

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



**RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR
QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD
SANTIAGO APÓSTOL COMAS
JUNIO 2019**

TESIS

**PRESENTADO POR BACHILLER
IRMA RAQUEL CÓRDOVA MARTÍNEZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

LIMA- PERÚ

2020

ASESORA: MG ÍRIS VILLASANTE MONTES

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por darme la fortaleza, paciencia y perseverancia a lo largo
De mi vida para poder lograr todos mis objetivos

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Por prepararme profesionalmente, crear conocimientos y
Experiencias para poder lograr mis objetivos y metas trazadas

Al Centro de Salud Santiago Apóstol

Por brindarme las facilidades para realizar mi trabajo de investigación

A mi asesora

Por sus conocimientos, dedicación y motivar a culminar el
Trabajo de tesis

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico a mi familia, por su apoyo incondicional, por cuidarme y estar siempre dispuestos a ayudarme, por todos los momentos que estamos juntos, en las tristezas y alegrías siempre unidos.

RESUMEN

Introducción: El riesgo a caídas del adulto mayor que asiste al centro de salud es alto y comprende un gran problema ya que aumenta con los diferentes cambios que enfrenta esta población producto del envejecimiento y de factores que lo condicionan y como consecuencia puede trasladar de un estado de independencia a una de dependencia alterando el estilo de vida de esta población. El **objetivo:** es determinar el riesgo a caídas del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Santiago Apóstol comas junio 2019. **Metodología:** Es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. **Población y muestra:** Conformada por 40 adultos mayores, la técnica de estudio fue la encuesta y el instrumento el cuestionario test de Downton. **Resultados:** El riesgo a caídas en el adulto mayor es alto con 82.5%, de acuerdo a las dimensiones se obtuvo: déficit sensorial tuvo mayor prevalencia con 72.50%, seguido de caídas previas con 60%, ingesta de medicamentos con 52.5%, deambulación 27.50%, estado mental 7.50%. **Conclusiones:** El riesgo a caídas de los adultos mayores es alto, déficit sensorial es la causa con mayor predominio seguido de caídas previas.

PALABRA CLAVE: Riesgo a caídas, en el adulto mayor

ABSTRACT

Introduction: The risk of falls of the elderly who attends the health center is high and includes a great problem as it increases with the different changes that this population faces due to aging and factors that condition it and as a consequence it can transfer from a state from independence to one of penance altering the lifestyle of this population. The **objective:** is to determine the risk of falls of the elderly who attends the Santiago Apóstol Health Center comas June 2019. Methodology: It is a quantitative, descriptive cross-sectional study. Population and sample: Conformed by 40 older adults, the study technique was the survey and the instrument the Downton test questionnaire. **Results:** The risk of falls in the elderly is high with 82.5%, according to the dimensions obtained: sensory deficit had a higher prevalence with 72.50%, followed by previous falls with 60%, medication intake with 52.5%, ambulation 27.50 %, mental state 7.50%. **Conclusions:** The risk of falls in older adults is high, sensory deficit is the most prevalent cause followed by previous falls.

KEYWORD: Risk of falls, in the elderly

PRESENTACIÓN

En la actualidad nos encontramos ante un suceso demográfico de envejecimiento a nivel mundial. El riesgo a caídas en el adulto mayor es importante porque es un problema de salud pública que se tiene que tomar las medidas de prevención para mantener la autonomía y posibles complicaciones. El objetivo es determinar cuál es el riesgo a caídas en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Santiago Apóstol comas junio 2019.

La investigación está conformada por V capítulos:

Capítulo I: Planteamiento y formulación del problema, objetivos y propósito.

Capítulo II: Antecedentes bibliográficos, bases teóricas, hipótesis y variables, definición operacional.

Capítulo III: Tipo y área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: Resultados y discusión.

Capítulo V: Conclusión y recomendaciones.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
ASESORA	ii
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:	15
I.c. 1. Objetivo general	15
I.c.2. Objetivo específico	16
I.d. Justificación	16
I.e. Propósito	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. Antecedentes bibliográficos	18
II.b. Base teórica	21
II. c. Hipótesis	28
II.d. Variables	29
II.e. Definición operacional de términos	29

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III. a. Tipo de estudio	30
III.b. Área de estudio	30
III.c. Población y muestra	30
III.d. Técnica e instrumento de recolección de datos	31
III.e. Diseño de recolección de datos	31
III.f. Procesamiento y análisis de datos	32
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IV. a. Resultados	33
IV. b. Discusión	40
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a. Conclusiones	43
V.b. Recomendaciones	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	55

LISTA DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	Datos generales sociodemográficos del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Santiago Apóstol comas junio 2019	33

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
GRÁFICO 1	Riesgo a caídas del adulto mayor que asiste al centro de salud Santiago Apóstol comas junio 2019.	34
GRÁFICO 2	Riesgo a caídas del adulto mayor que asiste al centro de salud Santiago Apóstol comas junio 2019. Según dimensión: caídas previas.	35
GRÁFICO 3	Riesgo a caídas del adulto mayor que asiste al centro de salud Santiago Apóstol comas junio 2019. Según dimensión: Ingesta de medicamentos	36
GRÁFICO 4	Riesgo a caídas del adulto mayor que asiste al centro de salud Santiago Apóstol comas junio 2019. Según dimensión: déficit sensorial.	37
GRÁFICO 5	Riesgo a caídas del adulto mayor que asiste al centro de salud Santiago Apóstol comas junio 2019. Según dimensión: Estado mental	38
GRAFICO 6	Riesgo a caídas del adulto mayor que asiste al centro de salud Santiago Apóstol comas junio 2019. Según dimensión: Deambulaci3n	39

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO 1	Operacionalización de la variable	56
ANEXO 2	Instrumento	58
ANEXO 3	Escala de Downton para determinar el riesgo a caídas	61
ANEXO 4	Escala de valoración del instrumento: J.H. Downton	62
ANEXO 5	Confiabilidad del instrumento	63
ANEXO 6	Consentimiento informado	64
ANEXO 7	Matriz de datos sociodemográficos	66
ANEXO 8	Matriz de riesgo a caídas del adulto mayor	68

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad nos encontramos ante un suceso demográfico de envejecimiento a nivel mundial¹. Dado que hay un aumento de la esperanza de vida y decrecimiento de la tasa de fecundidad². En el año 2015 al 2050, la población adulta mayor de 60 años casi se duplicará; pasando del 12 por ciento al 22 por ciento³. Este evento nos lleva a una gran discusión sobre los eventos incapacitantes y la necesidad de mantener la autonomía e independencia del adulto mayor⁴.

La OMS sostiene, que al año se producen seiscientos cuarenta y seis mil caídas mortales, convirtiéndose en la segunda causa de muerte por lesiones no intencionadas. El 80 por ciento de muerte relacionadas con caídas se originan en países de bajos y medianos recursos⁵. La constancia de las caídas en la población adulta mayor es un problema de salud pública⁶.

Por otro lado Tideiksaar R. El riesgo de muerte por caídas se incrementa con la edad. En las personas de 65 años a más es diez a ciento cincuenta veces más elevada que en otras edades. En un total de muertes por caídas, el 66% por ciento se dan en personas de 75 años a más⁷. España registra 8, 572,779 adultos de más de 65 años lo que supone un 18.4% de toda la población⁸. Estudio realizado en 772 adultos mayores el 28.4% tuvieron 1 o más caídas al año, el 9,9% presentaron varias caídas, un tercio de las caídas son por factores extrínsecos⁹.

Las caídas intervienen de manera considerable en la mortalidad de la población geriátrica. Según Castro E, en EE.UU en los adultos mayores de 65 años es la primera causa de muerte accidental, representando el 75%.

Todo esto está condicionado por el estilo de vida, entorno laboral y familiar lo que indica que un 30% a 40% terminen en una residencia¹⁰.

En un porcentaje de 15% y 28% de las personas adultas mayores sanas de 60 a 75 años tienen una caída al año, aumentando significativamente al 35% en mayores de 75 años. Las caídas que se producen en el día representa un 85%, en la calle 44%, domicilio 56%¹¹. El agente de riesgo que influye son, debilidad muscular, caídas previas, alteración al desplazarse, pérdida de equilibrio, uso de aparatos de apoyo, alteración visual, alteración cognitiva, tener más de 80 años¹². En Ecuador la encuesta SABE usada por el Dr. Freire determino que los adultos mayores a 75 años tuvieron un promedio de 40,6% de caídas¹³.

Por otra parte, en el 2015 en un estudio de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), de las veinticuatro mil sesenta y tres personas entrevistadas el 62 por ciento fueron mujeres y la prevalencia de caídas durante el último año fue mayor en mujeres con 28,5% y en hombre 18,1%. Las características como dificultad visual y auditiva, consumir varios medicamentos, están asociados a un alto porcentaje de caídas¹⁴.

En el Perú en un estudio realizado por Altamirano C, Alfaro P, Alvares F, en el año 2014 en el Hospital Geriátrico San José de la policía, el 33,3% de pacientes que acuden a consultorio, refieren al menos tener una caída al año. Además, los adultos mayores que se caen, dos tercios sufrirán i caída en los siguientes 6 meses¹⁵.

Al realizar las prácticas en el Centro de Salud Santiago Apóstol pude observar que el adulto mayor presentaba diferentes riesgos, algunos de ellos asistían a consulta por presentar consecuencias de alguna caída, muchos de esta población consumen varios medicamentos, ellos manifiestan “estoy tomando captopril porque un amigo me lo recomendó”. “no escucho bien, hálame más fuerte”, “no asistí a mi consulta anterior porque mi hija trabaja y no hay quien me lleve”, “hace 5 años que tengo los mismos lentes y no puedo ver bien”, “ a consecuencia que tuve una caída me da miedo salir a la calle, tengo miedo caerme de nuevo”.

Por esta problemática, se plantea la siguiente interrogante:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el riesgo de caídas en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Santiago Apóstol comas junio 2019?

I.c. OBJETIVOS:

I.c.1. Objetivo General

Determinar el riesgo a caídas en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Santiago Apóstol comas junio 2019.

I.c.2. Objetivo Especifico

Identificar el riesgo a caídas en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Santiago Apóstol comas junio 2019, según dimensiones.

- Caídas previas
- Ingesta de medicamentos
- Déficit sensorial
- Estado mental
- Deambulación

I.d. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es conveniente, porque las caídas que se originan en esta población son un problema de salud pública siendo así el segundo factor de muerte

. Durante el proceso de envejecimiento el adulto sufre diferentes cambios, físicos, psíquicos, sociales, emocionales, que conllevan a modificar la calidad de vida, volviéndose más vulnerables.

Los profesionales de enfermería debemos conocer los factores que condicionan a este grupo etario ser vulnerables a caídas, con el fin de promover estrategias enfatizando la educación y promoción de conductas saludables con el objetivo de lograr una intervención temprana y oportuna

Este estudio pretende beneficiar al profesional de enfermería, a fin de llenar los vacíos del conocimiento sobre el área de Geronto referente al riesgo a caídas, de ese modo intervenir de manera oportuna y significativa para contribuir y optimizar la vida de los adultos mayores.

I.e. PROPÓSITO

AL final de la investigación el resultado se entregara al centro de salud Santiago Apóstol al médico jefe encargado de dicho establecimiento. Con la finalidad de conocer cuál es el riesgo a caídas que presenta dicha población y tomar las medidas de promoción y prevención de dicho problema, este estudio refleja la importancia de la actuación de enfermería en el primer nivel de atención.

Este trabajo podrá servir con guía para desarrollar nuevos instrumentos que permita valorar las dimensiones que comprende y poder disminuir los factores de riesgo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. Antecedentes bibliográficos

INTERNACIONALES

Gómez I, Aragon S, Calvo B. En 2017 en España, plantearon un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo con el objetivo de **CALCULAR LA PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS CAÍDAS OCURRIDAS DURANTE EL 2015 EN LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TOLEDO. POBLACIÓN Y MUESTRA:** fueron 108 adultos mayores institucionalizados. **RESULTADOS:** Un 37,04% tuvieron caídas, en mayor porcentaje las mujeres. El 55% de las caídas fueron únicas, el resto 45% de caídas previas o de repetición; las caídas con mayor promedio son las que se originan por la mañana y en la habitación, causadas por falta de equilibrio y no ocasionan complicaciones. Se puede observar relación de las caídas con el nivel cognitivo; lo que no sucede en el caso de la administración de varios medicamentos, pese a ello, se observan tendencias deferentes entre adultos mayores caídos y sin caídas. Conclusiones: Se observó alto porcentaje de adultos mayores con caídas; se encontró mayor especificidad en la escala de Downton frente a la de teniti¹⁶.

Chirinos D, Herrera G, Ferragut L, Osorio N. En el 2016 en Cuba realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de **IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CAÍDAS EN EL ANCIANO DURANTE EL 2014, EN UN GRUPO BÁSICO DE TRABAJO DE POLICLINICO UNIVERSITARIO HERMANOS DE PINAR DEL RIO. POBLACIÓN Y MUESTRA:** Estuvo constituida por 325 adultos mayores. **RESULTADOS:** En un porcentaje del 6,7% los adultos mayores que sufrieron caídas tienen sesenta y setenta años y varones 9.7%. Los

factores extrínsecos del ambiente que más influyeron son el calzado ocurridos en la habitación; los factores originados por cambios en el envejecimiento son, alteración de la marcha en varones, tener varias enfermedades/ polifarmacia en mujeres, otras alteraciones cardiovasculares, osteoartritis cervical y cataratas. Conclusiones: Las caídas se dan en la edad de 60 a 70 años como promedio, siendo las causas externas las de mayor prevalencia¹⁷.

NACIONALES

Mallma J. En el 2019 en Perú realizó una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal con el objetivo de **DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO A CAÍDAS EN LOS ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE TAYTA WASI DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO. POBLACIÓN Y MUESTRA:** Estuvo conformada por 96 adultos mayores. Resultados los factores de riesgo externos el 81,23 por ciento se originan en la ducha y el baño que no cuentan con medidas de seguridad, el 74,47 por ciento tienen casa de escaleras sin barandas, el 65,63 por ciento en la calle, el 48,96 por ciento por objetos en el piso, el 47,92 por ciento escasa iluminación. En los factores internos el 95,83 por ciento tiene alguna enfermedad y consumen algún medicamento, el 89,58 por ciento tienen visión borrosa, 84,38 por ciento alteración de la marcha. Conclusiones: las causas de riesgo a caídas que tienen mayor predominio son los intrínsecos, como padecer alguna enfermedad, administración de fármacos y desconocimiento de sus efectos colaterales, dificultad en la visión cambios en la marcha¹⁸.

Quiñonez J. En el 2017 en Perú elaboró un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de **CALCULAR EL RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO PNP SAN JOSÉ. POBLACIÓN**

Y MUESTRA: Está constituida por 120 participantes. **RESULTADOS:** El 63,3% son mujeres y el 36,7% son varones. La edad media de esta población es de 78,8 años, riesgo alto a caídas representa el 70%, el 30% presenta bajo riesgo, según edad de 60 a 71 tiene riesgo bajo con 58,3%, de 72 a 81 años tiene riesgo alto con 42,9%, 92 a 102 años no hay riesgo de caídas bajo, las causas que tienen mayor influencia son los fármacos con 87%; alteración sensorial con 79%; estado mental 6 por ciento. Conclusiones: Se finaliza que el riesgo en esta población es alto; las causas de mayor predominio es la administración de fármacos y alteración sensorial¹⁹.

Cotaquispe D, Arévalo J. Desarrollaron en el 2017 en Perú una investigación descriptiva, transversal con el objetivo de **EVALUAR EL NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS QUE PRESENTA EL ADULTO MAYOR INTERNADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL DE LIMA PERÚ. POBLACIÓN Y MUESTRA:** Estuvo conformada por 120 adulto mayores. **RESULTADO:** nivel medio a caídas presenta la mayor parte de los adultos mayores con 98,6% las mujeres tienen nivel medio a caídas con 98,2%, la edad promedio es de 70 a 79 años y tiene nivel medio a caídas en un total de 100%. Conclusiones: se concluye que la mayor parte de la población tiene nivel medio a caídas, siendo más común en mujeres entre 90 a 79 años²⁰.

Estos antecedentes sirvieron para conocer cómo es la problemática del adulto mayor sobre riesgo a caídas a nivel nacional e internacional, así como poder afianzar el trabajo de investigación y poder elegir el instrumento adecuado que sirva para lograr los objetivos y dimensiones del presente estudio, construir la hipótesis, conocer la población a estudiar. De igual manera incrementar el marco teórico con base en los antecedentes y luego comparar con los hallazgos de este estudio en la fase de discusión.

II.b. BASE TEÓRICA

Caídas

La organización mundial de la salud define como caídas a todo hecho involuntario que hace que la persona pierda el equilibrio, y como consecuencia termine en el suelo, conllevando así a cambios en el estilo de vida²¹.

Riesgo a caídas

Según NANDA, es el aumento de la susceptibilidad que presenta cada individuo a las caídas que puede condicionar a desequilibrio físico²².

Por otro lado Tideiksaar R. El riesgo a caídas se inicia cuando el adulto mayor realiza actividades que conlleva a un desequilibrio o desplazamiento del cuerpo fuera de la base de sustentación²³.

Grupo de riesgo

La OMS define que las caídas conllevan a lesiones, la edad, varias patologías, sexo, pueden predominar en el tipo de lesión y gravedad. Una de las principales causas de riesgo está relacionado con la edad, algunos países contemplan que el varón tiene mayor probabilidad de padecer caídas mortales, mientras que la mujer presenta caídas no mortales²⁴⁻²¹

Por otro lado Tideiksaar R. El riesgo a caídas se inicia cuando el adulto mayor realiza actividades que conlleva a un desequilibrio o desplazamiento del cuerpo fuera de la base de sustentación²³.

Clasificación del adulto mayor

Según la OM, considera de edad avanzada a todos aquellos que tengan sesenta hasta setenta y cuatro años viejos o ancianos, de setenta y cinco hasta los noventa años grandes viejos o grandes longevos²⁵.

Antecedentes de caídas

Son caídas anteriores, frecuentes que dificulta el desempeño de cada persona para realizar sus cosas de manera cotidiana, lo que conlleva a una independencia innecesaria, aislamiento social, pérdida de la función y mala calidad de vida, disminuye la disposición para deambular, lo que reduce el tono muscular y aumenta el riesgo de nuevas caídas²⁶.

La caídas previas en el adulto mayor toma un papel importante en las actividades de la vida diaria, estas personas con antecedentes se limitan a realizar actividades por temor a volver a caerse.

Medicamentos

Según Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. Los ancianos ingieren varios medicamentos, por las diferentes enfermedades que padecen, exponiéndose a ser hospitalizados²⁷.

Por otro lado Alvarado I, Astudillo C, Sánchez J. Los cambios anatómicos asociados a la edad, producen cambios en la degradación de los medicamentos, presentando reacciones adversas, siendo más susceptibles a caídas²⁸.

- Diuréticos: son sustancias que aumenta la frecuencia de miccionar, lo que aumenta el riesgo a caídas.
- Hipoglucemiantes: Baja la azúcar, causando mareos y alteración del equilibrio.
- Antidepresivos: Causa confusión, letargo y alteración de la conducta.
- Betas bloqueadores: Ocasiona alteración en el sistema de conducción y en algunos casos disminución de la presión arterial.
- Inotrópicos: causan alteración del gasto cardiaco causando hipotensión, taquicardia y bradicardia²⁹.

Los adultos deben consumir medicamentos solo con receta médica y con supervisión de un familiar responsable, para evitar los efectos adversos que se puedan presentar, estas personas debido al envejecimiento la farmacocinética se vuelve más lento y por ende el medicamento demora más en eliminarse causando efectos secundarios en la persona.

Déficit sensorial

Según Águila C, Schermuly L, Yábar C. La dificultad visual y auriculares, ocasionan al adulto mayor cierto grado de dependencia, disminuyendo así las actividades en su vida diaria. La presencia de alteraciones sensoriales en el adulto mayor tiene una alta incidencia, siendo uno de los factores directamente implicados de la morbimortalidad de la población avanzada. Es esencial conservar las funciones visuales para un estilo de vida independiente³⁰.

Alteraciones visuales

Según Suarez H, Arocena M, La alteración de la vista se afectada por varios factores relacionados con la edad. Algunos receptores oculares cambian como consecuencia de una deficiencia visual, que se originan en la córnea alterando si su función normal, el cristalino se vuelve más denso y pierde su elasticidad, el vitrio con la edad se condensa y se altera su función, a nivel de la retina disminuye las células³¹.

Por otro lado la disminución visual en un 50% altera la estabilidad, ocasionando en un 25 a 50% caídas. Con la edad tiende aparecer las cataratas, disminuyendo la agudeza visual, la capacidad para diferenciar colores y poca tolerancia a la iluminación y la capacidad de adaptación en la noche. El adulto mayor de 80 años pierde la capacidad para observar hasta en 80%³².

En un estudio observado por García E. Los adultos de más de 65 años padecen de alteración visual, ocupando así el tercer lugar, ocasionando cierto grado de dependencia, dificultando moverse con total seguridad³³.

Con la edad y algunas enfermedades generan alteraciones a nivel visual, que afecta la calidad de vida como podría ser discapacidad, caídas, depresión, por ello es importante visitar al oculista una vez al año como medida de prevención

Alteraciones auditivas

Según Camino M. La disminución de la audición que es normal con la edad en algunos casos es corregible, muchas veces no se les da la importancia que corresponde, la alteración más conocida en la audición es la presbiacusia. Esta alteración muestra componentes de los tipos de sordera de conducción y percepción neurosensitiva. La causa de la sordera por conducción puede deberse a problemas con el oído externo³⁴.

Por otro lado Villar T, Mesa P, Esteba A, Sajoquin A, Fernández E. A medida que se envejece se producen cambios en los cilios del del oído interno, que disminuye el reflejo vestíbulo ocular, que mantiene el equilibrio cuando una persona esta caminando.³⁵.

Por ultimo Toledo C, Pacheco A, Pérez T, Contreras P, Hernández L. La dificultad auditiva en ancianos afecta a dificultades en relacionarse, problemas emocionales que se presenta a consecuencia de este problema, aumenta el riesgo de accidentes involuntarios, aumenta el grado de dependencia para la familia³⁶.

Extremidades

Landinez N, Contreras K, Castro A. Con la edad el adulto mayor se relaciona a cambios neuromusculares debido a la disminución de la fuerza y a la potencia muscular, por de disminución de masa muscular, conjunto con otro factores alteran el equilibrio y la marcha normal en esta población volviéndolos más vulnerables con un alto riesgo a caídas³⁷.

Sin embargo Soto C. L a disminución de la fuerza es el causante del envejecimiento habiendo así disminución de la fuerza y masa muscular, alterando la actividad física, el periodo de relajación y contracción muscular³⁸.

Finalmente Ávila J, García. A nivel del musculo esquelético con los años hay diferentes cambios, como atrofas, disminuyendo la elasticidad y tonificación³⁹.

En la población adulta mayor hay que realizar actividades que disminuyan los cambios producidos por la edad como ejercicio, caminar, que ayude a mantener la posición corporal y fuerza muscular.

Estado mental

Para Fragoeiro I, Pestana M, Paul C. el estado mental en los adultos mayores no solo es la ausencia de síntomas, sino también está relacionado con lo emocional, espiritual que soporta el equilibrio personal y fomenta las relaciones interpersonales. Mayormente esta población por su edad soporta mucho estrés, que induce a la alteración de ciertos comportamientos en la conducta⁴⁰.

Paciente orientado: Es aquel que está orientado y consiente, puede realizar actividades de autocuidado en la prevención de riesgos, se le puede realizar educación en prevención.

Paciente confuso: Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo, espacio y persona, puede estar apático, no realiza autocuidado en la

prevención de riesgos, necesita ayuda sanitaria, no se le puede realizar educación en prevención de riesgos⁴¹.

En los pacientes con riesgo a caídas es importante considerar el estado mental, para poder determinar el riesgo al que está expuesto y prevenir futuras caídas, que afecten la calidad de vida, poder disminuir las consecuencias de la misma.

Deambulaci3n en el adulto mayor

Según Quiñonez J. En los adultos mayores disminuye su capacidad locomotora, iniciando progresivamente el deterioro del estado funcional físico, psíquico y social. A los 60 años un 15% de personas manifiestan, alteraci3n de la marcha, a los 70 aumenta en un 35% y en personas mayores de 85 años aumenta en un 50%, la alteraci3n de la marcha en los adultos mayores aumenta el riesgo a caídas, es causante de alteraci3n funcional, aumentando la morbilidad que conlleva el internamiento del paciente a residencias⁴².

Teorista de autocuidado de Dorothea Oren

Son acciones que realiza cada ser humano para su propio bien, para mantener la vida, la salud y bienestar⁴³.

Para Dorothea Oren la persona es un ser pensante, biol3gico y racional con la capacidad para pensar y reflexionar sobre sus acciones en su vida diaria, identifica la salud como integral, estructural y funcional, se refiere a enfermería como el ser humano, que da cuidado al paciente cuando no

puede realizarlo por sí solo, para mantener el bienestar y salud integral, manteniendo su autocuidado tanto a la persona como a la familia a recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias, La enfermera puede actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno saludable, para bien de la persona y familia ⁴⁴.

Se tomó en cuenta esta teorista porque explica el autocuidado y cómo mantener la salud de acuerdo a las acciones que realicemos, abarca a la persona como un ser integral enseñando el cuidado para ser independiente y mejora calidad de la persona y comunidad. Por ende en la población adulta mayor debido al proceso de envejecimiento sufre diferente cambio fisiológico y patológico que pone en riesgo la vida como por ejemplo las caídas en el adulto mayor y las consecuencias conllevan a la limitación de sus actividades de la vida diaria.

II.c. HIPÓTESIS

Hipótesis general:

Riesgo a caídas en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Santiago Apóstol Comas Junio 2019 es alto.

Hipótesis derivadas

Riesgo a caídas según dimensión:

- Caídas previas es alto
- Ingesta de medicamentos es alto
- Déficit sensorial es alto

- Estado mental es bajo
- Deambulaci3n es alto

II.d. VARIABLES

Riesgo a caídas en el adulto mayor

II.e. DEFINICIONES OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Caídas

La organizaci3n mundial de la salud define como caídas a todo hecho involuntario que hace que la persona pierda el equilibrio, y como consecuencia termine en el suelo, conllevando así a cambios en el estilo de vida²¹.

Riesgo a caídas

Según NANDA, es el aumento de la susceptibilidad que presenta cada individuo a las caídas que puede condicionar a desequilibrio físico²².

Grupo de riesgo

La OMS define que las caídas conllevan a lesiones, la edad, varias patologías, sexo, pueden predominar en el tipo de lesi3n y gravedad. Una de las principales causas de riesgo est1 relacionado con la edad, algunos países contemplan que el var3n tiene mayor probabilidad de padecer caídas mortales, mientras que la mujer presenta caídas no mortales²⁴⁻²¹

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cuantitativo porque la variable es susceptible de medición mediante la estadística, para la valoración numérica, descriptivo de corte transversal.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Santiago Apóstol Jr. Dos de mayo cuadra 7 comas, Red. Túpac Amaru, microred. Santa Luzmila I, la infraestructura es de 1 piso de material noble, tiene consultorios de medicina, enfermería obstetricia, psicología, odontología y nutrición, cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por 2 Enfermeras, 1 enfermero, 3 médicos, 2 odontólogos, 2 obstetras, 1 psicóloga, 1 nutricionista.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de dicha investigación estuvo conformada por 300 adultos mayores que asisten al Centro de Salud Santiago Apóstol de donde se tomó la muestra de 40 participantes según muestreo no probabilístico a conveniencia y reúnen los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores de 60 años a más
- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores que asisten al centro de salud

- Adultos mayores que estén de acuerdo a participar de dicha investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos menores de 60 años
- Adultos mayores que se nieguen a participar voluntariamente

III.d. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la recolección de datos, considerando la naturaleza del problema y sus objetivos, se utilizó la técnica de entrevista, instrumento escala de Downton, donde se evalúa los siguientes parámetros:

- Caídas previas
- Ingesta de medicamentos
- Déficit sensorial
- Estado mental
- Deambulacion

Esta categorizado de la siguiente manera:

- Riesgo alto mayor de 2 a más puntos
- Riesgo bajo menor a 2 puntos

III.E. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó los trámites correspondientes dirigidos al médico jefe del centro de salud Santiago Apóstol donde se solicitó permiso para la ejecución de

dicho trabajo y a la vez se informó al personal de enfermería en que consiste dicha investigación.

Así mismo se les comunicó a los adultos mayores del estudio a realizar, teniendo en cuenta el consentimiento informado, considerando que cumplan los criterios de inclusión, la investigación será libre y voluntaria y los resultados serán en beneficio de dicha población, se mantendrá de manera anónima la identidad de los participantes teniendo en cuenta los 4 principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos han sido tabulados en el programa Excel 2016 para análisis e interpretación de acuerdo a los indicadores de la variable, el objetivo del trabajo y el marco teórico, utilizando para mejor procesamiento de datos el SPSS.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADOS

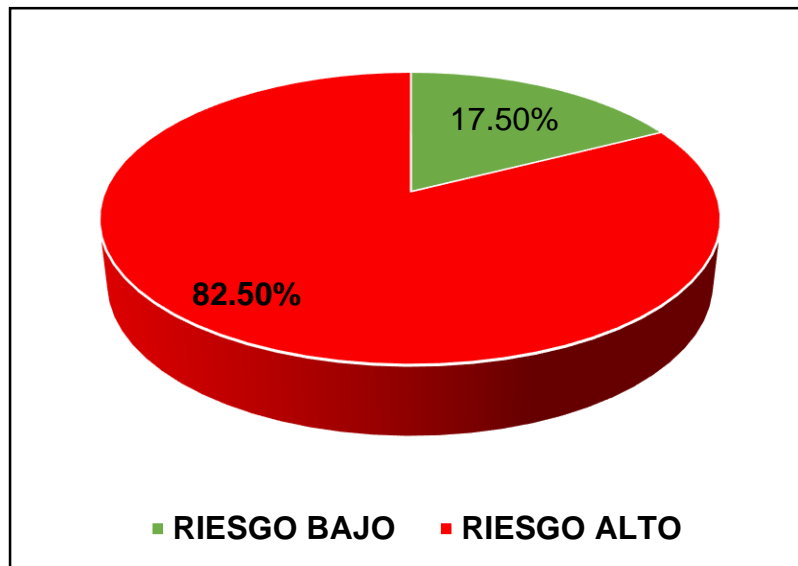
TABLA 1

**DATOS GENERALES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR
QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD SANTIAGO APÓSTOL
COMAS JUNIO 2019.**

Datos	Categoría	40	100%
	60-74	23	57.5
EDAD	75-90	14	35
	90 a mas	3	7.5
GENERO	Femenino	24	60
	Masculino	16	40

Los adultos mayores que asisten al centro de salud Santiago Apóstol, sus edades comprenden entre 60- 74 años con un porcentaje de 57.5% (23), es de sexo femenino el 60% (24).

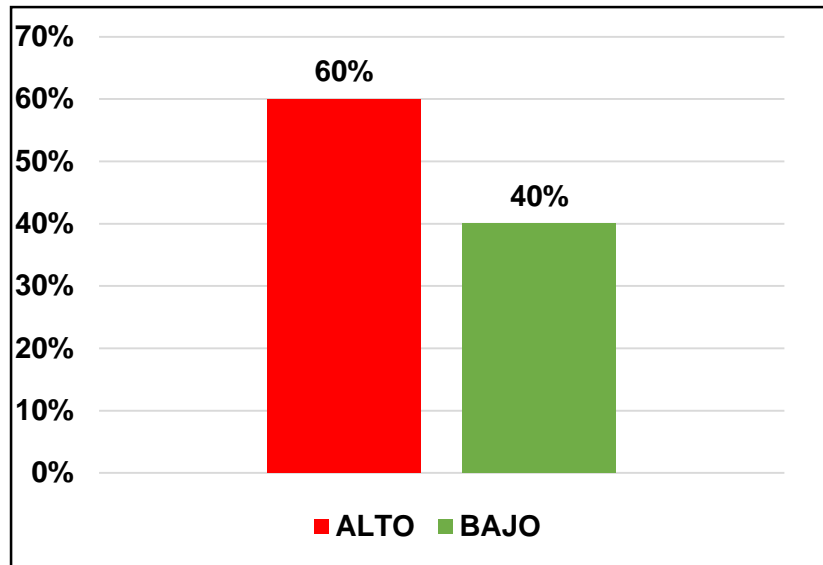
GRÁFICO 1
RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR
CENTRO DE SALUD SANTIAGO
APÓSTOL COMAS
JUNIO 2019



El riesgo a caídas en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud es alto con un promedio de 82.5% (33) y bajo con 17.5% (7).

GRÁFICO 2

RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD SANTIAGO APÓSTOL COMAS JUNIO- 2019 SEGÚN DIMENSIÓN: CAÍDAS PREVIAS

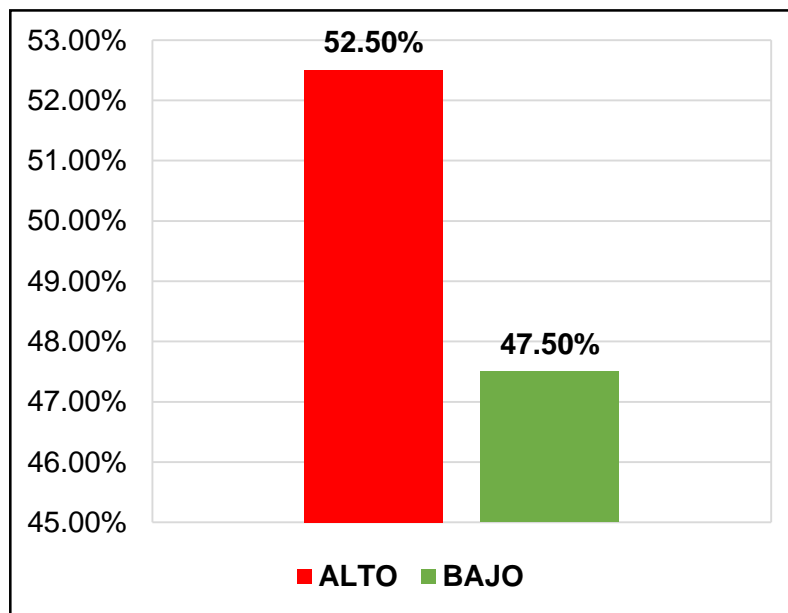


El riesgo a caídas según dimensión: caídas previas es alto con 60% (24), bajo 40% (16).

GRÁFICO 3

RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD SANTIAGO APÓSTOL COMAS JUNIO 2019 SEGÚN

DIMENSIÓN: INGESTA DE MEDICAMENTOS

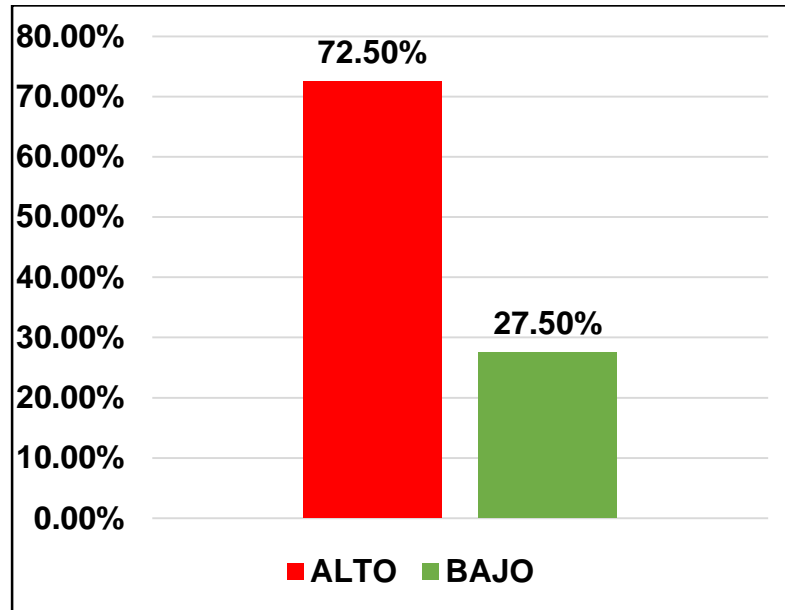


El riesgo a caídas según dimensión ingesta de medicamentos es alto con 52.5% (21), bajo con 47.50% (19).

GRÁFICO 4

RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD SANTIAGO APÓSTOL COMAS JUNIO 2019 SEGÚN

DIMENSIÓN: DÉFICIT SENSORIAL

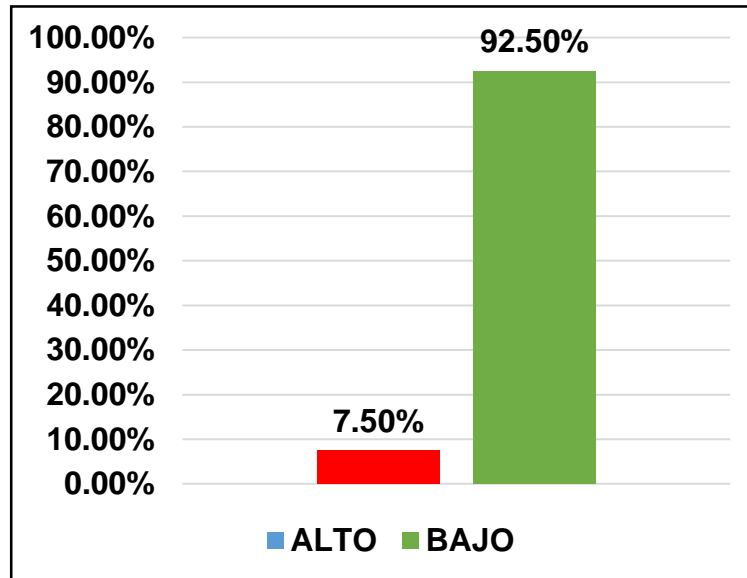


El riesgo a caídas según dimensión déficit sensorial es alto con 72.50% (29), bajo 27.50% (11).

GRÁFICO 5

RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD SANTIAGO APÓSTOL COMAS JUNIO 2019 SEGÚN

DIMENSIÓN: ESTADO MENTAL

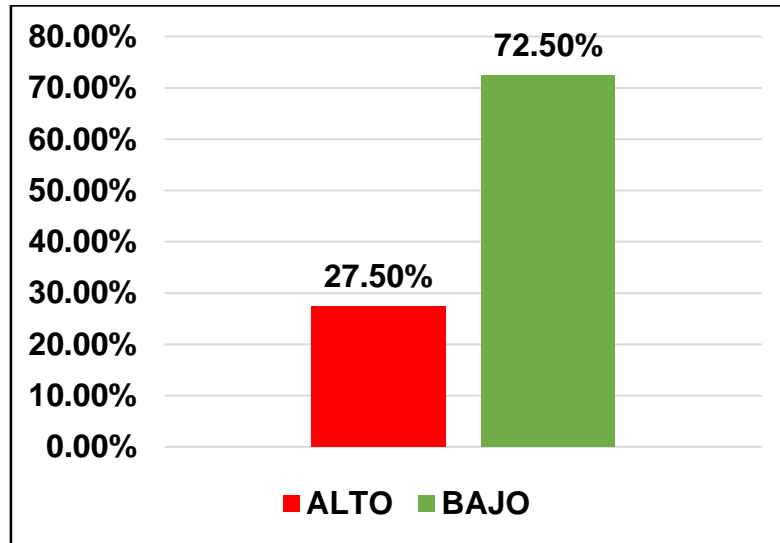


El riesgo a caídas según dimensión estado mental es bajo con 92.50% (37), alto con 7.50% (3).

GRÁFICO 6

RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD SANTIAGO APÓSTOL COMAS JUNIO 2019 SEGÚN

DIMENSIÓN: DEAMBULACIÓN



El riesgo a caídas según dimensión deambulación es bajo con 72.50% (29), alto con 27.50% (11).

IV.b. DISCUSIÓN

En la actualidad nos encontramos ante un suceso demográfico de envejecimiento a nivel mundial, estos cambios asociados a diferentes factores condicionan al adulto mayor estar expuesto a riesgo de caídas y como consecuencia volverlo dependiente de la familia.

En este estudio en relación a los datos sociodemográficos, la mayoría tienen 60 a 74 años con 57.5%, Estos hallazgos son similares a los encontrados por Chirinos, Herrera, Ferragut, Osorio. En un estudio donde identifica los factores de riesgo asociados a caídas durante el 2014¹⁷. El riesgo de mortalidad por caídas se incrementa con la edad. En las personas de 65 años a más es diez a ciento cincuenta veces más elevada que en otras edades⁷. Durante el proceso de envejecimiento se asocian varios cambios que predisponen a caídas, como podemos observar en este estudio y antecedentes previos indican que a más edad el riesgo es mayor, conduciendo al adulto mayor a cambios en su estilo de vida.

Por otro lado con referente al género en este estudio el 60% son mujeres. Estos hallazgos son similares a lo investigado por Quiñonez J. En un estudio donde se calcula el riesgo de caídas del adulto mayor en el hospital geriátrico San José ¹⁹. En una muestra de 120 adultos mayores donde indica que el 63,3% son mujeres. En una encuesta de salud, bienestar y envejecimiento en el 2015 indica que el 62 por ciento fueron mujeres y con mayor prevalencia de caídas durante el último año con 28.5 % y en hombres 18.1 %¹. Ambos sexos presentan riesgo de caídas, pero con mayor predominio las mujeres debido a varios factores, cambios hormonales como la menopausia entre otros, es importante conocer las características de la población en estudio, para poder implementar estrategias de prevención y control de riesgos.

En cuanto a la dimensión caída previas el riesgo es alto con 60%, estos hallazgos no concuerdan a los encontrados por. Gómez I, Aragón S, Calvo B¹⁶. Donde las caídas previas o de repetición tienen un promedio de 45%, El síndrome post caídas, dificulta el desempeño de cada persona para realizar sus cosas de manera cotidiana, lo que conlleva a una independencia innecesaria, aislamiento social, disminuye la disposición para deambular, lo que reduce el tono muscular y aumenta el riesgo de nuevas caídas²⁶. En conclusión los adultos mayores tienen miedo a volverse a caer, disminuyendo sus actividades de su vida diaria y volviéndose dependientes de la familia.

Respecto a la dimensión ingesta de medicamentos es alto con 52.5%. Estos hallazgos son similares a los estudios realizados por Mallma J. En un estudio donde determina los factores de riesgo de caídas en los ancianos que asisten al centro del adulto mayor de Tayta Wasi de VMT¹⁸. En los resultados el 95,83 % tienen alguna patología y consumen algún medicamento. Los adultos mayores son principales consumidores de medicamentos, por diferentes enfermedades que presentan o por automedicación, presentando así riesgos de hospitalización²⁷. El porcentaje de riesgo a caídas relacionado con la ingesta de medicamentos y los diferentes cambios fisiológicos relacionado con la edad produce modificaciones de la farmacocinética aumentando la interacción y toxicidad entre ellos, presentando efectos adversos, como baja presión, aumento de diuresis entre otros. Volviendo más susceptibilidad al adulto mayor a presentar una caída.

Por otro lado en la dimensión déficit sensorial el riesgo es alto con 72.50%, estos resultados son similares a lo encontrado por Quiñonez J¹⁹. Donde refiere que déficit sensorial es alto con 79%. La dificultad visual y auditiva dificulta al adulto mayor realizar sus actividades con normalidad exponiéndose así a riesgos, volviéndose más dependientes de la familia³⁰.

Con el envejecimiento se originan cambios progresivos en cuanto al funcionamiento de los sentidos relacionados con la visión y audición produciendo dificultad para interactuar con el entorno, como trasladarse de un lugar a otro aumentado el riesgo.

Referente a la dimensión estado mental es alto con 7.50%, estos resultados son similares a los estudios realizados por Quiñonez J¹⁹. Con 6%. El estado mental del adulto mayor, se afecta por los diferentes cambios que enfrenta en la familia, sociedad, afectado su estado emocional, espiritual y como consecuencia presenta cambios en su comportamiento afectando su calidad de vida⁴⁰. Los adultos mayores pasan por diferentes cambios que alteran la salud mental, muchos de ellos no reconocen que necesitan ayuda familiar y profesional no considerando así el riesgo y el estado venerable que se encuentran, exponiéndose a situaciones de peligro.

Por último en la dimensión deambulación es alto con 27.50%, estos resultados no coinciden con lo encontrado por Mallma J¹⁸. Donde 84,38-5 presentan alteración en la marcha, en los adultos mayores la deambulación disminuye, iniciando progresivamente el deterioro del estado funcional físico, psíquico y social. A los 60 años un 15% de las personas manifiestan dificultad en la marcha, a los 70 años aumenta en un 35% y en personas mayores de 85 años aumenta en un 50%, la alteración de la marcha en los adultos mayores aumenta el riesgo caídas ⁴². Con el envejecimiento el adulto mayor disminuye ciertas capacidades como alteración de la marcha y el equilibrio que limita la deambulación de esta población exponiéndose a caídas y cambios y sus actividades diarias.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES

- El riesgo a caídas en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Santiago Apóstol es alto por lo tanto coincide con la hipótesis planteada.
- El riesgo a caídas según dimensión: caídas previas es alto por lo tanto coincide con la hipótesis planteada.
- El riesgo a caídas según dimensión: ingesta de medicamentos es alto por lo tanto coincide con la hipótesis planteada.
- El riesgo a caídas según dimensión: déficit sensorial es alto por lo tanto coincide con la hipótesis planteada.
- El riesgo a caídas según dimensión: estado mental es bajo por lo tanto coincide con la hipótesis planteada.
- El riesgo a caídas según dimensión: Deambulación es bajo por lo tanto no se acepta la hipótesis planteada.

V.b. RECOMENDACIONES

- Los encargados del centro de salud deben implementar estrategias de autocuidado con el fin de prevenir y detectar las causas que condicionan a que los adultos mayores presenten caídas recurrentes e implementar un plan de detención temprana haciendo una cita con su médico tratante.
- El médico tratante debe explicar al adulto mayor y familia, la dosis y efectos colaterales de los medicamentos con el fin de prevenir riesgo a caídas.
- El personal de enfermería responsable del primer nivel de atención debe motivar al adulto mayor realizar estudios auditivos y visuales para detectar cambios producidos por el envejecimiento con el fin de prevenir riesgo a caídas, concientizar y educar a la familia sobre los cambios fisiológicos y patologías que presenta el adulto mayor.
- El personal de salud a cargo de la población adulta mayor debe fomentar talleres de estimulación cognitiva para mejorar su vida y mantener su independencia.
- El personal de salud responsable debe implantar talleres de rutina ejercicio una vez por semana, para fortalecer la masa muscular, las alteraciones neuromusculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavedan A. Estudio de seguimiento de las caídas en la población mayor que vive en la comunidad. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Lleida; 2013.
2. OMS. Cifras y datos: 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra.2017. [seriado en línea]. [Fecha de acceso 09 de junio 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
3. OMS. Cifras y datos: envejecimiento y la salud. Ginebra. 2018. [seriado en línea]. [Fecha de acceso 01 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
4. Silva J, Coelho S, Pereira T, Stackfleth R, Marques S, Partezani R. Caídas del adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Scielo. 2012; 20(5):09. [Revista virtual]. [Fecha de acceso 03 de junio del 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf
5. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Centro de prensa. 2019. [en línea]. [Fecha de acceso 29 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
6. Estrella D, Rubio H, Sánchez P, Aguilar P, Araujo R. Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la unidad universitaria de rehabilitación de Mérida Yucatán. Rev Mex Med Fis Rehab. 2011;

23(1): 18-12. [Revista virtual]. [Fecha de acceso 30 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2011/mf111c.pdf>

7. Tideiksaar R. Caídas en ancianos: prevención y tratamiento. España: Barcelona, Masson, imp. 2004

8. Carballo A, Gómez J, Casado I, Ordaz B, Fernández D. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Scielo. 2018; 29(3): 110-116. [Revista virtual]. [Fecha de acceso 25 de mayo del 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000300110&lng=es&nrm=iso

9. Rodriguez A, Narvaiza L, Gálvez C, De la Cruz J, Ruiz J. Gonzalo N, Valldosera E, Yuste A. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencia y factores de riesgo. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2015; 50(69): 274-280. [revista virtual]. [fecha de acceso 28 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caidas-poblacion-anciana-espanola-incidencia S0211139X15000931>

10. Castro E. Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. Factores asociados. [tesis doctoral]. España: Universidad de Córdoba; 2005.

11. García M, Ania J, Clavijo R, Muñoz A, González F, Junquera C, Silva L, Rodríguez L. Auxiliar de enfermería de la diputación foral de Álava temario volumen II. España: MAD- Eduforma; 2005.

12. Parraga I, Navarro B, Andedres F, Denia J, Elicegui R, López J, Hidalgo T. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. Gaceta sanitaria. 2010; 24(6): 453- 459. [revista virtual]. [fecha de acceso 22 de junio del 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000600004

13. mAstudillo C, Alvarado L, Sánchez J, Encalada L. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay. Rev.Fac. Cienc. Med. Univ. 2017; 35(1): 30-38. [revista virtual]. [fecha de acceso 12 de junio del 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/1235-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3783-1-10-20170727%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/1235-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3783-1-10-20170727%20(1).pdf)

14. Secretaria de salud de México. Modelo para la prevención de lesiones por caídas en personas adultas mayores. México: 2015. [en línea]. [fecha de acceso 24 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207103/ModeloCaídas2.pdf>

15. Altamirano C, Alfaro P, Álvarez F. Riesgo de caídas en adultos mayores perteneciente a un servicio del Hospital Geriátrico San José de la Policía Nacional del Perú. Rev Hered Rehab. 2016; 1: 74- 82. [Revista virtual]. [fecha de acceso 01 de junio del 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/3208-8365-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/3208-8365-1-PB%20(4).pdf)

16. Gómez I, Aragón S, Calvo B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos. 2017; 28(1): 2-8. [Revista virtual] [Fecha de acceso 3 de setiembre del 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100002&lng=es
17. Chirinos D, Herrera G, Ferragut L, Osorio N. factores de riesgo asociados a caídas en el anciano del Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Rio. 2016; vol 20(1): 40-46. [Revista virtual]. [Fecha de acceso el 19 de junio del 2019]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/2369-14265-2-PB.pdf>
18. Mallma Determinar los factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten al centro del adulto mayor Tayta Wasi de Villa María del triunfo. [Tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería]. Lima: UNMSM; 2019.
19. Quiñonez J. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José. [Tesis para obtener el grado de licenciada en Tecnología Médica con mención en la terapia Física y Rehabilitación]. Lima: UNMSM; 2017.
20. Cotaquispe D, Arévalo J. Riesgo a caídas en el adulto mayor hospitalizado. Ciencia y arte de enfermería. 2017; 2(1):04. [Revista virtual]. [Fecha de acceso 01 de octubre del 2019]. Disponible en: <http://www.cienciaenfermeria.org/index.php/rcae/article/view/27>

- 21.OMS. Datos y cifras: caídas. Centro de prensa. 2018. [seriado en línea]. [fecha de acceso el 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- 22.NANDA Iternacional. Diagnosticos enfermero. Definiciones y clasificación 2015- 2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- 23.Tideiksaar R. Caídas en Ancianos prevención y tratamiento. Barcelona: MASSON 84 – 458-1392-7; 2004
- 24.OMS. Datos y cifras: caídas. Centro de prensa. 2018. [seriado en línea]. [fecha de acceso el 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- 25.Quintar A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores. [Grado académico para obtener el título de licenciada en psicología]. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010
- 26.Eckman M. Enfermería geriátrica. México: el manual moderno; 2012.
- 27.Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. Uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev Hosp Clin Univ. 2008; 19: 309 17. [revista virtual]. [fecha de acceso 08 de agosto del 2019]. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/R revista/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf

28. Alvarado I, Astudillo C, Sánchez J. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay. [Tesis para obtener el grado de título de médico(a)]. Ecuador: Facultad de ciencias médicas de medicina; 2014.
29. Bernuy P. Riesgo de caídas del adulto mayor del asentamiento humano las Lomas de Parcona Ica noviembre 2016. [Tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería]. Ica: UPSJP; 2017.
30. Aguila C, Schermuly L, Yábar C. Síndromes geriátricos y capacidad funcional en el adulto mayor del centro de Salud I-3 San Juan Iquitos. [Tesis para obtener el título de licenciado en enfermería]. Perú: UNAP; 2014.
31. Suarez H, Arocena M. Las alteraciones del equilibrio en el adulto mayor. REV. MED. CLIN. CONDES - 2009; 20(3) 154 – 160. [Revista virtual]. [Fecha de acceso el 25 de diciembre 2019]. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/401_ALTERACIONES_EQUILIBRIO-3.pdf
32. Villar T, Mesa P, Esteba A, Sajoquin A, Fernandez E. Síndromes geriátricos. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. Tratado de la geriatría. S35-05 19 II: 7. [revista virtual]. [Fecha de acceso el 22 de junio del 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/S35-05%2019_II%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/S35-05%2019_II%20(5).pdf)

33. García E. Repercusión funcional de la pérdida visual en pacientes geriátricos. Rol del médico general. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 4 No. 1. 2009. [revista virtual]. [Fecha de acceso el 25 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/repercusion_funcional_perdida_de_vision.pdf
34. Camino M. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín. [Tesis para obtener el título de licenciada en enfermería]. Perú: UNMSM; 2012.
35. Villar T, Mesa P, Esteba A, Sajoquin A, Fernandez E. Síndromes geriátricos. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. Tratado de la geriatría. S35-05 19 II: 7. [revista virtual]. [Fecha de acceso el 22 de junio del 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/S35-05%2019_II%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/S35-05%2019_II%20(5).pdf)
36. Toledo C, Pacheco A, Pérez T, Contreras P, Hernández L. Características clínico epidemiológicas de pacientes ancianos con hipoacusia atendidos en el Hospital de Calixto García. Rev haban cienc méd. 2018; 17(3): 427-439. [Revista virtual]. [Fecha de acceso el 24 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300427
37. Landínez N, Contreras K, Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista cubana de Salud Pública 2012; 38(4): 562-580. [Revista virtual]. [Fecha de acceso 22 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21425049008.pdf>

38. Soto C. Valoración del equilibrio y marcha en adultos mayores que participan y no, en un programa de ejercicio físico, en el Hospital San Juan de Lurigancho. [Tesis para obtener el grado de tecnología médica]. Perú: UNMSM; 2014.
39. Ávila J, García. Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Revista Gac Med Mex.* 2004; 140 (4). [Revista virtual]. [Fecha de acceso 23 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v140n4/v140n4a13.pdf>
40. Fragoeiro I, Pestana M, Paul C. La salud mental en los ancianos de la región Autónoma de Madeira. *Gerokomos.* 2007; 18(4), 23-27. [Revista virtual]. [Fecha de acceso el 19 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400004
41. Narcisa S. Intervención de enfermería en pacientes con ulcera por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. [Tesis para obtener título de licenciada en enfermería]. Ecuador: Universidad técnica de Abanto; 2012.
42. Quiñonez J. Riesgo a caídas en pacientes adultos mayores del hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016. [tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería]. Lima: UNMSM; 2016.

43. Rivero N, González M, Núñez M, Hormedo I, Rojas Valoración de ética del modelo de Dorothea Oren. Revista habanera de ciencias médicas. 2007; 6(3): 1-11. [Revista virtual][Fecha de acceso 19 de julio del 2019] en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180417641013.pdf>
44. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Oren punto de partida para la calidad de atención. Revista médica electrónica. 2014; 36(6): 835-845. [Revista virtual][Fecha de acceso 19 de julio del 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

BIBLIOGRAFÍA

- Narcisa S. Intervención de enfermería en pacientes con ulcera por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. [Tesis para obtener título de licenciada en enfermería]. Ecuador: Universidad técnica de Abanto; 2012.
- Quiñonez J. Riesgo a caídas en pacientes adultos mayores del hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016. [tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería]. Lima: UNMSM; 2016.
- Rivero N, González M, Núñez M, Hormedo I, Rojas Valoración de ética del modelo de Dorothea Oren. Revista habanera de ciencias médicas. 2007; 6(3): 1-11. [Revista virtual][Fecha de acceso 19 de julio del 2019] en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180417641013.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Riesgo a caídas en el adulto mayor	Es un suceso involuntario que altera el equilibrio y como consecuencia el cuerpo al caer contra el suelo u otra superficie que lo detenga, tiene consecuencias negativas en la salud	Incremento de la susceptibilidad a caídas puede llevar a causar alteración física. ✓ Riesgo alto mayor de 3 a más puntos ✓ Riesgo bajo 0 a 2 puntos	Antecedentes de caídas Ingesta de medicamentos Deficits sensorial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No ➤ Ninguno ➤ Tranquilizantes/sedantes ➤ Diuréticos ➤ Hipotensores ➤ Antidepresivos ➤ Otros ➤ Ninguno ➤ Alteración visual ➤ Alteración auditiva ➤ Extremidades 	<p>Riesgo alto mayor a 3 a puntos</p> <p>Riesgo bajo 0- 2 puntos</p>

	.		Estado mental	<ul style="list-style-type: none">➤ Orientado➤ Confuso	
			Deambulaci3n	<ul style="list-style-type: none">➤ Normal➤ Segura con ayuda➤ Insegura con ayuda➤ imposible	



ANEXO 2

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

INTRODUCCIÓN:

Estimado (a) señor (a)

Soy egresa de la universidad UPSJB de la escuela de enfermería. El presente estudio de investigación tiene como objetivo: Determinar el riesgo a caídas en el Adulto Mayor, siendo importante que usted conteste con la verdad, cabe resaltar que los datos serán tomados de manera confidencial por lo que sus respuestas serán utilizadas solo para efectos de la investigación, en tal sentido apelamos a su colaboración para la ejecución de dicho instrumento.

INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrara una serie de enunciados y/o preguntas que deberá marcar con un aspa, debiendo leer y marcar con una respuesta a la vez.

RECOMENDACIONES:

Lea atentamente cada enunciado y/o pregunta y responda con sinceridad

I. DATOS PERSONALES

Edad:

60-74 ()

75- 90 ()

90 a más ()

Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

II. ESCALA DE J.H.DOWNTON

1. **Caídas:** no () si ()

Nº de caídas en el último año -----

2. **Medicamentos:**

Ninguno: ()

Tranquilizantes ()

Diuréticos ()

Hipotensores ()

Anti parkinsonianos ()

Antidepresivos ()

Otros ()

3. **Déficits sensorial:**

Ninguno ()

Alteraciones visuales ()

Alteraciones auditivas ()

Extremidades (parálisis, parecía) ()

4. **Estado mental:**

Orientado ()

Confuso ()

5. **Deambulaci3n:**

Normal ()

Segura con ayuda

Insegura con/sin ayuda ()

Imposible ()

ANEXO 3

ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS: ESCALA DE DOWNTON		
CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	PUNTAJE
Caídas previas	No	0
	Si	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/ sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Categorizaci3n

Riesgo alto: mayor a 2 puntos

Riesgo bajo: menor a 2 puntos

ANEXO 4

ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO: J.H.DOWNTON

Caídas previas	puntaje 0 bajo riesgo puntaje 1 alto riesgo
Ingesta de medicamentos	mayor a 2 puntos alto riesgo menor a 2 puntos bajo riesgo
Déficits sensorial	mayor a 2 puntos alto riesgo menor a 2 puntos bajo riesgo
Estado mental	puntaje 0 bajo riesgo puntaje 1 alto riesgo
Deambulaci3n	mayor a 2 puntos alto riesgo menor a 2 puntos bajo riesgo

ANEXO 5
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del cuestionario de la prueba piloto, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach; cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{(K-1)} * \left(1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t}\right)$$

Donde:

K : Número de ítems

S²_i: Varianza muestral de cada ítem.

S²_t: Varianza del total de puntaje de los ítems.

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere que el coeficiente “α” Cronbach sea mayor que 0.7 y menor que 1, Procesando con el SPSS se obtuvo el siguiente resultado:

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD: RIESGO A CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,85	19

Del cuadro se aprecia el alfa de Cronbach de 0.975 por lo tanto indica que el instrumento es confiable.

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones: Universidad Privada San Juan Bautista

Investigadora: Córdova Martínez Irma Raquel

Título: Riesgo a caídas en el adulto mayor que asiste al centro de salud Santiago Apóstol Comas Junio 2019.

Propósito del estudio:

Conocer el riesgo a caídas en el adulto mayor que asiste al centro de salud Santiago Apóstol Comas junio 2019.

Procedimiento:

Si decides participar en este estudio se realizara lo siguiente:

1. Se entrevistara a cada adulto mayor que cumpla con los criterios y el tiempo de duración es de 20 minutos, en el cual el participante tiene que responder sinceramente.
2. Pasado los 20 minutos se procede a concluir con la entrevista.

Riesgos:

No existe ningún riesgo

Beneficios:

El cuestionario será totalmente anónimo y se tomara de manera personal.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en este estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Se guardara su información con códigos y no con nombres puesto que es anónimo.

Uso de información obtenida:

La información de sus resultados será usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando el mejor conocimiento.

Derechos del participante:

Si decides no participar en el estudio, puedes retirarte de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio si daño alguno. Si tienes alguna duda adicional, por favor pregunta al personal del estudio.

Consentimiento:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

fecha

Investigadora

fecha

ANEXO 7

MATRIZ DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

	EDAD	SEXO
1	63	1
2	91	2
3	64	1
4	78	2
5	80	1
6	91	2
7	65	1
8	85	2
9	66	1
10	62	2
11	75	1
12	68	2
13	68	1
14	87	2
15	71	1
16	89	2
17	81	1
18	61	2
19	75	1
20	79	2
21	74	1
22	68	2
23	68	1
24	72	2
25	83	1
26	81	2

27	83	1
28	64	2
29	78	1
30	63	2
31	67	1
32	64	1
33	62	2
34	62	1
35	73	1
36	97	1
37	87	1
38	67	1
39	66	1
40	70	1

ANEXO 8
MATRIZ DE DATOS DE RIEGO A CAÍDAS

p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0

