

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica

Frailty, dependence and social impact on elderly assisted by the Multidisciplinary Team for Geriatric Care

MSc. Dra. Madalys Díaz Díaz<sup>1</sup>

MSc. Dr. Pablo Sebastián Silveira Hernández<sup>2</sup>

MSc. Dra. Tamara Guevara de León<sup>3</sup>

MSc. Dra. Marta Ferriol Rodríguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Policlínico "Martha Abreu de Estévez", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [madalysdd@capiro.vcl.sld.cu](mailto:madalysdd@capiro.vcl.sld.cu)

<sup>2</sup> Master en Longevidad Satisfactoria. Especialista de II Grado en Gerontología y Geriátrica. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [pablossh@hamc.vcl.sld.cu](mailto:pablossh@hamc.vcl.sld.cu)

<sup>3</sup> Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de II Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriátrica. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [tamaragl@ucm.vcl.sld.cu](mailto:tamaragl@ucm.vcl.sld.cu)

<sup>4</sup> Máster en Medicina Natural y Tradicional. Especialista de II Grado en Medicina Tradicional y Natural. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [marthafr@hamc.vcl.sld.cu](mailto:marthafr@hamc.vcl.sld.cu)

## RESUMEN

Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud cubano se encuentra el de Atención Integral al Adulto Mayor, que contempla diagnosticar la fragilidad como parte del proceso de evaluación integral. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de determinar el comportamiento de la dependencia y su repercusión social en ancianos frágiles atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica en el Policlínico Universitario "Martha Abreu de Estévez". Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, dependencia, estado cognitivo, estado afectivo, convivencia, eventos adversos y principales demandas de servicios básicos. En un total de 110 ancianos frágiles prevaleció el sexo femenino y el grupo de edades de 70 a 79 años; la mayoría no tenían deterioro cognitivo, eran independientes y vivían con el cónyuge; los eventos adversos más frecuentes fueron las visitas a los Servicios de urgencia y las caídas y los servicios más demandados fueron el seguimiento por el equipo de trabajo y el ingreso domiciliario.

**Palabras clave:** servicios de salud para ancianos, anciano frágil

<http://www.revactamedicacentro.sld.cu>

## ABSTRACT

Among the priority programs of the National Cuban Health System is the Integrated Care for the Elderly, which provides diagnose frailty as part of the comprehensive assessment. A retrospective study to determine the behavior of the dependence and its social impact on frail elderly served by the Multidisciplinary Team for Geriatric Care at "Marta Abreu de Estévez" the University Polyclinic was performed. The following variables were analyzed: age, sex, dependency, cognitive status, emotional status, cohabitation, adverse events and main demands of basic services. A total of 110 frail elderly prevailed females and the age group 70 to 79 years; most had no cognitive impairment, they were independent and living with the spouse; the most frequent adverse events were the visits to the emergency services and falls and the most requested services were monitored by the team and the household income.

**Key words:** health services for the aged, frail elderly

## INTRODUCCIÓN

El término fragilidad es usado frecuentemente para referirse a personas mayores, pero su definición ha sido difícil de conceptualizar; distintos investigadores usan criterios de diagnóstico diferentes, más o menos estandarizados.<sup>1</sup> La Organización Panamericana de la Salud ha definido como adultos mayores frágiles a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados "gigantes de la Geriátrica" o las cinco I: la inmovilidad, la inestabilidad, la incontinencia, el deterioro intelectual y la iatrogenia.<sup>2</sup>

La mayoría de los estudiosos concuerda en que la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento y que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha dado en llamar un estado de homeostenosis que aumenta el riesgo de incapacidad, pérdida de la resistencia y mayor vulnerabilidad ante factores adversos.<sup>1</sup> Se considera dependiente aquella persona que necesita ayuda o supervisión para realizar las actividades de la vida diaria, lo que se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.<sup>3</sup> El desarrollo de la vida, la capacidad funcional y la longevidad deben ir acompañados de una adecuada salud, pues sin esta condición hay, a medida que se envejece, una alta probabilidad de acercarse a la dependencia por una limitación no controlada que lleve a la discapacidad en cualquier orden.<sup>4</sup>

Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud cubano se encuentra el de Atención Integral al Adulto Mayor que contempla diagnosticar la fragilidad como parte del proceso de evaluación integral al adulto mayor (AM), aplica la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) y tiene en cuenta criterios nacionales. En Cuba se considera que los adultos mayores frágiles son "aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad."<sup>5</sup>

Las mejoras en la atención al anciano frágil en Cuba a través de los servicios básicos ha producido un cambio en la tipología de los mayores, con una disminución de la prevalencia de discapacidad y una necesidad de permanecer jóvenes hasta edades muy avanzadas, con cambios de estilos de vida y aficiones.

Es por ello que la prevención primaria de la discapacidad es una prioridad que debe abordarse desde la identificación de sujetos en riesgo o en estadios precoces de la misma para lograr, a través de una estrategia de intervención, impedirla, demorarla o rehabilitarla y conseguir un anciano más independiente y funcional que constituya el orgullo de todos. Esto ha motivado a realizar este estudio, que tiene como objetivo determinar el comportamiento de la dependencia en ancianos frágiles atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG) y su repercusión social.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo durante el período comprendido de enero a septiembre del año 2012 en el Policlínico Universitario "Martha Abreu de Estévez" del Municipio de Santa Clara, Provincia de Villa Clara. La población de estudio estuvo constituida por 986 ancianos que representan la totalidad de pacientes atendidos en la Consulta del Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica en este policlínico; se conformó una muestra no probabilística integrada por 110 adultos mayores. Se consideraron, como criterio de inclusión, los ancianos calificados como frágiles al realizar la evaluación geriátrica integral en la primera consulta y, como criterio de exclusión, se establecieron los ancianos en estados de necesidad y los que se negaron a participar en el estudio; como criterio de salida los que cambiaron de domicilio por voluntad propia o fallecieron en el tiempo del estudio. Se analizó el comportamiento de la dependencia en la muestra objeto de estudio considerando variables como la edad, el sexo, el estado cognitivo, el estado afectivo y la convivencia. También se estableció la evolución de los eventos adversos que aparecieron en estos pacientes en cada trimestre estudiado (tres en total) y se identificaron las principales demandas de servicios básicos que tenían y la cobertura de las mismas que se brindó.

A todos los pacientes se les recogió la información a través de la historia clínica geriátrica, que incluyó los instrumentos específicos para medir cada variable: la mini prueba del estado mental de Folstein -en inglés *minimal state examination* de Folstein- y la escala psicoafectiva del Centro ibero-latinoamericano de la tercera edad para medir estados psicoafectivos, la escala de Lawton y Katz para evaluar la funcionalidad y la dependencia se valoró al aplicar los criterios del baremo de la Ley de la autonomía personal y atención a la dependencia del 21 de abril de 2006 (España). Además fueron revisados los certificados de defunción, las hojas de cargo del Cuerpo de Guardia y del Consultorio Médico de la Familia (CMF) y la historia clínica personal del consultorio.

Los datos fueron procesados estadísticamente por el método porcentual y se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas que permitieron la confección de las tablas.

## **RESULTADOS**

En la muestra de ancianos frágiles prevaleció el sexo femenino -68 pacientes, para un 61.8%- y el grupo de edades de 70 a 79 años (47, 42.7%).

En la tabla 1 se muestra la distribución de los ancianos frágiles de acuerdo a su estado cognitivo y a su estado afectivo. Predominaron los frágiles sin deterioro cognitivo (69%); de ellos el 56.3% presentaban alteraciones afectivas.

**Tabla 1.** Comportamiento de los estados cognitivo y afectivo

Estado cognitivo	Estado de afectivo				Total	
	Sin alteración		Con alteración			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sin deterioro	14	12.7	62	56.3	76	69.0
Deterioro ligero	3	2.7	14	12.7	17	15.4
Deterioro moderado	1	0.9	10	9.0	11	10
Deterioro severo	0	0	6	5.4	6	5.4
<b>Total</b>	18	16.7	92	83.6	110	100

Fuente: Historia clínica geriátrica

Al analizar el nivel de dependencia y la convivencia de los adultos mayores frágiles (tabla 2) se observa que la mayoría es independiente (54%) y, de ellos, 34 (51.1%) viven con el cónyuge. De forma general en la muestra prevalecen los ancianos que viven con su cónyuge (50.9%) seguidos de los que viven con otros familiares (28.1%), pero es necesario destacar que hay cuatro pacientes frágiles con dependencia severa que viven solos.

**Tabla 2.** Distribución de la muestra según el estado de dependencia y la convivencia

Estado de dependencia	Convivencia										Total	
	Solo		Cónyuge		Otros familiares		Otras personas		Instituciones sociales			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Independiente	16	24.2	34	51.5	16	24.2	0	0	0	0	66	54
Dependencia moderada	3	15	9	45	8	40	0	0	0	0	20	18
Dependencia severa	4	25	8	50	4	25	0	0	0	0	16	14.5
Gran dependencia	0	0	5	62.5	3	37.5	0	0	0	0	8	7.2
<b>Total</b>	23	20.9	56	50.9	31	28.1	0	0	0	0	110	100

Fuente: Historia clínica geriátrica y criterios del baremo de la Ley de la autonomía personal y atención a la dependencia

En relación con la evolución de los eventos adversos que aparecieron en estos pacientes (tabla 3) se pueden apreciar, con mayor frecuencia, las visitas a los servicios de urgencia (80.9%), las caídas (64.5%) y la limitación funcional por nueva discapacidad (53.6%); llama la atención que casi todos aumentan cronológicamente con el tiempo. La solicitud de institucionalización solamente estuvo presente en tres pacientes (2.7%).

**Tabla 3.** Evolución de eventos adversos en la muestra estudiada

Eventos adversos	Tiempo de aparición							
	Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mortalidad	8	7.2	5	4.5	9	8.1	22	23
Cambio de estado de frágil a estado de necesidad	1	0.9	5	4.5	14	12.7	20	18.1
Limitación funcional por nueva discapacidad	7	6.3	18	16.3	34	30.9	59	53.6
Hospitalización	18	16.3	16	14.5	14	12.7	48	43.6
Visitas a urgencia	12	10.9	40	36.3	37	33.6	89	80.9
Ingresos en el hogar	7	6.3	15	13.6	23	20.9	45	40.9
Caídas	14	12.7	26	23.6	31	28.1	71	64.5
Fracturas	3	2.7	5	4.5	4	3.6	12	10.9
Solicitud de institucionalización	—	—	—	—	3	2.7	3	2.7
Cambio de domicilio por aumento de la dependencia	3	2.7	10	9.0	17	15.4	30	27.2

*Fuente: Historias clínicas, hojas de cargo de Cuerpo de Guardia y de CMF y certificados de defunción*

La tabla 4 recoge las demandas de servicios y, de ellas, las que ya han sido cubiertas. Los servicios más demandados fueron la evaluación y el seguimiento por el EMAG (100%), el ingreso en el hogar (80%), la rehabilitación domiciliaria (48.1%) y las ayudas técnicas (46.3%); de estas solamente se satisfacen en el 100% la evaluación y el seguimiento por el EMAG. Las demandas referidas a las de prestaciones económicas para medicamentos, Casa de Abuelos, servicio de cantina, Hospital de Día Geriátrico e ingreso en Hogares de Ancianos, a pesar de no representar la mayoría, no han sido cubiertas en ningún caso en el período estudiado.

**Tabla 4. Demandas de servicios**

Tipo de servicio demandado	Lo necesitan		Lo reciben	
	No.	%	No.	%
<i>I-Sanitarios. Ayudas técnicas</i>	51	46.3	22	43.1
- Prestaciones económicas para medicamentos	34	30.9	0	0
- Evaluación y seguimiento por el EMAG	110	100	110	100
- Ingreso en el Hogar	88	80	45	51.1
- Rehabilitación domiciliaria	53	48.1	31	58.3
- Casa de Abuelo	32	29.0	0	0
- Centro comunitario de salud mental	32	29.0	24	75
<i>II- Sociales</i>				
- Atención domiciliaria	31	28.1	15	48.3
- Alimentación social extradomiciliaria	10	9	10	90
- Servicio cantina	37	24.5	0	0
- Servicio tintorería, lavandería.	7	6.7	3	42.8
- Cuidadores	12	10.9	7	58.3
<i>III- Complementarios-Sala de Geriatria</i>	22	20	7	31.8
- Hospital de Día Geriátrico	5	4.5	0	0
- Servicio de respiro	0	0	0	0
- Servicio de cuidados paliativos	10	9.0	10	100
- Hogar de anciano interno	3	2.7	0	0
- Hogar de anciano seminterno	1	0.9	0	0

Fuente: Historia clínica geriátrica

## DISCUSIÓN

Resultados similares a los del presente estudio se observaron en una investigación en el Policlínico "Ana Betancourt", del Reparto Miramar, en la Ciudad de La Habana, en el que la mayor cantidad de casos de ancianos frágiles se encontró en el sexo femenino (33 casos, para un 67.3%); sin embargo, en relación con la edad, difieren los resultados pues el mayor número se correspondió al grupo de los mayores de 80 años (20, 41%), seguido del grupo de 65 a 69 años (11, 22.4%) y de los de 70 a 74 y 75 a 79 años (14, 27.5%).<sup>6</sup> En un estudio realizado con los ancianos residentes en el área de atención del Consultorio 10, perteneciente al Policlínico "Pedro Borrás Astorga" de la Provincia de Pinar del Río, predominó el sexo femenino (57.7%), lo que coincidió con un trabajo realizado en América Latina y el Caribe (Buenos Aires, Bridgetown, Sao Paulo, Santiago de Chile, Ciudad Habana, Ciudad México y Montevideo).<sup>7</sup>

En lo que respecta a los síntomas afectivos el 80.0% de los adultos mayores frágiles estudiados en el área norte de la ciudad de Morón, Provincia Ciego de Ávila, durante el año 2008 tienen síntomas afectivos con predominio de la depresión. Según el comité de expertos de la Especialidad de Gerontopsicología de la Organización Mundial de la Salud la depresión es el problema de salud más común en la tercera edad; se estima que hasta un 10% de las personas mayores sufren una depresión mayor y más del doble la tiene en menor intensidad.<sup>8</sup>

Se realizó un análisis detallado sobre los indicadores de salud cognitiva y el déficit cognitivo en el Policlínico Docente "Omaja", del Municipio Majibacoa, de la Provincia de Las Tunas, y tras la integración de los datos obtenidos en las pruebas psicométricas, la entrevista y el cuestionario no se detectan alteraciones de las funciones cognitivas graves, solo se identificó el 15.78% con déficit cognitivo.<sup>9</sup> En este estudio la mayoría de los frágiles no tenían compromiso cognitivo, de ahí que las alteraciones afectivas fueran más notorias pues a medida que la cognición falla, la respuesta afectiva es sustituida, muchas veces, por la indiferencia.

En cuanto a la evaluación funcional el 60.0% de los adultos mayores frágiles fueron independientes pues la población, a pesar de estar muy envejecida, es bastante activa. Según estudios el 90% de los adultos mayores entre 75 y 84 años son independientes en las actividades, pero el 46% de los mayores de 84 años necesitan ayuda. La dependencia del adulto mayor, en términos de funcionabilidad, se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.<sup>8</sup>

Resultados diferentes se encontraron en el Policlínico Universitario "28 de septiembre", de la Provincia de Santiago de Cuba, en el que predominaron los ancianos dependientes con respecto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria y se encontró una prevalencia de los que tenían dependencia funcional en una o dos actividades básicas (37.9%), seguidos de los que presentaron esta variable en tres o cuatro de estas tareas (32.4%).<sup>10</sup>

La visita a los departamentos de urgencias fue el evento adverso que más apareció, lo que está acorde con las estadísticas internacionales en las que se refleja que este subgrupo de población tiene el mayor índice de visitas a los Servicios de Urgencias hospitalarios (25%-40%), de ahí su repercusión sobre su funcionamiento.<sup>11</sup> Las caídas son un problema muy frecuente en la población anciana -entre el 30 y el 50% se ha caído al menos una vez al año- y suponen una de las principales causas de lesiones, de discapacidad y de muerte en este grupo de población. Aproximadamente la mitad de la población anciana que vive en la comunidad experimenta miedo de caer. El riesgo de caerse aumenta con la edad y es mayor para mujeres que para hombres. El control y la prevención de caídas es un ejemplo de objetivo específico para impulsar el papel de los servicios especializados en el mejoramiento de la asistencia a las personas mayores frágiles.<sup>12</sup>

Las demandas de servicios que tuvieron una mayor cobertura fueron las que dependían del cumplimiento de las actividades del Programa del Adulto Mayor y que tenían una participación directa del personal de salud que trabaja con los ancianos, otras no tuvieron igual comportamiento pues dependían de aspectos socioeconómicos que aún son deficitarios en Cuba, pero que no son comparables con la situación de otros países donde todavía se lucha porque exista una política gubernamental que respalde el incremento creciente del envejecimiento poblacional.<sup>13</sup>



En resumen las ancianas fueron más frágiles y en edades superiores a los de 70 años. La mayoría de los ancianos frágiles no tenían deterioro cognitivo, eran independientes y vivían con su cónyuge. Los eventos adversos más frecuentes fueron las visitas a los servicios de urgencia y las caídas. Los servicios más demandados fueron el seguimiento por el equipo de trabajo y el ingreso domiciliario.

Esta investigación contribuye a la sensibilización de todos los que tienen que ver con la atención del adulto mayor, edad en la que la fragilidad es un problema de salud dentro del ya problemático acontecer del envejecimiento poblacional cubano. Con la evolución geriátrica exhaustiva se define este concepto, en conjunto con los estados de necesidad y todos los elementos biomédicos, psicoafectivos y sociales que rodean a los ancianos, y así se contribuye a que las políticas de estado se encaminen a mejorar la calidad de vida de este importante sector poblacional, tan demandante de atención integral e intersectorial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Betancourt E, Írsula Betancourt L. Adulto mayor en estado de fragilidad. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 25 Oct 2013]; 14(3):0-0. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_3\\_10/san17310.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san17310.htm)
2. Alonso Galbán P, Sansó Soberats F, Díaz-Canel Navarro A, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Púb [Internet]. 2007 Ene-Mar [citado 29 Oct 2013]; 33(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Llanes Betancourt C. Curso VI. Capacidad funcional y envejecimiento sano. Maestría Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. La Habana: MINSAP; 2004.
4. Llanes Betancourt C. Evaluación funcional y anciano frágil. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2008 Abr-Jun [citado 25 Oct 2013]; 24(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192008000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Alonso Galbán P, Sansó Soberats F, Díaz-Canel Navarro A, Carrasco García M. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. Rev Cubana Salud Púb [Internet]. 2009 Abr-Jun [citado 29 Oct 2013]; 35(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Martínez Querol C, Pérez Martínez V, Roselló Leyva A, Brito Rodríguez G, Gil Benzant M. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Ene-Abr [citado 10 Nov 2013]; 21(1-2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. García Otero M, García Portela RI, Taño Lazo L. Salud funcional y enfermedades generales asociadas en ancianos. Rev Cienc Méd Pinar Río [Internet]. 2010 [citado 10 Nov 2013]; 14(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/595>
8. Mondéjar Barrios M, Sifontes Pardo L, César Ceballo G. Fragilidad en el adulto mayor. Intervención educativa sobre los cuidados en el anciano. MEDICIEGO [Internet]. 2010 [citado 10 Nov 2013]; 16(Supl.2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_supl2\\_10/articulos/t-5.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl2_10/articulos/t-5.html)
9. De León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47(3): 277-84.
10. García Otero A, Prades de la Rosa E, Fernández Quintana M, Legrà Legrà Y, Zayas Medina C. Evaluación de los estados funcional y afectivo en la población geriátrica del <http://www.revactamedicacentro.sld.cu>



área de salud "28 de Septiembre". Medisan [Internet]. 2013 Feb [citado 15 Nov 2013]; 17(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_17\\_2\\_13/san06213.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_17_2_13/san06213.htm)

11. Murillo Gayo C, Parra García de León N. El paciente geriátrico en Urgencias. En: Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 2<sup>da</sup> ed. Toledo: FISCAM; 2008. Cap. 158. p. 1223-30.
12. Álvarez Pérez E. Aspectos a dominar por el personal de enfermería ante un anciano con riesgo de caídas. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2008 Jul-Sep [citado 15 Nov 2013]; 7(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
13. Marín L PP. Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. Rev Méd Chile [Internet]. 2007 [citado 15 Nov 2013]; 135(3): 392-8. Disponible en:  
[www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034...script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-71672007000300012&script=sci_arttext)

Recibido: 6-12-13

Aprobado: 30-12-13

**Madalys Díaz Díaz.** Policlínico "Martha Abreu de Estévez". Carretera Central Km 298 La Riviera. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50100 Teléfono: (53)(42)291908. Correo Electrónico: [madalysdd@capiro.vcl.sld.cu](mailto:madalysdd@capiro.vcl.sld.cu)