

ACCIDENTES DOMÉSTICOS EN ANCIANOS. MUNICIPIO LIBERTADOR. MÉRIDA. 1993-1996.

Pedro José Salinas¹, Reina Rojas Márquez²

¹ Postgrado de la Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. ² Postgrado de Medicina de Familia. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. E-mail: psalinas@ula.ve.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y aplicado con la finalidad de evaluar las características de los accidentes domésticos en ancianos, durante el período 1993-1996, en el Municipio Libertador, estado Mérida, Venezuela. Se analizaron 22.245 planillas diseñadas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para el registro de accidentes y hechos violentos. Los resultados se resumieron en porcentajes. Se obtuvo que 48% de todos los accidentes ocurrieron en el hogar. La morbilidad por estos es predominante en la probación infantil y un pequeño porcentaje en mayores de 65 años. Sin embargo, la mortalidad por esta causa es prevalente en ancianos. Se aprecia con mayor afectación el sexo femenino. Los accidentes domésticos más frecuentes en ancianos son caídas, heridas y quemaduras, afectando en orden porcentual extremidades superiores, cabeza y extremidades inferiores. El horario de mayor ocurrencia es el diurno.

Palabras claves: Accidentes domésticos, ancianos, Mérida.

Abstract

Domestic accidents in elderly people. Libertador County of Mérida State. 1993-1996.

A descriptive cross-sectional applied study was carried out to assess the domestic accidents in seniors citizen from 1993-1996 in the Libertador County of Mérida State. 22245 records were analyzed from the Health Ministry accidents register. They were summarized in percentages. The results show that in all age accidents, 48% happen at home. Mortality by domestic accidents in citizens 65 or more years of age was 39% of total mortality for the age group. The main mayor external accident causes in that age group were the falls (33%) followed by cutting-penetrating tools wounds (24%). The most frequently affected body areas were the higher extremities, head and lower extremities.

Key words: Domestic accidents, elderly people, Mérida.

INTRODUCCIÓN

Los avances científicos han originado cambios en la estructura poblacional, prolongando la longevidad de la vida en términos generales. Venezuela a pesar de estar en período de transición, en vías de desarrollo, está logrando una mejor expectativa de vida, lo que trae consigo innumerables consecuencias sociales, económicas y asistenciales para el individuo, la familia y la sociedad. Más allá de estos cambios a nivel individual la meta es la autosuficiencia, para asumir la vejez con dignidad. Sin embargo, por diversos motivos el anciano es visto como una carga para su familia o para el estado. Si esto sucede con un anciano sano, ¿qué puede esperarse de un anciano en el que confluye por un lado, un declinar paulatino de la funcionalidad de órganos y sistemas y por otro lado, la especial forma de presentación de enfermedades que lo predisponen a los accidentes y/o la consiguiente incapacidad?

El envejecimiento es el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales, entre lo biológico, lo mental y lo social ambiental, es decir, entre lo genético y lo social

adquirido, una de las características principales del envejecimiento individual es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a situaciones ecológicas corrientes en la vida social humana (San Martín y Pastor 1990).

Numerosos factores confinan al anciano a su hogar, entre los cuales están las limitaciones sensoriales, enfermedades, jubilación, pérdida de amigos y contactos sociales. Todo esto favorece la incidencia y prevalencia de accidentes domésticos en el adulto mayor.

Los accidentes domésticos son aquellos accidentes que ocurren en el hogar, o en sus alrededores, entendiéndose por hogar la vivienda propiamente dicha, el jardín, el patio, el garaje, vestíbulo, escaleras y acceso a pisos o habitaciones (Backett 1996).

La mortalidad por accidentes de todo tipo se ha calculado en un 5% a nivel mundial y las variaciones se presentan en la morbilidad según edad, sexo y tipos de accidentes, siendo el hogar el sitio más frecuente de éstos (Glizer 1993). Alrededor de 355 de las personas mayores de 65 años que viven en su comunidad y hasta un 50% de los ancianos en

institutos geriátricos sufren caídas, como mínimo una vez al año. A pesar de la elevada prevalencia de caídas en la población geriátrica más de 505 no producen lesiones, 1 a 2% produce fractura de cadera y en 55 producen lesiones graves (Lipsitz 1993). La prevalencia de caídas puede estar estudiada de distintas maneras: por las muertes, las lesiones, hospitalizaciones, las fracturas, pero es claro que están subdiagnosticadas. Además, pueden provocar el llamado “Síndrome Post-caída” que provoca secuelas psicológicas tan discapacitantes como una fractura de cadera (Molina 2002).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, documental, de corte transversal realizado en la Coordinación de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos de la Corporación de Salud del Estado Mérida, efectuándose la evaluación y análisis de las planillas del Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos correspondientes al Municipio Libertador durante el período 1993-1996; obteniéndose información sobre comportamiento de los accidentes por edad, sexo, hora, día, procedencia por centro de salud, dirección de residencia, lugar donde ocurrió el accidente, causa externa de la lesión, destino y opinión del médico tratante sobre la naturaleza del accidente.

Variable dependiente: accidente doméstico (tipo, causas externas, hora de ocurrencia, área afectada).

Variables independientes: edad, sexo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de 22.245 planillas destinadas al registro de accidentes y hechos violentos durante el período en estudio para el Municipio Libertador, en todas las edades arrojó que 48% ocurrieron en el hogar, accidentes en la vía 21,35% del total (Figura 1).

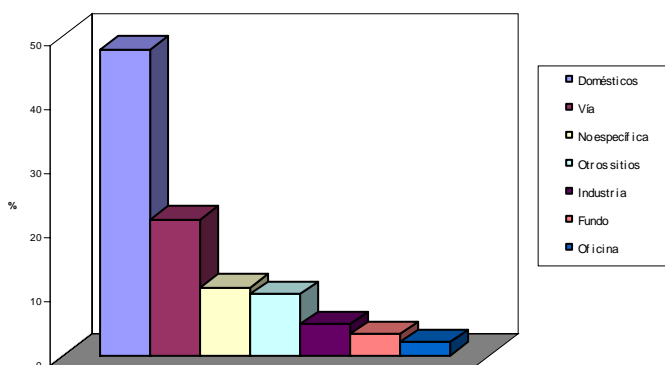


Figura 1. Morbilidad por accidentes según lugar de ocurrencia.

Estos datos contrastan con los resultados obtenidos por otros autores como es el caso de los trabajos de Masson et al., en 1997 quienes estudiaron la incidencia y características de las lesiones durante un año en la Isla Francesa de Reunión (Océano Índico), reportando como principales causas de lesiones las caídas, envenenamientos y accidentes de tráfico. De igual manera Bañuls y Civera en 1998 en un estudio epidemiológico de los accidentes atendidos en un servicio de urgencias extrahospitalario, en Canals (Valencia-España), encontraron que el lugar principal de accidentes fue el hogar, seguido por la vía pública. Al estudiar la mortalidad por accidentes en general, según grupos amplios de edad, el mayor porcentaje se aprecia en los menores de 15 años ocupando un 65% de la morbilidad por accidentes, seguido por el grupo de 15 a 64 años con 33% y en tercer lugar los mayores de 65 años con 2% de los accidentes. Resultados similares fueron reportados por Meneses et al. en 1993 al estudiar los accidentes y lesiones en cuatro hospitales del Distrito Federal en México, en pacientes atendidos y registrados en un período de seis meses en los hospitales de Balbuena, Xoco, Ruben Leñero y La Villa encontraron que de 10.191 lesionados el menor porcentaje estuvo representado por los ancianos.

En cuanto a la mortalidad por accidentes domésticos en todas las edades durante el cuatrienio 1993-1996 el mayor porcentaje de mortalidad está en el grupo de 65 años y más (39%), seguido por el grupo de 0-14 años con 37% y en tercer lugar el grupo de 15-64 años con 24%

Al investigar la morbilidad por accidentes domésticos en ancianos durante el período en estudio se evidenció que de 249 accidentes en ancianos, el sexo femenino tiene la mayor morbilidad en todos los grupos de edad y la edad media entre los ancianos fue de 75,05 años, con una desviación estándar de 7,88. Hallazgo similar al encontrado por Lee, Wong y Lau en 1999 durante un estudio prospectivo realizado en un departamento de Accidentes y Emergencias, Hospital Youde Nethersole en Hong Kong quienes examinaron el patrón de accidentes en personas mayores y encontraron que la edad media fue 75 años, con una afectación de 65% del sexo femenino.

Pacios y Salazar en 1999 en un estudio descriptivo de accidentes domésticos ocurridos durante un año en un consultorio de Medicina Familiar en la Habana, Cuba reportaron que entre los accidentes domésticos predominaron las contusiones por caídas, lo cual coincide con los resultados de la presente investigación donde las caídas se ubicaron en primer lugar como causa externa de accidentes domésticos en el grupo estudiado, para todos los grupos de edad

seguidas por las lesiones causadas por instrumentos punzo-penetrantes y las quemaduras en tercer lugar (Figura 2).

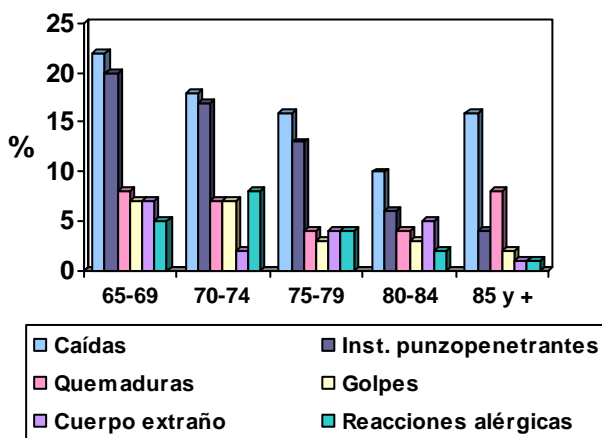


Figura 2. Morbilidad por accidentes domésticos en mayores de 65 años según causas externas y grupos de edad.

En la figura 3 se aprecia que la ocurrencia de accidentes domésticos en el adulto mayor tiene predominio diurno, con mayor porcentaje entre las 6 de la mañana y la hora del mediodía con 43%, en segundo lugar el horario vespertino entre las 12 y las 6 de la tarde. Hallazgo similar al encontrado por Lee y Kim en 1999 en un estudio para determinar las características, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en todas las edades de Seúl y reportaron que la mayoría de los accidentes en el hogar ocurrieron en el día.

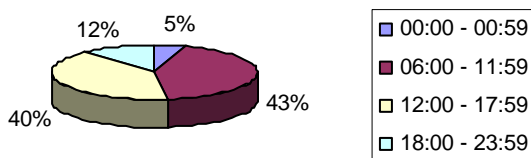


Figura 3. Morbilidad por accidentes domésticos en mayores de 65 años según hora de ocurrencia.

En este período de los 249 accidentes domésticos en ancianos registrados en los diferentes centros asistenciales 78% fueron dados de alta en el momento de su atención médica, el dato sobre su destino fue omitido en un 11% de las planillas revisadas, 10% ameritaron referencia y solo 1% requirió hospitalización (Figura 4). Datos afines a los obtenidos por otros autores como Bañuls y Civera (1998) en su análisis sobre accidentalidad en Canals, Valencia, reportaron que 20% de los casos fueron remitidos a un hospital de referencia. Masson et al.,

reportaron que más de tres cuartas partes de los pacientes atendidos retornaron a su hogar y por último, Meneses et al., reportaron un alto porcentaje de sub-registro e imprecisión de la causa externa de la lesión.

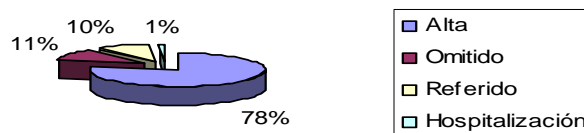


Figura 4. Morbilidad por accidentes domésticos en mayores de 65 años según destino del paciente.

Carter et al. (2002) evaluaron 429 ancianos a través de una entrevista sobre los accidentes en las cuatro últimas semanas y respecto al sitio del cuerpo afectado, reportaron en primer lugar extremidades inferiores y en segundo lugar extremidades superiores. Datos que se asemejan a la presente investigación que arrojó que los sitios más afectados fueron miembros superiores con 37%, en segundo lugar la cabeza con 27% seguido por las extremidades inferiores con 18%.

En la segunda sección se tratan aspectos relacionados con la percepción de factores de riesgo para accidentes domésticos en ancianos.

Se observó que 163 (76%) de las personas encuestadas respondieron afirmativamente a la pregunta ¿Sabe usted que son accidentes domésticos?, mientras que 563 (24%) de los encuestados respondió negativamente.

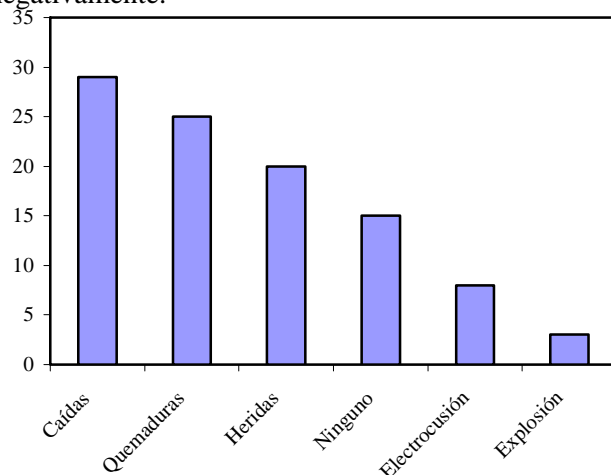


Figura 5. Población de 65 años y más. Tipos de accidentes que conocen.

En la figura 5 se aprecia que en cuanto a los tipos de accidentes que conocen, de 347 accidentes nombrados, 29% corresponde a caídas, 25% a

quemaduras en tercer lugar, seguido de heridas con 20% y por último electrocuciones y explosiones con 8 y 3% respectivamente.

Con respecto al número de accidentes que conocen en la figura 6 se observa que 33% de la población encuestada mencionan un solo tipo de accidentes domésticos, en segundo lugar se encuentran aquellos que conocen dos tipos de accidentes con 25%, luego los que no responden la pregunta con 24% y en último lugar los que nombran tres o más accidentes con 18%.

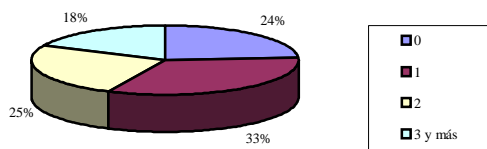


Figura 6. Población de 65 años y más. Número de accidentes que conocen.

La tercera pregunta de esta sección tiene dos componentes: ¿Existe un “peligro o factor de riesgo que favorezca la aparición de un accidente en los habitantes de la casa?” y ¿Por qué lo considera un peligro? obteniéndose los siguientes resultados: 36% consideran que en su casa no existe ningún “peligro” o elemento que favorezca la aparición de un accidente, 26% consideran las escaleras como factor de riesgo para caídas, luego los pisos o baños resbaladizos con 14% pues también favorecen la aparición de caídas en las personas mayores, también mencionan algunas actividades realizadas por el anciano “oficios” porque se pueden quemar o cortar, en quinto lugar aparece el gas como factor de riesgo para una explosión, también refieren las características propias de la edad o enfermedades como factor de riesgo para caídas con 6%, como se observa en la figura 7.

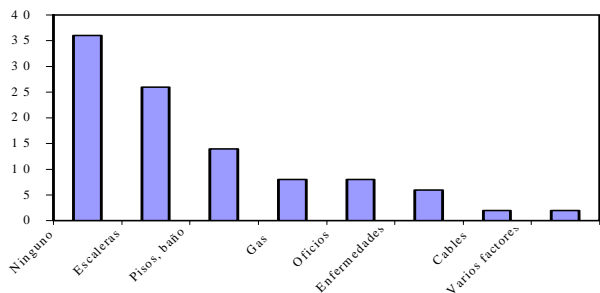


Figura 7. Población de 65 años y más. Percepción de factores de riesgo en su hogar.

Al preguntar ¿Ha conversado con alguien sobre los riesgos de sufrir un accidente en el hogar? En caso afirmativo diga ¿Con quién?, en la figura 8 se aprecia que 73% respondió que no ha conversado con nadie sobre los riesgos de sufrir un accidente en el hogar como puede verse en la figura 8, 23% dijo que con un familiar, en tercer lugar mencionaron un médico u otra persona con 2% cada una.

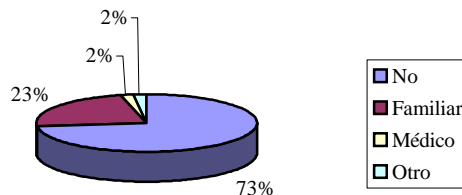


Figura 8. Población de 65 años y más. Con quién ha conversado sobre los factores de riesgo para en su hogar.

En la figura 9 se puede ver que 61% de los encuestados refieren no haber realizado ninguna medida para prevenir accidentes en su hogar, 17% han hecho reparaciones en la casa para evitar los accidentes domésticos en sus habitantes, 11% responden no dejar solo al anciano o estar pendientes de él, luego un 7% contestan ser precavidos.

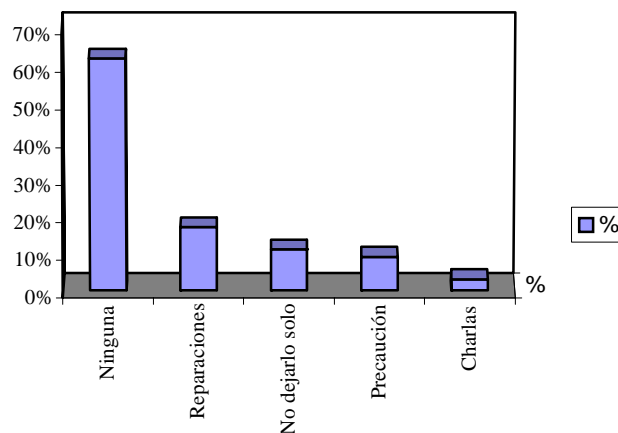


Figura 9. Población de 65 años y más. Medidas tomadas para prevenir accidentes domésticos.

Al preguntar si algún integrante de la familia tiene conocimientos de primeros auxilios, 51% de los entrevistados contestó que ninguno, 27% contestó que un hijo, luego con 13% respondieron que un nieto y otro miembro de la familia con 9%, tal como lo indica en la figura 10.



Figura 10. Población de 65 años y más. Conocimiento de primeros auxilios.

Al interrogar quien de la familia ha recibido información sobre la prevención de accidentes en el hogar en personas mayores, 75% respondieron no haber recibido información sobre el tema, en segundo y tercer lugar el propio anciano o un hijo con 8% cada uno y por último se ubica el nieto en 7% de los casos, lo cual se aprecia en la figura 11.

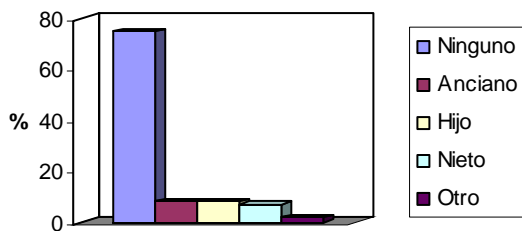


Figura 11. Población de 65 años y más. Receptor de información sobre prevención de accidentes.

En la figura 12 se observa que 74% de los encuestados negó haber recibido algún tipo de educación para la salud, 12% han recibido este tipo de educación a través de cursos con bomberos o grupos afines como defensa civil, 11% la han recibido en ambulatorios y 3% en la escuela.

En la figura 13 se aprecia que 75% de la población encuestada refirió no haber recibido información sobre prevención de accidentes domésticos en su ambulatorio respectivo, 11% recibieron información en consulta del médico, luego esta el personal de enfermería con 6% y por último el trabajador social y otras personas con 4% cada una.

La figura 14 representa las fuentes de información para la prevención de accidentes domésticos en el adulto mayor, encontrándose en primer lugar las fuentes de información masiva (televisión y radio principalmente) con 51%, en segundo lugar se encuentra aquellos que nombraron varias fuentes de

información con 19% luego están los que no mencionaron ninguna fuente de información con 11% en tercer y cuarto lugar aquellas personas cuyas fuentes de información del tema la han obtenido en libros con 9% o a través de conversaciones con otras personas en sus trabajos o institutos educacionales o familiares y amigos con 9%.

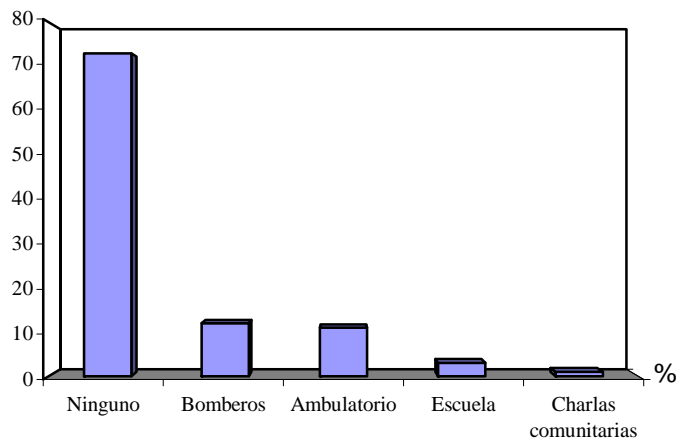


Figura 12. Población de 65 años y más. Educación para la salud recibida sobre prevención de accidentes domésticos.

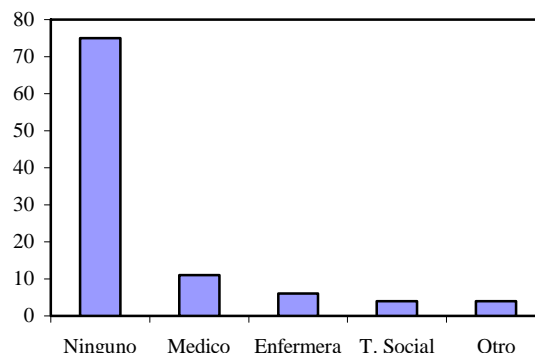


Figura 13. Población de 65 años y más. Integrante del equipo de salud que ofrece información sobre accidentes domésticos.

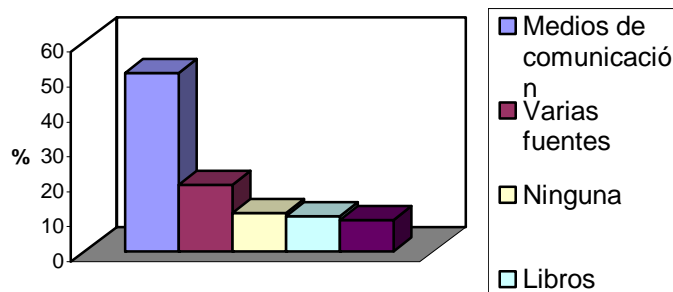


Figura 14. Población de 65 años y más. Fuentes de información para la prevención de accidentes domésticos.

Actitud hacia la prevención

En esta sección sobre los conocimientos también se incluye la actitud de la población hacia la prevención a través de tres preguntas: ¿Participaría usted en la prevención de accidentes domésticos? donde la gran mayoría respondió afirmativamente con 170 (79%) de los casos, 35 (16%) respondieron que no por la edad o salud deficitaria y 11 (5%) no dieron ninguna respuesta.

Al preguntar: ¿Considera importante la prevención de accidentes domésticos en personas mayores? El 100% respondió afirmativamente. Como complemento a esta pregunta, se le pide que nombre algunas acciones a realizar para evitar accidentes en el hogar, las respuestas fueron las siguientes: 99 (46%) indican educación para la salud, 82 (38%) señalan tomar precauciones y 35 (16%) no saben responder la pregunta.

De las 99 personas que sugieren acciones de educación para la salud 51% se inclinan por actividades a nivel comunitario como charlas comunitarias, 38% se inclinan por cursos y 10% sugieren vigilancia médica a través de visitas domiciliarias.

Percepción general de factores de riesgo para accidentes domésticos en el anciano.

Todas las respuestas de la segunda sección se procesaron a través del programa S.P.S.S. que arrojó los siguientes resultados.

Tabla 1. Percepción general de factores de riesgo para accidentes en el hogar.

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	107	50
Medianamente adecuado	46	21
Adecuado	63	29
Total	216	100

En la tabla 1 se observa que la percepción sobre factores de riesgo para accidentes en el hogar en la población mayor de 65 años es inadecuada en 50% de los encuestados, medianamente adecuado en 21% de los casos y se considera adecuado en 29% de los casos. En cuanto a la actitud hacia la prevención promediada con las tres últimas preguntas de esta sección se deduce que es favorable en 89% de los casos y es desfavorable en 11% de los casos.

La tercera sección de esta encuesta recoge información sobre la percepción de factores de riesgo

extrínsecos para accidentes domésticos en mayores de 65 años obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 2. Percepción de factores de riesgo extrínsecos menores para accidentes domésticos.

Causas extrínsecas menores	Frecuencia	Porcentaje
Bombona de gas dentro de la casa	104	48.1
Fármacos manejados por el anciano	99	45.8
Zapatos con suelas resbaladizas	54	25
Calienta el agua de baño en la cocina	50	23.1
Productos tóxicos en envases de alimentos	47	21.8
Objetos en el piso	33	15.3
Estantes muy altos	33	15.3
Instalaciones eléctricas defectuosas	30	14
Muebles en áreas de circulación	30	13.9
Sillas o mesas inestables	24	11.1
Extensiones o cables en el piso	9	4.2
Ollas inestables	5	2.3
Medicinas indebidamente guardadas	5	2.3
Total	172	79.6

En la tabla 2 se pueden apreciar los factores de riesgo extrínsecos menores para accidentes domésticos en ancianos evidenciándose que en 79.6% de los hogares se consiguió por lo menos uno de estos factores de riesgo, en 48.1% de los hogares estaba presente la bombona de gas dentro de la casa, en segundo lugar se encuentran los fármacos manejados por el anciano con 45.8%, luego están zapatos con suelas resbaladizas, en 23.1% de las casas calientan el agua de baño en la cocina (no tienen calentador), con 21.8% están los productos tóxicos en envases de alimentos y con 15.3% cada uno están los objetos en el piso y estantes muy altos. En octavo lugar se ubican las instalaciones eléctricas defectuosas y muebles en áreas de circulación con 13.9%.

En la tabla 3 se aprecia que en 80% de los hogares visitados esta presente uno o más factores de riesgo para accidentes en mayores de 65 años, encontrándose en 43.5% de las casas desniveles en el piso, baños sin agarraderas o pasamanos en 33.3%, escaleras sin pasamanos en 24% de las casas, pisos resbaladizos en 23.6%, pisos defectuosos y lavamanos y pocetas muy cercanos en 23.6% y 22.7% respectivamente.

Tabla 3. Percepción de factores de riesgo extrínsecos mayores para accidentes domésticos.

Factor de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Desniveles en el piso	122	43,50%
Baños sin agarraderas o pasamanos	72	33,30%
Escaleras sin pasamanos	53	24,50%
Pisos resbaladizos	51	23,60%
Pisos defectuosos	49	22,70%
Lavamanos y pocetas muy cercanos	41	19,40%
Escalones altos o irregulares	37	17,10%
Cuarto lejos del baño	22	10,20%
Acceso al baño a través de escaleras	22	10,20%
Escaleras con piso irregular	17	7,90%
Puertas que abre sobre una escalera	17	6,50%
Iluminación inadecuada	11	5
Total	173	80,10%

Tabla 3. Percepción de factores de riesgo intrínsecos menores para accidentes domésticos.

Causas intrínsecas menores	Frecuencia	Porcentaje
Déficit de visión	108	50,00%
Déficit auditivo	54	25,00%
Toma más de 4 medicamentos	50	23,10%
Alteraciones de la marcha	43	19,90%
Alteraciones menores de pies	40	18,50%
Estado general	26	12,00%
Reaccione lentamente	23	10,60%
Alteración del olfato	13	6,00%
Sedentarismo	11	5,10%
Congénitas	7	3,20%
Total	156	72,2%

En la tabla 3 puede verse que en 169 ancianos visitados existe por lo menos un factor de riesgo intrínseco menor percibido por el mismo anciano o un familiar de las cuales son fisiológicas o propias de la edad 72.2% y entre estas las de mayor frecuencia son: déficit de visión que está presente en 50%, déficit auditivo en 25%, toman más de cuatro medicamentos 23%, tiene alteraciones de la marcha o movilidad 20%, presenta alteraciones menores de los pies 20%, 12% están en malas condiciones generales y 11% reacciona lentamente. En relación con el total de causas intrínsecas menores por grupos de edad según análisis de varianza con una media de 2.52 causas intrínsecas por persona, siendo los más afectados los

mayores de 85 años y menos afectados los ancianos del grupo de 65 a 69 años ($F = 3.381$ y $P = 0.01$).

Tabla 4. Percepción de factores intrínsecos mayores para accidentes domésticos.

Causas intrínsecas mayores	Frecuencia	%
Cardiopulmonares	99	46
Psicológicas	76	35
Por fármacos	50	23
Músculo-esqueléticas	46	21
Neurológicas	45	21
Metabólicas	35	16
Gastrointestinales	16	7
Genitourinarias	3	1
Total	162	75

En cuanto a las causas intrínsecas mayores o patológicas en la tabla 4 se aprecia que están presentes en 75% de los ancianos entrevistados distribuidas de la siguiente manera: en 46% de los ancianos están presentes causas de origen cardiopulmonares, en 35% hay causas psicológicas, causadas por fármacos en 23%, de origen músculo-esquelético en 21.2% de los casos, neurológicas en 21%, causas de origen metabólico en 16% de los casos, de origen gastrointestinal en 7% y por último de origen genitourinario con 1.4%. Según el análisis de varianza no hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto al número de causas intrínsecas por grupo de edad ($F = 1.34$, $GL = 4$ y $P = 0.256$).

Al preguntar si existe algún peligro en su casa que le pueda producir algún accidente más de un tercio contestó negativamente. No se apreció diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de personas que aportan los datos. Esto podría explicarse porque muchas veces las personas se acostumbran a vivir con el factor de riesgo, llegando incluso a negarlo aunque sea evidente a simple vista.

Tres cuartas partes de los encuestados negaron haber conversado con alguien sobre los riesgos de sufrir un accidente en el hogar. De forma similar la mitad de los encuestados niega la existencia de algún integrante de la familia con conocimientos en primeros auxilios. Estos resultados no concuerdan con una de las hipótesis que indicaba que más del 75% de las familias carecen de entrenamiento en primeros auxilios para limitar el daño ante un accidente.

En cuanto a información recibida por algún integrante de la familia sobre la prevención de accidentes domésticos, en tres cuartas partes la respuesta fue negativa. A lo largo de toda la encuesta coinciden el

porcentaje de respuestas negativas, lo cual confirma la hipótesis que planteaba que el 75% o más de los ancianos o sus cuidadores no disponían de información básica sobre factores de riesgo y prevención de accidentes en el hogar.

Tres cuartas partes de los encuestados negaron haber recibido educación para la salud o información sobre prevención de accidentes, planteado originalmente en la hipótesis sobre la carencia de educación para la salud dirigida a la prevención de accidentes en el hogar en tres cuartas partes de la población.

Edificar una cultura de prevención requiere una actitud colectiva, interdisciplinaria e intersectorial, compleja, a mediano y largo plazo que requiere la difusión de conocimientos a través de los diferentes medios masivos o alternativos y de las instituciones académicas, por ello además de entender como la población percibe los riesgos se hace necesario comprender como interpretan su situación particular y cuales son sus necesidades de información identificando los canales por los cuales la población recibe e intercambia la misma. Con respecto a estas fuentes de información sobre prevención de accidentes domésticos en el adulto mayor la mitad, la han recibido por algún medio de comunicación social bien sea televisión, radio, periódico.

La percepción además de tomar en cuenta la cultura, la creencia, también involucra las actitudes al respecto y aunque en esta investigación todos los encuestados consideran importante la prevención de accidentes domésticos en los ancianos, sólo 89% tienen una actitud positiva hacia la prevención, es decir, están dispuestos a participar en la prevención de los mismos. Confirmándose lo planteado inicialmente: más del 85% de la población estudiada tiene una actitud favorable hacia la prevención de accidentes en el hogar.

La percepción general de riesgos para accidentes en el hogar en las dos comunidades de estudio, fue promediada y clasificada en adecuada, medianamente adecuada, e inadecuada, arrojando lo siguiente: la percepción general de riesgos fue inadecuada en la mitad de los encuestados, medianamente adecuada en 21% de los casos y se considero como adecuada solo en poco más de un cuarto de los casos. Lo cual rechaza el planteamiento de que el 65% o más de la población estudiada tienen una percepción adecuada sobre factores de riesgo para accidentes domésticos.

Al relacionar la percepción de factores de riesgo con el comportamiento hacia los mismos es de gran trascendencia determinar si la persona está consciente de los peligros, los percibe, está o no alerta, ha tomado alguna medida y cuales son las actitudes individuales y colectivas, tomando en cuenta también

las influencia socioculturales y su entorno. Connell y Wolf (1997), a través de un estudio observacional y de datos autoadministrados sobre las circunstancias ambientales y conductuales relacionadas con las caídas en el hogar en ancianos con buen estado de salud, en Atlanta analizaron patrones de interacción de características personales e individuales, comportamiento y factores ambientales identificando varios patrones de accidentalidad: choques en la oscuridad, caídas por evitar obstáculos, preocupación por condiciones temporales, resbalones, demandas ambientales excesivas, uso inapropiado del ambiente y concluyeron en que hay una interacción dinámica entre las condiciones ambientales y el comportamiento habitual en relación con el ambiente, la eliminación de esos factores esta íntimamente relacionada con la percepción individual, la motivación para el cambio y la integración de esos cambios en las actividades de la vida diaria.

La tercera sección de la encuesta realizada en estas comunidades se destina a la percepción de factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos menores y mayores para accidentes domésticos en ancianos. En cuanto a los factores de riesgo extrínsecos menores se encontró que más de tres cuartas partes de los hogares estaba presente por lo menos uno de estos factores de riesgo: bombona de gas dentro de la casa, fármacos manejados por el anciano, zapatos con suelas resbaladizas, calientan el agua de baño en la cocina (no tienen calentador), tóxicos en envases de alimentos, objetos en el piso y estantes muy altos, instalaciones eléctricas defectuosas y muebles en área de circulación.

González como Marín y Pereira (2001), a través de un estudio transversal investigaron la prevalencia y características de las caídas en ancianos en los seis meses precedentes, que consultan una clínica geriátrica ambulatoria en Chile y encontraron que los factores extrínsecos fueron la causa precipitante en 55% de los casos. Igualmente Lundkvist et al. (1992) investigaron las causas físicas, sociales y de salud relacionadas con caídas accidentales en personas mayores, encontraron que en 51% de los casos una causa externa era probable o definitiva. En el presente estudio se encontraron resultados similares respecto a los factores de riesgo extrínsecos mayores ya que en 80% de los hogares visitados esta presente uno o más de los siguientes factores: desniveles en el piso, baños sin agarraderas o pasamanos, escaleras sin pasamanos, pisos resbaladizos, pisos defectuosos, lavamanos y pocetas muy cercanos. Estos hallazgos confirman la hipótesis que sustenta que más del 50% de los hogares presentan características inadecuadas que predisponen los accidentes en ancianos.

En relación con los factores de riesgos intrínsecos menores se encontró que en más de tres cuartas de los ancianos presentan por lo menos una causa intrínseca menor percibida en el mismo anciano o un familiar siendo de mayor frecuencia el déficit de visión que está presente en la mitad de los ancianos, déficit auditivo, toman más de cuatro medicamentos diarios, alteraciones de la marcha o movilidad, presenta alteraciones menores de los pies, y reaccionan lentamente. En relación con las causas intrínsecas menores hay diferencia estadística altamente significativa entre los grupos de edad.

En cuanto a la presencia o ausencia de causas intrínsecas mayores o patológicas se encontró que en tres cuartas partes de los ancianos entrevistados hay por lo menos una de las siguientes condiciones: patologías de origen cardiopulmonares (hipertensión arterial, cardiopatías no específicas y asma), psicológicas como la depresión en un tercio de los casos y ansiedad con un cuarto de los casos, causadas por fármacos como los hipnóticos, diuréticos y antidepressivos, de origen músculo esquelético como debilidad, alteraciones de la movilidad, artritis, artrosis y alteraciones de la columna, neurológicas como ACV, mareos, causas de origen metabólico como diabetes mellitas o anemia. Estos resultados confirman la hipótesis referente a que más del 70% de los ancianos presentan factores de riesgo intrínsecos que favorecen los accidentes domésticos. Diversos estudios reflejan la asociación de los factores de riesgo intrínsecos menores con las caídas accidentales entre los cuales están: Lee y Kim (1997), en su estudio sobre características y factores de riesgo relacionados con caídas encontraron que había una asociación significativa entre la edad y factores de riesgo intrínsecos como alteraciones cognitivas, de movilidad, insomnio, auditivas. Así mismo Luukinen et al. (1997) estudiaron los factores predictivos para fracturas por caídas en personas mayores de 70 años y encontraron que alteraciones en la percepción, fuerza muscular, agudeza visual y alteraciones psicosociales pueden contribuir al riesgo de fractura durante las caídas.

CONCLUSIONES

Los accidentes en general fueron causa importante de morbilidad en todas las edades en el Municipio Libertador durante el período 1993-1996 y dentro de estos los ocurridos en el hogar ocuparon casi la mitad (48%) del total. La mortalidad por esta causa en la población anciana en este período fue mayor para el grupo de 65 años y más (39%).

En la distribución de morbilidad por accidentes domésticos según grupos de edad y sexo se aprecia

mayor afectación del sexo femenino en todos los grupos de edad. En cuanto a las causas externas de accidentes las más frecuentes fueron las caídas y las causadas por instrumentos punzo penetrantes. El horario de mayor ocurrencia es diurno. Los días de mayor ocurrencia son los lunes y martes, los meses de abril y enero. Sólo 1% ameritaron hospitalización y 10% referencia. En relación a la opinión del médico tratante según la causa sólo 1% fue reportada como causada intencionalmente por otra persona. Las partes del cuerpo más afectadas fueron las extremidades superiores, cabeza y extremidades inferiores.

Los establecimientos de salud con mayor demanda de atención por accidentes en el hogar en el grupo investigado fueron: Ambulatorio Venezuela, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y Ambulatorio Tienditas del Chama.

Las parroquias más afectadas por accidentes domésticos en el adulto mayor en el período de estudio fueron: la parroquia Spinetti Dini subsector Pueblo Nuevo y Simón Bolívar y al parroquia Jacinto Plaza subsector Carabobo.

Los datos fueron aportados por el hijo, el anciano o un nieto. La edad media fue 73.06 años, el sexo femenino fue predominante sobre el masculino en todos los grupos de edad. Respecto al estado civil el patrón es homogéneo prácticamente en todos los grupos: viudos en primer lugar, casados y solteros. En cuanto al grado de instrucción más de un tercio (35%) de los ancianos entrevistados son analfabetas, seguidos por los que no completaron la primaria con 31%. El porcentaje de ocupación fue del 10%. La conformación familiar fue extensa en 60%, nuclear y seminuclear. El estrato socioeconómico predominante fue: clase obrera, media baja y pobreza extrema.

El conocimiento de los accidentes domésticos fue negativo en una cuarta parte de los encuestados, 36% no perciben ningún riesgo para accidentes en el hogar, 74% perciben algún factor de riesgo para accidentes en su hogar como las escaleras, pisos o baños resbaladizos, también refieren algunas actividades realizadas por el anciano (oficios), el gas doméstico y las enfermedades. En cuanto a la persona que aporta los datos y la percepción de peligros en su casa los hijos, cónyuges y nietos perciben más peligros en el hogar que los ancianos, sin embargo, no hay diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

La percepción de factores de riesgo se consideró inadecuada en la mitad de los encuestados, medianamente adecuado en 21% de los casos y adecuado sólo 29% de los casos. La actitud hacia la prevención es favorable en 89% de los casos.

80% de los hogares encuestados presentan uno o más factores de riesgo extrínsecos mayores y menores percibidos por los ancianos, sus familiares o cuidadores. Tres cuartas partes de los ancianos encuestados refirieron tener uno o más factores de riesgo intrínsecos para accidentes domésticos.

Tres cuartas partes refirieron no haber recibido educación para la salud, un pequeño porcentaje la han recibido en cursos o centros de salud, a través de médicos, enfermeras o trabajadores sociales.

REFERENCIAS

Abate J. 1970. The practice of geriatrics. Medical Books. Great Britain.

Albert V, Maestro M, Martínez J. et al. 2002. factores relacionados con la accidentalidad en personas mayores de 65 años en la provincia de Guadalajara. Gaceta Sanitaria. 14: 346-355. (www.pubmed.com).

Arias L, Montero J, Castellanos J. 1995. Adulto Mayor. Ministerio de Salud. Colombia.

Asociación Ligas Iberoamericanas contra el Cáncer. 1997. Contenido del seminario de formación en educación para la salud. España.

Backett E. 1996. Accidentes en el hogar. Cuaderno de Salud Pública 26. O.M.S. Francia.

Bañuls O, Civera C. 1998. Estudio epidemiológico de los accidentes atendidos en un servicio de urgencias extrahospitalario. Atención Primaria. 21:522-526. (www.pubmed.com)

Carter S, Campbell E, Sanson-Fisher et al. 2002. Accidents in older people living at home, a community-based study assessing prevalence, type, location and injuries. Aust N. Z. Public health. 24:633-636. (Abstract www.pubmed.com)

Castillo C. 1999. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Serie PALTEX para ejecutores de salud No.7. 2ª ed. O.P.S. Washington.

Close J, Ellis M, Hooper R et al. 1999. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. The Lancet. 353:93-97.

Connel B, Wolf S. 1997. Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals. Atlanta. Arch Phys Med Rehabil. 129. 1021-1030. (Abstract www.pubmed.com)

Cornejo E, Medina E, Kaempfer A et al. 1995. Condiciones de salud de la población de 60 años y más. Salud pública de México. 35:417-23. (Internet www.insp.mx/salud/37/375-5s.htm.) Feb 2002. p 11.

Corporación de Salud del Estado Mérida. Certificados de Defunción. EV. Archivo de la Coordinación de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos.

Cruz A. 1994. Evaluación funcional del anciano. Capítulo 406. En: Díaz M, Espinos D. Tratado de

Medicina Interna. Tomo 2. Panamericana. España. 2924-2930.

Cursio C, Gómez J, García A. 1998. Caídas y Capacidad funcional entre ancianos colombianos que realizan y no realizan ejercicio. Colombia médica. 29:125-128. (Internet:

<http://colombiamedica.univalle.edu.com/vol129No4/aidas.html>). Feb. 20-2002. 8p.

Davalos H, Mediavilla A. 2002. Seguridad en plataformas petroleras. (Internet <file:///A/percepciónriesgo.htm>) May 13 2002. 5p.

Del Nogal M. 2001. Evaluación del anciano con caídas. Tiempos médicos. 579:49-61.

Demichelis M. 1986. Medicina Preventiva. Capítulo. 9. En: Salgado A, Guillen F, Díaz J. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Salvat. España. 85-86.

Diccionario de lengua española. 1979. 11ª ed. Espasa-Calpe. Madrid. España.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1974. 19ª ed. Salvat. Barcelona España.

Etersson L. 2002. Caídas en el anciano. (Internet <file:///A/caídasenelanciano>. Consideraciones generales y prevención. htm. May 05 2002. 5p.

Gaminde I. 1999. Gerontóloga social. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 22: 11-17.

Glizer I. 1993. Prevención de accidentes y lesiones: conceptos, métodos y orientaciones para países en desarrollo. Organización Panamericana de Salud. Washington.

Goldstein S. 1993. Bases Científicas del envejecimiento. Cap. 502. En: Kelley W. (Ed) Medicina Interna. Tomo 2. 2ª ed. Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2585-2586.

González G, Marín P, Pereira G. 2001. Characteristics of falls among free living elders. 129: 1021-1030 (Abstract: www.pubmed.com).

González R, Rodríguez M, Ferro M. et al. 1999. Revista Cubana Medicina General Integral. 15: 98-102. (Internet: <file:///A/caídasenelanciano>. Consideraciones generales y prevención. htm. 13 mayo 2002. 3p.

Graczyk A. 1994. La enfermedad en el anciano. Cap. 408. En: Díaz M, Espinos D. Tratado de Medicina Interna. Tomo 2. Panamericana. Madrid. 2934-2935.

Greene W, Simona-Morton B. 1998. Educación para la Salud. Interamericana. México.

Hale W, Delaney M, McGaghie W. 1992. Characteristic and predictors of fall in elderly patients. The Journal of Family Practice. 34:577-581.

Hernández R. 1994. Metodología de la investigación. McGrawHill. México.

Higashida B. 1995. Educación para la Salud. Interamericana. McGrawHill. México.

- Huerta J. 1998. La familia en el proceso de salud-enfermedad. Tangamanga. San Luis Potosí. México.
- Huerta J. 1999. Estudio de la Salud Familiar. En: Farfán G. En: Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar-1. Libro 1. Intersistemas. México. 31, 32, 52, 61-64.
- Ibarra A, Aragón J, Fernández N et al. 2000. Percepción de riesgos en una comunidad insalubre. Revista Cubana de Medicina General Integral. 16: 436-441. (Internet. <http://bvs.sld.cu/revistas>).
- Jáuregui C, Suárez P. 1998. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Enfoque en salud familiar. Panamericana. Colombia.
- Larsen E, Mosekilde L, Foldspang A. 2001. Determinants of acceptance of a community-based program for the prevention of falls and fractures among the elderly. Preventive Medicine. 33:115-119.
- Lee H, Kim M. 1997. A study on fall accident. Taehan Kanho. 36: 45-62. (Abstract: Medline. Disc 22. 1999).
- Lee V, Wong T, Lau C. 1999. Home accidents in elderly patients presenting to an emergency department. Accident and emergency.
- León R, Vandama L. 1997. Accidentes en la infancia: un reto como para todos. Rev Cubana de Med Gener Integr. 13: 59-62. (Internet <http://bvs.sld.cu/revistas>). 4p.
- Lipsitz L. 1993. Epidemiología de las caídas. Enfermedades relacionadas. Cap.522. En: Keley W. (Ed). Medicina Interna. Tomo 2. 2ª ed. Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2678-2681.
- Lundkvis, Jensen P, Kruse T et al. 1992. Physical causes of accidental falls among the elderly in their own homes. Ugeskr Laeger. 154: 2959-2963. (Abstract: pubmed.com).
- Luukinem H, Kkoski K, Laippala P et al. 1997. Factors Predicting Fractures during falling impacts among home-dwelling older adults. J Am Geriatrics Soc. 45: 1302-1309. (Abstract. www.pubmed.com).
- Masson F, Saves. M, Salmi L et al. 1997. Injuries in a problematic socioeconomic context: a population-based study in Reunion, Indian Ocean, 1993-1994. Int J Epidemiol. 26: 1033-1040. (Abstract: www.pubmed.com).
- Meneses F, Rea R, Ruiz C et al. Accidentes y lesiones en cuatro hospitales generales del distrito federal. 1993. Salud Pública de México. 448-455. (www.pubmed.com).
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuarios de mortalidad. Años: 1992-1996 y 2000. Epidemiología. Dirección Regional de Salud del Estado Mérida.
- Molina J. 2002. Caídas en el adulto mayor. Geriatria clínica. (Internet <http://www.labomed.el/caídas.htm> Feb 20 2002. 13p.)
- Morales J. 1998. Envejecimiento Poblacional. Archivo Geriátrico. 1: 11-13.
- National Center for injury Prevention and Control. 2002. 10 leading causes of death, United Status. 1999, all races both sexes. Internet: <http://www.webapp.cdc.gov/cgi-bin/broker.exe.9.antallas> Mar 28 2002.9p.
- Office of Statistics and Programming, National Center for injury Prevention. Internet: <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/nonfatal/quickpick/unintallhtml> Mar 28 2002. 1p.
- O.P.S. 1986. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 7. Washington.
- O.P.S. 1992. La salud de los ancianos. Una preocupación de todos. Boletín No. 3. Washington.
- O.P.S. 1996. Promoción de la salud: una antología. Publicación científica N° 557. Washington.
- O.P.S./O.M.S. 2000. Análisis preliminar de la situación de la salud en Venezuela. Internet: <http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm>. Abril 02 2002. 17p.
- Organización Panamericana de la salud. 2000. Versión. Abreviada del documento de referencia de la O.P.S. sobre política de salud en la Vivienda. La Habana. Cuba. (www.pubmed.com)
- Pacios N, Salazar H. 1998. Factores de riesgo relacionados con los accidentes domésticos. Revisión Cubana Medicina General Integral. 14: 440-444. (Internet: <http://bvs.sld.cu/revistas>). Mar 30 2002. 6p.
- Pacios N, Salazar H. 1999. Accidentes en el hogar. Revisión Cubana Medicina General Integral. 15: 123-127. (Internet: <http://bvs.sld.cu/revistas>). 5 abr 2002 6p.
- Pawlson L, Brenneman K. 1993. Epidemiología del envejecimiento e implicaciones sanitarias y sociales de una sociedad madura. Cap. 503. En: Kelley W. (Ed) Panamericana Buenos Aires. Argentina. 2592-2596.
- Ribera J. 1994. Definición y razón de ser de la geriatría. Concepto de enfermo geriátrico. Cap. 401. En: Díaz M, Espinos D. (Eds.). Tratado de Medicina Interna. Tomo 2. Panamericana Madrid. 2913-2915.
- Redin J. 1999. Valoración Geriátrica Integral. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 22: 41-50.
- Restrepo H, Málaga H. 2001. Promoción de la salud: Cómo construir una vida saludable. Panamericana. Bogota. Colombia.
- Rodríguez S, Castellano A. 1995. Intervención Clínica y psicosocial en el anciano. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. España.
- Ruiz L, Rivera A. 1996. Características de la Morbilidad en población Mexicana de edad avanzada: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud.1998.

Salud Pública de México. 38: 430-437.
(www.pubmed.com).

Salgado A, Guillen F, Díaz J. 1986. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Salvat. Madrid.

San Martín H. y Pastor V. 1990. Epidemiología de la Vejez. McGrawHill. Madrid.

Serrano M. 1999. Atención a la ancianidad. Conceptos Generales. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 22: 5-10.

Tinetti M, Baker D, McAvay G et al. 1994. A

multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. The New England Journal of Medicine. 331: 821-827.

Tinetti M, Williams C. 1997. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. The New England Journal of Medicine. 337: 1279-84.

UNICEF Innocenti Report Card. 2001. Internet. <http://www.unicef-icdc.org> Mar 21 2002

Whittacker J. 1965. Psicología. Interamericana. México

Recibido: 15 oct. 2004. Aceptado: 15 feb. 2005