



## **Factores asociados al riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo.**

**Lisandra Dayana Montero Martí<sup>1</sup>, Yuveldris Ramona Saborit Oliva<sup>2</sup>,  
Yuneidys Gómez Blanco<sup>3</sup>, Mileisy Valiño García<sup>4</sup>, Niria Zaldivar Suárez<sup>5</sup>.**

1. Residente de tercer año en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital provincial general Carlos Manuel de Céspedes. Granma, Cuba.

e-mail primer autor: lisandradayanamonteromarti@gmail.com

<sup>2</sup> Especialista de segundo grado en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital provincial general Carlos Manuel de Céspedes. Granma, Cuba.

<sup>3</sup>. Residente de tercer año en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital provincial general Carlos Manuel de Céspedes. Granma, Cuba.

4. Especialista de primer grado en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital provincial general Carlos Manuel de Céspedes. Granma, Cuba.

<sup>5</sup> Especialista de segundo grado en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital provincial general Carlos Manuel de Céspedes. Granma, Cuba.

### **Resumen**

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que el 40% de muertes por lesiones no intencionales corresponden a las caídas en adultos mayores. **Objetivo:** Identificar los factores asociados al riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, analítico, de cohorte y prospectivo, en pacientes con diagnóstico de infarto cerebral isquémico agudo que ingresaron en el hospital provincial general "Carlos Manuel de Céspedes", durante el período septiembre 2023 - septiembre 2025, la variable dependiente, riesgo de caída se evaluó mediante la escala de Berg. Se realizó regresión logística binaria.

**Resultados:** Se asociaron significativamente con un riesgo de caída: la edad  $\geq 65$  años( OR: 1,78, IC 95%:1,39-3,54), la hipertensión arterial (OR: 4,32, IC 95%:2,53-3,48 ), deterioro visual (OR: 1,84, IC 95%:1,53-6,31), presencia de barreras arquitectónicas (OR: 4,23, IC 95%:2,02-8,86), control del tronco (OR: 4,56, IC 95%:2,13-10,78), movilidad (OR: 4,85, IC 95%:2,02-11,0) y ambulación (OR: 3,47, IC 95%:2,36-7,63) afectada promedio aumenta conforme se incrementa el riesgo de



caída, existiendo una proporción equilibrada entre hombres y mujeres. **Conclusiones:** La edad  $\geq$  65 años, el miedo a caerse, el control del tronco afectado, movilidad y la ambulación afectada, constituyen factores asociados al riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo.

**Palabras claves:** infarto cerebral; caídas

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es uno de los problemas más importantes, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. A nivel mundial ocupa el segundo lugar como causa de muerte y la primera de discapacidad permanente en adultos. Siendo la tercera en Cuba superada por la cardiopatía isquémica y el cáncer, lo que determina su relevancia médica, económica y social.<sup>1</sup>

En los países desarrollados (Estados Unidos de América, Francia, Alemania e Italia) se reportan tasas de mortalidad de 61,5/100 000 habitantes y cada 53 segundos ocurre una ECV con una muerte a los 3,3 minutos.<sup>2</sup>

Cada año en Cuba se diagnostican 20 000 casos nuevos, con una tasa de mortalidad bruta de 114,1 y 12759 defunciones en el 2023, 4,8 años de vida potencialmente perdidos (AVPP). En Granma fue de 127,8 para 1045 fallecidos.<sup>3</sup>

Según estimaciones de la American Heart Association/American Stroke Association el ictus isquémico es un episodio de disfunción neurológica causado por un infarto focal cerebral, espinal o retinal. El 85 % de la enfermedad cerebrovascular corresponde al infarto cerebral isquémico.<sup>4</sup>

Actualmente a nivel internacional, las caídas se comportan como la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Al respecto se han realizado varios estudios Yang F (2021) en su intervención plantea que las probabilidades de caídas en los sobrevivientes de enfermedades cerebrovasculares son elevadas en presencia de demencia, teniendo en cuenta que la capacidad funcional motora reducida es un factor importante que contribuye al aumento del riesgo de caer.<sup>5,6</sup>

YangC (2021)<sup>7</sup> demuestra que la identificación precoz de las personas con riesgo a caer es fundamental para individualizar acciones e intervenciones preventivas. WhitneyDG(2020)<sup>8</sup> coincide con estos hallazgos, incluyendo la edad como etiología multifacética.



En Cuba existen pocas investigaciones que evalúen el valor predictivo de las caídas lo cual su detección temprana previene su ocurrencia y ayuda a optimizar su rehabilitación.<sup>8,9</sup>

**Problema científico:** ¿Cuáles son los factores asociados al riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo?.

**Hipótesis:** Las variables sociodemográficas, Comorbilidad, Clínicas, estado emocional, miedo a caerse y uso de fármacos, permiten predecir el riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo.

**Significación práctica:** diseñar estrategias de prevención de las caídas en el hogar y la comunidad, mediante modificación de las barreras arquitectónicas del entorno (asideros, características del piso) y adiestramiento en el uso de ayuda auxiliar externa. Elaborar protocolos de tratamientos neurorehabilitador basados en ejercicios de equilibrios.

**Aporte práctico:** Aportar un modelo de factores asociados al riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo.

Como objetivo: Identificar los factores asociados al riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo.

### **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio observacional, analítico de cohorte y prospectivo en pacientes con diagnóstico de infarto cerebral isquémico agudo, que ingresaron en servicio de Ictus del hospital provincial general “Carlos Manuel de Céspedes” durante el período septiembre 2023 – mayo 2025.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los adultos con diagnóstico de infarto cerebral isquémico agudo ingresados en servicio de ictus.

Para el cálculo de la muestra se aplicó el programa estadístico profesional Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados (EPIDAT) a través de las siguientes precisiones:

Proporción esperada: 50,0 %

Nivel de confianza: 95,0 %

Efecto de diseño: 1,0

Precisión absoluta: 5 %

Resultando un tamaño de muestra de 160 pacientes.

Criterios de inclusión



Adultos ≥ 18 años con diagnóstico clínico y radiológico (tomografía axial computarizada) de su primer evento de infarto cerebral isquémico.

Voluntariedad del paciente previa firma del consentimiento informado.

**Criterios de exclusión**

Gestantes.

Pacientes con antecedentes de no deambulación previo a la enfermedad cerebrovascular, por amputación o limitación articular de miembro inferior por enfermedades de origen no neurológico.

Secuela motora de origen neurológico por otras enfermedades.

Pacientes con antecedentes de deterioro cognitivo, incapacidad mental o estado de depresión.

Pacientes con caquexia por enfermedades crónicas (enfermedad renal crónica, cáncer, hepatopatías crónicas).

Pacientes con déficit sensorial visual (ceguera o debilidad visual).

**Criterios de salida de la cohorte**

Muerte.

Ictus recurrentes.

Abandono o salida voluntaria de la investigación.

Variable dependiente: Riesgo de caídas evaluada mediante la escala de Berg. Ha demostrado ser un instrumento eficaz para predecir el riesgo de caídas. Puntuación en la BBS es: a) riesgo bajo de caídas (41-56); b) riesgo medio de caídas (21-40), y c) riesgo alto de caídas (0-20) Tiempo de evaluación: los pacientes fueron evaluados, tiempo 0: evaluación inicial a los 5 días del ingreso hospitalario y a los 3 meses.

**Análisis estadístico**

Se realizó en 3 etapas: Estudio descriptivo: Para las variables cuantitativas se determinaron las medias (también se calculó la mediana por la presencia de diversas variables con valores extremos) y desviaciones estándar. Para las variables cualitativas, se calculó el  $\chi^2$  cuadrado de Pearson (prueba de independencia) y para las cuantitativas la prueba t de Student, cuando la distribución de la variable tenga una forma aceptablemente parecida a la normal o la U de Mann Whitney, cuando se observe una distribución diferente a la normal; también se determinó el nivel de significación para cada una de ellas.

Análisis bivariado. Se estudió la posible asociación entre las variables consideradas en el estudio. Para comparar los pacientes en el análisis bivariado (expuesto y no expuesto)



y ver si existían diferencias se empleó una prueba de hipótesis de Ji cuadrado y se trabajó para un valor de p menor de 0,05. La magnitud de las asociaciones se estimó mediante el cálculo de los riesgos relativos (RR) de caídas. Se obtuvieron estimaciones puntuales y por intervalo de confianza (del 95 %) de los RR. Como parte del análisis univariado, se compararon las medias de las variables cuantitativas entre los que sufrieron y los que no sufrieron caídas. El estadígrafo utilizado con este fin fue la t de Student para variables distribuidas normalmente, la prueba no paramétrica U de Mann Whitney se empleó cuando se observó una distribución diferente a la normal.

La estrategia multivariada se basó primeramente en el ajuste de un modelo de regresión logística binario, primero mediante el método "introducción" (evaluando posible interacción entre las variables) con todas aquellas que constituyeron factores asociados al riesgo de caídas en el análisis bivariado; y luego mediante el método "paso a paso hacia delante" (forward stepwise). El ajuste de la función de regresión logística se realizó por el método de máxima verosimilitud. Se aplicó también el estadístico de bondad de ajuste Ji cuadrado de Hosmer y Lemeshow.

## Resultados

La tabla 1 presenta las características demográficas y clínicas de pacientes con infarto cerebral isquémico agudo, clasificándolos según su riesgo de caída en tres grupos: bajo (n=66), medio (n=48) y alto (n=46). En cuanto a la edad, se observa que el grupo de riesgo bajo tiene mayor proporción de pacientes menores de 65 años (60,6 %), mientras que en el grupo de riesgo medio predomina la población de 65 años o más (68,8%). La distribución por sexo es similar en todos los grupos.

Respecto a la comorbilidad, la hipertensión arterial es la más frecuente en el de alto riesgo (97,8 %). Todos los pacientes presentaron un grado de gravedad inicial moderado. El deterioro visual es más prevalente en los grupos de riesgo medio (97,9 %) y alto (93,5 %). Los pacientes con movilidad afectada (54,6%) tuvieron riesgo aún mayor. El estado emocional afectado y el miedo a caerse también son más frecuentes en estos grupos, lo que sugiere una posible asociación entre el riesgo de caída y factores emocionales y perceptivos. Finalmente, el uso de fármacos es universal en todos los pacientes, mientras que la convivencia en soledad y la falta de apoyo familiar solo se reportan en el grupo de alto riesgo, aunque en baja proporción (4,3 %), tabla 2.



En cuanto a la edad, tener 65 años o más se asocia significativamente con un mayor riesgo alto de caída ( $p=0,00$ ), OR: 1,78 (IC 95 %: 1,39-3,54). El sexo no muestra una asociación significativa ( $p=0,09$ ), OR: 0,33 (IC 95 %: 0,13-2,04). La hipertensión arterial (HTA) presentó una asociación significativa ( $p=0,00$ ), OR: 4,32 (IC 95 %: 2,53-34,8). El sobrepeso u obesidad aumentan el riesgo ( $p=0,00$ , OR: 1,17; IC 95 %: 1,08-3,11) al igual que el deterioro visual ( $p=0,00$ ), OR: 1,84 (IC 95 %: 1,53-6,31). La presencia de barreras arquitectónicas, ( $p=0,00$ ), OR: 4,23 (IC 95%: 2,02-8,86). Tanto el estado emocional afectado como el miedo a caerse muestran asociaciones significativas ( $p=0,00$ ), OR: 1,11 (IC 95 %: 1,02-3,00), Tabla 3.

La presencia de déficit sensitivo motor severo se asocia significativamente con un mayor riesgo de caída ( $p=0,00$ ; OR: 1,25; IC 95%: 1,02-4,25), el control del tronco ( $p=0,00$ ; OR: 4,56; IC 95%: 2,13-10,78), la movilidad afectada ( $p=0,00$ ; OR: 4,85; IC 95%: 2,20-11,10) y la ambulación,  $p$  de 0,00, OR : 3,47 (IC 95%: 2,36-7,63), lo que sugiere que las dificultades para caminar aumentan considerablemente la probabilidad de caídas, tabla 4.

El odd ratio (OR) ajustado por las demás variables para la edad de 65 y más años fue de 2,80 (IC 95 % 2,90-12,63), miedo a caerse (OR 2,72, IC 95 % 1,76-3,75). Por último, el riesgo alto de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo se incrementa 4,68 y 3,37, 2,40 veces, si está afectado el control del tronco, movilidad y la ambulación, respectivamente, que cuando no están afectados, Tabla 5.

## Discusión

La enfermedad cerebrovascular representa una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en adultos en países desarrollados. Se ha reportado que los pacientes que sobreviven a una enfermedad cerebrovascular isquémico agudo, enfrentan numerosas complicaciones tempranas y tardías. Las caídas son una de las complicaciones más comunes, con una incidencia varía desde el 7% en la primera semana hasta el 73% en el primer año después del alta hospitalaria.<sup>10</sup>

En relación a la edad Vergara et al, (2025)<sup>11</sup> refieren que es el factor no modificable más influyente, duplicando la incidencia cada 10 años después de 55 años, dado que a partir de la edad media existen cambios en la vasculatura cerebral y aumento de la disfunción endotelial y de la multimorbilidad, así como pérdida de la protección hormonal, duplicándose este riesgo en las mujeres y permaneciendo en mayor



proporción ante el control inadecuado de morbilidades. Xu et al, (2022) <sup>12</sup> reportaron que la edad avanzada aumentó el riesgo de caídas en la población mayor, similar a lo encontrado en la presente investigación.

La revisión Moraga et al. (2025) <sup>13</sup> identificó que los adultos mayores que sufrían de caídas eran mujeres en edades avanzadas y tendencia a igualarse con los hombres a medida que avanza la edad.

Investigaciones como la de Xu et al(2022) <sup>12</sup>, así como Pinto et al,(2025) <sup>14</sup> resultan relevantes, ya que los pacientes pluripatológicos, al poseer ciertas enfermedades crónicas como afecciones neurodegenerativas, osteoarticulares, metabólicas, entre otras, son más complejos, frágiles y vulnerables a desarrollar alteración del equilibrio, movilidad, la marcha, deterioro progresivo de la cognición, trastornos en el estado de ánimo.

Santiago et al. (2020) <sup>15</sup> hallaron que uno de los factores de riesgo asociados a las caídas fue la obesidad. Djurovic et al, (2021) <sup>16</sup> encontraron en su investigación que, en el grupo de pacientes con caídas, la inestabilidad psicosomática, la ansiedad y la memoria más pobre fueron más pronunciadas.

Park et al, (2021) <sup>17</sup> reportaron que la causa intrínseca más frecuente de la caída fue la alteración del equilibrio. Con el proceso de envejecimiento son afectados el sistema visual, vestibular y somatosensorial que altera y controla el equilibrio, por lo tanto, incrementa el riesgo de sufrir caídas, además de presentar rigidez. La ambulación afectada se constituyó en la presente investigación en un factor de riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo, sobre todo cuando el paciente vive solo o su acompañante no contribuye en plenitud en esta actividad.

Por su parte, Xu et al (2022) 12 reportaron factores como la edad avanzada, la polifarmacia, la desnutrición, la fragilidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol aumentaron significativamente el riesgo de caídas; estos factores también reflejan un deterioro de la condición física. Además, las enfermedades crónicas son muy comunes en los adultos mayores, y las cardiopatías, la hipertensión, la diabetes, y la enfermedad de Parkinson se asocian con caídas

## Conclusiones



La edad ≥ 65 años, el miedo a caerse, el control del tronco afectado y la ambulación afectada, se constituyeron en los factores asociados al riesgo de caídas en pacientes con infarto cerebral isquémico agudo.

## Bibliografía

1. Rodríguez-Pino A, Álvarez-Guerra-González E, Muñiz-Casas IC, Montesinos-Rodríguez R, Gutiérrez-Escarrás Y, Echegoyen-López O. Influence of prognostic factors in the rehabilitation of geriatric patients with ischemic ictus. *AMC* [Internet]. 2021 Feb [citado 2023 Jun 21]; 25(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552021000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000100008&lng=es)
2. Sociedad Latinoamericana de Hipertensión. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2021. [citado 2023 Jun 21]; 16(5). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170271860003>
3. BessConstanten S, Alonso Alomá I, Torres Vidal RM, López Nistal LM, Sánchez Sordo E, Martínez Morales MA, et al. Anuario Estadístico de Salud 2023. 49 ed. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2021. p. 206. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba>
4. Pérez Rodríguez J, Álvarez Velázquez LL, Islas Hernández H, Rivera Alonso E. Factores de riesgo de enfermedades cerebro vasculares en adultos mayores de un consultorio médico de familia. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2022 [citado 2023 Jun. 21]; 23(6):949–56. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4072>
5. Sánchez Pando Y, Sánchez Núñez R, Lugo Bencomo Y. Mortalidad por accidentes cerebrovasculares en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2020 [citado 2020 Mar 2]; 24(1):e4188. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4188/4098>
6. Yang F, Lees J, Simpkis C, Butler A. Interventions for preventing falls in people post-stroke: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Gait Posture* [Internet]. 2021 [citado el 1 de agosto de 2023]; 84:377–88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476831>
7. Yang C, Ghaedi B, Campbell TM, Rutkowski N, Finestone H. Predicting falls using the Stroke Assessment of Fall Risk tool. *PM R* [Internet]. 2021 [citado el 1 de agosto del 2023]; 13(3):274–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32515060>
8. Whitney DG, Dutt-Mazumder A, Peterson MD, Krishnan C. Fall risk in stroke survivors: Effects of stroke plus dementia and reduced motor functional capacity. *J*



Neurol Sci [Internet]. 2020 [citado el 1 de agosto de 2023]; 401:95-100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31075685>

9. Martínez Pizarro S. Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 2023 Jun. 20]; 33(1):27-31. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2022000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100007&lng=es)

10. Hussain N, Hansson P-O, Persson CU. Prediction of fear of falling at 6 months after stroke based on 279 individuals from the Fall Study of Gothenburg. Sci Rep [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 1]; 11(1):13503. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34188105>

11. Vergara JP, Vera Vega O, Duran JP, Palacios Sánchez E, Gómez López A, Paba Gómez C. Caracterización del ataque cerebrovascular isquémico agudo en el servicio de urgencias. Report Med Cir. [Internet]. 2023 Oct 18 [cited 2025 Jun 30]; 32(3):253-60. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1067>

12. Xu Q, Ou X, Li J. The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. Front Public Health. [Internet]. 2022. [cited 2025 Jun 30]; 10:902599. Doi: [10.3389/fpubh.2022.902599](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.902599).

13. Moraga Espinoza C, Toloza Torres L, Hernández Osses M. Enfermedades, factores asociados a riesgo de caídas y sus consecuencias en el adulto mayor. RCMFR [Internet]. 2024.[cited 2025 Jun 30]; 16. Disponible en: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/899>

14. Pinto Morillo JR, Muñoz Ávila DS, Niño Linarez MA, Pérez Pérez DE, Mogollón Rodríguez E, Rivero B, et al. Riesgo de caída y factores predisponentes en adultos mayores. SAC-REVE. [Internet]. 2025. [cited 2025 Jun 30]; 18(1):21-32. Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/5239>

15. 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. . [Internet]. 2019. [cited 2025 Jun 30]; 10(1):e621. Disponible en: [10.15649/cuidarte.v10i1.621](https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.621)

16. Djurovic O, Mihaljevic O, Radovanovic S, Kostic S, Vukicevic M, Brkic BG, et al. Risk Factors Related to Falling in Patients after Stroke. Iran J Public Health. . [Internet]. 2021. [cited 2025 Jun 30]; Sep, 50(9):1832-41. Disponible en: [10.18502/ijph.v50i9.7056](https://doi.org/10.18502/ijph.v50i9.7056).

17. Park S, Cho OH. Fear of falling and related factors during everyday activities in patients with chronic stroke. Appl Nurs Res. [Internet]. 2021. [cited 2025 Jun 30]; 62:151492. Disponible en: [10.1016/j.apnr.2021.151492](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151492).



Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto. No existe conflicto de intereses.

## Anexos

Tabla 1. Características demográficas de pacientes con infarto cerebral isquémico agudo según riesgo de caída

Variables	Riesgo de caída			
	Bajo	Medio	Alto	
	No (%)	No (%)	No (%)	
	N=66	N=48	N=46	
Edad	<65 >=65	40 (60,6) 26 (39,4)	15 (31,2) 33 (68,8)	25 (54,3) 21 (45,7)
Edad años, media (desviación estándar)		61,23 (13,7)	69,1 (11,5)	66,28 (11,6)
Sexo	Femenino Masculino	33 (50,0) 33 (50,0)	25 (52,1) 23 (47,9)	23 (50,0) 23 (50,0)
Convivencia (Solo)		-	-	2 (4,3)
Sin apoyo familiar		-	-	2 (4,3)
Barreras Arquitectónicas		66 (41,2)	48 (30)	46(28,7)

Tabla 2. Características clínicas de pacientes con infarto cerebral isquémico agudo según riesgo de caída.

Variables	Riesgo de caída
-----------	-----------------



		Bajo	Medio	Alto
		No (%)	No (%)	No (%)
		N=66	N=48	N=46
Comorbilidad (Sí)	HTA	60 (90,9)	44 (91,7)	45 (97,8)
	Diabetes Mellitus	12 (18,2)	12 (25,0)	8 (17,4)
	Fibrilación A	10 (15,2)	9 (18,7)	5 (10,9)
	Obeso/sobrepe so	29 (43,9)	26 (54,2)	23 (50,0)
Deterioro visual (Sí)		54 (81,8)	47 (97,9)	43 (93,5)
Gravedad inicial (Moderado)		66 (100)	48 (100)	46 (100)
Localización y extensión de la lesión	TACI	53 (80,3)	33 (68,7)	35 (76,1)
	POCI	12 (18,2)	12 (25,0)	6 (13,0)
	PACI	-	1 (2,1)	2 (4,3)
	LACI	1 (1,5)	2 (4,2)	2 (4,3)
Movilidad (Afectada)		12 (18,2)	24 (31,1)	42 (54,6)
Dominancia	Derecha	57(35,6)	38(23,7)	40 (25)
	Izquierda	9(5,6)	10(6,2)	6(3,75)
Lateralidad	Derecha	40(25)	34(21,2)	37(23,1)
	Izquierda	26(16,2)	14(8,75)	9(5,6)
Estado emocional (Afectado)		-	31 (64,6)	24 (52,2)
Miedo a caerse (Sí)		1 (1,5)	31 (64,6)	24 (52,2)
Uso de fármacos (Sí)		66 (100)	48 (100)	46 (100)

Tabla 3. Resultado del análisis bivariado. Variables demográficas y clínicas.



Variables		Riesgo de caída		p-valor <sup>1</sup>	OR (IC 95 %)
		Bajo+Medio	Alto		
		No (%) N=114	No (%) N=46		
Edad	<65 >=65	55 (48,2) 59 (51,8)	25 (54,3) 21 (45,7)	0,00	1,78 (1,39,3.54)
Sexo	Femenino Masculino	58 (50,9) 56 (49,1)	23 (50,0) 23 (50,0)	0,09	0,33 (0,13- 2,04)
Comorbilidad (Sí)	HTA Diabetes Mellitus Fibrilación A Obeso/sobrepe- so	104 (91,2) 24 (21,1) 19 (16,7) 55 (48,2)	45 (97,8) 8 (17,4) 5 (10,9) 23 (50,0)	0,00 0,08 0,10 0,00	4,32 (2,53- 34,8) 0,78 (0,33- 1,88) 0,60 (0,22- 1,69) 1,17 (1,08- 3,11)
Deterioro visual (Sí)		101 (88,6)	43 (93,5)	0,00	1,84 (1,53- 6,31)
Estado emocional (Afectado)		59 (51,8)	24 (52,2)	0,00	1,11 (1,02- 3,00)
Barreras Arquitectónicas		114(71,2)	46(28,7)	0,00	4,23 (2,02- 8,86)
Miedo a caerse (Sí)		59 (51,8)	24 (52,2)	0,00	1,11 (1,02- 3,00)



<sup>1</sup>Prueba de chi al cuadrado de independencia

Tabla 4. Resultado del análisis bivariado. Variables clínicas.

Variables	Riesgo de caídas		p-valor <sup>1</sup>	OR (IC 95 %)
	Bajo+Medio	Alto		
	No (%)	No (%)		
	N=114		N=46	
Dominancia	Derecha	95 (83,3)	40 (87,09)	0,12 0,52 (0,36- 2,56)
	Izquierda	19 (16,7)	6 (13,09)	
Lateralidad	Derecha	74 (64,9)	37 (80,4)	0,09 0,89 (0,45- 3,25)
	Izquierda	40 (35,1)	9 (19,6)	
	Leve	73 (64,0)	3 (6,5)	
Déficit sensitivo motor	Moderado	40 (35,1)	28 (60,9)	
	Severo	1 (0,9)	15 (32,6)	0,00 1,25 (1,02- 4,25)
Control del tronco (afectado)		1 (0,9)	20 (43,5)	0,00 4,56 (2,13- 10,78)
Movilidad (Afectada)		35 (45,4)	42(54,6)	0,00 4,85(2,20 - 11,10)
Ambulación afectada		36 (31,6)	43 (93,5)	0,00 3,47 (2,36- 7,63)

<sup>1</sup>Prueba de chi al cuadrado de independencia

Tabla 5. Modelo de regresión logística multivariada. Resultados del ajuste del modelo.

Variables	Wald	Sig.	Exp (β) *	IC (95 %)
				Inf. Sup.



Edad >= 65 años	0,00	2,80	2,90	12,63
Miedo a caerse	0,00	2,72	1,76	3,75
Control del tronco (afectado)	0,00	4,68	2,77	10,01
Ambulación afectada	0,00	3,37	1,68	9,25
Movilidad (Afectada)	0,00	2,40	2,20	11,10
Constante				

\*OR ajustado por las demás variables

Bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow p=0,531

R-cuadrado de Nagelkerke=0,542