

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



**MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE
CAIDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS
FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES
ASENTAMIENTO HUMANO SAN
GENARO DE VILLA
ABRIL 2017**

**TESIS
PRESENTADA POR BACHILLER
ELIZABETH VERAMENDI CONTRERAS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**LIMA – PERÚ
2020**

ASESORA DE TESIS: DRA. JUDITH SELENE LEON RIVERA

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por ser mi fortaleza, mi guía, poder culminar mi formación profesional y ayudar a muchas vidas.

A LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Por la formación profesional que brindaron conocimiento la Escuela Profesional de Enfermería.

AL CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA

Por el apoyo y facilidades al director, licenciadas y a toda la comunidad centro de salud.

A MI ASESORA

Por su confianza, paciencia y orientación e hicieron posible culminar con éxito la última etapa de mi formación profesional, por tener las palabras exactas.

DEDICATORIA

A mis padres por sus consejos sabios y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante y no rendirme jamás. A mis hermanos por apoyarme siempre dándome ánimos.

RESUMEN

Introducción: Las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores. Asentamiento humano San Genaro de Villa, Abril 2017. **Objetivo:** Determinar las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores. Asentamiento humano San Genaro de Villa, Abril 2017. **Metodología:** Investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario que consta de 21 ítems. La población constituida por 50 familiares de los adultos mayores de 65 a 75 años de edad. **Resultados:** El 66% son de sexo femenino, el 58% un nivel educativo secundario, 46% son solteros y 36% tienen 31-43 años de edad; en relación a las medidas preventivas para caídas en el hogar que realizan los familiares de los adultos mayores el 54% son inadecuados; de los cuales 88% según dimensión iluminación, 66% fármaco, 62% calzado y el 60% infraestructura son inadecuados. **Conclusión:** Las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores son inadecuadas, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada. Así mismo son inadecuadas según dimensiones: Infraestructura, iluminación, tratamiento y calzado.

PALABRAS CLAVE: Medidas Preventivas, Evitar Riesgo de Caídas, Adulto Mayor, Familiares.

ABSTRACT

Introduction: Preventive measures to avoid risks of falls in the home made by the relatives of the Elderly. Human settlement San Genaro de Villa, April 2017. **Aimed to:** Determine the preventive measures for falls in the home carried out by the relatives of the Elderly. With the purpose of making prevention to the relatives of the elderly of falls in the home, managing to reduce demands in the health centers. **Material and method:** Research is quantitative, simple and cross-sectional descriptive method, to collect data we used a questionnaire consisting of 21 items. The population consists of 50 relatives of adults over 65 to 75 years of age. **Results:** 66% are female, 58% are secondary education, 46% are single and 36% are 31-43 years old; in relation to the preventive measures for falls in the home that the relatives of the elderly make, 54% are inadequate; of which 88% according to lighting dimension, 66% drug, 62% footwear and 60% infrastructure are inadequate. **Conclusion:** Preventive measures to avoid risks of falls in the home made by the relatives of the Elderly are inadequate, therefore the hypothesis is accepted. They are also inadequate according to dimensions: Infrastructure, lighting, treatment and footwear.

KEY WORDS: Preventive Measures, Avoid Risk of Falls, Older Adult, Relatives.

PRESENTACIÓN

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible que comprende los cambios biopsicosociales, de los cuales estos cambios conducen un deterioro funcional y por lo tanto disminución bienestar. Es necesario que los familiares estén observando de cualquier suceso que pueda ocurrir a los adultos mayores, así mismo puedan gozar de una buena calidad de vida, por lo tanto conseguir una mejor calidad de vida del adulto mayor implica asumir voluntariamente el cuidado de la salud; lo que le ayudará a mantener un envejecimiento seguro y saludable.

Es importante el apoyo del familiar en el adulto mayor porque ayuda en los aspectos emocionales y afectivos, ya que el proceso de envejecimiento genera mucha demanda de cuidados, entrega y dedicación.

Es importante porque promueve al personal de Enfermería en realizar promoción y prevención en el hogar sobre las medidas preventivas para caídas, a fin de favorecer a los adultos mayores realizar observación en el hogar la infraestructura, iluminación, tratamiento farmacológico y calzado para mejorar su calidad de vida.

Por lo antes mencionado nace el interés de investigar las medidas preventivas para caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores. Asentamiento humano San Genaro de Villa, Abril 2017", de tal manera se contribuya a fortalecer el rol de la enfermera especialmente en el primer nivel de atención promoción y prevención.

El presente estudio está organizado por: **Capítulo I:** Planteamiento del problema, Formulación del problema, Justificación, Objetivos (generales y específicos), Propósito. **Capítulo II:** Antecedentes, Base teórica, Hipótesis (general y derivadas), Variables, Definición operacional de términos. **Capítulo III:** Tipo de estudio, Área de estudio, Población y muestra, Técnicas

e instrumento de recolección de datos, Diseño de recolección de datos, Procesamiento y análisis de datos. **Capítulo IV:** Resultados y discusión. **Capítulo V:** Conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
ASESORA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
LISTA DE ANEXOS	xv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I. a Planteamiento del problema	16
I. b Formulación del problema	18
I. c Objetivos	18
I.c.1 Objetivo General	18
I.c.2 Objetivo Específico	19
I. d Justificación	19
I. e Propósito	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÒRICO	
II. a Antecedentes bibliográficos	21
II. b Bases teórica	25
II. c Hipótesis	47

II. d Variables	47
II. e Definición Operacional de Términos	48
CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
III. a Tipo de estudio	49
III. b Área de estudio	49
III. c Población y muestra	49
III. d Técnica e instrumento de recolección de datos	50
III. e Diseño de recolección de datos	51
III. f Procesamiento y Análisis de datos	51
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IV. a Resultados	52
IV. b Discusión	59
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V. a Conclusiones	64
V. b Recomendaciones	65
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	66
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Datos generales de los familiares de los adultos mayores Asentamiento Humano San Genaro de Villa Abril 2017	52

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: Medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los adultos mayores Asentamiento Humano San Genaro de Villa Abril 2017.	53
GRÁFICO 2: Medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los adultos mayores según dimensiones Asentamiento Humano San Genaro de Villa Abril 2017.	54
GRÁFICO 3: Medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los adultos mayores según dimensiones infraestructura Asentamiento Humano San Genaro de Villa Abril 2017.	55
GRÁFICO 4: Medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los adultos mayores según dimensiones iluminación Asentamiento Humano San Genaro de Villa Abril 2017.	56

GRÁFICO 5: Medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los adultos mayores según dimensiones tratamiento farmacológico Asentamiento Humano San Genaro de Villa Abril 2017. **57**

GRÁFICO 6: Medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los adultos mayores según dimensiones calzado Asentamiento Humano San Genaro de Villa Abril 2017. **58**

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Operacionalización de variables	72
ANEXO 2 Instrumento	73
ANEXO 3 Validez de Instrumento	76
ANEXO 4 Confiabilidad de Instrumento	77
ANEXO 5 Consentimiento Informado	78

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.a PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las caídas en los adultos mayores es el segundo motivo mundial de fallecimiento por las lesiones accidentales o no intencionales que presentan según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018 se calculó que anualmente fallecen en general unas 646 000 personas a causa de las caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos, de los cuales los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Anualmente se suscitan 37,3 millones de caídas que deben ser atendidas en centros de salud ¹.

Es importante conocer que el promedio de vida que tienen las personas de la tercera edad es mayor para las mujeres, encontrándose en un rango etario de 77 años, mientras para los hombres se estima que es de unos 72 años, de acuerdo a estadísticas obtenidas en 2015. Aunado a ello, se asevera que en el mundo entero existe un rápido envejecimiento de la humanidad, acreditando a la mayor parte de esta un promedio de 60 años de edad, los cuales pasaron de representar el 12% a un 22%, siendo este lapso de vida el más propenso a sufrir caídas ².

A esto se le atañe que, anualmente 37, 3 millones de personas son víctimas de caídas cuya condición amerita atención hospitalaria. Por lo que las estrategias de prevención, deben llevarse a cabo, tras la premisa de capacitación adecuada, educación en el tema, diseño de entornos mejor provistos de seguridad, anteposición de estudios relacionados con las caídas para impedir y subyugar este tipo de accidentes en el domicilio ³.

Según en el año 2017 un estudio en España, el promedio de caídas fue el 37,4% en sexo femenino. Por lo cual el 55% fueron caídas únicas; y el resto de repeticiones ocurridas en la mañana y en las habitaciones ⁴.

En relación a ello, el adulto mayor es quien se encuentra más expuesto a un desenlace fatal o en menor grado a lesiones de riesgo por caídas, dada la edad. Un dato valioso de conocer un estudio en México según en el año 2018 el promedio de edad es de 80 años a más; de los cuales el 51% presentan deterioro cognitivo moderado y severo; mostraron alto riesgo de caída con el 44% de la población adulto mayor ⁵.

De acuerdo al estudio del artículo Ciencia y Enfermería durante el año 2017 en Chile, se evidencio que existe la prevalencia en los últimos 6 meses de ese año el 73% y presentaron caídas el 61% de los ancianos en los cuales se evidencio que no usaban bastón al momento de presentarse la caída, y el 94% de los adultos mayores refieren que tenían miedo de sufrir una caída en su hogar ⁶.

En Costa Rica, según datos brindados por Zulmer K, Villalobos X y Fernández X., reseñan la edad promedio es de 80 años a más, tienen 46% de posibilidad de caerse y las mujeres ancianas tienen 55% mayor probabilidad de caerse ⁷.

Cabe destacar que en Lima se llevó a cabo un estudio durante el año 2018, en el que se determinó que el 60% de las personas sufrieron una de cada 3 caídas en ancianos de 65 años de edad. Las caídas ocurrieron en casa el 60%, en lugares públicos el 30% y en instituciones de Salud el 10% ⁸.

Durante una interacción con familiares que tienen a Adultos Mayores en San Genaro de Villa, manifestaron: “el piso de la casa es muy resbaladizo”, “las barandas de las escaleras no son seguras”, “la luz no ilumina bien en el

cuarto de mi mamá”, se observa además, que no tienen medidas preventivas en el hogar los familiares para los adultos mayores.

Teniendo referencia que la población de Adultos Mayores se está incrementando y el profesional de enfermería promueve con estrategias de prevención y promoción de salud trabajando para un envejecimiento saludable con funcionalidad. En capacidad a lo planteado se formula el siguiente problema de investigación:

I.b FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo son las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores. Asentamiento humano San Genaro de Villa, Abril 2017?

I.c OBJETIVOS

I.c.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores. Asentamiento humano San Genaro de Villa, Abril 2017.

I.c.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores según dimensiones:

- ❖ Infraestructura
- ❖ Iluminación
- ❖ Tratamiento farmacológico
- ❖ Calzados

I.d JUSTIFICACIÓN

Las caídas en el adulto mayor en estos últimos años se han convertido de mucha importancia y preocupación porque existe mucha demanda de atención de salud e incrementando los costos para el sector salud. En el Perú actualmente se ha mostrado estadísticamente que ha aumentado la población por la esperanza de vida que existe en los adultos mayores de 65 a más años de edad.

En las políticas de salud busca tener un envejecimiento activo y saludable a fines de optimizar el estado corporal, social y psicológico de los ancianos, ya que ellos tienen mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas y alteraciones en la funcionalidad o dependencia física por el mismo proceso de envejecimiento; así mismo la carencia de herramientas mercantiles, el frágil sustento de la familia y la sociedad va contribuir al deterioro de la salud se los adultos mayores.

Las caídas son dificultades para la salud, por lo cual se promedia de cada tres personas adultos mayores han sufrido anualmente una o más caídas de los cuales son más vulnerables, autovalentes, frágiles e independientes en el hogar. La mayor parte de las caídas en los adultos mayores resultan en algún tipo de lesión, y algunos sufren daños como fracturas de cadera, fémur, muñeca, traumatismo encéfalo craneano; de los cuales puede llegar a una mortalidad o dependencia funcional en el hogar.

El experto en el área de enfermería como elemento valioso del grupo médico y en atención primordial de salud tiene entre sus responsabilidades realizar la promoción y la prevención de salud para brindar educación a la población sobre las medidas preventivas que deben realizar los familiares de los adultos mayores sobre las caídas en el hogar, para disminuir efectos secundarios ante una fractura, contusiones, escoriaciones superficiales o profundas, depresión, reticencia de caerse nuevamente, auto aislamiento, y dificultades para la interacción social.

I.e PROPÓSITO

La importancia de este estudio será beneficioso para identificar las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los adultos mayores. Se hará llegar los resultados concluidos al Centro de Salud de San Genaro de Villa - Chorrillos, con la finalidad de realizar las actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos de caídas en el adulto mayor, de esta manera el profesional de enfermería tendrá la oportunidad de identificar aquellos riesgo de caídas, educar a los familiares de los adultos mayores e intervenir oportunamente las medidas preventivas promocionales de la salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II. a ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES:

García S. Desarrollo un estudio en 2017, con el objetivo **ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CAÍDAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS DE LA REGIÓN DE MURCIA**. Material y método: Se desarrolló un estudio cuantitativo, con finalidad descriptiva, de corte transversal, el trabajo de campo fue julio a setiembre 2015. Resultados: muestra de estudio sufrieron caídas un 26,9% siendo la frecuencia una caída la más numerosa 15,8%. La edad media de la población que sufrió caídas fue de 84,08 y no se encontraron diferencias estadísticas. La significación estadística de todas estas variables se estableció con un error aleatorio menos del 5% y un IC 95%. Conclusión: En la mayoría de los casos de caídas son la ausencia o limitaciones leves en la movilidad y a nivel de deterioro cognitivo, las relaciones personales conflictivas con el resto de residentes y patologías o problemas osteoarticulares pueden constituir un criterio predictor de caídas en la población ⁹.

Sarabia B, Guerrero J, Can A. Realizaron un estudio en el 2016, con el objetivo de conocer la **INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE CAÍDAS EN EL HOGAR, ESTUDIO REALIZADO EN PERSONAS MAYORES EN EL RANGO DE EDAD DE 60 A 80 AÑOS, MÉXICO**. Material y método: es de tipo de estudio cuantitativo, con alcance descriptivo, diseño no experimental y transversal de la. Estuvo conformada de grupo etario de 60 a 80 años. Se

realizaron encuestas con el consentimiento informado, la población estuvo formada por 300 adultos mayores. Los resultados fueron predominaron las personas mayores, el 83 % de los sujetos en estudio está en riesgo de padecer una vez más una caída, el 26.70 % de las caídas ocurrió durante la de ambulación en espacios públicos y 73.3 % ocurre durante en el hogar y que sufren caídas, en 63 % se fracturan ¹⁰.

Samper L, Allona L, Cisneros L, Navas, Marín L. Ejecutaron un estudio en el 2016, con el objetivo de conocer el **ANÁLISIS DE LAS CAÍDAS DE UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS Y DE LA INFLUENCIA DEL ENTORNO, ESPAÑA**. Material y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el que se obtuvo una muestra de 160 casos recogidos en los partes de caídas del centro. Resultados: El 73,1% de las personas que caían eran mujeres, con una media de edad de 85,73 años, sin que existan diferencias según sexo. El 73,1% de estas caídas coexistía con un riesgo alto según la escala de Tinetti. Es destacable que el 48,1% de las caídas se produjeron por la mañana; el lugar más habitual fue la habitación, con un 39,4%, y el tipo de suelo es el no antideslizante en un 79,4% de las ocasiones. Se obtuvieron diferencias significativas entre las categorías de las distintas variables. Conclusión: Se observó un mayor número de caídas cuando existe un riesgo alto según la escala de Tinetti y coexiste algún factor ambiental. Por lo tanto, sería deseable incidir en la disminución de los riesgos ambientales, puesto que son factores modificables ¹¹.

NACIONALES:

Coronado I, Fernández V, Ñiquen S. Llevó a cabo un estudio en el año 2018, con el objetivo de determinar los **FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR EN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL**

HOSPITAL DOS DE MAYO LIMA. Material y método: Estudio cuantitativo de alcance descriptivo, diseño no experimental y corte transversal, aplicado a 40 pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de Traumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en los meses de Abril y Mayo del 2018, se utilizó técnica de observación y como instrumentos: la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton, y el protocolo de “Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería”. Resultado: La población varones entre 60 y 70 años (67,5%) con grado de instrucción primaria, donde el 55% está a cargo de un familiar acompañante, y más del 80% de la población adulta mayor presenta un alto riesgo de caídas. En cuanto a los factores intrínsecos, los mayores riesgos están en la deambulacion normal (52,5%) y más de un tercio recibe entre 2 a 3 medicamentos de riesgo; Respecto a los factores extrínsecos el mobiliario y la infraestructura son los de mayor riesgos con un 80% y 60% respectivamente. Conclusión: Los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de traumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, presentan principalmente factores extrínsecos de alto riesgo ¹².

Bernuy P. Llevó a cabo un estudio en el año 2016, con el objetivo determinar el **RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA.** Material y método: es de enfoque cuantitativo, según el alcance de la información es descriptivo, de diseño no experimental y según el intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal. La población-muestra de estudio está conformada por 86 adultos mayores, seleccionados de manera no probabilística por conveniencia. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una guía de entrevista estructurada, tomando como base la Escala de Downton modificada. Resultados: En relación a los datos generales el 43% (37) de los adultos mayores viven con sus hijos y el 48% (41) es de estado civil casado o conviviente. Respecto al riesgo de caídas del adulto mayor según dimensión edad, el 49% (42) tienen riesgo bajo, el 28% (24) riesgo medio y el 23% (20)

riesgo alto; según el sexo el 37% (32) presenta riesgo alto y el 63% (54) riesgo bajo; según causas intrínsecas el 65% (56) tiene riesgo medio, el 26% (22) tiene riesgo bajo y el 9% (08) tiene riesgo alto; según causas extrínsecas, el 78% (67) tienen riesgo medio, el 16% (14) tienen riesgo alto y el 6% (05) tienen riesgo bajo; según consecuencias es medio en el 67% (58), alto en el 18% (15) y bajo en el 15% (13). Resultados: el riesgo de caídas del adulto mayor es medio en el 47.6% (41) bajo en el 31.8% (27) y alto en el 20.6% (18). Conclusiones: El riesgo de caída en el adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona, es medio, por lo que se rechaza la hipótesis de la investigación ¹³.

Los estudios previos están basados en investigaciones de distintos autores, que son presentados antes, y es de gran beneficioso para la investigación. Así mismo se observa similitudes de acuerdo a los objetivos y los resultados obtenidos que sirven para fortalecer la formulación de la hipótesis de estudio. Las diferentes investigaciones ofrecen un sistema asociado y consecuente de los conceptos que permiten plantear el problema que se obtendrá datos reales evaluados por las tesis mencionadas y así se puede realizar las discusiones con mayor facilidad.

II. b BASE TEÓRICA

DEFINICIÓN DE CAIDAS

Es un acontecimiento en el que un ser humano acabe de modo imprevisto o intencionado en el pavimento o altura disminuida, desde un asiento, retrete o catre. Para diseñar cualquier mediación dirigida a la disminución de las caídas, es vital conocer, que el riesgo de caída nace cuando una persona realiza actos en una diligencia que da lugar a una inestabilidad, a un traslado del cuerpo fuera de su base de sustentación.

La inestabilidad puede acontecer en tanto se realizan acciones habituales, como andar, tomar asiento o levantarse de un asiento, se una silla de ruedas o del retrete o también al acostarse o levantarse de la cama, o al estirarse o inclinarse para agarrar o poner cosa material. Las caídas suelen ser una culminación después de un acontecimiento de la pérdida del equilibrio si los sistemas neuromusculares responsables de la estabilidad no consiguen reconocer y corregir el desplazamiento del cuerpo a tiempo para evitarla.

Al respecto del tema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa la caída como el resultado de algún suceso que arroja a un individuo al pavimento, sin que esta lo controle, estableciendo una de las primordiales causas de muerte en ancianos. Las zonas de mayor frecuencia en la que pueden ocurrir, según el 60% de los lesionados en su residencia ¹⁴.

CLASIFICACIÓN DE LAS CAÍDAS

En la ancianidad las caídas pueden denominarse como “síndrome geriátrico de caídas”, la (OMS) menciona como la ocurrencia de dos, o más caídas en un período anual. De esta manera, se considera a un paciente que incurre en

caídas frecuentes, cuando éstas ocurren más de tres veces en un mes. En tal sentido, conforme a criterios de causa, y tiempo, la clasificación de las caídas puede hacerse como sigue:

Caída accidental: Es la que se origina por motivos ajenos al individuo, y enraizados fundamentalmente en situaciones potencialmente riesgosas, como tropezón con un objeto contundente.

Caída de repetición “no justificada”: Consecuencia de elementos patógenos, o medicación para tratamientos, tal como son los casos de enfermedad por Parkinson, e ingesta de benzodiazepinas.

Caída prolongada: Ocurre cuando el sujeto permanece postrado en un lapso superior a 15 minutos, con incapacidad para incorporarse por sí solo; esta prolongación de la inmovilidad, corresponde a un posible pronóstico de disfuncionalidad.

Este tipo de caída representa un indicador de las restricciones motrices de los sujetos, y está asociada principalmente a desórdenes propios, y que reducen su esperanza de vida.

Otra taxonomía de las caídas, las agrupa en:

Caídas accidentales: Se producen por la inherencia de factores externos al individuo, y que obstaculiza su conducción normal, resultando en el desplome, o tendido en el suelo.

Caídas no accidentales: Son las que ocurren por dos razones; una por la ausencia expedita de la conciencia activa individual, y otra que se supedita al cuadro clínico actual, y la facultad de la medicación recibida ¹⁵.

IMPORTANCIA DE LAS CAIDAS

Las caídas aumentan y son progresivos a medida que va aumentando la edad en el adulto mayor, un alto porcentaje de las caídas conduce a alguna forma de lesión como fracturas, luxaciones; pudiendo generar dificultades significativas como inmovilidad permanente.

La causa principal de caídas son las fracturas de cadera en los adultos mayores, de los cuales pueden ser en un tercio de las que compromete el fémur, y va conllevar a una desvalorización inexorable del volumen utilitario por inexactitud en la rehabilitación o iatrogenia ¹⁶.

EFFECTOS DE LAS CAÍDAS

Las caídas constituyen primordialmente las causas de mortalidad en el adulto mayor, aunado a la presunción de riesgo a su integridad, y bienestar; la prevención de las caídas en los ancianos presupone un esfuerzo de sentido general, y se extiende no solo al núcleo familiar directo del sujeto, sino también a las instituciones de asilo, de rehabilitación, y capacitación.

MORTALIDAD

Las caídas y los acontecimientos son primordiales causas de fallecimiento en individuos de 65 años a más. Con proximidad de 10.000 ancianos mueren cada año como resultado de tales accidentes. El riesgo de fallecer por una caída aumenta a medida que se envejece. El porcentaje fatal de accidentes por caídas, entre adultos de más de 65 años, es de 10 a 150 veces superior

que la de personas más jóvenes. De todas las fatalidades por caídas, el 66% involucra a individuos de 75 o más años; los cuales tienen mayor riesgo que los de edades inferiores a 74 años de edad. Más de dos tercios de fallecidos, efectos de lesiones luego de los 85 años, tienen relación de caídas.

De los individuos ingresados en el hospital luego de una caída, solo con proximidad el 50% proseguirá con vida un año más tarde. En el entorno hospitalario, aproximadamente el 10% de los pacientes ancianos que se han caído fallece antes de recibir el alta. En las residencias tienen lugar con proximidad 1.800 caídas mortales cada año. Para aquellos individuos que tienen 85 años o más, se evalúa que una de cada cinco caídas implicara el fallecimiento del afectado. La acumulación de caídas, es decir, múltiples caídas en un periodo de tiempo relativamente corto, está asociada al incremento de la mortalidad.

El índice de mortalidad imputado a las caídas en adultos mayores, se debe principalmente, a las contrariedades, y efectos que suponen las mismas, sobre la condición de los sujetos. Los ancianos tienen menos reservas, lo que hace que la agresión derivada de la caída ocasione con más probabilidad la muerte que en los jóvenes.

También se ha considerado como causa de muerte el uso de métodos mecánicos para restringir la movilidad a fin de evitar el riesgo de caídas. Un caso frecuente es el que tiene lugar a una vez colocado el dispositivo para restringir la movilidad cuando la persona se cae o salta de la cama, se resbala de una silla o se desliza hacia abajo en una cama. El anciano queda atrapado y suspendido por el dispositivo, que suele presionar con fuerza contra el tórax o la garganta, y muere por asfixia.

MORBILIDAD

Este tipo de lesiones es más propenso a efectos que otros accidentes. Las mismas pueden acabar en lesiones corporales graves, como inmovilidad, temores a repetir el accidente y traumas.

DAÑOS FÍSICOS

Es importante acotar que la mitad de las personas que son hospitalizadas por caídas se encuentran en un rango etario mayor a los 65 años; en este sentido, las hospitalizaciones por traumatismos derivados de caídas, son atendidas en forma más frecuentes en las instituciones, que aquellos casos donde no ocurre el hecho de desplome. En el entorno institucional se estima que el 16% de las caídas que afectan a los adultos mayores, resultan en una lesión corporal; implicando que alrededor de 4% sean fracturas, y otro 12% resulten en graves lesiones, focalizadas en las regiones de: cabeza, tejidos blandos, esguinces, y laceraciones. Comúnmente, las fracturas se identifican a nivel de la cadera, y antebrazo distal.

La fractura del antebrazo distal, o fractura de Colles, se produce cuando un anciano pierde el equilibrio e intenta evitar una caída extendiendo los brazos hacia delante. Los adultos mayores en edades de 70 años en adelante aumentan el riesgo de consecuencias de fractura en cadera y cabeza, más que los que se encuentran en edades inferiores. El origen de la disminución de las fracturas en el antebrazo distal en el rango etario superior a 70 años se atribuye regularmente al hecho de que los adultos mayores poseen menor habilidad para usar sus reflejos.

Se ha tomado en cuenta la hipótesis que define el declive del uso de reflejos a los cambios normales, producto de la edad, relacionados con la función del sistema nervioso central, los cuales están vinculados con el tiempo de

reacción y respuesta, a enfermedades concomitantes, relativas a enfermedades como, accidente cerebrovascular, Parkinson, artritis y demás tratamientos psicotrópicos, e hipnóticos. En efecto, los ancianos que padecen una caída tienden a lesiones de cadera, columna y columna.

Las caídas son una de las principales causas de lesión que sufren los ancianos en la cabeza. Además de las contusiones y los desgarros, los hematomas subdurales son las principales lesiones significativas en esta zona. Tienden a producirse con más frecuencia que otras lesiones debido a ciertos cambios relacionados con la edad que se producen en el cerebro de los ancianos, como es la reducción de la reserva cerebral. Como resultado, los ancianos tienen menos capacidad que los jóvenes para soportar incluso traumatismos mínimos como pueden ser los causados al chocar contra una pared, una barandilla lateral de la cama o el propio cabezal.

Siempre que una persona presenta confusión mental después de una caída debe realizarse una evaluación neurológica para descartar un hematoma subdural. Cualquier hematoma subdural que no cura en un período relativamente corto de tiempo puede dar lugar a disfunción cognitiva permanente.

Alrededor de 2.9% de las caídas producen lesiones de cadera. Aunque la incidencia de fracturas de cadera es baja, la mortalidad y la morbilidad subsiguientes son importantes. De todos los pacientes con este tipo de fractura, un 4% muere en el hospital, y durante el año siguiente a la lesión fallece hasta un 23%; los individuos de 75% o más años son las que tienen las tasas de mortalidad más elevadas. Una incidencia elevada de enfermedades crónicas coexistentes en personas con fractura de cadera contribuye al aumento de la tasa de mortalidad. Después de este tipo de fractura, gran parte de los ancianos jamás recobran el nivel de ambulación pre mórbido. Aproximadamente el 60% de ellos muestra disminución de la

movilidad; otro 25% empieza a requerir apoyo de implementos para moverse o a través de otra persona. De todos los que se han recuperado de fracturas, el 14% extiende el ingreso a su hogar pasado mucho tiempo.

El riesgo de sufrir fractura de cadera, sugiere entre otros aspectos, la altura de la caída, extensión del impacto, los reflejos de protección, y fortaleza ósea.

Altura de la caída y superficie de impacto: Para lograr la propulsión necesaria para que se produzca una lesión, este debe ser de una gran altura. Una caída de improviso por un traspie, ocasionaría una pérdida de conciencia o una caída desde la altura de una cama elevada, tiene más posibilidades de tener una lesión dado a que la potencia del impacto si es superior a la que se causaría si la caída se originara desde una altura comparativamente baja, desde una silla o un inodoro. Las caídas sobre el suelo duro y no absorbente, como las baldosas de linóleo, el cemento o la madera, son más probables de provocar lesiones, que las que ocurren en superficies absorbentes como la moqueta.

Reflejos de protección: Al empezar a caer surgen varios actos reflejos de protección, que impulsan a extender los brazos y protegerse, así como la búsqueda de equilibrio de los pies. Si logra equilibrarse con estas partes del cuerpo el impacto podrá ser menor. En forma contraria, la pérdida de reflejos de protección, ocasionará a que la caída sea de mayor repercusión.

“Amortiguadores de choque”: La presencia de un buen volumen de grasa y músculo alrededor de áreas vulnerables, como la cadera, puede absorber el impacto de una caída, lo que disminuye el riesgo de fractura. Estas son más probables en personas con músculos atrofiados o con una almohadilla de grasa menor.

Fortaleza ósea: La pérdida de fortaleza en los huesos atribuible a osteoporosis en el cuello del fémur puede dar lugar a fracturas; éstas pueden ser de cadera “espontáneas”, producidas durante episodios con carga de peso o fracturas que se producen incluso con un impacto mínimo del hueso contra el suelo. La pérdida de masa ósea es un problema muy común de las mujeres ancianas.

Al llegar a los 80 años, las mujeres pueden haber perdido hasta el 50% de la consistencia ósea, en comparación con el 15% en hombres.

Inmovilidad: En ausencia de una lesión física, las caídas se asocian con frecuencia a restricción de las actividades e inmovilidad. Como consecuencia, se corre el riesgo de sufrir muchas complicaciones con mórbidas que aumentan paralelamente a la duración de la inmovilidad. A su vez, cualquier pérdida concomitante en el estado funcional conlleva riesgo adicional de caídas.

TRAUMA PSICOSOCIAL

Cuando un individuo es víctima de muchas caídas tiende a frustrarse lo cual va acompañado de un trauma psicológico y social. Porque afecta el autoconcepto, creando debilidades dirigidas hacia la inseguridad de caerse. Con regularidad las personas experimentan acrecimiento de la ansiedad durante la realización de sus actividades cotidianas, puesto que no saben si las lograrán realizar acciones sin caerse. Los individuos paulatinamente se convierten en más aprensivos, y propenden a la sensación de desplomarse, y lesionarse. Muchas veces se sienten abatidos, fundamentalmente por requerir ayuda de otros.

Miedo a caer: Pueden lograr que los pacientes o residentes aminoren la seguridad en su capacidad funcional por miedo a caer. Se indica que hasta el

50% de quienes sufren caídas evitan realizar ABVD porque temen volver a caer o lesionarse. Este miedo puede protegerles o resultarles dañino. Hasta cierto punto, los puede proteger si les ayuda a reconocer sus limitaciones y a ser más precavidos. El miedo a caer también puede resultar perjudicial y afectar negativamente a la movilidad y a la independencia. Como respuesta a su miedo, algunas personas alteran los patrones de la marcha, y sus pasos se vuelven vacilantes e irregulares ¹⁷.

FACTORES DE RIESGO

La importancia que se les da a las caídas resulta del nivel de mortalidad que estas pueden llegar a causar, acompañado de las múltiples lesiones y secuelas a las que deberá enfrentarse el paciente. Ninguna persona está exenta a tener una caída. Sin embargo los factores de riesgo pueden provenir del entorno o netamente de elementos intrínsecos de la persona que la sufre.

Factores intrínsecos (con relación a la persona):

Dentro de los factores intrínsecos de una caída incluimos las modificaciones funcionales tendientes a la edad, los padecimientos agudos como los crónicos y la ingesta de medicamentos.

El control ergonómico se logra cuando la persona tiene la capacidad de conservar su centro de masa dentro de la base de gravedad. Este control está categorizado por las funciones sensoriales y los reflejos, el buen uso de estos eliminara una mayor posibilidad de caída.

Cambios en la ancianidad, que predisponen a las caídas

Mengua de la agudeza visual y alteraciones de la acomodación

Angioesclerosis del oído interno

Alteración de la conductividad nerviosa vestibular

Disminución de la sensibilidad propioceptiva

Enlentecimiento de los reflejos de enderezamiento

Disminución del tono y la fuerza muscular

Cambios en la marcha

Hipotensión ortostática

Degeneración de las estructuras articulares

En algunos casos una caída puede ser síntoma de alguna enfermedad aguda o crónica. Sin embargo esto no trasciende a la mayoría de los casos. Pero las infecciones, respiratorias o urinarias, o la insuficiencia cardíaca o respiratoria, la anemia pueden debutar de esta forma. Es conocida caída premonitoria.

Comprobadas enfermedades crónicas, demuestran reducción paulatina, y significativa, en las funciones vitales de los órganos, y demás sistemas involucrados en la ergonomía, lo que puede contrariar en desplomes.

Igualmente, explícitos síndromes geriátricos relacionados con el menoscabo de las habilidades intelectuales, incontinencia urinaria, polifarmacia, favorecen las caídas de las caídas en los adultos mayores.

Los medicamentos también pueden resultar causantes en las caídas de adultos mayores. Especialmente, los psicofármacos y antihipertensivos, gracias a su intervención en el surgimiento de los diversos tipos de caídas. Sus dispositivos de acción son variados: depleción de volumen, alteración electrolíticas, deterioro del estado de alerta, hipotensión postural, disfunción vestibular, etc.

Principales procesos patológicos que facilitan las caídas:

Patología neurológica-psiquiátrica

Síndromes de disfunción del equilibrio y de la marcha

Accidente isquémico transitorio (AIT). Accidente cerebrovascular (ACV)

Deterioro cognitivo

Síndrome de Parkinson

Crisis epilépticos

Hidrocefalia a presión normal

Masa intracraneal

Pérdida interés por todo

Angustia

Patología del aparato locomotor

Osteoporosis

Artrosis

Patología inflamatorio

Patología del pie

Patología del aparato cardiovascular

Desmayo

Trastornos del ritmo

Cardiopatía isquémico

Lesiones valvulares

Insuficiencia cardíaca

Hipotensión ortostática

Patología sensorial múltiple

Patología ocular, del equilibrio y del sistema propioceptivo

Patología sistémica

Infecciones, trastornos endocrinos metabólicos y hematológicos

Factores extrínsecos (con relación al ambiente)

En la evaluación de los factores externos, se debe considerar el entorno contextual del individuo, donde se desarrolla, e interactúa a nivel social.

Las actividades más habituales asociadas a las caídas de levantarse y mantenerse en la cama, sentarse y levantarse de la silla, tropezón con objetos, bajar escaleras, etc.

La totalidad de las entidades responsables, o señalados como riesgosos para los sucesos de caídas, no tienen la misma relevancia; en ciertos casos se identifica una sola causa de desplome, y en otros, las consecuencias se arraigan en distintas contribuciones. Las condiciones de riesgo se acrecientan, con la inclusión directa de uno, o más factores de incidencia.

Son distintos los elementos de riesgo de caídas en septuagenarios, residentes en la población geográfica de estudio, y de parámetros institucionalizables. También difieren si el anciano está sano, o si, por el contrario, se encuentra debilitado, o quebrantado. Se entiende por anciano frágil el que presenta edad avanzada, dificultades intelectuales y funcionales asociadas, a datos de pluripatología y/o polifarmacia.

En ancianos sanos los principales factores de riesgo de caídas son los siguientes:

Factores ambientales: La mayoría de las caídas en ancianos activos son accidentales, ya que mantienen un mayor grado de exposición a los factores ambientales capaces de inducirlos.

Problemas visuales: A lo anterior se añade la gran incidencia de problemas visuales que presentan las personas de edad avanzada

Alteraciones del equilibrio: Los trastornos de la marcha y el estado de inmovilidad del cuerpo y la dificultad de inclinarse favorecen las caídas. La disminución de la capacidad de corrección postural favorece las caídas en este colectivo.

Vivir solo y caídas previas: en los sujetos que residen en la comunidad se han encontrado estos dos factores de riesgo aislados como predictores de caídas.

En ancianos frágiles los principales factores de riesgo son los siguientes:

Deterioro cognitivo: Los pacientes con demencia presentan una alta incidencia de caídas.

Consumo de fármacos: Los pacientes ancianos consumidores habituales de psicofármacos, diuréticos y/o laxantes presentan un alto riesgo de caídas.

Debilidad muscular: La patología articular degenerativa origina dolor, inestabilidad articular y posiciones articulares viciosas que favorecen las caídas.

Desequilibrios en la conducción: Las alteraciones de la marcha de cualquier etiología favorecen las caídas.

Los factores de riesgo de caída en el medio residencial han sido muy estudiados. De los factores de riesgo extrínsecos podemos destacar las instalaciones inadecuadas (suelos resbaladizos, ausencia de barras protectoras, barreras arquitectónicas) y los fallos del equipo asistencial. Los principales factores de riesgo intrínsecos en instituciones son:

Deterioro cognitivo, incontinencia urinaria y polifarmacia.

Factores de riesgo extrínsecos:

a)En la vivienda

Suelos: Desniveles, resbalantes, con contrates de colores, alfombras arrugadas, bordes levantados, cables, y demás objetos no fijos.

Iluminación: Luces muy encandilantes, escasas.

Escaleras: Iluminación inapropiada, sin pasamanos, peldaños altos, sin descansillo.

Cocina: Muebles desubicados, y a alturas indebidas, suelos resbaladizos.

Cuarto de baño: Lavados y retretes cercanos al cuerpo, o muy bajos, ausencia de barras en duchas y aseos, sin suelo antideslizante.

Dormitorio: camas altas y estrechas, cables sueltos, objetos en el suelo, mesillas móviles.

b)En las calles, plazas, jardines

Aceras angostas, desniveladas y con obstáculos: farolas, contenedores, señales de tráfico.

Pavimento sin mantenimiento.

Semáforos cortos.

Bancos de los jardines y plazas de altura desproporcionada no idónea.

c)En los medios de transporte

Escalones o escalerillas indebidas de autobuses, metro, coches, tren, avión

Movimientos súbitos del vehículo

Tiempos breves para ingresar o salir

En el domicilio:

Frecuentemente, los hogares de las personas mayores contienen cantidad de riesgos ambientales como:

El alumbrado desproporcionada de los ambientes.
Escalones inseguras, sin barandillas, sin iluminación y escalones muy altas.
Tapices deslizantes y pliegues.
Mobiliario anticuado y excesivo.
Cambios constantes en la ubicación de los muebles.
Bañeras muy bajas, o sin barras de apoyo.
Pisos y tinas de baño deslizantes.
Pisos desnivelados, mesa y camas bajas
Cables, cordones, juguetes tendidos en el piso

MEDIDAS PREVENTIVAS

También designadas protectoras, y que están precisadas para impedir, en la medida de lo posible, o disminuir los daños, así mismo resguardar la salud y seguridad personal de los profesionales de salud y pacientes frente a los diferentes riesgos provocados por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos. Estas medidas muestran cómo hacer para cometer menos errores y sufrir pocos accidentes y, si ellos ocurren, cómo se debe disminuir sus consecuencias.

Es la acción y efecto de prevenir, es preparar con tiempo anticipado lo necesario para un fin o disminuir las caídas.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

El objeto primordial de una estrategia de prevención en desplomes, consiste entre otros aspectos, en reducir de forma notoria, las condiciones que favorecen el riesgo de caídas, sin conllevar la motricidad, y autonomía del individuo; y por tanto, en cuanto sea insoslayable, regular precisamente la

relevancia de las consecuencias. Las acciones preventivas, implican intervenciones: primarias, secundarias, y terciarias.

Estrategias generales de prevención de caídas:

Nivel:

1. Medidas preventivas

Primaria:

1. Pedagogía para la salud, y propulsión de buenos hábitos.
2. Medidas ambientales
3. Identificación previa de factores de riesgo.

Secundaria

1. Determinación de factores de riesgo.
2. Valoración del sujeto con caídas.
3. Intervenciones médicas, rehabilitadoras, ambientales y psicosociales

Terciario

1. Atención de las complicaciones.
2. Rehabilitación de la conducción.
3. Psicoterapia, tratamiento del síndrome pos caída

La prevención en fase primaria, comprende todas las actividades necesarias para evitar la ocurrencia de caídas; son extensivas a todos los sujetos de estudio.

La prevención secundaria requiere una aproximación diagnóstica centrada en la identificación y reducción de los factores de riesgo de nuevas caídas.

Los fines de la etapa preventiva terciaria, consiste en reducir la existencia debida a la fisiología, y complexión de las caídas en los ancianos ¹⁸.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

Una correcta prevención constituye en reducir las situaciones riesgosas, que se pueden contraer en escenarios nocivos, aunado a la serie de consecuencias, e impactos contrarios en la salud del septuagenario.

Para prevenir dificultades y accidentes, el cuidador puede aplicar los siguientes consejos y recomendaciones.

INFRAESTRUCTURA

a) ESCALERAS (Espacios entre los peldaños, Barandas, Espacio amplio)

Es una estructura constituida por una serie de escalafones, que permiten subir, o bajar los pisos de una edificación.

En ciertas ocasiones se tendrán escaleras de acceso al lugar de residencia, o dentro de la misma, si la casa es de varios pisos; es fundamental avizorar en cómo se efectúa esta acción, y realizarla de la mejor manera posible.

El uso de barandas, o apoyos en los ancianos, conlleva a reducir las condiciones de riesgo de caídas.

Mientras asciende los escalones, el tronco debe inclinarse hacia adelante; al bajar, la posición del cuerpo debe asentarse hacia atrás, a los fines de no agachar la cabeza, puesto que así se propende a desplomarse.

El peso del cuerpo debe orientarse hacia la pierna que se adelanta; lo más seguro es avanzar primero la pierna más sana para subir y la menos sana al bajar.

Ante una escasa visión para prevenir caídas, es recomendable distinguir con cinta adhesiva, aquellos escalones sobresalientes, y con los cuales el anciano pueda tropezar.

b)COCINA (Armario alto, Suelo resbaloso, Sillas con patas rotas)

Es el espacio o lugar especialmente equipado para elaborar las comidas.

La cocina consiste en uno de los lugares del hogar, que presentan mayores condiciones de riesgo, por tanto, es plausible utilizar placa vitro cerámica o de inducción, en lugar de cocina de gas.

Se puede emplear para el traslado de los alimentos, una mesa móvil con ruedas, de forma que evite el adulto mayor, la manipulación de cargas.

La iluminación de la cocina debe ser proporcionada, y acorde con las capacidades de visión de los sujetos.

En la encimera, es preciso que no sobresalgan los mangos de las sartenes, para con ello, prevenir los tropiezos, derrames, y quemaduras.

Es mejor, y más seguro contar con un suelo antideslizante, seco y limpio.

Que no exista la posibilidad de que el anciano manipule ollas pesadas

Reorganizar los utensilios de la cocina, para no tener que agacharse, o alzarse, en tal sentido, que los utensilios, y herramientas de cocina, no deben estar al alcance de los individuos.

Evitar los objetos que obstaculicen la conducción del anciano

Ubicación de pisos antideslizantes en zonas de mayor riesgo: fregaderos, etc.

Guardar calma, mientras se acometen actividades en la zona de la cocina.

c)BAÑOS (Alfombra antideslizante, Tazas del wáter, Barandillas, Cortinas)

Es de consideración, el instalar puertas correderas para la prevención de caídas.

Evitar los enchufes al lado del baño, y no utilizar aparatos eléctricos mientras se utiliza el baño o la ducha.

El espacio del baño debe estar lo más desocupado, en tanto sea posible, permitiendo así la mejor conducción, y maniobras.

Es preferible que las alfombras sean antideslizantes, o se les aplique alguna fijación con elementos adhesivos, en vista de evitar un posible corrimiento de las mismas.

La bañera debe situarse a una altura de 45 cm. De ser contrario, se recomienda ubicarla de manera más elevada, colocando apoyos cerca del inodoro, para las acciones de sentarse, y levantarse. El papel higiénico debe estar en perfecto alcance, o en su defecto, implementar el uso de la campanilla.

Bañarse preferentemente en la ducha, o con el empleo de una silla de plástico, que sirva de asidero.

Emplear una superficie antideslizante, o alfombrilla de goma en el baño o ducha, igualmente, asideros (tanto transversales como horizontales) para coadyuvar a la movilización.

La puerta del baño debe ser aproximadamente 80 cm de ancho, y abrir hacia fuera para maniobrar mejor (especialmente, si se utiliza andador o bastones).

d)HABITACIÓN (Amplitud, Lámpara en el velado, Mesa de noche)

Es el espacio o habitación de una vivienda especialmente diseñada de uno o más de sus habitantes, implica la idea de privacidad de la persona.

El emplazamiento del dormitorio, consiste en la achura que debe permitir moverse con el andador, bastón, muleta o silla de ruedas.

Contar con una cama alta que facilite los movimientos de entrada y salida.

La mesa de noche debe ser estable, y estar al alcance de la persona.

Junto a la cama, y en la mesa de noche, se pueden instalar interruptores de luz y el teléfono, de tal forma que el adulto mayor pueda acceder a ellos fácilmente.

Proporcionar al lado de la cama algún mobiliario, como una silla, facilitaría el levantarse el adulto mayor.

ILUMINACIÓN EN EL HOGAR (Iluminación suficiente, Interruptores en las puertas, Luces nocturnas)

Es un flujo luminoso que incide sobre una superficie, con la facilidad de facilitar la visualización de las cosas en condiciones de eficacia, comodidad y seguridad.

La iluminación debe ser suficiente, a fin de reducir los lugares menos iluminados, o en penumbra.

Es preciso aprovechar la luz natural todo cuanto se pueda. Para ello, se pueden mantener las cortinas abiertas durante el día.

La luz debe ser suficiente, pero indirecta, sin encandilar.

Las pantallas de las lámparas deben ser translúcidas y mates.

Las bombillas de 40 ó 60 W no reflejan una iluminación adecuada, y suficiente; en tanto, es preferible el uso de bombillas de 100 W.

Emplear bombillos fluorescentes, permite una mejor iluminación sin producir deslumbramientos.

Permanecer encendidas las luces por la noche, o con la ubicación de dispositivos pilotos en los pasillos, y corredores, para que el sujeto se conduzca por ellos, sin mayor problema.

Tiene utilidad, colocar adhesivos luminosos en los interruptores de la luz, para poder localizarlos con facilidad.

Debe tratarse que los interruptores de la luz, se ubiquen entrando a las habitaciones, para evitar cruzar a oscuras toda la sala para llegar hasta ellos

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se considera que las personas mayores son delicadas a los efectos colaterales de los medicamentos, y son las consecuencias de éstos, las que derivan en caídas. La cantidad de fármacos implica un factor de riesgo en aumento, y directamente proporcional a la ingesta de los mismos.

Los fármacos pueden azuzar caídas por alteración de la conciencia (somnolencia, confusión), del equilibrio y de la atención, así como, por rigidez muscular o hipotensión postural. Entre los medicamentos que a menudo se asocian como causantes de caídas se encuentran los antihipertensivos, sedantes en general, los diuréticos y los antidiabéticos ¹⁹.

CALZADO

Emplear el uso de zapatos firmes, con interiores resistentes.

Use zapatos adecuados “para caminar”.

No es recomendable adquirir calzados al final del día, cuando los pies se encuentren tumefactos por el trajinar.

Preferir un calzado tipo botín.

Evitar mayormente, la caminata descalza.

No emplear calzados con suelas blandas. Los calzados con suelas e interiores blandos como las zapatillas, pueden hacer que el pie pierda estabilidad, y pueden no favorecer el equilibrio.

Evitar las zapatillas de descanso, especialmente el calzado “tipo sandalia” o aquéllas sin refuerzo en los talones.

No usar los tacos altos (más de 3,5 a 4 centímetros) ²⁰.

FAMILIAS

Corresponde al grupo de individuos, emparentados por vínculos del tipo: consanguíneo, o por matrimonio, que conviven en un período indeterminado.

ADULTO MAYOR

También llamados tercera edad, son un conjunto de sujetos con edades superiores a 65 años, es autovalente, frágil e independiente, que puede tener o no tener enfermedad crónica o discapacidad.

ADAPTACIONES EN EL HOGAR

En ciertas oportunidades, durante las atenciones al adulto mayor, es requerido adecuar los espacios del hogar, conforme a sus valencias, y restricciones motrices, y sensoriales.

Acometer dichas adecuaciones, pueden conllevar un elevado costo económico, que, en algunos casos, es intangible de asumir para los familiares, o responsables de los adultos; en efecto, las instituciones públicas ofrecen subvenciones de contribución para tales acciones. Los expertos en ayudas sociales, de la municipalidad distrital, pueden suministrar una mayor información sobre las asistencias en esta materia.

II. c HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GLOBAL

Las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores. Asentamiento humano San Genaro de Villa, Abril 2017 son inadecuadas.

HIPÓTESIS DERIVADAS

Las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores según dimensiones: Infraestructura, iluminación, tratamiento farmacológico y calzado, son inadecuadas.

II. d VARIABLES

Medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar.

II. e DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

MEDIDAS PREVENTIVAS

Conjunto de medidas que se adoptan para proteger la salud y la seguridad personal de todo ser humano frente a las caídas que puedan afectar a los adultos mayores en el hogar.

CAÍDAS

Efecto que deviene de la precipitación de un individuo al suelo, de manera involuntaria, repentina e insospechada.

ADULTO MAYOR

Persona mujer/varón de 65 años a más, es autovalente, frágil e independiente, que puede tener o no tener enfermedad crónica o discapacidad.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

III. a TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación según la variable fue de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, porque se presentan los hechos en la realidad, por lo que las características de la investigación se y formularon el tipo de estudio que se utiliza es de carácter prospectivo porque se registró las medidas preventivas de la investigación conforme ocurrieron los hechos y es de corte transversal debido a que la variable se estudió en un determinado momento.

III. b AREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en el Asentamiento Humano San Genaro de Villa, pertenece al establecimiento de Salud Minsa Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos, se encuentra ubicado en Av. Principal (Altura De La Calle 12), cuenta con servicios de medicina general, enfermería, obstetricia, nutrición, psicología, odontología, servicio social, emergencia entre otros. Horario de atención en consulta externa, Lunes a Sábado (8am-7pm). Horario de atención emergencia, Lunes a Domingo 24 horas

III. c POBLACION Y MUESTRA

Este aspecto de la investigación lo conformaran los familiares de los adultos mayores de 65 a 75 años de edad, siendo un total de 150 familiares para las

medidas preventivas de caídas de Centro de Salud San Genaro de Villa, según los criterios selección muestra, se considera que la misma se encuentre conformada por un total de 50 familiares de adultos mayores.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores que se pueden movilizar en el hogar

Familiares que cuentan con presencia de un adulto mayor en el hogar.

Criterios de exclusión:

Familiares de los adultos mayores que no realizan medidas preventivas de caídas en el hogar

Familiares que no cuentan con presencia de un adulto mayor en el hogar.

III. d TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos se realizó la técnica de observación, que consta de 21 ítems, con 2 alternativas de 1 a 2 puntos, se obtuvo según los criterios de inclusión.

El cuestionario presentó las siguientes partes: medidas preventivas para evitar riesgos de caídas que realizan los familiares de los Adultos Mayores Asentamiento Humano de San Genaro de Villa. Serán obtenidas, según el marco teórico; los ítems no son validados científicamente. Fue validado a través del juicio de expertos contando con 7 jueces de experto que son enfermeros especialistas en el tema y que pertenecen a la especialidad de

geriatría, especialistas en proyecto de investigación y estadístico, con sus observaciones se procedió a la corrección de los ítems. Posteriormente los cuestionarios fueron validados estadísticamente por la prueba de validez, confiabilidad y precisión.

Para evaluar las medidas preventivas los datos específicos sobre: escalera, cocina, iluminación, baño, habitación, fármacos y calzados. Se calculó la sumatoria de 1 a 2 puntos de los 21 ítems, se hizo la suma con un porcentaje de 100% a cada información y los puntajes mayores es inadecuado. Así se obtuvo el resultado final.

III. e DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó permiso a los familiares del adulto mayor de la comunidad de San Genaro y al centro de salud del departamento de enfermería para aplicar el proyecto de tesis en la comunidad, cuenta con 50 viviendas, por día el cuestionario se realizó de 4:00 a 5:00 pm de la tarde hora que se encuentran los familiares de los adultos mayores. Se aplicó la observación de la vivienda de las medidas preventivas de caídas en el hogar de los Adultos Mayores y duro 20 minutos.

III. f PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez que se realizó la recolección de datos, se procedió la tabulación de los datos, en una base de datos en una hoja de cálculo de Excel (Microsoft Excel 2010)

Después se trasladó los mismos datos al Programa Estadístico SPSS y para Windows para la presentación de tablas.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV. a RESULTADOS

TABLA 1

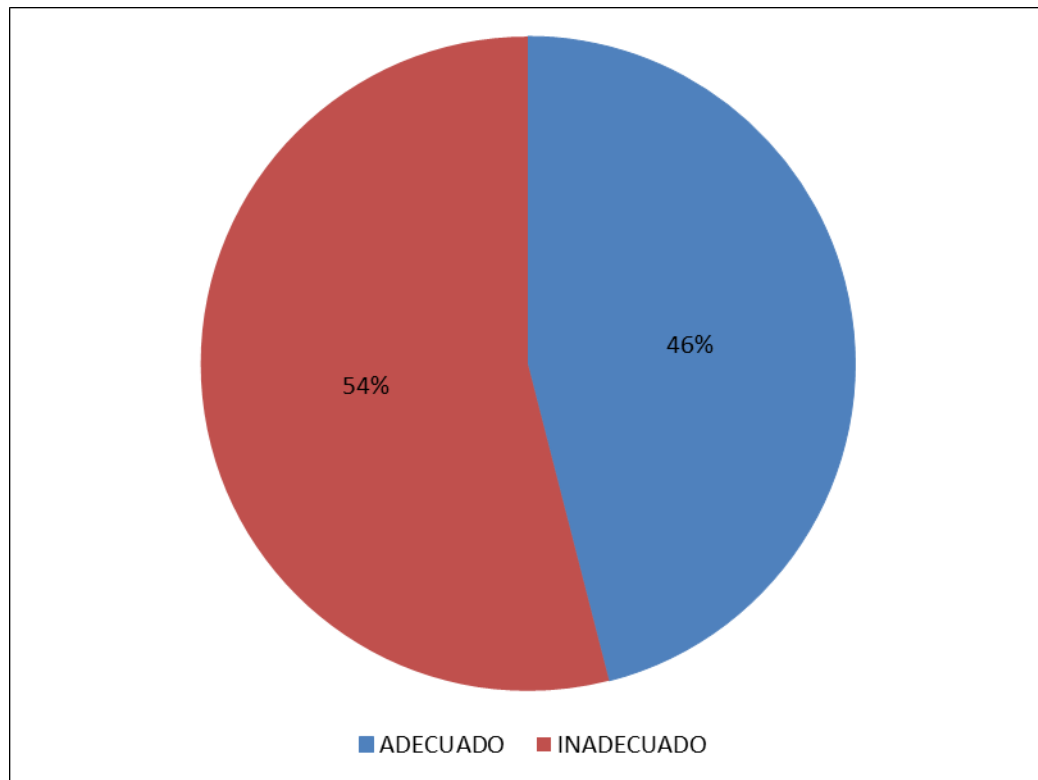
**DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS
MAYORES ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DE VILLA
ABRIL 2017**

DATOS GENERALES	CATEGORIA	Nº	%
		50	100
EDAD	18-30	15	30
	31-43	18	36
	44-59	17	34
GÉNERO	Femenino	33	66
	Masculino	17	34
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	19	38
	Secundaria	29	58
	Superior	2	4
ESTADO CIVIL	Soltero	23	46
	Casada	20	40
	Viuda	1	2
	Divorciada	6	12

La mayoría de los familiares 66% (33) es de género femenino, 58% (29) tiene estudios secundarios, el 46% (23) son solteros y el 36% (18) tienen 31-43 años de edad.

GRÁFICO 1

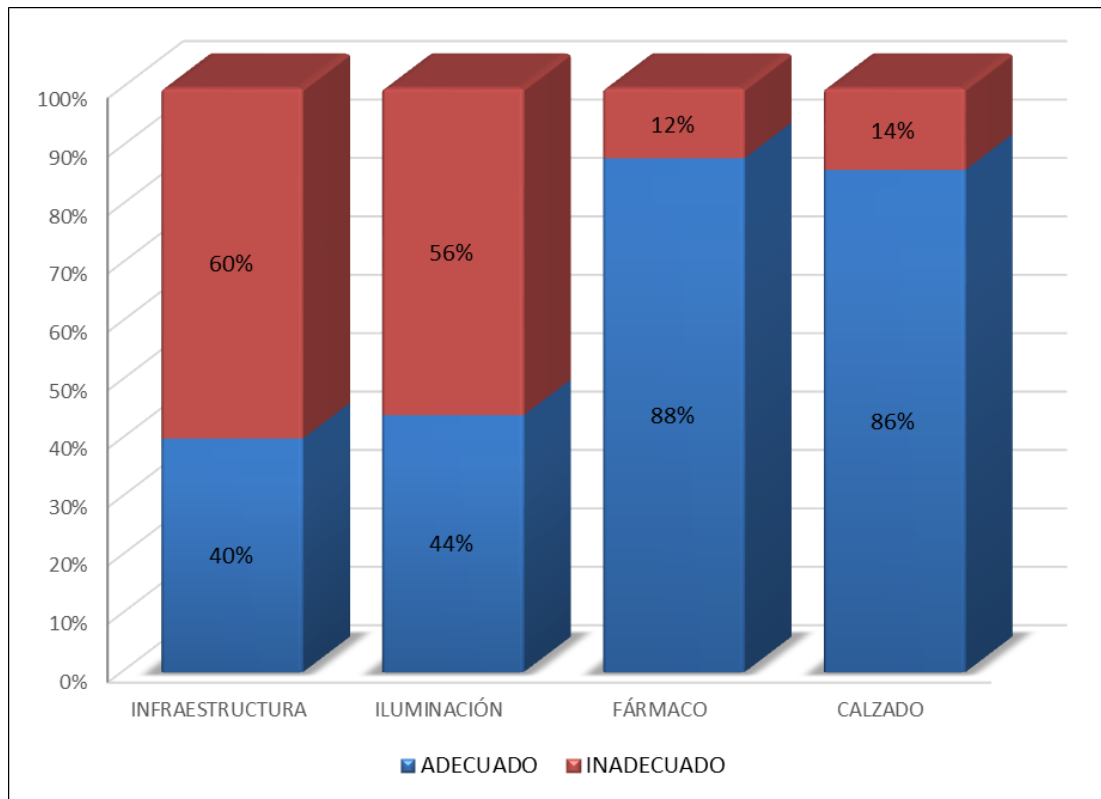
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAÍDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DE VILLA ABRIL – 2017



Con referencia a las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los adultos mayores son inadecuados en el 54% (27) y 46% (23) son adecuados.

GRÁFICO 2

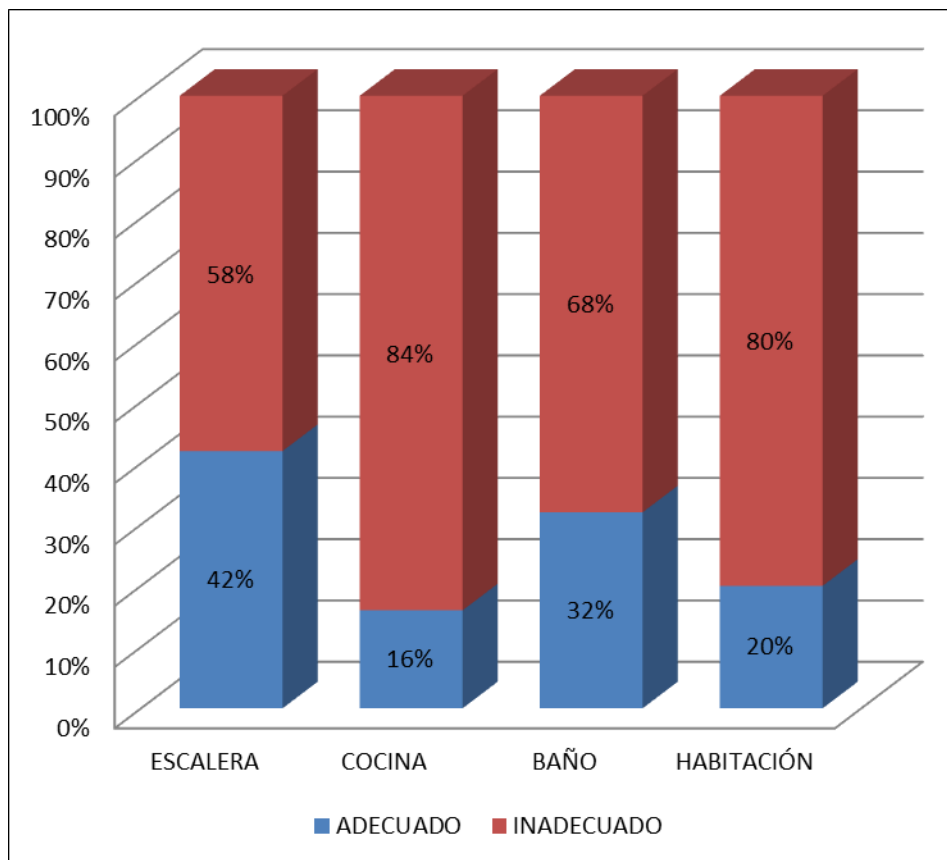
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAÍDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN DIMENSIONES, ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DE VILLA ABRIL 2017



Se encuentran inadecuados según la dimensión infraestructura con un 60% (30), según la dimensión iluminación con un 56% (28); se encuentran adecuados según la dimensión fármaco con un 88% (44) y según la dimensión calzado con un 86% (43).

GRÁFICO 3

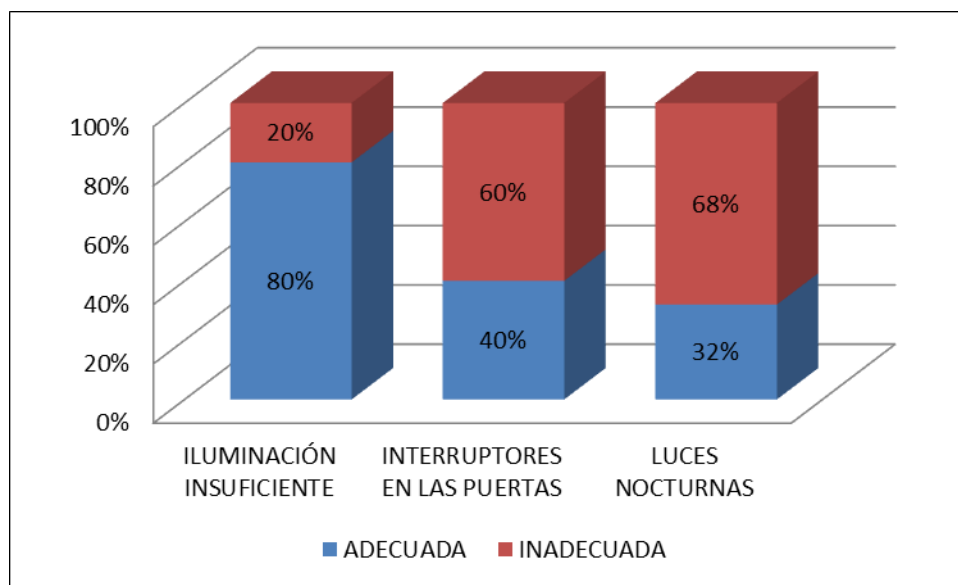
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAÍDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN DIMENSION INFRAESTRUCTURURA, ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DE VILLA ABRIL 2017



Según dimensión infraestructura, se encuentran inadecuados el indicador cocina con un 84% (42), en segundo lugar indicador habitación con un 80% (40), en tercer lugar el indicador baño con un 68% (34) y último lugar el indicador escalera con un 58% (29)

GRÁFICO 4

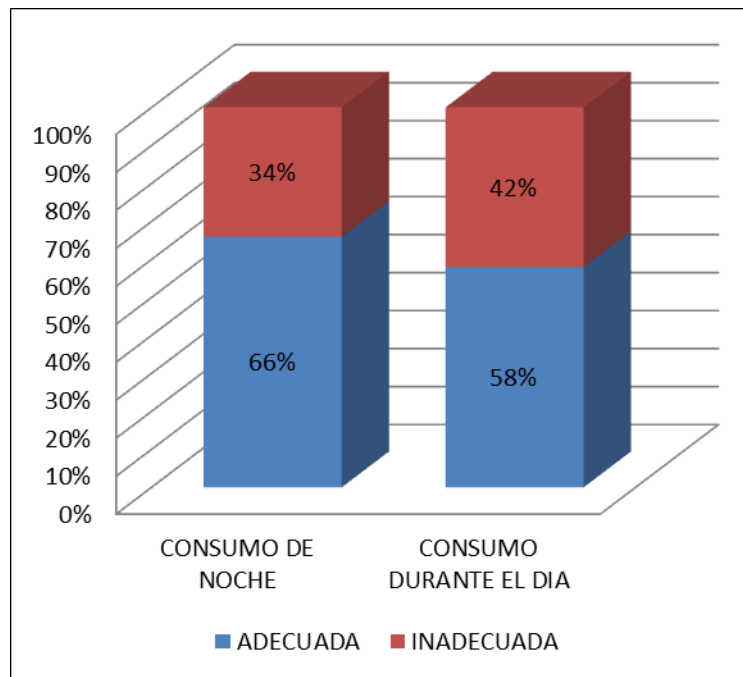
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAÍDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN DIMENSION ILUMINACION, ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DE VILLA ABRIL 2017



Según dimensión iluminación, se encuentra adecuado el indicador: iluminación insuficiente con un 80% (40), se encuentran inadecuados los indicadores luces nocturnas con un 68% (34) y el último lugar se encuentra el indicador interruptores en las puertas con un 60% (30)

GRÁFICO 5

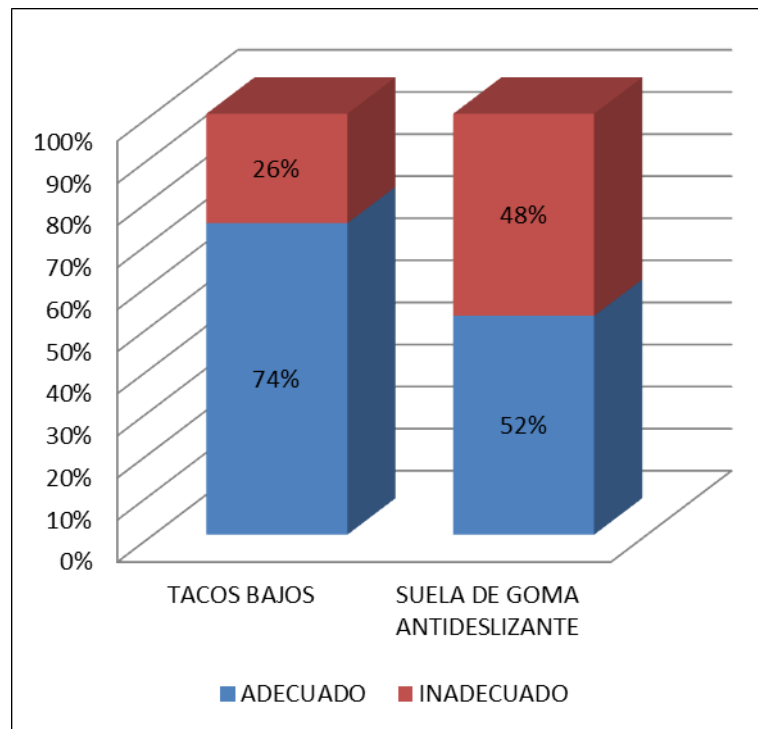
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAÍDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DE VILLA ABRIL 2017



Según dimensión tratamiento farmacológico, se encuentra adecuado el indicador consumo de noche con un 66% (33), en segundo lugar se encuentra el indicador consumo durante el día con un 58% (29).

GRÁFICO 6

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAÍDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN DIMENSION CALZADO, ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DE VILLA ABRIL 2017



Según dimensión calzado, se encuentra adecuado el indicador tacos bajos con un 74% (37), en segundo lugar se encuentra el indicador suela de goma antideslizante con un 52% (26).

IV. b DISCUSION

Con respecto a la edad de los familiares de los adultos mayores 36% oscilan entre las edades de 31 a 43 años de edad; es decir que se encuentran en la etapa de adulto maduro. Estos hallazgos se asemejan a los resultados del estudio encontrado por Chamba P. en su investigación “Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. Chordeleg en el año 2017”²¹ el cuidador familiar de la persona adulta encontraron que tenían de 40 a los 59 años de edad con el 36.5%. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2016 señala que existen entre los 25 a 36 años de edad el 24%, lo cual durante esta etapa la persona vive plenamente los roles sociales como lo es en el trabajo profesional y la formación de una familia junto a su pareja, así mismo de acuerdo a sus experiencias es la responsabilidad el cuidado de una familia. En ambos estudios los familiares de los adultos mayores se encuentran en la etapa adulto maduro lo cual es una etapa muy importante ya son más responsables en el cuidar a los adultos mayores, así mismo verificar cuales son las medidas preventivas en el hogar para y poder prevenir las caídas, también tienen carga familiar por los hijos y cuidar al adulto mayor.

La gran mayoría son de género femenino con 66%. Estos hallazgos se asemejan a los resultados del estudio encontrado por Chamba P. en su investigación “Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados Chordeleg en el año 2017”²¹ encontraron el 73.1%. Éran de sexo femenino, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2015 señala que existe el 50% de sexo femenino. En ambos estudios los familiares de los adultos mayores son de género femenino lo cual quiere decir que las mujeres son

ama de casa y están pendientes de los adultos mayores y del hogar, y eso facilita el cuidado

En relación al grado de instrucción de los familiares de los adultos mayores el 58% tienen nivel educativo secundario. Estos hallazgos se diferencian a los resultados del estudio encontrado por Chamba P. en su investigación "Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados Chordeleg en el año 2017"²¹ encontraron que la gran mayoría tiene grado de primaria incompleta con 40.6%. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016 señala en el Perú que existe el 45% una población tener grado de instrucción secundario. En ambos estudios se diferencian ya que en el estudio se encuentran nivel educativo primario, lo cual la población estudiada tiene más conocimiento en el cuidado del adulto mayor y así mismo pueden realizar medidas preventivas para caídas en el hogar.

En estado civil de los familiares de los adultos mayores el 46% son solteros. Estos hallazgos se diferencian a los resultados del estudio encontrado por Chamba P. en su investigación "Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados Chordeleg en el año 2017"²¹ de la persona adulta estado civil casados con el 73.1%. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2015 señala que existe el 36% se encuentran estado civil convivientes. En ambos estudios se encuentran en estado civil casados o convivientes, por lo tanto es muy importante ya que ellos tienen tiempo para cuidar al adulto mayor y estar observando y atender a todas las necesidades que presenta el adulto mayor.

La gran mayoría de las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar son inadecuados con el 54%. Estos hallazgos se asemejan a los resultados del estudio encontrado por Guerrero J, Can A, Sarabia B

en un estudio sobre “Incidencia del Síndrome de caídas en el hogar realizado en México en el año 2016”¹⁰. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016 se calculó anualmente fallecen en toda la humanidad unas de 424 000 personas debido a las caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos recursos, de los cuales los mayores de 65 años son quienes padecen más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya severidad requiere atención inmediata. Por lo tanto los adultos mayores del estudio se encuentran con riesgo de sufrir caídas en hogar, por cual es importante observar las medidas preventivas de caídas en el hogar con ayuda de los familiares y con el profesional de enfermería del Centro de Salud San Genaro de Villa, para verificar y poder implementar algunas medidas necesarias para caídas en los adultos mayores.

Son inadecuados según la dimensión infraestructura con un 60% e iluminación con un 56%. Son adecuados según dimensión fármaco con un 88% y calzado con un 86% Estos hallazgos se asemejan a los resultados del estudio encontrados por Coronado I, Fernández V, Ñiquen S. en un estudio sobre “Factores de riesgo de caídas en el Adulto Mayor en servicio de Traumatología del Hospital Dos de Mayo Lima en el año 2018”¹², tuvo como resultado que tienen medidas preventivas respecto a la iluminación 85%, no tienen medidas preventivas en calzado 95%, inmobiliario con un 52%. Esto quiere decir que según dimensiones infraestructura e iluminación no hay medidas preventivas para caídas en el hogar que realizan los familiares de los adultos mayores.

Según la dimensión infraestructura son inadecuados según la cocina con un 84%, la habitación con un 80%, baño con un 68% y escalera con un 58%. Estos hallazgos se asemejan a los resultados del estudio encontrado por. Samper L, Allona L, Cisneros L, Navas, Marín L. en un estudio sobre “Análisis de las caídas de una residencia de ancianos y de

la influencia del entorno España en el año 2016”¹¹, lo cual tuvo como resultado que no tienen medidas preventivas en el hogar respecto al dormitorio 19%. Esto quiere decir que según dimensión infraestructura, en habitación no tienen medidas preventivas para caídas en el hogar que realizan los familiares de los adultos mayores, lo cual están propensos a tener una caída en el hogar.

Según la dimensión iluminación se encuentran inadecuados las luces nocturnas con un 68% e interruptores en las puertas con un 60%; se encuentra adecuado la iluminación insuficiente con un 80%. Estos hallazgos no se asemejan a los resultados del estudio encontrado por Coronado I, Fernández V, Ñiquen S. en un estudio sobre “Factores de riesgo de caídas en el Adulto Mayor en servicio de Traumatología del Hospital Dos de Mayo Lima en el año 2018”¹², lo cual tuvo como resultado que tienen medidas preventivas, porque tienen adecuada iluminación tanto en el servicio como en los baños que se encuentran a disposición de los pacientes y sus familiares, siendo importante señales que la mayoría de los pacientes adultos mayores.

Según la dimensión tratamiento farmacológico se encuentran adecuados el consumo de noche con un 66% y consumo durante el día con un 58%. Estos hallazgos se diferencian a los resultados del estudio encontrado por Coronado I, Fernández V, Ñiquen S. en un estudio sobre “Factores de riesgo de caídas en el Adulto Mayor en servicio de Traumatología del Hospital Dos de Mayo Lima en el año 2018”¹², lo cual se encuentran que toma un medicamento que lo pone en riesgo de sufrir alguna caída 62.1%. Esto quiere decir que según dimensión tratamiento farmacológico, el consumo de noche si tiene medidas preventivas para caídas en el hogar y tienen medidas preventivas durante el día; por lo tanto se debe observar a los adultos mayores durante el día y la noche para evitar caídas.

Según la dimensión calzado son adecuados de tacos bajos con un 74% y suela de goma deslizante 52%. Estos hallazgos se diferencian a los resultados del estudio encontrado por Coronado I, Fernández V, Ñiquen S. en un estudio sobre “Factores de riesgo de caídas en el Adulto Mayor en servicio de Traumatología del Hospital Dos de Mayo Lima en el año 2018”¹², lo cual tuvo como resultado que no tienen medidas preventivas en el hogar respecto a la dimensión calzado inadecuados el 95% y suela de goma antideslizante 100%. Esto quiere decir que según dimensión calzado de tacos bajos y suela de goma antideslizante tienen medidas preventivas para caídas en el hogar que realizan los familiares de los adultos mayores, por lo cual no debemos dejar de lado ya que los adultos mayores tienen problemas de equilibrio y la marcha y pueden ocasionar lesiones traumáticas o llegar a la muerte.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. a CONCLUSIONES

Las medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los Adultos Mayores Asentamiento humano San Genaro de Villa, Abril 2017 según dimensiones:

Infraestructura e iluminación son inadecuadas, por lo cual se acepta la hipótesis planteada.

Tratamiento farmacológico y calzado, son adecuadas, por lo cual se rechaza la hipótesis planteada.

V. b RECOMENDACIONES

Es necesario que el departamento de enfermería del Centro de Salud San Genaro de Villa realice educación sobre la promoción y prevención de caídas para los familiares de adultos mayores en el hogar.

Es preciso que el profesional de enfermería con el apoyo de la asistencia social del C.S. San Genaro de Villa realice observaciones continuas y tengan medidas preventivas en las viviendas de todos los familiares de los adultos mayores para evitar riesgo de caídas y disminuir la demanda en los centros de salud.

El profesional de enfermería del C.S. San Genaro de Villa debe educar adecuadamente a los familiares de los adultos mayores en la infraestructura de la escalera, cocina, baño y dormitorio en el hogar.

Es dispensable instruir el profesional de enfermería a los familiares de los adultos mayores en la iluminación adecuada que deben tener en el hogar para evitar caídas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) Centro de la prensa. Enero 2018 [en línea] [Fecha de acceso 16 de Enero 2018]. URL. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
2. La información. Europa: Salud Investigación Médica 2016[en línea] [Fecha de acceso 30 de Setiembre del 2016]. URL. Disponible en: http://www.lainformacion.com/salud/investigacion-medica/OMS-mueren-personas-consecuencia-caida_0_953605442.html
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida. [en línea] [Fecha de acceso del 2016]. URL. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
4. Peronila L, Aragón C y Calvo B. Caídas en ancianos institucionalizados: Valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. [en línea] [fecha de acceso 19 de Setiembre del 2016]. URL. Disponible en: <file:///G:/TESIS%202019/plantea/españa%202017.pdf>
5. Perez M, Velasco R, Maturano J, Hilerio A. Deterioro cognitivo y riesgo de caídas en Adultos Mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. [en línea] [fecha de acceso 07 de Junio del 2018]. URL. Disponible en: <file:///G:/TESIS%202019/plantea/mexico%202018.pdf>

6. León J, Cortéz J. Uso de bastón y caídas en Adultos Mayores Chilenos de la comodidad [en línea] [fecha de acceso 15 de Noviembre del 2017]. URL. Disponible en:

file:///G:/TESIS%202019/plantea/chile%202017.pdf
7. Zulmer K, Villalobos X y Fernández X. Relación entre la funcionalidad y caídas en la población Adulta Mayor del Proyecto Creles “Costa Rica Estudio longitudinal de envejecimiento saludable” [en línea] [fecha de acceso 10 de diciembre del 2016]. URL. Disponible en:

file:///G:/TESIS%202019/plantea/costa%20rica%202016.pdf
8. Móntez M. La República. 2016. [en línea] [fecha de acceso diciembre del 2018]. URL. Disponible en:

<https://larepublica.pe/salud/1375383-tres-adultos-mayores-65-anos-sufre-caida/>
9. García S. Análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia 2017. [tesis para titulación] [en línea] [fecha de acceso Junio del 2017]. URL. Disponible en:

file:///G:/TESIS%202019/tesis%202018/Tesis.pdf
10. Sarabia B, Guerrero J, Can A. Incidencia del Síndrome de caídas en el hogar, estudio realizado en personas mayores en el rango de edad de 60 a 80 años 2016. [en línea] [fecha de acceso Junio del 2016]. URL. Disponible en:

file:///C:/Users/USER/Downloads/215-Texto%20del%20artículo-1972-4-10-20170325.pdf
11. Samper L, Allona L, Cisneros L, Navas, Marín L. Análisis de las caídas de una residencia de ancianos y de la influencia del entorno

España 2016. [tesis para titulación] [en línea] [fecha de acceso 2016].
URL. Disponible en:
file:///G:/TESIS%202019/tesis%202018/02_originales_01.pdf

12. Coronado I, Fernández V, Ñiquen S. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor en servicio de traumatología del Hospital Dos De Mayo Lima. 2018. [tesis para titulación] [en línea] [fecha de acceso 12 de Noviembre del 2018]. URL. Disponible en:
file:///G:/TESIS%202019/tesis%202018/Coronado,%20Fernandez%20y%20Ñiquen_tesis2da_2018%20ILUMINACION%202018.pdf
13. Bernuy P. Riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas De Parcona Ica. 2016. [tesis para titulación] [en línea] [fecha de acceso Noviembre del 2016]. URL. Disponible en:
file:///G:/TESIS%202019/tesis%202018/T-TPLE-%20Patricia%20Jeenifer%20%20Bernuy%20Cusiatado.pdf
14. Baumgartner R. Investigación de la caída accidental. Estudio Epidemiológico en Trastornos de la postura y riesgos de caída. Editorial Glosa. 1996. Barcelona. Pág. 15-28
15. Esteban C, Mariana G, Miriam L. Caídas: Revisión de nuevos conceptos. Departamento de Epidemiología Clínica Instituto Nacional de Geriatria. 2014. México. Pág.12
16. Diego BZ, María BB, José BD. Geriatria desde el principio. 2da. Ed. 2005. Pág. 220

17. Rein T. Caídas en ancianos. Prevención y tratamiento. 3ra. Ed. Español. 2005. Pág. 3
18. Macías Núñez Juan. Geriatria desde el principio. 2da. Ed. Editorial. 2005. Madrid. Pág. 206-210
19. Rodríguez García R, Morales J, Encinas J. Geriatria. Colombia 2004 Pág. 43
20. Leitón Z, Ordóñez Y. Autocuidado de la salud para el Adulto Mayor. Manual de información para profesionales. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. 2003. Pág. 84-89
21. Chamba P. Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. Chordeleg 2017. [Tesis para titulación] [en línea] [fecha de acceso Marzo del 2019]. URL. Disponible en:
<file:///G:/TESIS%202019/tesis%202018/edad%20ultimo%20si.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

- BERNAL CÉSAR. Metodología de la investigación. 3^{era} ed. Colombia: Pearson educación; 2010
- HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA M. Metodología de la investigación. 6ta ed. México D.F: McGRAW-HILL; 2014.
- ÑAUPAS H, MEJÍA E, NOVOA E, VILLAGOMEZ A. Metodología de la investigación: cuantitativa, cualitativa y redacción de la tesis. 4ta ed. Perú: De la U; 2014
- ZAPATA B, MARQUEZ H, LÓPEZ R. Jornadas internacionales de investigación en educación y salud. Ed. Universidad España; 2015
- GONZALES J, MARQUEZ H, LÓPEZ R. Educación y salud en una sociedad globalizada. Ed. Universidad España; 2015
- PALACIOS S. salud y medicina de la mujer. 5ta ed. España 2000

ANEXOS

ANEXO Nº 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Medidas preventivas para evitar riesgos de caídas en el hogar que realizan los familiares de los adultos mayores	Es la acción y efecto de prevenir y es preparar con tiempo y anticipado lo necesario para un fin o disminuir las caídas	Conjunto de medidas preventivas que tienen que proteger la salud y la seguridad personal de todo ser humano frente a las caídas que afecta a los adultos mayores en el hogar	<p>Infraestructura</p> <p>Iluminación</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Calzados</p>	<p>Escalera</p> <p>Cocina</p> <p>Baño</p> <p>Habitación</p> <p>Iluminación suficiente</p> <p>Interruptores en las puertas</p> <p>Luces nocturnas</p> <p>Consume de noche</p> <p>Consumo durante el día</p> <p>Tacos bajos</p> <p>Suela de goma antideslizante</p>	<p>Adecuado</p> <p>Inadecuado</p>



ANEXO 2: INSTRUMENTOS

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAIDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES. ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DEVILLA, ABRIL 2017

Estimado señor(a), Mi nombre es Elizabeth Veramendi Contreras, es grato dirigirme a usted e informarle que estoy realizando un estudio: “MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAÍDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES. ASENTAMIENTO HUMANO SAN GENARO DE VILLA, ABRIL 2017”; por lo tanto su participación es muy importante y el cuestionario es estrictamente confidencial, de carácter anónimo que será para su uso de la investigadora, por lo tanto solo mi persona realizara las marcaciones con una aspa (X) de acuerdo a lo observado de su vivienda:

I.DATOS GENERALES:

1.Edad:Años

2.Sexo

Femenino () Masculino ()

3.Grado de instrucción

- a)Primaria
- b)Secundaria
- c)Superior

4.Estado civil

- a)Soltero
- b)Casada

c)Viuda

d)Divorciada

INFORMACIÓN ESPECÍFICA:

A continuación se realizara una serie de preguntas, las cuales deberá responder de acuerdo a su criterio:

1= SI: Cuando tiene medidas preventivas en su hogar

2= NO: Cuando no tiene medidas preventivas en su hogar

ASPECTOS A EVALUAR	1	2
INFRAESTRUCTURA (ESCALERAS)		
1.La escalera tiene buen espacio entre los peldaños		
2.La escalera tiene barandillas seguras		
3.Tiene espacio amplio para subir las escaleras		
4.La escalera tiene buena iluminación		
(COCINA)		
5.El armario de la cocina es alto		
6.El suelo de la cocina es resbaloso		
7.Las sillas de la cocina están desniveladas		
(BAÑO)		
8.Tiene alfombra antideslizante en la bañera		
9.La taza del wáter del baño es bajo		
10.Tiene barandillas su baño		

11.Usa cortina en su bañera para evitar mojar el piso		
(HABITACION)		
12.En la habitación del adulto mayor es amplio que le permite moverse sin dificultad		
13.En la habitación del adulto mayor tiene lámpara en su velador de noche		
ILUMINACIÓN		
14.Tiene iluminación suficiente en la sala		
15.Tiene interruptores cerca de todas las puertas		
16.Tiene luces nocturnas en el cuarto del baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño		
17.En la habitación la mesa de noche está al alcance del adulto mayor		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
18.Consume fármacos en la noche		
19.Consume fármacos durante el día		
CALZADOS		
20.Tiene zapatos con tacos bajos		
21.Tiene zapatos de suela de goma antideslizante		

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO 3:
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS - CONSULTA DE EXPERTOS

VALIDEZ: JUICIO DE EXPERTO

VALIDEZ DE INSTRUMENTOS - CONSULTA DE EXPERTOS

Preguntas	JUECES							Valor de p*
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0,0078
2	1	1	1	1	1	1	1	0,0078
3	1	1	1	1	1	1	1	0,0078
4	1	0	1	1	1	0	1	0,1641
5	1	1	1	1	1	1	1	0,0078
6	1	1	1	1	1	1	1	0,0078
7	1	1	1	1	1	1	0	0,0547
8	1	0	1	1	1	1	0	0,1641
9	1	1	1	1	1	1	1	0,0078
10	1	1	1	1	1	1	1	0,0078

P VALOR

0. 2109

$$\frac{P=\sum P1}{N^{\circ} \text{ criterios}} = \frac{0.2109}{10} = 0.02109$$

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS – ESTUDIO PILOTO

ESCALERAS				COCINA			ILUMINACIÓN			BAÑO				HABITACIÓN			FARMACOS	CALZADOS		TOTAL
ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 13	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 16	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	ITEM 20	
1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	7
1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	13
1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	6
0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	13
1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	10
1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	9
0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14
0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	11
1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	13
0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	6
1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	14
1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	11
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	16
0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	8
0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	8
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	15
0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	8
0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	9
1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	15
0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7

VT 10.6605263

N 20 KR 20 0.62335486

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) señor (a) de familia, estoy realizando una investigación titulada, MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR RIESGOS DE CAÍDAS EN EL HOGAR QUE REALIZAN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES, que tiene por finalidad de realizar medidas preventivas para evitar riesgos caídas en los adultos mayores. Antes de observar su vivienda se le ha tenido que explicar las siguientes razones: El propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para que usted pueda aceptar y ser firmada por su persona.

Propósito del estudio

Los resultados que se obtenga en el presente estudio servirá para identificar cuáles son las medidas preventivas que usted tiene en su hogar para evitar caídas en los adultos mayores, con el fin de que el centro de salud realice las medidas preventivas correctas que debe tener su hogar, así disminuirémos la prevalencia de caídas en los adultos mayores.

Riesgos

Como el estudio trata con formularios plenamente identificados y no haremos otro tipo de evaluación, solo se observara su vivienda, considero que el estudio que el estudio no presenta ningún riesgo para las personas de investigación, cualquier consulta puede realizar a la señorita Elizabeth Veramendi Contreras.

Beneficios

El presente estudio tendrá beneficios para la población de estudio en disminuir y evitar riesgos de caídas en los adultos mayores a partir de la información brindada.

Confidencialidad

Para efectos de la investigación solamente la investigadora obtendrá el acceso a la información de la vivienda de los participantes, para efectos posteriores se procederá a identificar a cada participante a través del código ID, que será un numero correlativo, el cual se ingresara a la base de datos para análisis posteriores.

Por lo tanto, yo _____, manifiesto que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad y aprobación para que lo realicen.

Participante

Firma

Investigador

Firma

Fecha: _____