

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**VALORACIÓN DEL RIESGO Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2016**

TESIS

PRESENTADO POR LA BACHILLER

DE LA CRUZ ARCOS DEYSA JAKQUELINE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ICA - PERÚ

2017

ASESORA: Mg. CARMEN EMILIA BENDEZÚ SARCINES

AGRADECIMIENTO

- Quiero agradecer a Dios y a mi familia, a mis padres porque con su ejemplo han hecho de mí una persona de bien.

- A mi Alma Mater la Universidad Privada San Juan Bautista y a la Escuela Profesional de Enfermería, quienes me albergaron en sus aulas durante los años de mi formación profesional.

- A los adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza, quienes participaron en la investigación.

- A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería quienes siempre nos inculcaron valores y amor por nuestra profesión.

- A mi asesora por su orientación en la ejecución del trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo y amor incondicional por haberme guiado en los buenos y malos momentos de mi vida, haciendo de mí una persona de bien.

RESUMEN

Por diversas causas existen pacientes con mayor probabilidad de sufrir daño a causa de las caídas, por lo que el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de realizar una valoración adecuada para identificar los riesgos. El objetivo es determinar la valoración del riesgo y actividades de enfermería en la prevención de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica noviembre 2016. La investigación es cuantitativa, descriptiva, no experimental y transversal. La población-muestra está conformada por 75 adultos mayores, seleccionados de manera no probabilística por conveniencia. Técnica: la entrevista, instrumento una guía de entrevista estructurada. Resultados: Respecto a los datos generales, según la edad se obtiene que el 30.67% (23) pacientes tienen de 70 a 74 años y más de 74 años respectivamente, el 56% (42) son de sexo femenino y el 45.33% (34) tienen de 3 a 5 días de hospitalización. Respecto a la primera variable según la Escala de Downton, el 100% (75) de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza, el 83% (62) presentan alto riesgo y el 17% (13) tiene mediano riesgo de caídas, no habiendo pacientes con bajo riesgo de caídas. Respecto a la segunda variable actividades de enfermería en la prevención de caídas el 78.70% (59) registra la contención mecánica, el 77.30% (58), registra si puede deambular, el 73.30% (55) informa al familiar sobre el riesgo de caídas; el 68% (51) no registra valoración de Downton, el 62.7% (47) no deja constancia de barandas levantadas, el 61.30% (46) no registra consentimiento informado respecto a la sujeción y el 50.70% (38) no indica mantener los frenos activados. Según resultado global, el 88% (66) profesionales de enfermería lo realiza adecuadamente y el 12% (9) profesionales de enfermería lo realiza de manera inadecuada. Conclusiones: El riesgo de caídas es de alto riesgo y las actividades de enfermería son adecuadas, por lo tanto, se acepta la hipótesis derivada 1 y se rechaza la hipótesis derivada 2.

Palabras clave: Adulto mayor, riesgo, caídas, prevención de caídas.

ABSTRACT

For various reasons, there are patients who are more likely to suffer damage due to falls, so the nurse has the responsibility to make an adequate assessment to identify the risks. The objective is to determine the assessment of risk and nursing activities in the prevention of falls in patients of the Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica medical service in November 2016. The research is quantitative, descriptive, non-experimental and transversal. The sample population is made up of 75 older adults, selected in a non-probabilistic manner for convenience. Technique: the interview, instrument a structured interview guide. Results: Regarding the general data, according to age, it is obtained that 30.67% (23) patients are from 70 to 74 years old and more than 74 years old respectively, 56% (42) are female and 45.33% (34)) have 3 to 5 days of hospitalization. Regarding the first variable according to the Downton Scale, that of 100% (75) of patients hospitalized in the medical service of the Augusto Hernández Mendoza Hospital, 83% (62) present high risk and 17% (13) have medium risk of falls, there being no patients with low risk of falls. Regarding the second variable nursing activities in the prevention of falls 78.70% (59) recorded mechanical containment, 77.30% (58), registered if you can wander, 73.30% (55) informed the family about the risk of falls ; 68% (51) does not register a Downton valuation, 62.7% (47) does not record any raised handrails, 61.30% (46) does not register informed consent with respect to restraint, and 50.70% (38) does not indicate maintaining the brakes activated. According to a global result, 88% (66) of nursing professionals do it properly and 12% (9) of nursing professionals perform it in an inadequate manner. Conclusions: The risk of falls is high risk and the nursing activities are adequate, therefore, the derived hypothesis 1 is accepted and the derived hypothesis is rejected 2.

Key words: Elderly, risk, falls, prevention of falls.

PRESENTACIÓN

Los adultos mayores en los centros de salud están expuestos a caídas por causas extrínsecas o intrínsecas propias de la edad, trayendo como consecuencia el deterioro de la calidad de salud del adulto mayor y muchas veces la muerte, por lo que es necesario una valoración y prevención en los centros hospitalarios.

El objetivo es determinar la valoración del riesgo y actividades de enfermería en la prevención de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica noviembre 2017.

La investigación se justifica desde el aspecto práctico y metodológico, pues el profesional de enfermería dentro de su labor asistencial debe proporcionar cuidados de calidad al paciente hospitalizado previniendo toda situación que ponga en riesgo la salud de los mismos y se convierta posterior en un problema legal para el profesional.

Los resultados han de ser útiles para identificar los factores que conllevan a las caídas de los adultos mayores. Igualmente se procura que, en la atención del adulto mayor, se aplique el paquete de salud integral que está normado por el Ministerio de Salud (MINSA), de esta manera el profesional tendrá la oportunidad de identificar aquellos factores de riesgo de caídas, intervenir oportunamente con actividades preventivas.

El trabajo consta de cinco capítulos, Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación del problema y propósito. Capítulo II: Presenta los antecedentes, la base teórica, la hipótesis, las variables de estudio, y la definición operacional; Capítulo III: Metodología de la investigación incluye tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, diseño, el procesamiento y análisis de datos; Capítulo IV: Análisis de los resultados. Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
PRESENTACIÓN.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
I.c. OBJETIVOS	
I.c.1.GENERAL.....	15
I.c.2.ESPECÍFICO.....	15
I.d. JUSTIFICACIÓN.....	15
I.e. PROPÓSITO.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	17
II.b. BASE TEÓRICA	20
II.c. HIPÓTESIS.....	41
II:D. VARIABLES.....	42
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS....	42

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III.a. TIPO DE ESTUDIO.....	43
III.b. ÁREA DE ESTUDIO.....	43
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS.....	44
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. RESULTADOS.....	46
IV.b. DISCUSIÓN.....	51
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a. CONCLUSIONES.....	55
V.b. RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	65

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	N° Pág.
1	DATOS GENERALES DE PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2016.	46
2	VALORACIÓN DEL RIESGO SEGÚN ESCALA DE DOWNTON EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2016.	75
3	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2016.	76
4	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA SEGÚN RESULTADO GLOBAL EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2016.	77

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	N° Pág.
1	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN ESCALA DE DOWNTON EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA.	47
2	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2016.	48
3	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA SEGÚN RESULTADO GLOBAL EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2016.	50

LISTA DE ANEXOS

N°	TITULO	N° Pág.
ANEXO N°1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	66
ANEXO N°2	INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	68
ANEXO N°3	TABLA DE CODIFICACIÓN.	70
ANEXO N°4	TABLA MATRIZ.	71
ANEXO N°5	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES.	75
ANEXO N°6	CONSENTIMIENTO INFORMADO	78

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I. a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A nivel mundial, la caída es un problema de salud. “Según expone la OMS se calcula que anualmente se producen 424 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales”, cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica. La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años “la prevalencia de caídas en el adulto mayor varía del 30 al 50% con una incidencia anual de 25 a 35%. Del 10 al 25% de las caídas en el adulto mayor provocan fracturas, 5% requiere hospitalización”.¹

Según el informe de la Organización Mundial de Salud (OMS), “las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica”.

La OMS reporta que “cerca de un 40% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos en todo el mundo debido a las caídas corresponden a los niños, pero es posible que este parámetro no refleje con exactitud el impacto de las discapacidades relacionadas con las caídas en las personas mayores, que tienen menos años de vida que perder”.²

Según datos de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de México, el 2015 muestran que “de las 24,063 personas entrevistadas (el 62 % fueron mujeres) la prevalencia de caídas durante el último año fue mayor en mujeres (28.5 %) que en

hombres (18.1 %). La prevalencia de caídas incrementa por quinquenio de edad de forma gradual transitando del 19.3% en personas de 60 a 64 años hasta llegar al 33.2 % en personas de 85 y más años”.³

El 30% de las caídas en ancianos ocasionan lesiones que van desde leves a graves, las cuales incluyen fracturas, lesiones en tejidos blandos y cabeza; 1 de cada 5 ancianos que sufre caída requiere atención médica; la fractura de cadera es la lesión por caída más frecuente y de ellos, el 15% muere en el hospital y un tercio no sobrevive al año de la caída.⁴

En el Perú, “las caídas son también una condición frecuente; el 33,3% de los pacientes que acude al consultorio externo de un hospital general refiere al menos una caída en el último año y se reporta como antecedente en el 39,7% de los pacientes hospitalizados”.⁵

Aunque la mayoría de caídas que padecen los adultos mayores se producen en el hogar o la comunidad, los hospitales no están fuera de esta situación, pues existe situaciones en que los adultos mayores hospitalizados están expuestos también a sufrir una caída, mas aún si existen factores asociados como la ingesta de medicamentos, problemas neuromusculares, de la visión, auditivos, de la marcha, entre otros.

En el transcurrir de las prácticas profesionales y el internado hospitalario, se han observado situaciones que se traducen en riesgo de caída para el paciente, muchos de ellos siendo factores propios del paciente y otros del entorno o medio que lo rodea.

Existen instrumentos para que el profesional de enfermería realice una valoración adecuada del riesgo de caídas del adulto mayor, así como de instrumentos para prevenirlas y no son empleadas en la

labor asistencial, es que nace la inquietud de estudiar al respecto, llegando a formular la siguiente interrogante:

I. b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la valoración del riesgo y actividades de enfermería en la prevención de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica noviembre 2016?

I. c. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar la valoración del riesgo y actividades de enfermería en la prevención de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica noviembre 2016.

Objetivo específico 1: Valorar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza, de acuerdo a:

- Criterios de la escala de Downton.

Objetivo específico 2: Identificar las actividades de enfermería en la prevención de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza, de acuerdo a:

- Criterios para prevenir caídas y sujeción.

I. d. JUSTIFICACIÓN:

La investigación se justifica desde el aspecto práctico y metodológico, pues el profesional de enfermería dentro de su labor asistencial debe proporcionar cuidados de calidad al paciente hospitalizado previniendo toda situación que ponga en riesgo la salud de los mismos y se convierta posterior en un problema legal para el profesional.

En el aspecto metodológico se estará incentivando al uso de los instrumentos de valoración del riesgo de caídas y aplicación de instrumentos para prevenirlas, los mismos que se han empleado en la investigación.

La investigación igualmente tendrá un aporte práctico, porque se estará contribuyendo con información importante para que los cuidados del profesional de enfermería, se realicen en base a las actividades tendientes a la prevención de caídas del paciente hospitalizado, de igual modo se utilizará la información para que el familiar sea partícipe también en la protección y prevención de caídas del adulto mayor.

I. e. PROPÓSITO:

Los hallazgos que se obtengan, serán empleados con el fin de incentivar el uso de los instrumentos de valoración de los pacientes durante la atención hospitalaria de los mismos, se pretende dar a conocer al Departamento de Enfermería de la institución, la necesidad de instaurar medidas que protejan la salud de los adultos mayores y además redunde en la protección legal del profesional.

Se espera que los instrumentos utilizados en la investigación, sean empleados en investigaciones futuras en otras instituciones hospitalarias, ya que son instrumentos validados y pueden generalizarse en toda institución donde existan adultos mayores expuestos a riesgo de caídas.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

II. a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Bailón M, Pilligua J. En los años 2012-2013 realizaron una investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal con el objetivo de valorar la **IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS QUE INFLUYEN EN LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS. “CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR” SANTA ELENA. ECUADOR.** La muestra es de 60 adultos mayores con algún síndrome Geriátrico en el Centro de Atención Integral en Santa Elena, para lo cual se aplica la técnica de la encuesta a través de un cuestionario de preguntas. Resultados: “se aprecia que los factores encontrados son: biológico (enfermedades 32%), psicológico (pérdida de la memoria 70%) y social (convivencia 44%) los que influye en el adulto mayor, y el Gran Síndrome geriátrico que prevalece en el Adulto Mayor es el síndrome de caídas con un porcentaje de 44%. Las conclusiones a las que se llegó es que se pudo evidenciar que los Síndromes geriátricos afectan a los adultos mayores mediante los factores de riesgos que inciden en ellos por lo que se recomienda proporcionar los cuidados necesarios para así mejorar el estilo de vida del Adulto Mayor”.⁶

García-Huete M. y cols. En el año 2013 realizaron una investigación retrospectiva con el objetivo de evaluar la evolución de **LAS CAIDAS HOSPITALARIAS, ESTRATEGIA DE MEJORA PARA DISMINUIR SU INCIDENCIA. MADRID.** Metodología: Se ha hecho un análisis de todas las caídas registradas entre 2008-2013 para determinar la evolución de estas y describir las medidas implantadas a partir de la historia clínica electrónica en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. Se ha estimado la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados y se ha estudiado la evolución con el test de Chi cuadrado. Resultados: “Se produjeron 445 caídas registradas en total. El 2009 es el año en el que se produjeron más caídas con 86

caídas en 15.819 pacientes dados de alta (0,55%) descendiendo hasta el 2013 a 55 caídas en los 15.052 pacientes dados de alta (0,37%). Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa. Conclusión: La implantación de la valoración al ingreso sobre el riesgo de caídas ha servido para identificar los factores de riesgo de forma individualizada, así como el recordatorio y alertas ayudan al personal de enfermería a considerar la prevención de las caídas como un acto rutinario y que se tomen medidas en los pacientes más vulnerables”.⁷

De Freitas M, Goes M, Lucena A. En el año 2012 realizaron una investigación con el objetivo de identificar la **PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RIESGO DE CAÍDAS: PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. PORTO ALEGRE BRASIL.** Metodología: Investigación transversal. Resultados: “la prevalencia del Diagnóstico de Enfermería (DE) Riesgo de caídas fue de 4%. El perfil de los pacientes apuntó para ancianos, género masculino (57%), internados en las unidades clínicas (63,2%), con tiempo mediano de internación de 20 (10-24) días, portadores de enfermedades neurológicas (26%), cardiovasculares (74,1%) y varias enfermedades concomitantes (3±1,8). Los factores de riesgo prevalentes fueron: alteración neurológica (43,1%), movilidad perjudicada (35,6%) y extremos de edad (10,3%)”.⁸

Fernández S, Huallanca K. En el año 2017 realizaron una investigación de revisión sistemática observacional y retrospectiva con el objetivo de establecer los **FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS QUE DETERMINAN LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR. PERÚ.** Material y métodos: la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación de Jover para identificar su grado de evidencia. Resultados: “En la selección definitiva se eligieron 09 artículos, encontramos que el 33.3% (03)

corresponden a México, con un 22.2% (02) encontramos a España y Cuba respectivamente; mientras que con un 11.1% (01) encontramos a Brasil y Perú. Han sido motivo de estudio una revisión sistemática de España y un estudio de Cohorte perteneciente a Brasil con un 11.1%. Un 33.3% son estudios de Casos y controles de los países de España, México y Cuba. Por último los estudios descriptivos, con un 44.4%, de los países de Cuba, México y Perú. Conclusiones: Se evidenció en las investigaciones revisadas que los factores de riesgo intrínsecos asociados a caídas corresponden a un 90%; siendo la edad mayor a 80 años, la alteración de la marcha, las alteraciones físicas como funcionales y cognitivas, el miedo a caer por antecedentes y la enfermedad vascular; los principales. Y como factor extrínseco 10%, se asoció al riesgo de caer a los pisos resbaladizos y la infraestructura del hogar como principales factores”.⁹

Quiñonez J. En el año 2016 realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal, con el objetivo de estimar el **RIESGO DE CAÍDAS EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO DE LA POLICÍA SAN JOSÉ. PERÚ**. Materiales y método: Diseño de estudio sin intervención y observacional. Resultados: “Se entrevistó a 120 personas adultos mayores, del cual el 63,3% es de sexo femenino y 36,7% sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 76,8 años, el 70% presentan un riesgo alto de caída, y un 30% riesgo bajo; el nivel de riesgo de caída según grupo de edad son de mayores porcentajes: en riesgo bajo con 58,3% al grupo de 60 a 71 años, en el riesgo alto con 42,9% al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de edad de 93 a 102 años no hay riesgo de caída bajo; los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%”. Conclusiones: Se concluye que el nivel de riesgo de caídas del adulto mayor es de alto riesgo

en el Hospital Geriátrico de la Policía “San José” enero 2017. Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los déficits sensoriales.¹⁰

Es necesario recurrir a investigaciones previas respecto al tema estudiado, pues los antecedentes se convierten en información importante para guiar el trabajo en el aspecto metodológico haciendo uso de instrumentos validados que puedan aportar a la investigación; los estudios previos son empleados también para fortalecer la hipótesis de la investigación, así como utilizarlos en la discusión a través de resultados comparativos, los antecedentes muestran como resultados que existe porcentajes significativos de riesgo de caídas, información que refuerza los resultados de la investigación en la que se ha obtenido alto riesgo de caídas en los adultos mayores hospitalizados, también recomiendan la implantación de la valoración al ingreso del paciente para identificar los factores de riesgo de forma individualizada y que se tomen medidas en los pacientes más vulnerables .

II. b. BASE TEÓRICA:

RIESGO DE CAÍDAS

Caídas:

La OMS, define las caídas como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son”.

Riesgo de caídas:

La OMS citado por Balbás V, Gómez A., define el riesgo de caídas como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al

paciente al suelo en contra de su voluntad, suele ser repentina e involuntaria”.¹¹

Paciente con riesgo de caídas:

Los pacientes con riesgo de caída “son aquellos que, por diversos factores, como el estado de salud, la conducta y la actividad, tienen mayor probabilidad de sufrir un daño al caerse. Es importante saber que todas las caídas pueden ser prevenidas o minimizadas siempre que se identifiquen los factores de riesgo asociados al paciente y su entorno”.

“En un hospital o clínica, el personal de enfermería es el encargado de velar por la salud del paciente y vigilar que no ocurra ningún riesgo. Sin embargo, cuando éste se encuentra en casa son los familiares los responsables de su cuidado”.¹²

No obstante, las caídas sobrellevan un riesgo de lesión en todas las personas, la edad, sexo y estado de salud pueden intervenir en el tipo de lesión y su gravedad.

Clasificación de caídas:

- **Caída accidental:** “Es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ejem: tropiezo) y que no vuelve a repetirse”.
- **Caída repetida:** “Expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc”.
- **Caída prolongada:** Es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. “Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante”.¹³

Un indicador de la calidad de los cuidados de enfermería, es la prevención de caídas, realizándose un monitoreo continuo a través de los programas de calidad existentes en los centros hospitalarios.

Aunque todos los pacientes tienen, en alguna medida, riesgo de caerse durante su estancia hospitalaria, “existen múltiples factores asociados al aumento del riesgo que sería necesario detectar a través de instrumentos de evaluación, que identifique al paciente de alto riesgo y así poder reducir el número de caídas en el hospital”. El protocolo describe los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos más habituales en los pacientes hospitalizados.¹⁴

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS:

Según el Ministerio de Salud del Perú “La Seguridad del paciente es una línea de trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad que a la actualidad viene cobrando gran importancia debido a sus implicancias en la satisfacción del usuario, satisfacción del personal de salud, ahorro de gasto innecesario para la institución y prevención de problemas de orden legal”.¹⁵

En la evaluación inicial se identifican todos los factores de riesgo respecto a las caídas. Para ello es necesario la aplicación de escalas para valorar e identificar a los usuarios que tengan riesgo de caer.

Para fines del estudio, se hizo uso de la escala de valoración de Downton indicada por el Ministerio de Salud, donde considera cinco criterios que están relacionados con el riesgo que el paciente tiene a sufrir una caída y estos son: Caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y marcha o deambulación.

Caídas previas:

Las caídas generan miedo a caer nuevamente o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza, aislamiento e incluso,

agresividad. “Más de la mitad de los ancianos que caen, admiten vivir con el temor de una segunda caída y una cuarta parte reconoce que debido al miedo a caer se han hecho dependientes para bañarse y vestirse”. También los familiares a menudo reaccionan con ansiedad, otras veces esta reacción termina con la institucionalización del anciano.¹⁶

Según la Escala de Downton, se asigna 1 punto cuando el paciente ha presentado una caída al momento de su ingreso al hospital o en los últimos tres meses, en caso de que el paciente no haya sufrido de caídas, se le asigna la puntuación de cero “0”.

Por ello es importante conocer antecedentes de caídas previas e indagar y actuar sobre los factores que desencadenan o desencadenaron la caída.

Medicamentos:

Por lo general este grupo etéreo toma varios tipos de medicación como “antihipertensivos, diuréticos, laxantes y enemas, antidepresivos o ansiolíticos, hipoglucemiantes, betabloqueadores, antiarrítmicos, que pese a no ser precursores de las caídas aumentan el riesgo de sufrirlas cuando se suman a uno o varios de los factores de riesgo”. No obstante, el no tomarlos conlleva un riesgo mucho mayor e inmediato para la salud.¹⁷

Considerando la escala de Downton, se considera 1 punto cuando el paciente toma algún medicamento que va a influir en su estado de alerta, tales como: sedantes o tranquilizantes, diuréticos, hipotensores, anti parkinsonianos, hipoglucemiantes, en caso no ingiera medicamento se considera cero “0”.

Por lo que el profesional de enfermería debe observar los efectos que ocasionan los medicamentos y educar a la familia y al paciente acerca de las acciones adversas que puedan presentar.

Déficit sensorial:

Es la “afección total o parcial de la función visual, auditiva, gustativa y olfatoria, que además de limitar uno o más sentidos, genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social, con repercusión directa en la independencia y la calidad de vida”.¹⁸

Las deficiencias en la visión y audición deben ser considerados como síndromes geriátricos porque trascienden en todos los mecanismos de la esfera bio-psicosocial, y limita la labor del adulto mayor, tanto en las actividades básicas y las instrumentales de la vida diaria, transformándolo en un ser dependiente, disminuyendo su capacidad motriz e incrementando los riesgos de accidentes en casa con posibles caídas.

Teniendo en consideración lo mencionado anteriormente, es necesario que el profesional de enfermería realice constantemente la valoración del déficit sensorial de las personas hospitalizadas, pues se convierte en factor de riesgo de las caídas. Es necesario ayudar al paciente a que lleve correctamente sus prótesis, audífonos o lentes, si es posible ayudarles a que se lo coloquen.

Según la Escala de Downton, se considera 1 si presenta algún tipo de déficit sensorial y 0 (cero) cuando no lo presenta.

Estado mental:

Existen diferentes fases de estado mental de una persona y estos pueden ser:

- **Agitado:** “Fases de agitación de forma brusca e intermitente, agitación de forma permanente, agitación acompañada o no de desorientación o pérdida de conciencia”.

- **Confuso y desorientado severo:** “Perturbación de la memoria de forma permanente y perturbación de la orientación de forma permanente en lugar, tiempo y espacio”.
- **Confuso y desorientado leve:** “Perturbación de la memoria de forma intermitente, perturbación de la orientación de forma intermitente en lugar, tiempo y espacio”.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pueden determinar los niveles de compromiso de conciencia:

- **Lucidez.** Estado de plena alerta. “Corresponde a la persona normal, que es capaz de mantener una conversación y dar respuestas atinentes a las preguntas que se le formulan”.
- **Somnolencia.** “El paciente impresiona durmiendo pero al llamarlo por su nombre o hablarle en voz más fuerte abre los ojos, mira al examinador, responde preguntas y luego nuevamente sigue durmiendo”.
- **Obnubilación.** “Ya es necesario tocar o agitar al paciente, como tratando de despertarlo. Ante esto, abre los ojos, mira al examinador, pero responde lentamente y está algo desorientado” (confuso). No muestra interés en el medio ambiente.
- **Sopor.** “Es una etapa más avanzada de compromiso cuantitativo de conciencia”. Para obtener respuestas es necesario aplicar estímulos dolorosos. “Las respuestas verbales son lentas o, incluso, ausentes. No tiene conciencia de sí mismo ni del ambiente”.
- **Coma.** “Es el nivel más avanzado de compromiso cuantitativo de conciencia. En esta etapa no es posible obtener respuestas ni siquiera aplicando estímulos dolorosos”. Algunas reacciones que se pueden presentar, son, en realidad, reflejos (por ejemplo, reacciones de descerebración). Los signos vitales se mantienen.¹⁹

La Escala de Downton considera 0 (cero) cuando el paciente está orientado y 1 cuando hay presencia de alguna alteración mental.

Deambulación:

La mayor parte de las personas aprende a andar tan pronto y tan bien que no presta mayor atención a los detalles de la deambulación que la que pueda prestar por ejemplo al simple acto respiratorio.

“Por desgracia, el proceso de envejecimiento hace que el andar requiera un mayor esfuerzo y los problemas de la deambulación, inducidos por las enfermedades, el sedentarismo, los efectos colaterales de los fármacos o el deterioro fisiológico, pueden reducir la movilidad y conducir a la inactividad, a la falta de autonomía motora y a las caídas”.

Pero, los adultos mayores con un estado de salud adecuado y que han tenido actividad durante toda su vida, tienden a envejecer solo presentando pequeños cambios al deambular; sus movimientos se enlentecen, el paso se hace más corto, así como los movimientos de los brazos y de los pies. “Estos cambios fisiológicos se registran de forma gradual y resultan difícilmente reconocibles. No obstante, la posibilidad de efectuar una diferenciación entre cambios fisiológicos y grave problema deambulatorio es lo que precisamente permite al médico actuar a tiempo a través de la fisioterapia o a través de un programa de ejercicio físico y, si fuera posible, frenar el declinar de la movilidad”.

La forma normal de andar se halla en realidad constituida por una serie de caídas controladas. “El baricentro del individuo se desplaza hacia delante en el momento en el que el pie posterior se levanta del suelo; el cuerpo se mantiene inestable hasta que el miembro acaba su desplazamiento hacia delante y el pie es de nuevo apoyado en el suelo”. Por lo general, la serie de movimientos complejos de la

cadera, rodilla, tobillo y pie, así como los movimientos asociados del resto del cuerpo, son actividades inconscientes.

“Por otro lado, existen ciertas modificaciones específicas de la deambulaci3n que se observan en los pacientes m3s ancianos, como son por ejemplo las que afectan a la fuerza muscular y que son atribuibles a la inactividad m3s que al propio envejecimiento”.

La disminuci3n de la masa muscular y la falta de actividad pueden causar problemas f3sicos graves, tales como “disminuci3n de la reserva card3aca, p3rdida de potencia muscular, osteoporosis, alteraciones de los reflejos y lesiones por dec3bito”.

La inactividad puede adem3s reducir la capacidad funcional y conducir a la dependencia de los dem3s. “As3, por ejemplo, los individuos que se ven obligados a permanecer en casa andan m3s despacio que las personas que gozan de una mayor independencia”. Los sujetos que han sufrido una ca3da tienden a sufrir cambios mayores: andan m3s despacio y sus pasos son m3s cortos e irregulares.²⁰

Escala de valoraci3n de J. H. Downton Modificada:

Para la realizaci3n de la investigaci3n se tom3 como referencia la Escala de Downton Modificada empleada en el Hospital Santa Rosa de la ciudad de Lima, correspondiente al Ministerio de Salud (MINSA).

Los criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente a sufrir ca3das que considera son cinco (5): Las ca3das previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y la marcha. Clasificando el riesgo de ca3das de la siguiente manera:

- 4 a m3s: Alto riesgo
- 2 a 3: Mediano riesgo
- 0 a 1: Bajo riesgo.¹⁵

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS:

El profesional de enfermería al recibir a un paciente para hospitalizarse, aplicará el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), realizando la valoración inicial para identificar a los pacientes con riesgo de caídas, esta valoración será continua con el fin de detectar el riesgo siempre que exista un cambio en el estado del paciente.

Registro de Downton:

Se aplicará la “Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton, (1993) con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas”.²¹

La escala de J.H. Downton ha sido elegida en este procedimiento para unificar criterios de cribado y transferencia de información entre los diferentes ámbitos de actuación. “Dicha escala recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales. El punto de corte en la escala de J.H. Downton se sitúa en 4 o más, que indica alto riesgo de caídas”.²²

Respecto a la valoración del riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados haciendo uso de la Escala de Downton, es un procedimiento que se debe realizar y que está normado por el Ministerio de Salud (MINSA), por lo tanto, debe constar en los registros de enfermería en la historia clínica de los pacientes.

Constancia de deambulaci3n:

Al respecto, el profesional de enfermería debe dejar constancia en el reporte de enfermería, las condiciones en que se encuentra el paciente respecto a la deambulaci3n, si lo realiza solo, si es necesario un apoyo o en caso contrario si no puede deambular solo, todo ello con el fin de documentar la existencia del riesgo de caídas.

Constancia de barandas:

El profesional de enfermería al realizar la valoración del riesgo de caídas, debe considerar la necesidad de utilizar las barandas en la cama del paciente, observando una altura y longitud adecuada para evitar las caídas, proporcionándole además medios con los cuales pueda solicitar ayuda como es el uso de los timbres. Debiendo dejar constancia en los registro de enfermería.

Frenos:

Para cubrir las necesidades de seguridad del paciente durante su hospitalización, se debe constatar y mantener los frenos de la cama mientras el paciente esté hospitalizado.

Aviso a familiares:

“El acompañante tiene la misión de servir de soporte afectivo al paciente, por tanto, las medidas preventivas de riesgos de caídas, nunca se quitarán por el hecho de que el paciente esté solo o acompañado”.²³

Se debe avisar a los familiares de los riesgos de caídas del paciente, con el objetivo de que pueda intervenir y coadyuvar en el cuidado del adulto durante la hospitalización.

Contención mecánica:

“Es cualquier dispositivo, material o equipo aplicado (o puesto) cerca del cuerpo y que no puede ser controlado o retirado fácilmente por parte del paciente, y que de manera deliberada previene o pretende prevenir el movimiento de la persona a una posición de su elección y/o un acceso normal a una parte de su cuerpo”.

La sujeción mecánica o física es una medida terapéutica indicada para inmovilizar parcial o total, una parte o todo el cuerpo del

paciente que lo amerite, esta medida servirá de garantía y seguridad del paciente y de las personas encargadas de su cuidado.

Está indicada y justificada si fallan otras medidas o alternativas, “ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas por las intervenciones corporales”.²⁴

Consentimiento informado para contención mecánica:

Por lo general en estas situaciones y en los hospitales del país y de la región, el consentimiento informado se realiza de una forma verbal. Esta se realiza tras una valoración mental del paciente para recibir, comprender y retener información respecto a su estado de salud. En caso de que el médico considera que el paciente no es apto para tomar sus propias decisiones, el consentimiento tendrá que obtenerse de los familiares, de los representantes legales o de las personas que están vinculadas a su cuidado.

De ser necesario se recomienda que el consentimiento informado se realice en forma escrita firmada por el paciente o la persona encargada legalmente de él.

El profesional de enfermería dejará constancia de la contención mecánica y será responsable del monitoreo permanente de la misma, con la finalidad de evitar las complicaciones que puedan ocurrir por la técnica de sujeción y por las necesidades que se deben satisfacer del paciente inmovilizado.

Consejos para el paciente durante el ingreso:

- Indicarles a que soliciten ayuda al personal hospitalario cuando lo requieran.
- Informarle respecto a la altura de la cama y enseñarle la forma apropiada de levantarse y bajar de ella.

- Enseñarles a que pidan ayuda para recoger algún objeto caído.
- Recomendar a que usen calzados cómodos antideslizantes y cerrados.
- Advertirle que los suelos húmedos se transforman en factor de riesgo de caídas.

Consejo para familiares y/o acompañantes durante el ingreso:

- Pedir a los familiares y/o acompañantes, a que colaboren en las medidas de prevención de caídas y concientizarlos sobre las normas básicas a tener en cuenta durante la hospitalización del paciente.
- Educar a la familia sobre el uso de cualquier dispositivo que se coloque al paciente.
- Enseñar a la familia a pedir información cuando desee acompañar al paciente al baño.

Recomendaciones para prevenir la caída de pacientes durante su hospitalización:

1. Toda institución hospitalaria debe contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caídas en los pacientes desde el momento de su ingreso al centro asistencial.
2. Realizar la valoración y los registros correspondientes de los factores de riesgos potenciales de caídas.
3. Realizar el planeamiento de los cuidados de enfermería y las intervenciones a emplear con los pacientes con riesgo de caídas.
4. Brindar información periódica al paciente y a los familiares o cuidadores, sobre los riesgos a los que está expuesto el paciente.
5. Es necesario utilizar mecanismos de seguridad como frenos de las camas, barandales, escalinatas para bajar de la cama, entre otros.
6. Colocar al alcance del paciente sus objetos personales sin que realice esfuerzo para alcanzarlos, así como medios de solicitud de ayuda (timbre).

7. Ayudar al paciente con el uso del urinario o chata.
8. Acompañar al paciente al baño si este lo requiere.
9. Enseñar al paciente y familia la rutina del aseo.
10. Comprobar que la baranda de la cama esté elevada.
11. Vigilar que el freno de la cama esté activado.
12. Mantener una iluminación tenue durante la noche.
13. Asegurarse que el timbre de llamada esté a su alcance.
14. Los servicios higiénicos deben estar accesibles y tener agarraderas.
15. Informar de fallas en los enseres, descomposturas de los mismos o carencia de materiales o equipos para brindar seguridad al paciente.
16. Vigilar y dar continuidad a las medidas de seguridad empleadas en los pacientes.
17. Es necesario dejar evidencia y registrar las acciones empleadas para prevenir las caídas de los pacientes.
18. Asegurarse de que las supervisoras, Jefe de Enfermería o algún directivo de la institución, observe estas recomendaciones.
19. Eliminar los factores de peligro del ambiente.

Durante la deambulación:

1. Evitar los suelos mojados y con cera.
2. Acompañar al enfermo ayudándole a caminar.
3. Proporcionar al paciente algunos elementos de ayuda como bastones o andadores para que pueda deambular con más estabilidad.
4. Acompañar al paciente que lo necesite, en su aseo.

Responsabilidad del Profesional de Enfermería:

1. Valorar las consecuencias de la caída y comunicar al médico si lo considera necesario.

2. Registran en las notas de enfermería: “fecha, hora, causa, lugar, estado general del paciente, antes y después de la caída, médico que lo atendió si fue preciso y consecuencias inmediatas”.
3. Redactar el informe de caídas en caso suceda y entregarlo a la supervisora de turno o del servicio.
4. Mantener control y monitoreo del estado del paciente en horas sucesivas.
5. Considerar en la Historia Clínica la Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton, a todo paciente de riesgo.
6. Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en el registro de la valoración inicial considerar como importante registrar: “alteraciones de la movilidad, precisión de ayuda, edad, estado sensorial y conciencia, tratamiento farmacológico especialmente si son sedantes, diagnóstico médico, estado emocional del paciente, si es portador de dispositivos externos” (anteojos, audífonos, bastón, muletas, silla de ruedas, otros.) y si ha tenido caídas previas.

Intervención de enfermería:

- Adaptar el ambiente para facilitar la concentración.
- Animar al paciente a mantener una base de apoyo amplia, si fuera necesario.
- Animar a realizar programas de ejercicios de baja intensidad con oportunidades para compartir sentimientos.
- Ayudar al paciente a moverse hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama/silla, y balancear el tronco apoyándose en los brazos.
- Ayudar al paciente a participar en los ejercicios de extensión en posición de decúbito supino, sedentación o bipedestación.
- Ayudar al paciente en la práctica de estar de pie con los ojos cerrados durante cortos períodos de tiempo a intervalos regulares para estimular la propiocepción.

- Ayudar con programas de estiramiento de tobillos y caminar.
- Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.
- Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción).
- Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.
- Instruir al paciente sobre ejercicios de equilibrio, como ponerse en pie con una pierna, inclinarse adelante, estirarse y resistencia, si procede.
- Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar, almohadas o colchones de ejercicios) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.
- Proporcionar información sobre terapias alternativas, como yoga y Tai Chi.
- Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo a caerse.
- Proporcionar medidas para el equilibrio, el ejercicio o programas de educación sobre caídas.
- Realizar una evaluación del domicilio para identificar peligros ambientales y conductuales si procede.
- Reforzar o proporcionar instrucción sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.
- Remitir a la terapia física y/u ocupacional para los ejercicios de entrenamiento de habituación vestibular.
- Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.²⁵

Estrategias de prevención de las caídas:

Las estrategias han de ser integrales, dirigidas a identificar los factores de riesgo para utilizar estrategias preventivas eficaces,

apoyando las políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo, promoviendo la educación individual y comunitaria para incrementar la concientización en las personas.

Las estrategias estarán dirigidas a reducir el número de personas que la padezcan, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen. Los componentes que se han de utilizar para identificar y modificar los riesgos, son:

- Examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos.
- Intervenciones clínicas como los exámenes, modificación de la medicación, tratamiento de la hipotensión, administración de suplementos vitamínicos o el tratamiento de los trastornos visuales; para identificar factores de riesgo.
- Prescripción de dispositivos de apoyo para menguar los problemas físicos y sensoriales.
- Fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales con formación adecuada.
- Organizar programas grupales que agreguen sesiones educativas para prevenir caídas y ejercicios tipo Tai-Chi o de equilibrio dinámico para el fortalecimiento de los músculos.
- Incentivar el uso de protectores de cadera en personas con riesgo de fractura de cadera en caso de producirse una caída.

Prevención primaria:

Son todas aquellas acciones dirigidas a impedir que se produzca una caída y se aplica a toda la población mayor. En este nivel se consideran las siguientes intervenciones:

- a. Campañas de educación para la salud, promocionando hábitos saludables.
- b. Medidas de seguridad del entorno.
- c. Detección precoz de factores de riesgo.

Prevención secundaria:

En esta etapa se precisa de un diagnóstico oportuno dirigido a identificar y reducir factores de riesgo de caídas futuras.

“La valoración exhaustiva del adulto mayor con caídas y la aplicación de medidas multifactoriales es la clave para una prevención eficaz”.

Prevención terciaria:

Cuya meta global está dirigida a mermar el riesgo de caídas. Las actividades de la prevención terciaria, tienen como fin disminuir las incapacidades que presenten los pacientes, como consecuencias físicas y psicológicas de las caídas, en base a actividades de recuperación y rehabilitación de la salud en los adultos mayores.

Tras una caída se debe:

- a. Enseñar al adulto mayor a levantarse.
- b. Rehabilitar la estabilidad.
- c. Reeducar la marcha.
- d. Rehabilitar los trastornos del equilibrio.
- e. Tratar el síndrome post caída.²⁶

Adulto mayor

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías”*:

- Tercera edad: 60 a 74 años
- Cuarta edad: 75 a 89 años
- Longevos: 90 a 99 años
- Centenarios: más de 100 años.²⁷

El profesional de enfermería en actividades de prevención de enfermedad y promoción de la salud en adulto mayor:

El profesional de enfermería en el ámbito gerontológico se encuentra en la capacidad de desarrollar uno o más de los siguientes roles: “educación, cuidado o asistencia directa, asesoría, planificación y coordinación de servicios, así como también enseñanza y evaluación de aquellas personas que ejecutan esos roles o de los que se preparan para realizarlos”.²⁸

Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores N° 043-MINSA/DGSP-V.01 (05/06/2006)

Se aprobó la norma técnica de salud, con la finalidad de mejorar la atención integral que se brinda a las persona adultas mayores - PAMs en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a sus derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo con un envejecimiento saludable y activo.

La población objetivo constituida por todas la personas mayores de 60 años a más, se tendrá en cuenta la población adulta mayor dirigiendo las intervenciones hacia aquellas personas adultas mayores que viven en zonas de mayor riesgo y/o presenten mayor vulnerabilidad.²⁹

Atención integral al Adulto Mayor:

La atención integral de la persona adulta mayor (PAM) comprende un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor.

Según la Norma Técnica del MINSA, “toda persona adulta mayor que acuda al establecimiento de salud por primera vez o tenga la condición de continuador se le realizará”:

- La Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM a través de la Historia Clínica de Atención integral para las PAMs, según formato. “La VACAM será aplicado por el profesional de salud, o en asociación con otros integrantes del equipo de salud, previamente sensibilizado y capacitado para este fin”.
- La cuantificación en términos funcionales de “las capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor”.
- El “examen físico completo y se detectarán factores de riesgo o daño para su salud”.
- Los exámenes de laboratorio complementarias para la evaluación clínica: “Hemograma, Hematocrito, Glucosa, Urea, Creatinina, Colesterol Total, Triglicéridos, Examen de orina completo, teniendo en cuenta el nivel de complejidad del establecimiento”.
- La aplicación de la VACAM a las PAMs “una vez al año, pudiéndose repetir, si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico”.³⁰

TEORÍA DE ENFERMERÍA:

Teoría Wiedenbach:

El modelo de Ernestina Wiedenbach, fundamenta lo relacionado con el arte de la ayuda de la enfermería clínica. Es interesante cuando Wiedenbach conceptualiza claramente a la enfermería como “la práctica de la identificación de las necesidades de un paciente en busca de ayuda mediante la observación de la presentación de comportamientos y síntomas, la exploración del significado de los síntomas con el paciente, para determinar las causas de la incomodidad, y la determinación de la capacidad del paciente para resolver su malestar”.

Ernestina Wiedenbach propuso que las enfermeras deben identificar las necesidades de ayuda de los pacientes mediante lo siguiente:

- Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.
- Exploración del significado de su comportamiento.
- Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
- Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.

La teoría en mención está considerada en la investigación, pues se relaciona estrechamente con el tema en vista de que la teórica se refiere a la administración de cuidado por parte de la enfermera comprobando la satisfacción de las necesidades de ayuda. Para la ayuda del paciente, debe incorporar en su contexto a la familia como pilar fundamental para su recuperación y rehabilitación.

La autora manifiesta que además debe existir una relación enfermero-paciente-familia con las siguientes características:

Comunicación: “Acción indispensable que se debe llevar a cabo en dicha relación para aportar información, con el fin de cumplir con los objetivos previstos”.

Educación: Se construye desde las dos partes: “enfermero y paciente-familia, ya que debe haber una interacción para que ambos puedan contribuir al mejoramiento de la salud. Además promueve a un auto-cuidado del paciente, para mejorar su calidad de vida”.³¹

Teoría de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender:

El modelo de promoción de la salud es útil para establecer conceptos importantes sobre las formas de promoción de la salud y para agrupar los hallazgos de investigación de manera tal que faciliten la formulación de hipótesis comprobables.

Esta teoría está siendo utilizada con el fin de ampliar e instituir las teorías de enfermería, en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual debe ser aplicado al individuo sano o enfermero, a la familia y a la comunidad. El modelo está diseñado en base a la educación que facilita el profesional de enfermería, para que las personas sepan cómo cuidarse y llevar una vida sana.

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Salud: *“Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general”.*

Persona: *“Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables”.*

Entorno: *“No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud”.*

Enfermería: *“El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.”³²*

Base legal de protección al adulto mayor:

Ley N° 30490- Título I - Capítulo II Artículo 5: El Estado Peruano asevera que la persona adulta mayor es titular de derechos humanos, y tiene el derecho a:

- “Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable”.
- “Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades”.
- “Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud, por parte del personal de salud, a través de una escucha activa y empática que le permita expresar sus necesidades e inquietudes”.

Título III – Capítulo I – Artículo 19: “La persona adulta mayor, tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención”.³³

La ley ha sido promulgada con la finalidad de que el Estado a través del Ministerio de Salud, promueva y fortalezca la protección del adulto mayor, considerando importante la valoración integral del adulto mayor en el cumplimiento de los paquetes integrales de salud que deben ser aplicados en su totalidad, en los establecimientos de salud.

II.c. HIPÓTESIS:

II.c.1. Hipótesis Global: El riesgo de caídas es alto y las actividades de enfermería en la prevención de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica noviembre 2016, es inadecuado.

II.c.2. Hipótesis derivada 1: El riesgo de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica según: Criterios de la escala de Downton, es alto.

2.3.3. Hipótesis derivada 2: La prevención de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza, de acuerdo a: Criterios para prevenir caídas y sujeción, es inadecuado.

II.d. VARIABLES:

- ❖ **Variable 1:** Riesgo de caídas.
- ❖ **Variable 2:** Actividades de enfermería en la prevención de caídas.

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **Riesgo:** Se define como la combinación de probabilidades de que se produzca un evento con consecuencias negativas.
- **Riesgo de caídas:** Es la probabilidad de que se produzca una caída, trayendo como consecuencia daños que alteren la salud de las personas.
- **Caída:** Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.
- **Actividades de enfermería:** Acciones de enfermería, en el cuidado del paciente hospitalizado.
- **Prevención de caídas:** Actividades que realiza el profesional de enfermería para evitar que el paciente hospitalizado sufra una caída.
- **Adulto mayor:** Según la OMS, se considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III. a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación es de enfoque cuantitativo, pues la información obtenida se presenta en cuadros y gráficos numéricos haciendo uso de la estadística descriptiva; según el alcance de la información es descriptivo, pues se muestran las variables como se han observado en la realidad durante la recolección de los datos; es de diseño no experimental, porque no se manipulan intencionalmente las variables de estudio; según el intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal, pues los datos se recolectaron haciendo un corte en el tiempo.

III. b. ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Servicio de medicina del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, el servicio de medicina se divide en medicina general y medicina especialidades, el servicio está a cargo de un Jefe de Enfermería del servicio de medicina, que cuenta con Profesional de enfermería y Técnicos de enfermería a su cargo. El Hospital IV Augusto Hernández Mendoza es una entidad de EsSalud, ubicado en la avenida José Matías manzanilla N° 652, distrito de Ica, provincia y departamento de Ica a 10 minutos del centro de Ica. El hospital atiende a personas aseguradas, con una infraestructura moderna.

III. c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población-muestra de estudio está conformada por 75 adultos mayores, seleccionados de manera no probabilística por conveniencia, tomando como base el número de pacientes adultos mayores hospitalizados en el periodo de un mes; considerando los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de ambos sexos

- Pacientes que tengan la voluntad de contribuir en la investigación
- Pacientes exclusivos del servicio de medicina.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que presenten alteración neurológica.
- Adultos mayores que se nieguen participar voluntariamente.
- Pacientes que no pertenezcan al servicio de medicina.

III. d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos, considerando la naturaleza del problema y sus objetivos, se combinaron las técnicas de la entrevista, la observación y el análisis documental, tomando como base la Escala de Downton aplicada en el Hospital Santa Rosa de la ciudad de Lima que pertenece al MINSA, y los criterios para prevenir caídas y sujeción. En vista de ser un instrumento validado y utilizado a nivel mundial y nacional, no ha sido sometido a validez ni confiabilidad.

III. e. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:

La recolección de datos se inicia con una solicitud dirigida al Director de la institución hospitalaria, haciéndole conocer el objetivo de la investigación: El instrumento se aplicó a la población–muestra del estudio, durante el mes de noviembre del 2016.

En todo momento se respetaron los principios éticos de la investigación como son la beneficencia, no maleficencia, su privacidad, confidencialidad autonomía y justicia y la libre voluntad del investigado de responder la entrevista.

III. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos obtenidos con la aplicación del instrumento fueron clasificados y ordenados de forma manual.

El procesamiento de los mismos se realizó haciendo uso del paquete

estadístico Microsoft Excel. Como se indica:

- **Elaboración del libro de códigos:** En el cual se determinó el código para cada categoría.
- **Elaboración de la Tabla Matriz:** En la cual se almacenó la información recopilada.
- **Clasificación de los Datos:** La información se distribuyó en frecuencias y porcentajes a través de tablas estadísticas.
- **Presentación de los Datos:**

La presentación de los resultados se realizó en tablas de frecuencia y porcentajes, además de utilizar los gráficos correspondientes.

Los valores asignados a la primera variable de estudio son las que a continuación se mencionan:

- Alto Riesgo 4 a más puntos
- Mediano Riesgo 2 a 3 puntos
- Bajo Riesgo 0 a 1 punto.

Para la segunda variable se consideró:

- Adecuadas: 2 puntos
- Inadecuadas: 1 punto

Para ello se consideró la frecuencia simple y para el resultado global se hizo uso del promedio aritmético considerando los mismos valores.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV. a. RESULTADOS:

TABLA 1

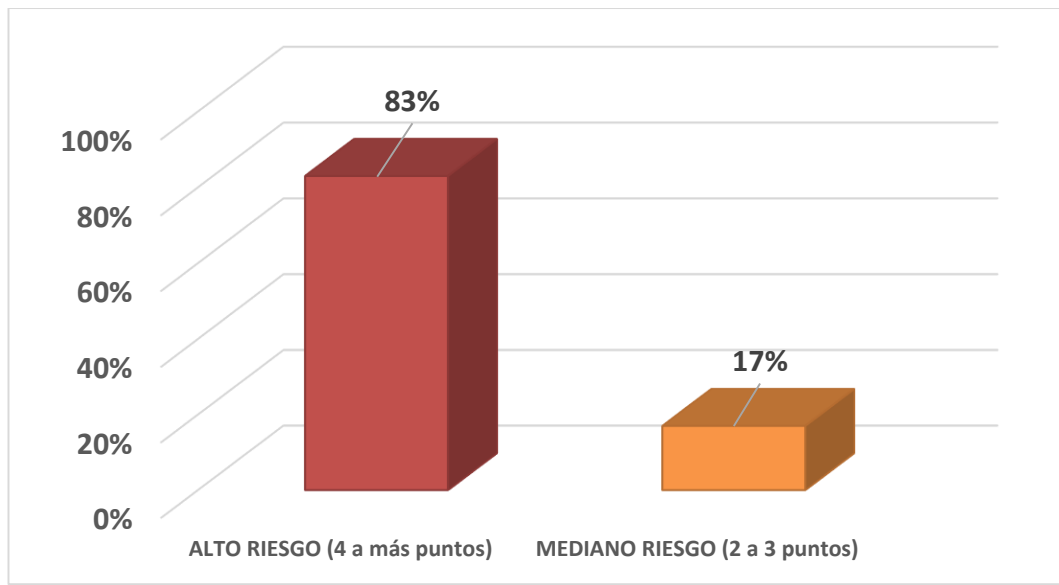
**DATOS GENERALES DE PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2016**

DATOS GENERALES	Fr.	%
EDAD		
60 - 64 años	09	12.00
65 - 69 años	20	26.67
70 - 74 años	23	30.67
Más de 74 años	23	30.67
SEXO		
Femenino	42	56.00
Masculino	33	44.00
DIAS DE HOSPITALIZACIÓN		
3 - 7 días	34	45.33
8 - 12 días	29	38.67
Más de 12 días	12	16.00
Total general	75	100.00

Respecto a los datos generales de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza, según la edad se obtiene que el 30.67% (23) pacientes tienen de 70 a 74 años y más de 74 años respectivamente, el 56% (42) es de sexo femenino y el 45.33% (34) tienen de 3 a 5 días de hospitalización.

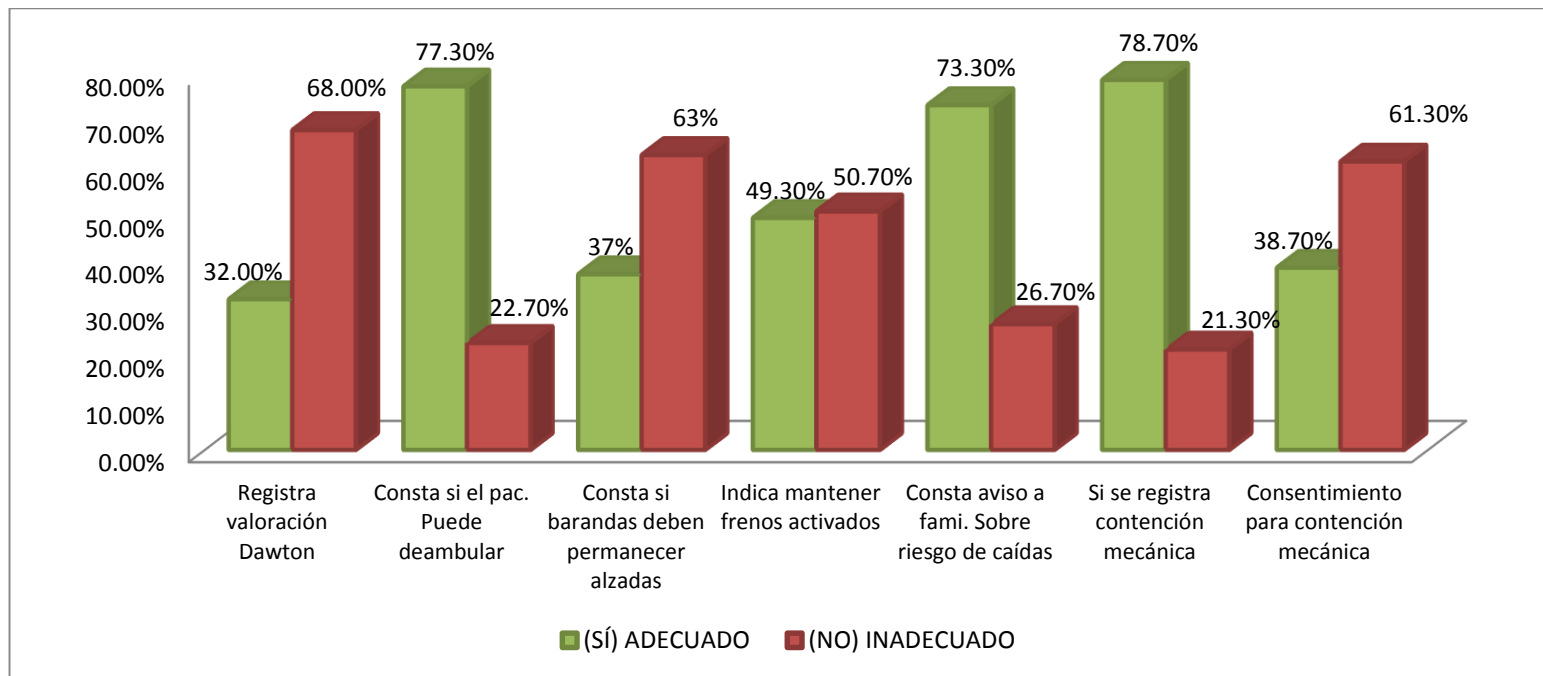
GRÁFICO 1

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN ESCALA DE DOWNTON EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2016



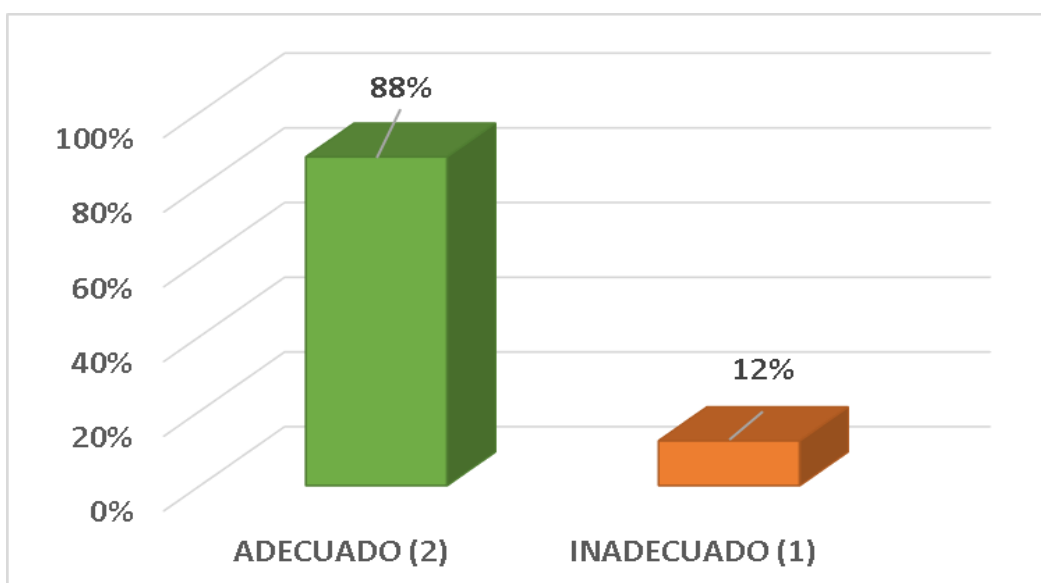
Según la Escala de Downton, el gráfico muestra que del 100% (75) de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza, el 83% (62) presentan alto riesgo y el 17% (13) tiene mediano riesgo de caídas, no habiendo pacientes con bajo riesgo de caídas.

GRÁFICO 2
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2016



En relación a las actividades de enfermería en la prevención de caídas en los pacientes del servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza, se observa en el gráfico que el 78.70% (59) si registra la contención mecánica del paciente en el registro de enfermería, el 77.30% (58), registra si el paciente puede deambular, el 73.30% (55) informa al familiar sobre el riesgo de caídas de su paciente; mientras que el 68% (51) no registra la valoración de Downton en los registros de enfermería, el 62.7% (47) no deja constancia si se deben tener las barandas levantadas, el 61.30% (46) no registra consentimiento informado respecto a la sujeción mecánica y el 50.70% (38) no indica mantener los frenos activados.

GRÁFICO 3
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA SEGÚN RESULTADO GLOBAL
EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2016



En relación a las actividades de enfermería en la prevención de caídas según resultado global, se observa que: el 88% (66) profesionales de enfermería lo realiza adecuadamente y el 12% (09) profesionales de enfermería lo realiza de manera inadecuada.

IV. b. DISCUSIÓN:

TABLA 1: Respecto a los datos generales de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza, según la edad se obtiene que el 30.67% de pacientes tienen de 70 a 74 años y más de 74 años respectivamente, el 56% son de sexo femenino y el 45.33% tienen de 3 a 5 días de hospitalización.

Datos similares en cuanto al sexo con los de Quiñonez J.¹⁰ quien halló en su estudio que el 63,3% es de sexo femenino y 36,7% sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 76,8 años.

La literatura y experiencia dicen que, a mayor edad, mayor será el riesgo de padecer una caída, así como también el sexo con mayor índice de caídas es el femenino; datos que el profesional de enfermería debe considerar al realizar la valoración del adulto mayor para implementar actividades de prevención en relación a los datos relevantes y de mayor presencia.

GRÁFICO 1: Según la Escala de Downton, el gráfico muestra que del 100% de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza, el 83% presentan alto riesgo y el 17% tiene mediano riesgo de caídas, no habiendo pacientes con bajo riesgo de caídas.

Al respecto Fernández S, Huallanca K.⁹ evidenciaron en su investigación, que “los factores de riesgo intrínsecos asociados a caídas corresponden a un 90%; siendo la edad mayor a 80 años, la alteración de la marcha, las alteraciones físicas como funcionales y cognitivas el miedo a caer por antecedentes”.

Por lo que se considera importante que en la valoración inicial que se realiza al adulto mayor al ingresar a la institución hospitalaria, se tenga en cuenta toda la información que se pueda obtener, para

protegerlo con medidas de seguridad adecuadas, más aún si el adulto mayor ha padecido de una caída anterior.

Quiñonez J.¹⁰ halló en su investigación que “los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%”.

Al respecto, en vista de que la ingesta de medicamentos y la sinergia de los mismos, puede ocasionar efectos de aletargamiento, disminución de los reflejos convirtiéndose en un factor de riesgo de caídas; es importante la intervención de enfermería a través de la educación al paciente y al familiar o cuidador del adulto mayor para que durante el tiempo de su hospitalización se tenga cuidado sobre todo durante los periodos de deambulacion del paciente, incidiendo en que este lo debe hacer siempre en compañía del personal de salud, por ello es importante la aplicación de instrumentos que ayuden a realizar una buena valoración del riesgo de caídas del paciente hospitalizado.

De Freitas M, D Goes M, Lucena A.⁸ mencionan en su investigación que “dentro de los factores de riesgo prevalentes está la alteración neurológica en (43,1%)”.

Quiñonez J.¹⁰ menciona en sus hallazgos los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son “la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%”. También Bailón Pincay M, Pilligua Mera J.⁶ refieren que “los factores encontrados son: biológico (enfermedades 32%), psicológico (perdida de la memoria 70%)”.

Dentro de la valoración del adulto mayor, también encontramos instrumentos para evaluar el estado mental del paciente, por lo que se considera importante que el profesional de enfermería realice esta valoración, en vista de que las alteraciones del estado mental

de los pacientes se convierten en factor de riesgo de caídas y, una valoración inicial y adecuada puede disminuir el riesgo al adoptar medidas preventivas al respecto.

Las alteraciones de la marcha o problemas en la deambulaci3n del adulto mayor, son tambi3n factores que se convierten en riesgo de caídas, informaci3n que debe considerar el profesional de enfermería para adoptar medidas de protecci3n durante la deambulaci3n del paciente como son: instrumentos de apoyo como bastones, andadores, muletas entre otros; tambi3n considerar al familiar o personal de la salud para que acompañe durante la deambulaci3n al paciente hospitalizado.

Quiñonez J.¹⁰ concluye que “el nivel de riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico de la Policía San Jos3 enero 2017, es un riesgo alto. Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los d3ficits sensoriales”.

Existen numerosos factores que son considerados de riesgo de caídas del adulto mayor, los resultados de la investigaci3n muestran un riesgo medio, datos que se pueden considerar algo favorables, sin embargo el profesional de enfermería debe tener en cuenta estos resultados y planear las actividades preventivas a realizar para que el riesgo de caídas disminuya y no progrese a un riesgo alto, por ello debe aplicar adecuadamente el PAE para el cuidado adecuado y oportuno de los pacientes hospitalizados.

GRÁFICO 2, 3: En relaci3n a las actividades de enfermería en la prevenci3n de caídas en los pacientes del servicio de medicina del Hospital Augusto Hern3ndez Mendoza, se observa en el gr3fico que el 78.70% si registra la contenci3n mec3nica del paciente en el registro de enfermería, el 77.30%, registra si el paciente puede deambular, el 73.30% informa al familiar sobre el riesgo de caídas de su paciente; mientras que el 68% no registra la valoraci3n de

Dawnton en los registros de enfermería, el 62.7% no deja constancia si se deben tener las barandas levantadas, el 61.30% no registra consentimiento informado respecto a la sujeción mecánica y el 50.70% no indica mantener los frenos activados. Siendo las actividades adecuadas en un 88% e inadecuadas en un 12%.

Al respecto Bailón Pincay M, Pilligua Mera J.⁶ llegaron a las conclusiones de que los “Síndromes geriátricos afectan a los Adultos Mayores mediante los factores de riesgos que inciden en ellos por lo que se recomienda proporcionar los cuidados necesarios para así mejorar el estilo de vida del Adulto Mayor”.

También García-Huete M. y cols.⁷ concluyen en que “la implantación de la valoración al ingreso sobre el riesgo de caídas ha servido para identificar los factores de riesgo de forma individualizada, así como el recordatorio y alertas ayudan al personal de enfermería a considerar la prevención de las caídas como un acto rutinario y que se tomen medidas en los pacientes más vulnerables”.

Las actividades de enfermería frente a la prevención de caídas del paciente hospitalizado son actividades que deben considerarse rutinarias dentro del plan de cuidados de enfermería, es importante que estas medidas queden plasmadas en los registros de enfermería para que los cuidados y medidas preventivas en los pacientes con riesgo de caídas, sean oportunos y continuos. El paciente debe también ser responsable de su autocuidado, comunicando al personal de salud los momentos en que son necesarios la presencia del personal para la satisfacción de algunas necesidades sobre todo de protección, también la familia debe ser partícipe de estos cuidados coadyuvando en aplicar las medidas de seguridad del paciente y evitar el riesgo de caída.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. a. CONCLUSIONES:

1. El riesgo de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica según: Criterios de la escala de Downton es de alto riesgo, **por lo tanto, se acepta la hipótesis derivada 1 de la investigación.**
2. Las actividades de enfermería en la prevención de caídas en pacientes del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza, de acuerdo a: Criterios para prevenir caídas y sujeción son adecuadas, **por lo tanto, se rechaza la hipótesis derivada 2 de la investigación.**

V. b. RECOMENDACIONES:

1. Los resultados evidencian el alto riesgo de caídas en los adultos mayores, por lo que se sugiere a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de medicina, tener en consideración los factores que pueden conllevar a las caídas, e instituir actividades preventivas para evitar las caídas, una de ellas es la aplicación de instrumentos de evaluación como es la Escala de Downton, se debe aplicar una evaluación integral teniendo en cuenta aquellas condiciones que pueden constituirse riesgo para el paciente hospitalizado, valorar cada ítems del instrumento, considerar los niveles de riesgo que enfrentan los pacientes e instaurar las medidas preventivas correspondientes.
2. Aun obteniendo resultados favorables respecto a la segunda variable, se encuentra también porcentajes que llaman a reflexionar respecto a las actividades de enfermería en la prevención de caídas en el paciente hospitalizado, por lo que se recomienda en caso de estar protocolizado, cumplir con las normas establecidas en la protección del adulto mayor, actividades que están normadas por el MINSA, la enfermera debe proporcionar instrumentos de apoyo para deambular, usar barandales en la cama de ser necesario, evitar los pisos resbaladizos, tener acceso rápido a los servicios higiénicos, educar al paciente a que solicite ayuda de ser necesaria para satisfacer algunas necesidades que no las puede satisfacer por sí solo, considerar también a la familia como partícipe de los cuidados, a quien también se le debe informar la importancia de su participación en las actividades de protección del adulto mayor, se sugiere también que todas las actividades tendientes a evitar las caídas del paciente hospitalizado, deben ser documentadas en los registros de enfermería y sirva de información para el resto del equipo de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la Salud. Caídas. [en línea] Nota descriptiva N.º 344. [Fecha de acceso 1 de setiembre de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa. Setiembre 2016. [en línea] [fecha de acceso 20-10-16]. URL. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/.
3. Secretaría de Salud de México. Modelo para la prevención de lesiones por caídas en personas adultas mayores en México. 2015. [en línea] [fecha de acceso 26-07-17]. URL. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207103/ModeloCaídas2.pdf>.
4. Goncalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalencia de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 42 (5): 938-945.
5. Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú; 2009.
6. Bailón M, Pilligua J. Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos. “Centro de atención del adulto mayor” Santa Elena. [Tesis de grado en enfermería] Ecuador.2012-2013 [Fecha de acceso 5 de setiembre de 2015] URL Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/xmlui/handle/123456789/1009>.
7. García-Huete M. y cols. *Enfermería Clínica*. Volumen 26, Issue 2, March–April 2016, Pages 96-101. [en línea] [fecha de acceso 7 octubre de 2017]. URL Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.01.002>.
8. De Freitas M, Goes M, Lucena A. Prevalencia del diagnóstico de enfermería riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Porto Alegre Brasil. [tesis de maestría] [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf.

9. Fernández S, Huallanca K. Factores intrínsecos y extrínsecos que determinan las caídas en el adulto mayor. Perú. 2017. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/441>.
10. Quiñonez J. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del hospital geriátrico de la policía San José, 2016. Perú. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica con mención en Terapia Física y Rehabilitación.] [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6156/1/Qui%C3%B1onez_tj.pdf.
11. Balbás V, Gómez A. Proceso de Atención de Enfermería en las caídas del paciente geriátrico. [en línea] [fecha de acceso 25-09-17]. URL. Disponible en: www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO_2.pdf.
12. Clínica Anglo Americana. Pacientes con riesgo de caída. [en línea] [fecha de acceso 25 setiembre 2016]. URL. Disponible en: www.clinicaangloamericana.pe › Artículos.
13. Organización Panamericana de la Salud. Caídas. Guía de diagnóstico y manejo. [en línea] Oficina regional de la organización mundial de la salud [Fecha de acceso 22 de setiembre de 2014]. URL disponible en: www.sld.cu/galerias/.../movilidad,_equilibrio_y_caidas_bibliografia.pdf.
14. Rodríguez-Rieiro C, Velasco-Gago MC, Chacón-García A, Izquierdo-Membrilla I, Sanchidrián-de Blas C, Rodríguez-Pérez P. Caídas en el hospital. Rev. Calidad Asistencial. 2007; 22(3):128-32 [en línea] [Fecha de acceso 22 de setiembre de 2014]. URL disponible en: www.asturias.es/...Calidad%20y%20Sistemas/...Calidad/.../Folleto%20pre.

15. MINSA. Directiva de prevención de caídas del paciente hospitalizado del Hospital Santa Rosa. R.S. 137-2014. Perú.
16. Del Nogal L. Factores de riesgo de caídas. En: Rivera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Factores de riesgo en la patología geriátrica. V 12. Madrid: Editores Médicos; 1999.p.135-48.
17. Hernández J. Fisioterapeuta de Afate. Col. 465 Artículo publicado en La Revista Canaria de La Salud Nº 24 [en línea] [Fecha de acceso 26 de setiembre de 2014]. URL disponible en: larevistacanariadelasalud.com/articulos/salud/caidas-en-el-adulto-mayor.
18. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de privación sensorial en el adulto mayor Guía de práctica clínica. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-611-13 México. [en línea] [Fecha de acceso 26 de junio de 2016]. URL disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/...sxdeprovacionsensorial/611grr....
19. Gazitúa R. Conciencia y estado psíquico (Examen mental). [en línea] [Fecha de acceso 29 de setiembre de 2014] URL disponible en: escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/140ExamenMental.ht.
20. Las alteraciones de la deambulacion Portal holístico natural Uruguay. [en línea] [Fecha de acceso 29 de setiembre de 2014]. URL disponible en: gentenatural.com/psicologia/ancianos/deambulacion.html.
21. Protocolo general de caídas PRT / CAID / 007 [en línea] [Fecha de acceso 1 de setiembre de 2014] Hospital Universitario Ramón y Cajal URL disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata...blobkey..
22. Da Silva Z, Gómez A, Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática. 2010. Rev. Esp. Salud Pública 2008; 82: 43-56. [en línea] [Fecha de acceso 1 de setiembre de 2014]. URL disponible en: www.juntadeandalucia.es/.../gestor/sites/.../procedimiento_caidas.pdf.

23. Curcio CL, Gómez MJF, Osorio JL, Rosso V. Caídas recurrentes en ancianos. *Acta Med Colomb.* 2009; 34 (3): 103-110.
24. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Granada. Dirección de Enfermería. Hospital Universitario San Cecilio; 2010.
25. Caídas. Edición: 1 Fecha: 05/06/2012 Página: 4 de 25 En Vigor: [en línea] [Fecha de acceso 10 de octubre de 2014]. URL disponible en: www.madrid.org/.../Satellite?...Riesgo Caídas...
26. Ribera Casado JM, Cruz-Jentoft A. Geriatria en Atención Primaria 4ª Edición Biblioteca Aula Médica 2008 Pág. 243 – 254. [Fecha de acceso 12 de octubre de 2014] Disponible en: www.gramonbago.com.uy/imgnoticias/20019.pdf.
27. Organización Mundial de la Salud OMS. Geriatria. [en línea] [fecha de acceso 03 octubre del 2016]. URL. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm.
28. Burke M. Enfermería Gerontológica: Cuidado Integral del adulto Mayor .2ed. Ed Haurcouth Brace. España 1998. [en línea] [Fecha de acceso 20 de octubre de 2014] Disponible en: www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/maita_ra/pdf/maita_ra.pdf.
29. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010 NTS N0 043-MINSA/DGSP-V.01 Perú 2005. [En línea] [Fecha de acceso 25 de octubre de 2014]. URL disponible en: www.mesadeconcertacion.org.pe/.../plan_adultosmayores2006-2010.
30. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2006. Editorial Sinco editores. 1ra. Edición. [en línea] [fecha de acceso 03-03-17]. URL. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas>.
31. Marriner A, Tomey, M, Raile A. “Modelos y teorías en enfermería”, editorial Elsevier Mosby, [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL.

Disponible en:

<http://webtext.library.yale.edu/xml2html/mssa.1647.con.html#top>.

32. Meiriño J. El cuidado. Nola Pender. 2012. [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL. Disponible en: teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html.
33. Diario Oficial El Peruano. Ley de la persona adulta mayor. Perú 2016. [en línea] [fecha de acceso 28-05-17]. URL. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>.

BIBLIOGRAFÍA

- Bailón M, Pilligua J. Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos. “Centro de atención del adulto mayor” Santa Elena. [Tesis de grado en enfermería] Ecuador.2012-2013 [Fecha de acceso 5 de setiembre de 2015] URL Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/xmlui/handle/123456789/1009>.
- Burke M. Enfermería Gerontológica: Cuidado Integral del adulto Mayor. 2ed.Ed Haurcouth Brace. España 1998. [en línea] [Fecha de acceso 20 de octubre de 2014] Disponible en: www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/maita_ra/pdf/maita_ra.pdf.
- Caídas. Edición: 1 Fecha: 05/06/2012 Página: 4 de 25 En Vigor: [en línea] [Fecha de acceso 10 de octubre de 2014]. URL disponible en: www.madrid.org/.../Satellite?...Riesgo Caídas...
- Clínica Anglo Americana. Pacientes con riesgo de caída. [en línea] [fecha de acceso 25 setiembre 2016]. URL. Disponible en: www.clinicaangloamericana.pe > Artículos.
- Curcio CL, Gómez MJF, Osorio JL, Rosso V. Caídas recurrentes en ancianos. Acta Med Colomb. 2009; 34 (3): 103-110.
- Da Silva Z, Gómez A, Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática. 2010. Rev. Esp. Salud Pública 2008; 82: 43-56. [en línea] [Fecha de acceso 1 de setiembre de 2014]. URL disponible en: www.juntadeandalucia.es/.../gestor/sites/.../procedimiento_caidas.pdf.
- De Freitas M, Goes M, Lucena A. Prevalencia del diagnóstico de enfermería riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Porto Alegre Brasil. [tesis de maestría] [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf.
- Del Nogal Manso, L. Factores de riesgo de caídas. En: Rivera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Factores de riesgo en la patología geriátrica. V 12. Madrid: Editores Médicos; 1999.p.135-48.

- Fernández S, Huallanca K. Factores intrínsecos y extrínsecos que determinan las caídas en el adulto mayor. Perú. 2017. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/441>.
- García-Huete M. y cols. Enfermería Clínica. Volumen 26, Issue 2, March–April 2016, Pages 96-101. [en línea] [fecha de acceso 7 octubre de 2017]. URL Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.01.002>.
- Goncalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalencia de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2010; 42 (5): 938-945.
- Kane R, Ouslander I., Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: Mac Graw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 175-195.
- Marriner A, Tomey, M, Raile A. “Modelos y teorías en enfermería”, editorial Elsevier Mosby, [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL. Disponible en: <http://webtext.library.yale.edu/xml2html/mssa.1647.con.html#top>.
- Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2006. Editorial Sinco editores. 1ra. Edición. [en línea] [fecha de acceso 03-03-17]. URL. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas>.
- MINSA. Directiva de prevención de caídas del paciente hospitalizado del Hospital Santa Rosa. R.S. 137-2014. Perú.
- Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010 NTS N0 043-MINSA/DGSP-V.01 Perú 2005. [En línea] [Fecha de acceso 25 de octubre de 2014]. URL disponible en: www.mesadeconcertacion.org.pe/.../plan_adultosmayores2006-2010.

- Quiñonez J. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del hospital geriátrico de la policía San José, 2016. Perú. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica con mención en Terapia Física y Rehabilitación.] [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6156/1/Qui%C3%B1onez_tj.pdf.
- Ribera Casado JM, Cruz–Jentoft A. Geriátría en Atención Primaria 4ª Edición Biblioteca Aula Médica 2008 Pág. 243 – 254. [Fecha de acceso 12 de octubre de 2014] Disponible en: www.gramonbago.com.uy/imgnoticias/20019.pdf.
- Rodríguez-Rieiro C, Velasco-Gago MC, Chacón-García A, Izquierdo-Membrilla I, Sanchidrián-de Blas C, Rodríguez-Pérez P. Caídas en el hospital. Rev. Calidad Asistencial. 2007; 22(3):128-32 [en línea] [Fecha de acceso 22 de setiembre de 2014]. URL disponible en: www.asturias.es/...Calidad%20y%20Sistemas/...Calidad/.../Folleto%20pre.
- Rubenstein Z, Josephson R. The epidemiology of falls and syncope, Department of Medicine, UCLA School of Medicine. Los Angeles. Clin. Geriatr. Med. 2009 [en línea]; 18: 141-58. [Fecha de acceso 1 de setiembre de 2014]. URL Disponible en: <http://www.ieonline.com/cgi-bin/xFer/cg7t464r/quosa/3374009.pdf>.
- Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú; 2009.

ANEXOS

ANEXO N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
RIESGO DE CAÍDA	Se define como la combinación de probabilidades de que se produzca una caída con consecuencias negativas para la persona, aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.	Es la valoración de la susceptibilidad a caídas, que se realiza al paciente hospitalizado en el servicio de medicina del hospital Augusto Hernández Mendoza, utilizando los indicadores de la Escala de Downton, Adoptando el valor final de: - Alto riesgo - Mediano riesgo - Bajo riesgo.	Escala de Downton	<ul style="list-style-type: none"> • Caídas previas • Medicamentos • Déficit sensorial • Estado mental • Deambulaci3n.

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS	Conductas de seguridad que ofrece el profesional de enfermería en la prevención de caídas.	Son las acciones que realiza el profesional de enfermería, en la prevención de caídas del paciente hospitalizado en el servicio de medicina del hospital Augusto Hernández Mendoza, a través de las pautas de criterios para prevenir caídas y sujeción; tomando el valor final de: <ul style="list-style-type: none"> - Adecuadas - Inadecuadas. 	Criterios para prevenir caídas y sujeción	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de Downton - Constancia de deambulacion - Constancia de barandas - Frenos - Aviso a familiares - Contención mecánica - Consentimiento del familiar.

ANEXO N° 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA PRIMERA VARIABLE - ENTREVISTA Y REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

FICHA DE REGISTRO

Escala de valoración para riesgo de caídas: Escala de Downton		
Criterios	Ítems	Puntaje
Caídas previas	Si tuvo caídas	1
	No tuvo caídas	0
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros (venoclisis)	1
	Antieméticos	1
	Analgésicos	1
Deficiencias sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (anestesia regional)	1
	Paciente traumatológico	1
	Alteraciones de conducta	1
	Alteraciones neurológicas	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Marcha	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible (Postrado)	1
Puntaje total		

**FICHA DE REGISTRO PARA LA SEGUNDA VARIABLE: REVISIÓN DE
HISTORIA CLÍNICA Y OBSERVACIÓN**

PAUTAS DE CRITERIOS PARA PREVENIR CAÍDAS Y SUJECIÓN		
Criterios	SI	NO
1. Se registra en hoja de enfermería valoración de riesgo Downton		
2. Se hace constar en hoja de enfermería si el paciente puede deambular solo o acompañado		
3. Se deja constancia en registro de enfermería si las barandas deben permanecer alzadas		
4. Se indica mantener frenos activados		
5. Se hace constar el aviso a los familiares sobre el riesgo de caídas y las medidas a tomar		
6. Si se realiza contención mecánica, guarda relación con los criterios del protocolo		
7. Consta en la ficha del paciente el consentimiento del familiar para la contención mecánica		

ANEXO N° 3
TABLA DE CODIFICACIÓN

DATOS GENERALES		
ÍTEMS	ALTERNATIVA	CÓDIGO
EDAD	a	1
	b	2
	c	3
	d	4
SEXO	a	1
	b	2
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	a	1
	b	2
	c	3

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS (EN EL TOTAL)		
ALTO RIESGO	MEDIANO RIESGO	BAJO RIESGO
4 a más	2 a 3	0 a 1

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	
SI	NO
2	1

ANEXO Nº4

TABLA MATRÍZ DE DATOS GENERALES Y VARIABLES DE ESTUDIO

N°	DATOS GENERALES			RIESGO DE CAÍDAS						ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS							
				CRITERIOS DE LA ESCALA DE DOWNTON					Total	D. PAUTAS DE CRITERIOS PARA PREVENIR CAÍDAS Y SUJECIÓN							Promedio
	1	2	3	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	0	0	3	2	2	1	2	2	2	2	2
2	2	2	1	0	2	1	0	0	3	2	2	1	2	2	2	2	2
3	4	2	2	0	2	2	1	1	6	2	2	1	2	2	2	2	2
4	3	2	2	0	2	2	0	1	5	2	1	2	1	2	2	2	2
5	2	2	1	1	5	3	0	1	10	2	2	2	2	2	1	2	2
6	4	2	2	0	3	2	1	1	7	1	2	1	2	2	2	2	2
7	1	2	1	0	3	2	1	0	6	1	2	2	1	2	2	1	2
8	4	1	2	0	2	2	1	1	6	2	1	1	2	1	2	2	2
9	4	2	1	0	2	2	1	1	7	2	2	1	2	2	2	2	2
10	3	2	1	1	5	3	1	1	12	2	2	1	2	2	2	2	2
11	3	2	3	0	3	2	0	1	7	2	2	2	2	2	2	2	2
12	2	1	2	0	2	2	0	1	7	1	2	2	1	2	2	2	2
13	3	1	3	0	3	1	0	1	5	2	1	1	2	2	2	2	2
14	3	2	1	0	2	1	0	1	4	2	2	2	2	1	1	1	2
15	4	1	2	0	3	2	0	1	7	2	2	2	2	2	1	2	2

16	1	1	3	0	3	2	1	1	8	2	2	2	2	2	1	2	2
17	2	2	2	0	1	1	0	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2
18	3	2	1	0	1	2	0	0	3	1	2	2	2	2	2	2	2
19	3	1	3	0	2	2	0	1	6	2	2	2	2	1	2	1	2
20	4	2	1	0	2	3	1	1	8	1	1	1	2	1	1	2	1
21	2	2	2	0	4	3	0	1	10	2	2	2	1	1	2	1	2
22	3	1	2	0	4	3	1	1	9	2	2	2	1	2	2	2	2
23	4	1	1	0	3	2	1	1	8	2	1	1	1	2	2	1	1
24	2	1	1	0	3	2	1	1	9	2	2	2	1	2	2	2	2
25	1	1	1	1	1	1	0	0	3	2	2	1	2	2	2	2	2
26	2	2	1	0	3	2	0	0	5	2	2	1	2	2	2	2	2
27	4	2	2	0	2	2	1	1	7	2	2	1	2	2	2	2	2
28	3	2	2	0	0	2	0	1	3	2	1	2	1	2	2	2	2
29	2	2	1	1	5	3	0	1	10	2	2	2	2	2	1	2	2
30	4	2	2	0	3	2	1	1	7	1	2	1	2	2	2	2	2
31	1	2	1	0	3	2	1	0	6	1	2	2	1	2	2	1	2
32	4	1	2	0	2	2	1	1	6	2	1	1	2	1	2	2	2
33	4	2	1	0	0	1	1	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2
34	3	2	1	1	5	3	1	1	12	2	2	1	2	2	2	2	2
35	3	2	3	0	3	2	0	1	7	2	2	2	2	2	2	2	2
36	2	1	2	0	2	2	0	1	7	1	2	2	1	2	2	2	2
37	3	1	3	0	3	1	0	1	5	2	1	1	2	2	2	2	2
38	3	2	1	0	0	1	0	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2
39	4	1	2	0	3	2	0	1	7	2	2	2	2	2	1	2	2
40	1	1	3	0	3	2	1	1	8	2	2	2	2	2	1	2	2

41	2	2	2	0	0	2	0	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2
42	3	2	1	0	0	2	0	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2
43	3	1	3	0	2	2	0	1	6	2	2	2	2	1	2	1	2
44	4	2	1	0	2	3	1	1	8	1	1	1	2	1	1	2	1
45	2	2	2	0	4	3	0	1	10	2	2	2	1	1	2	1	2
46	3	1	2	0	4	3	1	1	9	2	2	2	1	2	2	2	2
47	4	1	1	0	3	2	1	1	8	2	1	1	1	2	2	1	1
48	2	1	1	0	3	2	1	1	9	2	2	2	1	2	2	2	2
49	3	1	3	0	2	2	0	1	6	2	2	2	2	1	2	1	2
50	4	2	1	0	2	3	1	1	8	1	1	1	2	1	1	2	1
51	2	2	2	0	4	3	0	1	10	2	2	2	1	1	2	1	2
52	3	1	2	0	4	3	1	1	9	2	2	2	1	2	2	2	2
53	4	1	1	0	3	2	1	1	8	2	1	1	1	2	2	1	1
54	2	1	1	0	3	2	1	1	9	2	2	2	1	2	2	2	2
55	1	1	1	1	1	1	0	0	3	2	2	1	2	2	2	2	2
56	2	2	1	0	3	2	0	0	5	2	2	1	2	2	2	2	2
57	4	2	2	0	2	2	1	1	7	2	2	1	2	2	2	2	2
58	3	2	2	0	2	2	0	1	5	2	1	2	1	2	2	2	2
59	2	2	1	1	5	3	0	1	10	2	2	2	2	2	1	2	2
60	4	2	2	0	3	2	1	1	7	1	2	1	2	2	2	2	2
61	1	2	1	0	3	2	1	0	6	1	2	2	1	2	2	1	2
62	4	1	2	0	2	2	1	1	6	2	1	1	2	1	2	2	2
63	4	1	2	0	3	2	0	1	7	2	2	2	2	2	1	2	2
64	1	1	3	0	3	2	1	1	8	2	2	2	2	2	1	2	2
65	2	2	2	0	1	1	0	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2

66	3	2	1	0	0	2	0	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2
67	3	1	3	0	2	2	0	1	6	2	2	2	2	1	2	1	2
68	4	2	1	0	2	3	1	1	8	1	1	1	2	1	1	2	1
69	2	2	2	0	4	3	0	1	10	2	2	2	1	1	2	1	2
70	3	1	2	0	4	3	2	1	10	2	2	2	1	2	2	2	2
71	4	1	1	0	3	2	1	1	8	2	1	1	1	2	2	1	1
72	2	1	1	0	3	2	1	1	9	2	2	2	1	2	2	2	2
73	3	1	3	0	2	2	0	1	6	2	2	2	2	1	2	1	2
74	4	2	1	0	2	3	1	1	8	1	1	1	2	1	1	2	1
75	2	2	2	1	4	3	0	1	11	2	2	2	1	1	2	1	2

ANEXO N° 5
TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

TABLA 2

**VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN ESCALA DE
DOWNTON EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2016**

GLOBAL	CATEGORÍAS	Fr.	%
	Alto riesgo (4 a más)	62	83
	Mediano riesgo (2 a 3)	13	17
	Bajo riesgo (0 a 1)	00	00
TOTAL GENERAL		75	100

TABLA 3
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2016

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Fr.	%
REGISTRO DE VALORACION DE DOWTON		
(Si) Adecuado	24	32.0
(No) Inadecuado	51	68.0
CONSTANCIA DE DEAMBULACIÓN		
(Si) Adecuado	58	77.3
(No) Inadecuado	17	22.7
CONSTANCIA DE BARANDAS ALZADAS		
(Si) Adecuado	28	37.0
(No) Inadecuado	47	63.0
FRENOS ACTIVADOS		
(Si) Adecuado	37	49.3
(No) Inadecuado	38	50.7
AVISO A FAMILIAR SOBRE RIESGO DE CAÍDAS		
(Si) Adecuado	55	73.3
(No) Inadecuado	20	26.7
CONTENCIÓN MECÁNICA		
(Si) Adecuado	59	78.7
(No) Inadecuado	16	21.3
CONSENTIMIENTO PARA CONTENCIÓN MECÁNICA		
(Si) Adecuado	29	38.7
(No) Inadecuado	46	61.3
Total general	75	100.0

TABLA 4
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA SEGÚN RESULTADO GLOBAL
EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2016

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA		
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Fr.	%
Adecuado (2)	66	88
Inadecuado (1)	09	12
Total general	75	100

ANEXO N°6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....he sido invitado a formar parte de una investigación para identificar los factores de riesgo de caídas en los adultos mayores, la Bachiller Deysa de la Cruz me ha manifestado que la información y respuestas que brinde serán anónimas y confidenciales. Me ha indicado la importancia de la investigación, así como también que tengo el derecho a negarme a contestar las preguntas si así lo considero, y que tengo el derecho a conocer los resultados de la investigación.

Asegurando mi participación firmo en señal de aceptación.

Firma del participante

Firma de la Bachiller

Lugar y fecha