales y preventivas a favor de evitar este fenómeno se traza como objetivo caracterizar el riesgo de caídas de los adultos mayores de la Casa de Abuelos “La Milagrosa”.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en la población de la Casa de Abuelos “La Milagrosa” del municipio 10 de Octubre, en febrero de 2023.

El universo, estudiado en su totalidad, estuvo constituido por 59 pacientes.

Criterios de inclusión: Brindar su consentimiento informado para participar en la investigación, tener capacidad física y mental para participar en el estudio, tener 60 años o más en el momento del estudio.

Se estudiaron las variables:

- Grupos de edades: 60-70, 71-80, 81-90, 91 o más (en años cumplidos).
- Sexo: masculino, femenino.
- Antecedentes patológicos personales (APP): Asma bronquial, diabetes *mellitus* (DM), hipertensión arterial (HTA), alergias, otros (cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, inmunosupresión, artritis, osteoporosis, hipotensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de piel, Parkinson), Ningún APP.
- Caídas previas: sí, no.
- Riesgo de caídas: sí (2 puntos o menos), no (más de 2 puntos). Según escala de riesgo de caída (J. H. Downton).⁽¹¹⁾

- Medicamentos: Sedantes, diuréticos, hipotensores, antiparkinsonianos, antidepresivos, otros medicamentos (opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos sedantes o de primera generación)
- Estado mental: Buena orientación, confusión.
- Deficiencias sensoriales: alteraciones visuales, alteraciones auditivas, extremidades, ninguna alteración.
- Deambulación: Normal, segura con ayuda, insegura con ayuda/sin ayuda, imposible.

Para la recolección de la información se empleó un cuestionario para obtener la siguiente información: sexo, edad y antecedentes patológicos personales. Además, se aplicó la escala de riesgo de caídas Downton (J. H. Downton).⁽¹¹⁾

Se utilizó el programa Microsoft Excel 2016 (Windows), hacia el que fueron exportados los datos recolectados con el cuestionario y la escala. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con frecuencias absolutas y porcentuales. Se determinaron medidas de tendencia central (moda y media) y de dispersión (desviación estándar).

Se tomó el consentimiento verbal y escrito de los pacientes. Fue comunicado que los datos personales se mantendrían de forma reservada y confidencial, y que los participantes podían retirarse de la investigación en el momento que en que lo considerasen. Se les dio a conocer el significado de términos clave del instrumento aplicado. Fueron cumplidos los principios de la 13^{va} Declaración de Helsinki.⁽¹²⁾

Resultados

Se observa mayor representación del rango etario entre los 71 y 80 años de edad para un 49,1 % (n = 29), con una media de $76,7 \pm 7,7$ años (tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de los pacientes según edad

Grupos etarios	Total	
	n.º	%
60-70	12	20,3
71-80	29	49,1
81-90	15	25,4
91 ≤	3	5,1
Total	59	100

Media: 76,7 años
 Desviación estándar: 7,7 años
 Máximo: 94 años
 Mínimo: 61 años

En la tabla 2 se observa una mínima diferencia del sexo femenino (n = 30; 50,8 %). El APP más frecuente fue la HTA con el 69,5 % (n = 41), secundado por la DM (n = 18; 30,5 %), también un 8,5 % de pacientes que no presentaron APP (n = 5). En el 79,7 % de los pacientes se presentaron caídas previas (n = 47) y la mayor cantidad de pacientes se encontraban en la categoría de riesgo (n = 53; 89,8 %).

Tabla 2 - Distribución de los pacientes según sexo, APP, caídas previas y riesgo

Variables		n.º	%
Sexo	Femenino	30	50,8
	Masculino	29	49,1
APP*	Asma bronquial	5	8,5
	Diabetes <i>mellitus</i>	18	30,5
	HTA	41	69,5
	Alergias	6	10,2
	Otros	17	28,8
	No APP	5	8,5
Caídas previas	Sí	47	79,7
	No	12	20,3
Riesgo	Sí	53	89,8
	No	6	13,5

Nota: porcentajes calculados en base a n = 59; *algunos pacientes presentaron más de un APP.

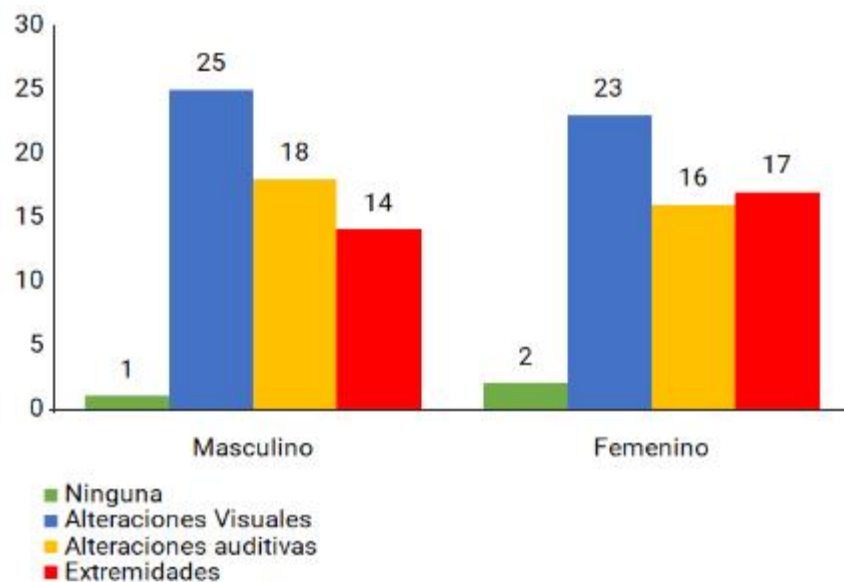
La tabla 3 muestra que el tipo de medicamento más consumido por ambos sexos son los hipotensores (n = 39), seguido de los diuréticos (n = 32); ningún sujeto estudiado (n = 0) consume antiparkinsonianos o antidepresivos. En cuanto al estado, hubo un predominio de la buena orientación en ambos sexos (n = 27 en el sexo masculino y n = 26 en el sexo femenino), mientras que el estado de confusión predominó con n = 4 en el sexo femenino sobre el masculino (6,8 %).

Tabla 3 - Distribución de los pacientes en cuanto al consumo de medicamentos y su estado mental

Variables		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		n.º	%	n.º	%	n.º	%
Medicamentos	Sedantes	4	6,8	5	8,5	9	15,2
	Diuréticos	14	23,2	18	30,5	32	54,2
	Hipotensores	19	32,2	20	33,9	39	66,1
	Antiparkinsonianos	0	0	0	0	0	0
	Antidepresivos	0	0	0	0	0	0
	Otros	11	18,6	12	20,3	33	55,9
	Ninguno	2	3,4	2	3,4	4	6,8
Estado mental	Buena orientación	27	45,8	26	44,1	53	89,8
	Confusión	2	3,4	4	6,8	6	10,1

Nota: Algunos pacientes consumen más de 1 medicamento.

En cuanto al estudio de las deficiencias sensoriales se observa que para ambos sexos existió un predominio de deficiencias visuales (n = 48), seguido de las auditivas (n = 34); solamente n = 1 en el caso masculino (1,7 %) y n = 2 en el caso femenino (3,4 %) no presentaban deficiencia alguna (fig. 1).



Nota: Algunos pacientes presentaron más de una deficiencia.

Fig. 1 - Distribución de los pacientes en cuanto a las deficiencias sensoriales.

Al estudio de la deambulaci3n se observa que a ning3n paciente ($n = 0$) le era imposible caminar, mientras que en el sexo femenino predomin3 la deambulaci3n segura con ayuda ($n = 16$; 27,1 %), y en el masculino un predominio igualitario de la deambulaci3n segura con ayuda y normal ($n = 11$; 18,4 % en cada caso) (fig. 2).

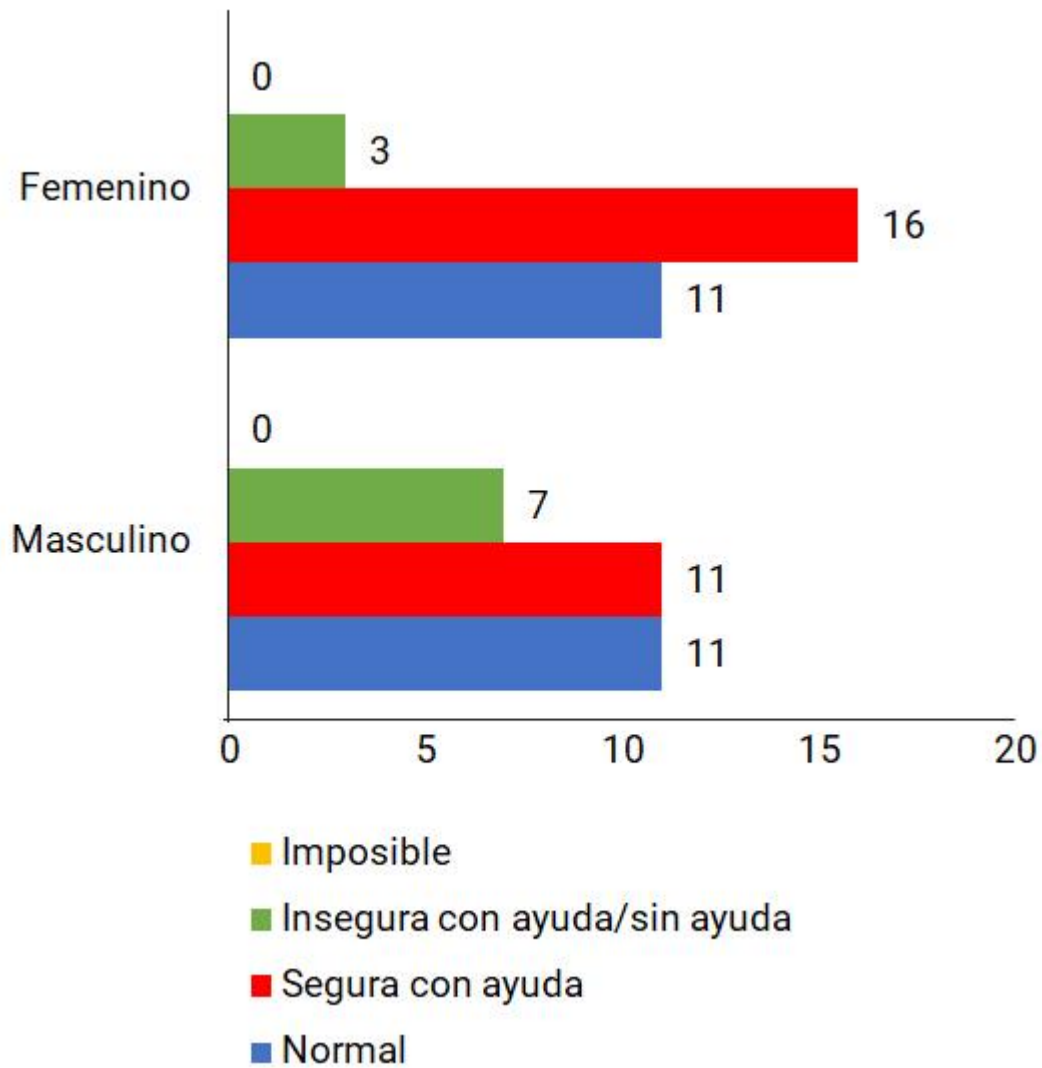


Fig. 2 - Distribuci3n de los pacientes en cuanto a la deambulaci3n.

Discusi3n

La edad predominante en este estudio, as3 como la superioridad en el sexo femenino, aunque discreta en esta investigaci3n, coinciden con lo planteado por Abril y otros⁽¹³⁾ y lo expresado por Codina y Rivero.⁽¹⁴⁾ Los autores asocian este fen3meno al crecimiento exuberante del grupo etario entre los 65 a 80 a3os y la disminuci3n de la natalidad.

La HTA constituye uno de los grandes retos con que se enfrenta el médico en los días actuales, por la elevada prevalencia a nivel mundial, y porque la elevación de las cifras tensionales produce complicaciones causantes de incapacidad y muerte, a pesar de ser una enfermedad modificable y controlable, de igual manera la DM y la obesidad, que juntas son elementos del síndrome metabólico.^(15,16) En esta investigación, la HTA fue el APP de mayor predominio, seguido de la DM, lo que coincide con lo expresado a nivel no solo nacional, sino también mundial.

En cuanto al consumo de medicamentos, la expresión predominante de los hipotensores y diuréticos en ambos casos se ve asociado a la alta cifra de pacientes que padecen de HTA. Al ser el envejecimiento una etapa de cambios metabólicos y el florecimiento de enfermedades no transmisibles, el consumo de medicamentos aumenta en aras de corregir deficiencias y dolencias.⁽¹⁷⁾

Santiago y otros⁽¹⁸⁾ expresan que el consumo de medicamentos hipnóticos contra la psicosis e hipertensión pueden provocar un desequilibrio corporal, ocasionando una caída en el anciano por sus efectos colaterales.

Un factor de riesgo sumamente importante es el estado mental de los adultos mayores,⁽¹⁸⁾ en este estudio casi todos los ancianos se encontraban en una fase idónea de su salud mental, lo cual no coincide con los estudios de Santiago y otros⁽¹⁸⁾ y de Pasa y otros.⁽¹⁹⁾

La correcta deambulación se ve afectada por la fuerza muscular, la cual va cediendo con la edad y la presencia de sedentarismo o no en la persona, caídas previas, incluso el miedo, hay estudios que incluso reportan que la fuerza manual afecta la fuerza del tren inferior, aumentando así el riesgo de caídas.^(20,21)

El uso de la escala de Downton para medir el riesgo de caídas es extendido en el mundo entero, el estudio de De la Torre y otros⁽²²⁾ expresa que más de la mitad de la población requería cuidados especiales para disminuir el riesgo de caídas, lo cual es coincidente con los resultados arrojados por esta investigación.

Blanco y otros⁽²³⁾ expresan en su artículo que más de la mitad de la población era propensa a sufrir de caídas tras una evaluación con el uso de la escala de Downton, dicha escala fue utilizada en este estudio obteniendo resultados similares.

Los factores circunstanciales afectan la gravedad de la lesión relacionada con una caída. Por ejemplo, una persona mayor tiene más probabilidades de lesionarse de gravedad cuando cae desde la posición erecta porque se disipa más energía o cuando cae en posición lateral porque el impacto sobre la cadera es directo. La mayoría de las caídas se producen en el domicilio o en sus alrededores. Por lo general, ocurre durante el desempeño de actividades

cotidianas. Su tratamiento puede ocasionar costos elevados para los servicios de salud en términos de utilización de recursos y de ocupación de camas hospitalarias.⁽²⁴⁾

Lo expresado por Malca⁽²⁵⁾ en su tesis es otro de los factores de riesgo asociados a las caídas, la autopercepción de riesgo, es fundamental que el adulto mayor conozca donde y por qué puede caer.

Frente a los resultados de la evaluación del riesgo de caída con la escala de Downton, los factores relacionados con mayor ocurrencia de este evento son el uso múltiple de medicamentos y dispositivos que dificultan la deambulaci3n e implican para el personal medidas adicionales que mitiguen el riesgo. Por tanto, clasificar a un paciente con “riesgo de ca3da” exige una evaluaci3n continua, ya que el estado de salud durante la hospitalizaci3n puede hacerlo variar, ya sea un incremento o una disminuci3n y, por ende, las medidas preventivas espec3ficas cambian.⁽²⁶⁾

En conclusi3n, la poblaci3n estudiada posey3 un alto riesgo de ca3das, estuvieron fundamentalmente entre los 71-80 a3os de edad, con leve predominio hacia el sexo femenino, fundamentalmente hipertensos que mantienen tratamiento, una buena orientaci3n mental, las alteraciones visuales predominaron en ambos sexos y para deambular seguros necesitan de ayuda.

Aporte cient3fico

Es importante en los tiempos actuales en que el envejecimiento poblacional va en constante aumento, conocer el riesgo de ca3das que tiene la poblaci3n de la tercera edad para, en base a esto, trazar medidas de promoci3n y prevenci3n, as3 como realizar intervenciones educativas para disminuir este riesgo, por lo cual los autores consideran que debe ser profusa la investigaci3n en esta 3rea para as3 lograr una mayor calidad de vida en este per3odo de la vida.

Referencias bibliogr3ficas

1. Concha-Cisternas Y, Vargas-Vitoria R, Celis-Morales C. Cambios morfofisiol3gicos y riesgo de ca3das en el adulto mayor: una revisi3n de la literatura. Salud Uninorte. 2020;36(2):450-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.2.618.97>
2. Le Mouel C, Tisserand R, Robert T, Brette R. Postural adjustments in anticipation of predictable perturbations allow elderly fallers to achieve a balance recovery performance

- equivalent to elderly non-fallers. *Gait & posture*. 2019;71:131-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2019.04.025>
3. Ho FK, Celis-Morales CA, Petermann-Rocha F, Sillars A, Welsh P, Welsh C, *et al*. The association of grip strength with health outcomes does not differ if grip strength is used in absolute or relative terms: a prospective cohort study. *Age and ageing*. 2019;48(5):684-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afz068>
4. Amaral CA, Amaral TLM, Monteiro GTR, Vasconcellos MTL, Portela MC. Hand grip strength: Reference values for adults and elderly people of Rio Branco, Acre, Brazil. *PLoSone*. 2019;14(1):e0211452. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0211452>
5. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyere O, Cederholm T, *et al*. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*. 2019;48(1):16-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy169>
6. Reche-Orenes D, Carrasco M. Aportaciones sobre la eficacia del método Pilates en la fuerza, el equilibrio y el riesgo de caídas de personas mayores. *Rev Andal Med Deporte*. 2016;9(2):85-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2015.09.001>
7. World Health Organization. Fact sheets. Falls. WHO; 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
8. Kim M, Chang M, Nam E, Gi Kim S, Cho S, Hee Ryu D, *et al*. Fall characteristics among elderly populations in urban and rural areas in Korea. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99:e23106. DOI: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000023106>
9. Álvarez Sintés R. Accidentes. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. *Medicina General Integral*. Vol. 4. La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2014 [acceso 21/02/2023]. p. 1011-18. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo4_3raedicion/medicina_gen_integral_volumen%204_princ_afecciones.pdf
10. Giber F. Una escala para evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores es útil para predecir lesiones. *Evid Actual Pract Ambul*. 2018 [acceso 25/02/2023];21(3):83-4. Disponible en: <https://www.profam.org.ar/files/ea75a4f6233123cb9ae246e51b25c49d.pdf>
11. Gutiérrez-Pérez ET, Meneses-Foyo AL, Andrés-Bermúdez P, Gutiérrez-Díaz A, Padilla-Moreira A. Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria desalud. *Acta Médica del Centro*. 2022 [acceso 25/02/2023];16(1):127-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000100127&lng=es

12. AMN. Declaración de Helsinki de la AMN – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64^a Asamblea General; 2013 [acceso 20/02/2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
13. Abril Mera TM, Freire Coello MA, Bravo Navarrete GD, Iturralde Rodríguez X. Alteración de la marcha, inestabilidad y caídas en el adulto mayor. SCM. 2022 [acceso 01/03/2023];2(1):7-16. Disponible en: <https://saludcienciasmedicas.uleam.edu.ec/index.php/salud/article/view/32>
14. Codina Ferrer R, Rivero Pera RJ. Estado periodontal en ancianos pertenecientes a casas de abuelos del municipio Santiago de Cuba. 2020. IV Convención Internacional de salud 2022. 2022 [acceso 01/03/2023]. Disponible en: <https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/download/1416/1477>
15. Salazar M, Barochiner J, Espeche W, Ennis I. COVID-19, hipertensión y enfermedad cardiovascular. Hipertens Riesgo Vasc. 2020;37(4):176-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2020.06.003>
16. Giralt Herrera A, Rojas Velázquez J, Leiva Enríquez J. Relación entre COVID-19 e Hipertensión Arterial. 2020 [acceso 04/03/2023];19(2):e_3246. Disponible en: <https://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3246>
17. Angulo Ríos SE, Gómez Ramos JM. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos en Trujillo - 2021 [tesis]. Trujillo: Facultad de Ciencias de la Salud; 2021 [acceso 04/03/2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/88400>
18. Santiago ADM, González PC, Solís LIA, Santiago TR. Factores de riesgo de caídas e índice de masa corporal en el adulto mayor hospitalizado. Rev Cuid. 2019;10(1):e621. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.621>
19. Pasa TS, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Baratto MAM, Morais BX, Carollo JB. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>
20. Rojas-Díaz C, Venegas-Herrera N, Vásquez-Gómez J, Troncoso-Pantoja C, Concha-Cisternas Y. Relación entre fuerza de prensión manual, función física y riesgo de caídas en personas mayores. Rev Med Militar. 2022 [acceso 04/03/2023];51(2):e02201881. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1881>

21. Giber F. Una escala para evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores es útil para predecir lesiones. Evid Actual Pract Ambul 2018;21(3):83-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.5197/EVIDENCIA.V2113.626>
22. De la Torre Ortega L, Salgado Ortiz CS, Iturralde Rodríguez X, Alcívar Silva AA, Abril Mera T, Peña Alcivar M. Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores, durante el periodo de confinamiento 2020. Revista Vive. 2022;5(13):63-74. DOI: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i13.131>
23. Blanco Monteso L, Sánchez Meana IM, Muñoz Viña MA. Valoración del riesgo de caídas en paciente crónico ambulatorio en hemodiálisis. Escala Downton. Enferm Nefrol 2016 [acceso 14/03/2023];19Suppl(1):92/126. Disponible en; <https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo = 4424170094099096091424170>
24. Morales González MM, Navarro Suárez L. El riesgo de caída en adultos mayores. Rev Cubana Med Física y Rehabilitación. 2019 [acceso 14/03/2023];11(3):e389. Disponible en: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/389/523>
25. Malca Chunga YA. Capacidad funcional relacionado con riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo, 2022 [tesis]. Trujillo: Facultad de Ciencias de la Salud; 2023 [acceso 04/03/2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108640>
26. Agudelo Turriago A, Castiblanco RA, Pérez Pérez M, Buitrago Buitrago CY. Factores asociados con caídas de pacientes y su relación con la valoración de riesgo. Repert Med Cir. 2023. DOI: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1147>

Conflicto de intereses

Loa autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: William Morales Cáceres, Lázaro Ernesto Horta Martínez, Melissa Sorá Rodríguez, Ricardo Izquierdo Medina.

Análisis formal: Lázaro Ernesto Horta Martínez, Melissa Sorá Rodríguez.

Investigación: William Morales Cáceres, Lázaro Ernesto Horta Martínez.

Metodología: Lázaro Ernesto Horta Martínez, Melissa Sorá Rodríguez.

Administración del proyecto: William Morales Cáceres.

Supervisión: Ricardo Izquierdo Medina.

Redacción-borrador original: Lázaro Ernesto Horta Martínez, Melissa Sorá Rodríguez.

Redacción-revisión y edición: William Morales Cáceres, Lázaro Ernesto Horta Martínez, Melissa Sorá Rodríguez, Ricardo Izquierdo Medina.