

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



**RIESGO DE CAIDAS DEL ADULTO MAYOR DEL
ASENTAMIENTO HUMANO LAS
LOMAS DE PARCONA ICA
NOVIEMBRE 2016**

TESIS

PRESENTADA POR LA BACHILLER

BERNUY CUSIATADO PATRICIA JEENIFER

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ICA - PERÚ

2017

ASESORA: Mg. CARMEN EMILIA BENDEZÚ SARCINES

AGRADECIMIENTO

- Quiero agradecer a Dios y a mi familia, a mis padres porque con su ejemplo han hecho de mí una persona de bien.
- A mi Alma Mater la Universidad Privada San Juan Bautista y a la Escuela Profesional de Enfermería, quienes me albergaron en sus aulas durante los años de mi formación profesional.
- A los adultos mayores de Las Lomas de Parcona quienes participaron en la investigación.
- A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería quienes siempre nos inculcaron valores y amor por nuestra profesión.
- A mi asesora quien ha orientado cada paso en la ejecución del trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo y amor incondicional en los buenos y malos momentos de mi vida.

RESUMEN

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, los adultos mayores son quienes sufren más caídas con consecuencias fatales. El trabajo de investigación tiene por objetivo determinar el riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, noviembre 2016. La investigación 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); según resultados globales, 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.

Palabras clave: Adulto mayor, riesgo, caídas.

ABSTRACT

Falls are the world's second leading cause of death from accidental or unintentional injuries. Older adults suffer the most fatal falls. The research work is aimed at determining the risk of falls in the adult population of Las Lomas de Parcona Ica, November 2016. The research is a quantitative approach, according to the scope of the information is descriptive, non-experimental design and according to the Interval of occurrence of the facts is transverse. The sample-study population is made up of 86 elderly adults, selected in a non-probabilistic way for convenience. The interview was used as a technique and as a structured interview guide instrument, based on the modified Downton Scale. Results: Regarding the general data, 43% (37) of the elderly live with their children and 48% (41) are married or living together. Regarding the risk of falling older adults according to age, 49% (42) have low risk, 28% (24) mean risk and 23% (20) high risk; According to sex, 37% (32) are at high risk and 63% (54) are at low risk; According to intrinsic causes, 65% (56) are at medium risk, 26% (22) are at low risk and 9% (08) are at high risk; 78% (67) are at medium risk, 16% (14) are at high risk and 6% (05) are at low risk; According to consequences it is average in 67% (58), high in 18% (15) and low in 15% (13); According to overall results, the risk of falls in the elderly is 47.6% (41) low in 31.8% (27) and high in 20.6% (18). Conclusions: The risk of fall in the adult population of the Las Lomas de Parcona Human Settlement is average, so the research hypothesis is rejected.

Key words: Elderly, risk, falls.

PRESENTACIÓN

Las caídas en el adulto mayor, se ha convertido en una causa de morbimortalidad que trae como consecuencia el deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores y muchas veces la muerte. El objetivo de la investigación es determinar el riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, noviembre 2016. El trabajo se considera significativo, en vista de que las caídas en el adulto mayor son un problema de salud pública ya que son la segunda causa de muerte en el adulto mayor, es importante también porque las caídas en los adultos mayores conllevan a disminuir la calidad de vida, pues se vuelven dependientes, la salud se va deteriorando paulatinamente y muchos de los pacientes que, a consecuencias de las caídas sufren de fracturas, ya no se vuelven a reincorporar, conllevándolos a una muerte lenta.

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

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

Concluyendo con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA.....	i
ASESOR.....	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: I.c.1.GENERAL.....	16
I.c.2.ESPECÍFICO.....	16
I.d. JUSTIFICACIÓN.....	16
I.e. PROPÓSITO.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	18
II.b. BASE TEÓRICA	21
II.c. HIPÓTESIS.....	45
II:d. VARIABLES.....	45
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS....	46

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III.a. TIPO DE ESTUDIO.....	47
III.b. ÁREA DE ESTUDIO.....	47
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	47
III.d.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS.....	48
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	
IV.a. RESULTADOS.....	51
IV.b. DISCUSIÓN.....	58
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a. CONCLUSIONES.....	63
V.b. RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS.....	71

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	N° Pág.
1	DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE 2016.	51
2	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN EDAD DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	87
3	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN SEXO DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	87
4	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CAUSAS INTRÍNSECAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	88
5	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CAUSAS EXTRÍNSECAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	88
6	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CONSECUENCIAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	89
7	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN RESULTADOS GLOBALES DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	89

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	N° Pág.
1	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN EDAD DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	52
2	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN SEXO DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	53
3	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CAUSAS INTRÍNSECAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	54
4	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CAUSAS EXTRÍNSECAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	55
5	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CONSECUENCIAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	56
6	RIESGO DE CAIDAS SEGÚN RESULTADOS GLOBALES DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE – 2016.	57

LISTA DE ANEXOS

N°	TITULO	N° Pág.
ANEXO N°1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	72
ANEXO N°2	INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.	74
ANEXO N°3	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUECES EXPERTOS.	76
ANEXO N°4	TABLA DE CODIFICACIÓN.	77
ANEXO N°5	PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.	79
ANEXO N°6	MEDICIÓN DE LA VARIABLE RIESGO DE CAÍDAS A TRAVÉS DE LA ESCALA DE STANONES.	80
ANEXO N°7	TABLA MATRIZ.	83
ANEXO N°8	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES.	87
ANEXO N°9	CONSENTIMIENTO INFORMADO	90

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I. a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

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

También refiere que “más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y más de dos terceras partes de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años”.

La OMS refiere que “cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años”.

La OMS reporta que “cerca de un 40% de los AVAD perdidos en todo el mundo debido a las caídas corresponden a los niños, pero es posible que este parámetro no refleje con exactitud el impacto de las discapacidades relacionadas con las caídas en las personas mayores, que tienen menos años de vida que perder”.¹

Leturia F. y cols., manifiestan que “las caídas representan el 90% de los accidentes del anciano. Aproximadamente solo el 50% de los

pacientes mayores de 70 años hospitalizados después de sufrir una caída, sobreviven transcurrido el año”. Mencionan que en residencias “más del 75% de los sujetos que se caen no pueden levantarse solos y el 2% permanecen en el suelo más de una hora a pesar de la supervisión del personal”. El lugar donde se producen más caídas es en la cama durante el proceso de entrar o salir de ella. Más de la mitad presentan antecedentes de una o varias caídas anteriormente. La gravedad a corto plazo es provocada por fractura de cuello de fémur, hematoma subdural, hipotermia y neumonía secundaria.²

Según datos de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de México, el 2015 muestran que “de las 24,063 personas entrevistadas (el 62 % fueron mujeres) la prevalencia de caídas durante el último año fue mayor en mujeres (28.5 %) que en hombres (18.1 %). La prevalencia de caídas incrementa por quinquenio de edad de forma gradual transitando del 19.3% en personas de 60 a 64 años hasta llegar al 33.2 % en personas de 85 y más años”.³

En Cuba, según datos brindados por Gonzales R., reseñan que “la proporción de ancianos es superior a la de los países subdesarrollados, y para el año 2030 el envejecimiento que hoy es de un 19 %, será de un 30,3 %. Ya en el 2050 estas cifras podrían alcanzar hasta un 36,5 %”.⁴

El Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, informa que “en el año 2014, la población peruana de 60 y más años de edad representa el 9,4% de la población total del país, en términos absolutos, supera los 2 millones 907 mil personas; en el año 2021, se estima que la proporción de adultos mayores se incrementará a 11,2%. El mayor porcentaje de adultos mayores residen actualmente en los departamentos de Arequipa y Moquegua, ambos con 10,9%,

Lima y la Provincia Constitucional del Callao albergan el 10,7% de población adulta mayor”.⁵

Las caídas en los adultos mayores, son eventos que se observan con frecuencia en nuestros centros asistenciales de salud, a los cuales acuden los pacientes que han sufrido una caída en su hogar o comunidad, porcentajes considerables de la población adulta ha experimentado por lo menos una vez en su vida, algún tipo de caída, datos reales en nuestros hospitales, demuestran que las consecuencias de las caídas en los adultos mayores, son muchas veces nefastas, trayendo como resultado por lo general, fractura de cadera, llevando al adulto a la postración en cama, muchas veces irreversible y con consecuencias fatales.

Durante la realización de las prácticas en los diferentes establecimientos de salud, se ha podido observar en los adultos mayores, todos los problemas a los que conlleva una caída, se ha observado un deterioro de la calidad de vida en todos los aspectos, se limita su independencia volviéndose sujetos totalmente dependientes, tienen dificultad para realizar su autocuidado en la alimentación, vestimenta, higiene, deambulación, etc. Las caídas afectan todas las esferas del adulto mayor, la física, espiritual, social y afectiva; otra complicación frecuente de las caídas son las fracturas, dentro de ellas la que conlleva mayor riesgo es la fractura de cadera, que los lleva a postrarse en una cama, siendo posterior a ello las complicaciones como úlceras por presión y las neumonías, teniendo como desenlace en muchos de ellos la muerte.

Todo ello ha motivado el interés de la investigadora, llegando a formular la siguiente interrogante:

I. b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, noviembre 2016?

I. c. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar el riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, noviembre 2016.

Objetivo específico:

Valorar el riesgo de caídas del adulto mayor según:

- Edad
- Sexo
- Factores de riesgo intrínsecos
- Factores de riesgo extrínsecos
- Consecuencias

I. d. JUSTIFICACIÓN:

El trabajo se considera importante, en vista de que las caídas en el adulto mayor son un problema de salud pública ya que son la segunda causa de muerte en el adulto mayor, es importante también porque las caídas en los adultos mayores conllevan a disminuir la calidad de vida, pues se vuelven dependientes, la salud se va deteriorando paulatinamente y muchos de los pacientes que a consecuencia de las caídas sufren de fracturas, ya no se vuelven a reincorporar, conllevándolos a una muerte lenta.

La investigación, por lo tanto, aportará información para contribuir en la educación a los familiares de los adultos mayores, a considerar aquellos factores que pueden condicionar las caídas, para adoptar las medidas preventivas adecuadas.

I. e. PROPÓSITO:

Los resultados de la investigación, han de ser útiles para identificar los factores que conllevan a las caídas de los adultos mayores. Se pretende hacer llegar los resultados finales al centro de salud de la

jurisdicción, con el fin de realizar las actividades de promoción de la salud y prevención de las caídas en el adulto mayor. Igualmente se procura que, en la atención del adulto mayor, se aplique el paquete de salud integral que está normado por el Ministerio de Salud (MINSA), de esta manera el profesional tendrá la oportunidad de identificar aquellos factores de riesgo de caídas, educar al usuario mayor e intervenir oportunamente con actividades preventivo-promocionales de salud.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

II. a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Lavedán A, Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Viladrosa M. En el año 2014 realizaron un estudio, con el objetivo de determinar la **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. VILANOVA**. Metodología: Estudio descriptivo transversal, se incluyó a 640 personas de 75 o más años de edad, a través de un muestreo aleatorizado. Resultados: “La prevalencia de caídas fue del 25,0% (IC 95% 24,8-25,1). Tras el análisis multivariado, la discapacidad básica (OR = 2,17; IC 95% 1,32-3,58), los síntomas depresivos (OR = 1,67; IC 95% 1,07-2,59) y el miedo a caer (OR = 2,53; IC 95% 1,63-3,94) fueron los únicos factores asociados de forma independiente a las caídas en el último año. Conclusiones: Una de cada 4 personas mayores presentaron al menos una caída en el último año”.⁶

Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J. En el año 2013 realizaron una investigación con el objetivo de determinar la **PREVALENCIA DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS EN LA PARROQUIA SIDCAY. CUENCA**. Metodología: Investigación transversal, comprendió 489 adultos mayores de la Parroquia Sidcay. “La prevalencia de caídas fue del 33,9%. Presentaron mayor prevalencia de caídas los mayores de 74 años (43,1%), de sexo femenino (40,9%), sin pareja (45,1%), y con alteraciones nutricionales (64,8%). El riesgo de caída según la escala de Dowton fue: riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%. Las caídas fueron mayores en pacientes: con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayuda, que consumen medicamentos, con bajo riesgo por consumo de alcohol,

que deambulan descalzados y que ya habían presentado caídas previas”.⁷

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

Silva J, Coelho C, Ramos T, Stakfleth R, Maeques S, Partezani R. En el año 2010 a 2011 realizaron una investigación transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de **CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL. RIBERAO PRETO.** Metodología: Estudio epidemiológico con una muestra de 240 sujetos, con edad superior de 60 años, de ambos los sexos. Resultados: “La edad promedio fue de 73,5 años (±8,4), el 25% con 80 años a más, predominio del sexo femenino; el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. Promedio 1,33 caídas (±0,472); con mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores más jóvenes; el lugar más frecuente fue el patio y el baño. Conclusión: Hubo predominio de mujeres que sufrieron caídas relacionados a la independencia funcional, lo que puede ser prevenido con estrategias de promoción a la salud del adulto mayor, políticas para ofrecer mejor condición de vida a personas durante el proceso de envejecimiento”.⁹

Torres J. En el año 2015 realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de **AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS QUE TIENE EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE BARRANCO PERIODO ENERO A MARZO 2015. LIMA PERÚ**. Metodología: Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, se trabajó con 70 adultos mayores autovalentes que asistente regularmente al CIAM. Resultados: “El nivel de autocuidado relacionado a los factores intrínsecos fue predominantemente medio (54.3%), bajo (24.3%) y alto (21.4%), destacando acciones como: realización de actividades físicas (65.7%), uso frecuente de zapatos cómodos (80%) y el no consumo de alcohol (90%); el nivel de autocuidado relacionado a los factores extrínsecos alcanzó un nivel medio (52.9%), bajo (27.1%) y alto (20%), las acciones que fomentan el autocuidado son: el mantenimiento de la iluminación en los ambientes de la vivienda (95.7%), con pasillos libres de obstáculos (82.9%), objetos de uso diario al alcance de la mano (80%), pisos limpios no resbalosos (70%) y uso de pasamanos en los vehículos al trasladarse fuera del hogar (91.4%). Conclusiones: El nivel de autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor fue medio tanto para el control de los factores intrínsecos y extrínsecos”.¹⁰

Silva-Fhon J, Porrás-Rodríguez M, Guevara-Morote G, Canales-Rimachi R, Coelho Fabricio-Wehbe S, Partezani-Rodríguez R. En el año 2012 realizaron una investigación con el objetivo de evaluar el **RIESGO DE CAÍDA EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A DOS CENTROS DE DÍA. LIMA, PERÚ**. Material y Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en una población de 150 adultos mayores de 60 años y más, de ambos sexos, que acuden a dos Centros de Día. Resultados: “Predominó el sexo femenino (75.3%), el grupo etáreo con 80 años y más (33.3%). A la evaluación de la Escala de Tinetti se obtuvo una puntuación promedio de 21.7

(=6.1). 54.7% presentó alto riesgo de caer; 36.7% con riesgo de caer con relación al estado cognitivo, se encontró que 20.7% presentaban estado cognitivo inadecuado. A la asociación, se verificó que el adulto mayor más viejo, presenta mayor riesgo de caer”. Conclusiones: Se resalta la necesidad que el equipo multi profesional incentive la actividad física para mantener una fuerza y postura adecuada, además de ejercicios de memoria preservando el estado cognitivo, promocionando un envejecimiento activo y saludable.¹¹

Se considera importante los estudios previos, pues ellos sirven para realizar las comparaciones de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación y así poder realizar la discusión, estos estudios también fueron útiles en el aspecto metodológico de la investigación, resultados que sirven para fortalecer la formulación de la hipótesis de estudio.

II. b. BASE TEÓRICA:

RIESGO DE CAÍDAS

Caídas:

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

Riesgo de caídas:

La OMS define el riesgo de caídas como “la combinación de probabilidades de que se produzca una caída con consecuencias negativas para la persona”.¹

Según información que brinda la Clínica Anglo-Americana, se puede definir caída como “la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas”.

Paciente con riesgo de caídas:

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

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

Grupos de riesgo:

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

Edad: La literatura nos refiere que uno de los principales factores para que se produzcan las caídas, es la edad. “*Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad*”.¹ Por ejemplo, “en los Estados Unidos de América un 20% a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos”. La gravedad que representan estas caídas

puede deberse a alteraciones físicas, del sensorio y al mismo proceso de envejecimiento.

La OMS considera a los adultos mayores de 80 años, como los que tienen riesgo alto de caídas, los que se encuentran entre las edades de 75 a 80 años, riesgo medio y los menores de 75 años bajo riesgo de caídas.

Sexo: La OMS manifiesta que “ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos países se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales”.

Otros factores de riesgo según la OMS son:

- *“Actividad laboral en las alturas y otras condiciones de trabajo peligrosas”;*
- *“Consumo de alcohol y drogas”;*
- Factores socioeconómicos tales como *“pobreza, hacinamiento en el hogar, monoparentalidad, y corta edad de la madre”;*
- Trastornos médicos subyacentes, tales como *“trastornos neurológicos, cardíacos u otras afecciones discapacitantes”;*
- *“Efectos colaterales de los medicamentos, inactividad física y pérdida de equilibrio”*, sobre todo en las personas mayores;
- *“Problemas cognitivos, visuales y de movilidad, especialmente entre quienes viven en instituciones tales como las residencias de ancianos o los centros de atención a pacientes crónicos”;*
- Falta de seguridad del entorno, *“especialmente en el caso de las personas con problemas de equilibrio o de visión”*.¹

Factores de riesgo:

Montse Q., manifiesta que “las caídas en las personas ancianas tienen un origen multifactorial. A mayor número de factores de riesgo, mayor probabilidad de caídas, pero la relación no es aditiva,

sino multiplicativa; es decir, cada causa o factor de riesgo potencia el efecto de las otras”.

Por tal motivo es importante que el profesional de la salud realice una valoración de forma integral, holística y adecuada a la persona adulta mayor y su entorno, para poder considerar fielmente el riesgo de caída y poder ofrecerle soluciones y recomendaciones personalizadas.

Dentro de las causas de las caídas podemos mencionar las intrínsecas que son propias de la persona y las extrínsecas que se refieren a su entorno.

Las causas intrínsecas son

Alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad:

- Alteraciones oculares, disminución de la agudeza visual:
 - Disminución de la capacidad de acomodación
 - Presbiopía (problemas para la visión cercana)
 - Disminución de la tolerancia a la luz brillante (deslumbramiento)
 - Percepción anómala de la profundidad (problemas con las escaleras, por ejemplo...)
- Alteraciones auditivas:
 - Presbiacusia “*disminución de la capacidad auditiva, que dificulta la valoración del entorno*”.
- Alteraciones del sistema nervioso “*junto con los problemas de audición dan alteraciones del equilibrio*”:
 - Enlentecimiento del tiempo de reacción y de los reflejos

- Disminución de la sensibilidad propioceptiva “*cómo está situada cada parte del cuerpo*”
- Alteración de la conductividad nerviosa vestibular “*enlentecimiento de la reacción del aparato del equilibrio*”.
- Atrofia muscular y de partes blandas

Enfermedades que predisponen a caídas:

Patologías cardiovasculares:

- Infarto agudo de miocardio
- Hipotensión ortostática, causada por:
- Síncope, causado por arritmias, bloqueo cardiaco, bradicardias.
- Hipertensión
- Diabetes

Trastornos de la marcha:

- De origen musculo esquelético.
- De origen neurológico.
- Otras enfermedades sistémicas agudas.

En cuanto a las causas extrínsecas, cabe destacar:

- Baño:
 - Ducha o bañera resbaladiza
 - Ausencia de agarradores
 - Taza de WC baja
 - Baño alejado

- Baño con piso deslizante
- Dormitorio:
 - Cama demasiado alta
 - Ausencia de barras en la cama (en grandes dependientes)
 - Camas altas y estrechas
 - Falta de lámpara o interruptor al alcance de la cama
- Ropa:
 - Calzado abierto
 - Ropas anchas
 - Pantalón demasiado largo
- Iluminación:
 - Deslumbramiento excesivo
 - Mala iluminación
- Suelo:
 - Resbaladizo o mojado
 - Alfombras mal fijadas
 - Objetos que hacen tropezar en los sitios de paso
 - Suelo desnivelado
 - Mobiliario hacinado
- Escaleras:
 - Ausencia de agarradores

- Escalones altos y desgastados
- Otros:
 - Mobiliarios con cambios frecuentes
 - Mobiliario en mal estado
 - Mal estado constructivo de la vivienda
 - Sillas demasiado bajas
 - Ausencia de brazos en las sillas
 - Ayudas técnicas para la marcha mal utilizadas
 - Escaleras.¹³

Riesgo de caídas en el Adulto Mayor:

Las estadísticas muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que sufren de caídas, son ocasionadas en su hogar o en su entorno, por lo que el profesional de enfermería de los centros de salud del primer nivel de atención, deben utilizar instrumentos de evaluación del riesgo de caídas del adulto mayor en la comunidad y efectuar estrategias para brindar un entorno seguro y disminuir el riesgo de caída en la comunidad.

La OMS *“define las caídas como cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”*.

Por lo consiguiente, somos conscientes de que existen factores que predisponen las caídas, los que son propios de la persona como algunas enfermedades crónicas, agudas, uso de fármacos, edad y los cambios en la constitución física propia de la edad, así como aquellos factores derivados del entorno.

En la comunidad, estos factores suelen combinarse y ser la causa de las caídas en los adultos mayores, por lo que es indispensable que el profesional de la salud haga extensiva a la comunidad,

actividades de promoción de la salud y prevención de caídas en los adultos mayores.

Algunos autores han elaborado un modelo de valoración de los factores de riesgo para prevenir las caídas a partir del entorno, entendiéndose éste como el mobiliario e instalaciones que rodean al enfermo.

Factores que inciden en el riesgo de caídas inherentes al medio ambiente:

- a. **Iluminación:** “Debe ser apropiada para reducir el riesgo, sobre todo en los pacientes con discapacidad visual, las lámparas de cabecera deben emitir suficiente luz”.
- b. **Mobiliario:** “Tiene que ser fuerte con sillas y sillones de respaldos altos y estables; la unidad del paciente no debe representar ningún riesgo y siempre ha de estar en el mismo orden y en óptimas condiciones de funcionamiento”.
- c. **Limpieza:** “El área física debe estar impecable, sin basura, ni fluidos que puedan hacer que una persona resbale”.
- d. **Dispositivos de deambulaci3n:** “En óptimas condiciones, sobre todo las gomas de los bastones, muletas, andaderas y sillas de ruedas deben permitir un deslizamiento fácil y un frenado eficaz”.

Factores de riesgo de caídas relacionados con el paciente:

- a. **Edad:** “Implica riesgos en las distintas etapas de la vida, el lactante puede caer de la cama o perder el equilibrio al empezar a caminar; el niño en edad preescolar no mide el peligro al intentar trepar, subir o bajar cualquier superficie; en la edad escolar su entorno se amplía y se ve involucrado en más situaciones de inseguridad; el adolescente busca su identidad que se manifiesta por su timidez, miedo y ansiedad entre otros, lo que predispone a enfrentar situaciones de peligro; en el adulto los riesgos se relacionan con el estilo de

vida, audición, movilidad, reflejos y circulación, lo predisponen a las caídas”.

- b. Estilo de vida y dependencias:** “Significa un riesgo adicional por el grado de estrés o ansiedad que domina a una persona, lo que pone en riesgo su seguridad”.
- c. Pacientes con movilidad limitada:** “Son más propensos a sufrir caídas, ya que la inmovilización puede predisponer a los pacientes a otros accidentes. Éstos pueden restringir aún más la movilidad y la independencia”.
- d. Relacionados con el estado físico y limitaciones sensoriales:** Los pacientes con problemas visuales con dificultad para comunicarse tienen alto riesgo de lesionarse, ya que no son capaces de percibir un peligro potencial ni de expresar la necesidad de ayuda. Estos factores se observan en personas: “con discapacidad mental por retraso o enfermedad mental, agitación psicomotriz, discapacidad física por amputaciones o malformaciones, sedación pre anestésica o post quirúrgica, desnutrición, cardiopatías, hipoxia cerebral, encefalopatía por alteraciones metabólicas, procedimientos o estudios hemodinámicos, arritmias que comprometen el gasto cardíaco, trastornos gastrointestinales, antecedentes de crisis convulsivas, deterioro auditivo, poliuria, nicturia y otros problemas que afecten las articulaciones que soporten peso, como osteoporosis u osteomielitis”.
- e. Pacientes con estado neurológico y emocional alterado:** “Ocasionado por hemiparesia parcial o total, ansiedad, excitación, desvalorización, tendencias suicidas, depresión, somnolencia, sopor, estupor, inconciencia, alteraciones de la memoria o la cordura, incapacidad para comprender y cumplir las indicaciones y enfermos renuentes a solicitar ayuda”.

Factores relacionados con el tratamiento farmacológico:

- a. Diuréticos:** “Estas sustancias aumentan la frecuencia de orina y, por ende, la urgencia de alcanzar el orinal sin solicitar ayuda, incrementa la probabilidad de caída”.
- b. Hipoglucemiantes:** “Disminuyen niveles de glucosa, lo que causa mareo y la posible pérdida de equilibrio”.
- c. Antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes entre otros:** “En ocasiones causan confusión, somnolencia, adinamia y cambios en la conducta”.
- d. Beta bloqueadores:** “Provocan alteraciones en el sistema de conducción y, en algunos casos, hipotensión arterial”.
- e. Laxantes y enemas:** “Incrementa la frecuencia de evacuación y el deseo de satisfacer esta necesidad incrementa el riesgo de caída”.
- f. Antiarrítmicos:** “Actúan sobre el sistema de conducción con la consecuente alteración del gasto cardíaco”.
- g. Anticoagulantes:** “Modifican la cascada de coagulación, por lo que un paciente sometido a esta medicación tiene especial riesgo por las posibles formaciones de hematomas y hemorragias que pueden favorecer complicaciones leves o graves”.
- h. Inotrópicos:** “Pueden causar alteraciones en el gasto cardíaco, que se manifiestan por hipotensión, taquicardia y bradicardia”.

Medidas de seguridad:

Actividades realizadas por el personal de enfermería para prevenir caídas, en las que se utilizan equipos y mobiliarios específicos.

Medidas de seguridad relacionados con el mobiliario:

- a. Barandales de cama:** Brinda protección al paciente dándole seguridad para moverse en la cama y sobre todo porque

evita las caídas. Pero se debe tener cuidado con aquellos pacientes que están desorientados o con alguna urgencia, pues se puede convertir en un obstáculo y constituirse en un factor de riesgo de caídas.

- b. Timbre e intercomunicador:** En todo caso, éste dispositivo debe estar colocado siempre en la cabecera del paciente o al alcance de la mano.
- c. Lámpara de cabecera:** El interruptor debe estar al alcance de la mano de la persona, en todo caso mantener una iluminación tenue durante la noche, que facilite a la persona satisfacer sus necesidades.
- d. Banco de altura:** Es necesario contar con ello, porque favorece a subir y bajar de la cama con más comodidad.

Medidas de seguridad relacionados con el personal de enfermería:

- a. Detección del riesgo de caídas
- b. Registro de riesgo de accidentes.
- c. Explicación del uso de barandales.
- d. Comprobación del funcionamiento del timbre.
- e. Orientación sobre el uso del banco de altura.
- f. Respuesta inmediata al llamado.
- g. Vigilancia y acompañamiento.
- h. Ubicación cercana de los objetos de uso personal.
- i. Arreglo de las unidades de los pacientes.
- j. Educación del paciente y su familia.
- k. Orientación al paciente.

Medidas de seguridad relacionados con el familiar:

- a. Conocimiento de las medidas de seguridad del hospital.
- b. Conservación del orden en el mobiliario.
- c. Observación del paciente.
- d. Información sobre el estado del paciente.¹⁴

Prevención de las caídas:

Según la OMS, están basadas en “estrategias de prevención de las caídas que deben ser integrales y polifacéticas; explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación”.¹

Los programas de prevención de las caídas en los ancianos pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos, tales como:

- “*Examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos*”;
- “Intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, tales como el examen y modificación de la medicación, el tratamiento de la hipotensión, la administración de suplementos de calcio y vitamina D o el tratamiento de los trastornos visuales corregibles”;
- “Evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas”;
- “Prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales”;
- “Fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada”;
- “Programas grupales comunitarios que pueden incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas y

ejercicios del tipo tai-chi o de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular”;

- “Uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura de la cadera en caso de caída”.

La Organización Mundial de la Salud, hace mención de otras estrategias preventivas prometedoras como *“el uso de raíles o barreras de protección, los programas de visitas a domicilio, las campañas educativas públicas masivas y la formación de las personas y las comunidades en materia de atención médica en caso de caída”*.¹

Algunas medidas de prevención en el hogar:

- Retirar todo tipo de obstáculos por los lugares de tránsito como corredores y pasillos.
- Utilizar en las duchas, pisos antideslizantes.
- Verificar que las escaleras tengan barandas y pasamanos en todo su trayecto.
- Colocar protector a las ventanas, los barrotes deben ser verticales y que impidan el paso de la cabeza de un niño pequeño.
- No colocar objetos sobre las barandas de las escaleras.
- Cargue objetos voluminosos con ayuda.
- Evitar utilizar barandas defectuosas y no bajar las escaleras de espalda.
- No debe subir, por la escalera de mano, dos personas juntas.

- No utilizar sillas ni muebles para alcanzar objetos en altura.
- Fijar firmemente los estantes o armarios a la pared.
- No subir ni permanecer de pie en los muebles.¹²

Como reducir los riesgos de sufrir caídas:

En el Hogar:

- Acuda a su control médico periódico para examen auditivo y visual, utilizar anteojos y dispositivos auditivos si el medico lo prescribe.
- Informar al médico sobre caídas recientes y pasadas.
- Informar al médico respecto a los medicamentos que consume, incluso los que se automedica.
- Observe si los medicamentos que toma lo hacen sentir cansado, mareado o débil y comunique a su médico.
- Evite consumir alcohol porque puede afectar su equilibrio.
- No se levante bruscamente después de comer o descansar, puede bajar la presión y causar una caída.
- La temperatura en la habitación debe ser moderada. El calor o el frío excesivo pueden provocar mareos.
- Utilizar bastón o soporte si tiene dificultad al caminar o si se siente mareado.
- Utilice zapatos acordes a su talla, con suela de goma y taco bajo.
- No utilice pantuflas con suelas lisas o solo medias en las escaleras o pisos encerados donde podría resbalarse fácilmente.
- Realice regularmente ejercicios que le ayuden a fortalecer, siempre consultando al médico.
- Evitar caminar sobre el piso mojado, no subir a sillas ni mesas para alcanzar algo.

- Mantenga los pasillos despejados y las áreas por donde generalmente camina bien iluminadas.
- En la ducha utilizar pisos antideslizantes.
- Las alfombras deben estar aseguradas al piso con cinta adhesiva.¹⁵

Valoración del adulto mayor con caídas

En todo paciente que se cae debemos:

- “Valorar las consecuencias y los factores de riesgo de las caídas”.
- “Valorar el riesgo de presentar nuevas caídas”.
- “Valorar el riesgo de sufrir lesiones severas tras una caída”.

Estrategias de prevención de las caídas:

La meta global de todas las estrategias de prevención de las caídas debe ser minimizar el riesgo de caída sin comprometer la movilidad y la independencia funcional del adulto mayor, y cuando esto no sea posible, evitar la gravedad de sus consecuencias.

La actividad preventiva incluye intervenciones primarias, secundarias y terciarias

Prevención primaria:

Las medidas se aplica a toda la población adulta mayor, con el fin de evitar que se produzcan las caídas. Se incluyen en este nivel las siguientes intervenciones:

- a) “Campañas de educación para la salud y promoción de hábitos saludables”.
- b) “Medidas de seguridad del entorno”.
- c) “Detección precoz de factores de riesgo”.

Prevención secundaria:

Está basada en un diagnóstico precoz para identificar y reducir los factores de riesgo de caídas; realizando una valoración exhaustiva al adulto mayor.

Prevención terciaria:

Son las actividades que van a estar encaminadas a minimizar el riesgo de caídas y disminuir la presencia de incapacidades por las consecuencias físicas y psicológicas.

Tras una caída se debe:

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

Estrategias generales de prevención: Estas pueden clasificarse de la siguiente manera:

Evaluación multidimensional, considerada la estrategia más eficaz para la prevención de caídas combinado con intervenciones dirigidas a reducir dichos riesgos.

Los suplementos de vitamina D, reducen el riesgo de caída más de un 20% en personas que viven en la comunidad o en instituciones.

A raíz de todo lo anterior, se puede decir que la prevención de caídas es un esfuerzo multifactorial y multidisciplinario.

Sgaravatti A., dice que “una proporción importante de las caídas y lesiones relacionadas con ellas que presentan los adultos mayores

se deben a varios factores de riesgo, muchos de los cuales probablemente se pueden modificar o eliminar con intervenciones específicas para la prevención de caídas”.¹⁶

Consecuencias de las caídas en los adultos mayores:

Las complicaciones que presentan los adultos mayores, se debe al trauma que se experimenta en la caída, dentro de las cuales podemos mencionar:

- Fracturas, contusiones, heridas, traumatismos craneoencefálicos, etc.
- Como consecuencia de las caídas, los adultos pueden tener tiempos largos postrados en cama, ocasionando úlceras por presión, deshidratación, infecciones respiratorias, entre otras, relacionándose con mayor índice de morbilidad y mortalidad.

La principal consecuencia psicológica es:

- El “miedo a volver a caer”, por lo que la persona que ha caído, disminuye sus actividades cotidianas por miedo, ya no sale a la calle, no realiza su higiene adecuadamente ni el vestido apropiado por temor a tropezar.
- Esto también causa una disminución en la autoconfianza, sintiéndose muchas veces inútiles, conllevándolos a una depresión y muchas veces a tener un concepto errado de su salud.
- En consecuencia, hay una sobreprotección de los cuidadores, haciendo las actividades que el adulto las puede hacer por si solos, a veces en contra de la voluntad del adulto mayor.

Estas secuelas médicas y psicológicas provocan y aumentan inmovilización del adulto mayor y a partir de aquí una cascada de acontecimientos, aumento de la fragilidad y de la dependencia, de tal

manera que se puede llegar, por un resbalón con fractura de cadera, hasta la institucionalización o incluso la muerte.

Consecuencias socioeconómicas

- Aislamiento social y cambios en los hábitos de vida del paciente, por el miedo a salir del domicilio.
- Aumento de la necesidad de cuidadores, tanto formales como informales, por el aumento de dependencia en las actividades de la vida diaria.
- Aumento de sus necesidades de recursos profesionales por las complicaciones agudas o derivadas de la inmovilidad.
- Incremento de las necesidades de recursos socio sanitarios.
- En casos extremos se podría tener que recurrir a una institucionalización del anciano.¹⁷

Intervención de enfermería en la prevención de caídas:

Del Campo, asevera que *“uno de los objetivos principales de la geriatría es conseguir un envejecimiento saludable para obtener el máximo nivel de autonomía e independencia y reducir los períodos de morbilidad”*.

Dentro de las intervenciones de enfermería podemos mencionar:

1. **Detección de la población de ancianos con riesgo de sufrir caídas:** aplicando la valoración integral del adulto mayor.
2. **Valoración del anciano con riesgo a caer:** a través de la evaluación integral y evaluación específica.
 - Bajo riesgo: “individuo sano menor de 75 años, buena movilidad, pero ha sufrido alguna caída generalmente por descuido”.
 - Riesgo intermedio: “entre 70 y 80 años, se vale por sí mismo pero presenta un factor de riesgo específico”.
 - Alto riesgo: “mayor de 75 años, portador de patología crónica, estancia en asilos y con más de dos factores de riesgo”.¹⁸

Se debe realizar la valoración integral del adulto mayor en el primer nivel de atención, de acuerdo a:

- Valoración geriátrica: *“médica, funcional, mental y social”*.
- Valoración física: *“cardiovascular, neurológica y sistema locomotor”*.
- Exploración de órganos de los sentidos: *“agudeza visual y auditiva”*.
- Valoración del equilibrio y la marcha: *“para identificar trastornos que pueden aumentar el riesgo a caídas”*.
- Pruebas complementarias: *“electrocardiograma, glicemia, hemograma entre otros”*.
- Evaluación del entorno: *“preguntar características de la vivienda, suelos, baños, escaleras, etc.”*.

3. Establecimiento de medidas preventivas:

Centrándose en los factores intrínsecos y extrínsecos, como:

- Modificación del entorno.
- Incentivar la realización de actividad física.
- Control de la medicación.
- Revisión periódica de la vista, dispositivos para deambular.
- Recomendar uso de suplementos de vitamina D.
- Educación sanitaria al paciente y familia.
- Incentivar las intervenciones multifactoriales.¹⁸

Adulto mayor

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

- Tercera edad: 60 a 74 años
- Cuarta edad: 75 a 89 años
- Longevos: 90 a 99 años
- Centenarios: más de 100 años.¹⁹

Atención integral al Adulto Mayor:

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

Según la Norma Técnica del MINSA, “toda persona adulta mayor que acuda al establecimiento de salud por primera vez o tenga la condición de continuador se le realizará”:²⁰

- La Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM a través de la Historia Clínica de Atención integral para las PAMs, según formato. *“La VACAM será aplicado por el profesional de salud, o en asociación con otros integrantes del equipo de salud, previamente sensibilizado y capacitado para este fin”.*
- La cuantificación en términos funcionales de *“las capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor”.*
- El *“examen físico completo y se detectarán factores de riesgo o daño para su salud”.*
- Los exámenes de laboratorio complementarias para la evaluación clínica: *“Hemograma, Hematocrito, Glucosa, Urea, Creatinina, Colesterol Total, Triglicéridos, Examen de orina completo, teniendo en cuenta el nivel de complejidad del establecimiento”.*
- La aplicación de la VACAM a las PAMs *“una vez al año, pudiéndose repetir, si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico”.*²⁰

De los cuidados esenciales:

Según el MINSA, a las PAMs (Personas Adultas Mayores) se les brindará los cuidados esenciales, los mismos que estarán correlacionados con las necesidades que se van a satisfacer.

- Necesidades de desarrollo: “*acciones de promoción y educación para la salud*”.
- Necesidades de mantenimiento de la salud: “*acciones de prevención de la salud identificación de riesgo e intervención de los mismos*”.
- Necesidades derivadas del daño: “*atención de daños según guía de atención*”.
- Necesidades derivadas de secuelas y disfunciones: “*atención de discapacidades según protocolo*”.²⁰

El paquete de atención integral que ofrecen los establecimientos de salud para el adulto mayor, deben ser individualizados y personalizados, éste programa debe ser elaborado por un equipo multidisciplinario y contando con el adulto mayor o la persona que se encarga de su cuidado, esta atención deberá ser de manera continua priorizada y organizada, la monitorización se realizará de acuerdo a los hallazgos en la valoración clínica, actuándose de manera individual de acuerdo a las características de cada adulto mayor.

Algunos mitos y estereotipos respecto al envejecimiento:

Abdellah, citado por Burke M., manifiesta que “el envejecimiento no es un cambio brusco, ni tampoco un retroceso seguro y estable desde un estado de buena salud a otro de mala salud”.²¹

Al respecto es importante que el profesional de la salud procure erradicar estos mitos y creencias que algunos adultos tienen, pues el

paso a la etapa adulta mayor no es violento ni se presentan los cambios de un momento a otro, es un estado que para muchos puede ofrecer retos y nuevas oportunidades, y que el envejecimiento no impide que se desenvuelva con normalidad, teniendo las precauciones correspondientes.

Respecto a los cuidadores:

“Más del 80% de cuidados que se brinda al adulto mayor es suministrado por los familiares”.²²

Por lo que se considera muy importante, que exista una interrelación enfermera cuidador, el profesional de enfermería debe considerar a la familia del adulto mayor, como un aliado en su cuidado, pues son ellos los que detectarán tempranamente algunos factores que puedan convertirse en riesgo de caídas del adulto mayor, especialmente de aquellos que ya están cursando con un deterioro progresivo de la integridad física.

TEORÍA DE ENFERMERÍA:

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.

Concibe al ser humano: *“Como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado”*. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud: *“La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa*

integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos”.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

“Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta”.²³

Teoría de la Promoción de la Salud de Nola Pender:

Esta teoría indaga en el individuo factores de conocimiento sistematizado que son modificados por las diferentes situaciones a las cuales se enfrenta, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en guías que favorecen la salud, cuando existe un patrón para el trabajo.

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

Esta teoría está siendo utilizada con el fin de ampliar e instituir las teorías de enfermería, en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual debe ser aplicado al individuo sano o

enfermero, a la familia y a la comunidad. El modelo está diseñado en base a la educación que facilita el profesional de enfermería, para que las personas sepan cómo cuidarse y llevar una vida sana.

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

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

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

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

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.²⁴

Base legal de protección al adulto mayor:

Ley N° 30490- Título I - Capítulo II Artículo 5:

El Estado Peruano asevera que la persona adulta mayor es titular de derechos humanos, y tiene el derecho a:

- “Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable”.

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

Título III – Capítulo I – Artículo 19:

*“La persona adulta mayor, tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención”.*²⁵

A través de la presente Ley, el estado promueve el fortalecimiento y la protección del adulto mayor, hacemos mención de esta Ley, porque consideramos y recalcamos la importancia de la valoración integral al adulto mayor en los establecimientos de salud, es de vital importancia que se tome en consideración las normas del MINSA, en el cumplimiento de los paquetes integrales de salud que deben ser cumplidos en su totalidad, en todos los establecimientos de salud.

2.3. HIPÓTESIS:

2.3.1. Hipótesis Global: El riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, noviembre 2016, es alto.

2.3.2. Hipótesis derivadas: El riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, noviembre 2016, según: Edad en personas mayores de 80 años es alto , sexo masculino es alto , factores de riesgo intrínsecos, factores de riesgo extrínsecos y consecuencias, es alto.

2.4. VARIABLE:

❖ **Variable única:** Riesgo de caídas.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

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

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III. a. TIPO DE ESTUDIO:

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

III. b. ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en el Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, que se encuentra en el distrito del mismo nombre, localizado al este del centro de la ciudad aproximadamente a 10 minutos de la plaza de armas de Ica.

III. c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población-muestra de estudio está conformada por 86 adultos mayores, seleccionados de manera no probabilística por conveniencia, quienes participaron voluntariamente considerando los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de ambos sexos
- Participación libre y voluntaria del adulto mayor

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que presenten alteración neurológica.
- Adultos mayores que se nieguen participar voluntariamente.

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

Para la recolección de datos, considerando la naturaleza del problema y sus objetivos, se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una guía de entrevista estructurada, tomando como base la Escala de Dowton modificada, considerando otros aspectos importantes en el riesgo de caídas de los adultos mayores. El instrumento antes de su aplicación fue sometido a control de calidad a través de la opinión de Jueces Expertos para demostrar su validez utilizando los parámetros de la prueba binomial, posteriormente se realizó la confiabilidad estadística a través del Alfa de Cronbach, obteniendo una confiabilidad aceptable.

III. e. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:

La recolección de datos se inicia con una solicitud dirigida al Presidente del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona, haciéndole conocer el objetivo de la investigación: El instrumento se aplicó a la población–muestra del estudio, los sujetos de estudio fueron captados en la misma comunidad, muchos de ellos fueron entrevistados en sus hogares y algunos en las inmediaciones del asentamiento o cuando acudía a reuniones convocadas por el presidente.

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

III. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

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

El procesamiento de los mismos se realizó haciendo uso del paquete estadístico Microsoft Excel. Como se indica:

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

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

Los valores asignados a la variable de estudios y sus dimensiones son las que a continuación se mencionan:

Dimensión Edad:

- Riesgo alto > 80 años
- Riesgo medio De 75 a 80 años
- Riesgo bajo < 75 años

Dimensión Sexo:

- Riesgo alto Femenino
- Riesgo bajo Masculino

Dimensión Causas Intrínsecas:

- Riesgo alto > 11 puntos
- Riesgo medio De 8 a 11 puntos
- Riesgo bajo < 8 puntos

Dimensión Causas Extrínsecas:

- Riesgo alto > 23 puntos
- Riesgo medio De 19 a 23 puntos
- Riesgo bajo < 19 puntos

Dimensión Consecuencias:

- Riesgo alto > 9 puntos

- Riesgo medio De 7 a 9 puntos
- Riesgo bajo < 7 puntos

Resultado global: A través del Promedio Aritmético.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV. a. RESULTADOS:

TABLA 1

**DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO
HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA
NOVIEMBRE 2016**

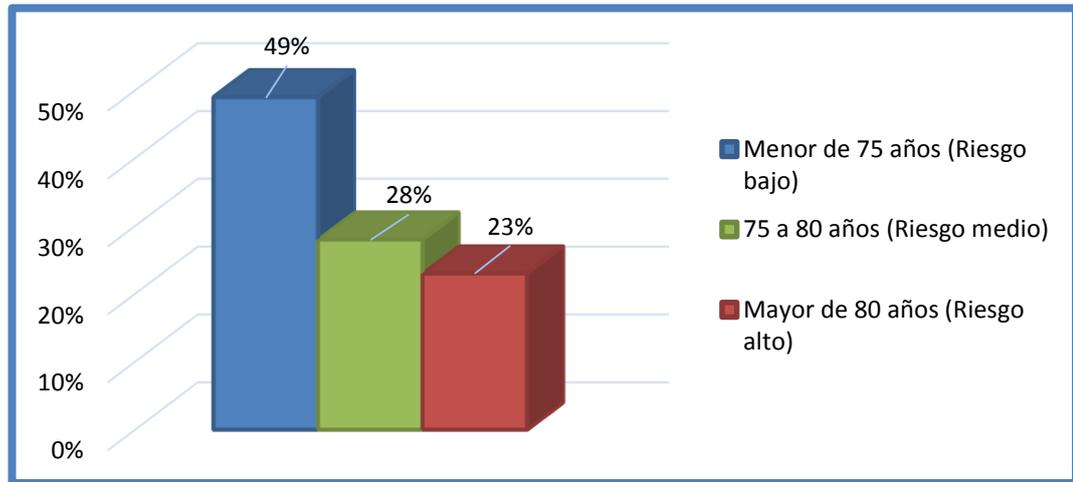
DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	Fr.	%
CON QUIEN VIVE	Solo	13	15
	Con su cónyuge	27	31
	Con sus hijos	37	43
	Con otras personas	9	11
		86	100
ESTADO CIVIL	Soltero	7	8
	Casado/conviviente	41	48
	Divorciado	9	11
	Viudo	29	33
TOTAL GENERAL		86	100

Fuente: guía de entrevista estructura aplicado a los adultos mayores del asentamiento humano las lomas de Parcona Ica en el mes de noviembre 2016

Interpretación: En relación a los datos generales se observa que el 43% (37) de los adultos mayores viven con sus hijos y el 48% (41) son de estado civil casados o convivientes.

GRÁFICO 1

RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN EDAD DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE 2016

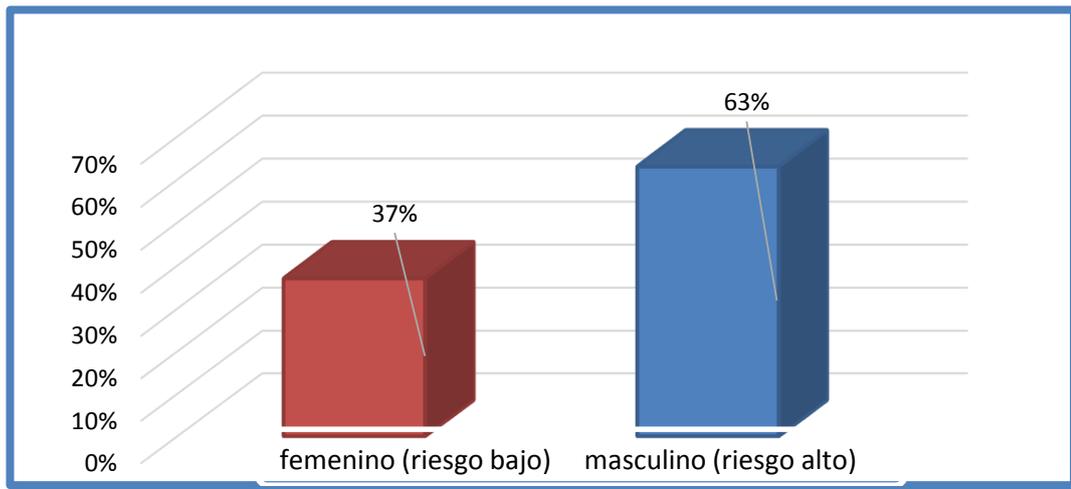


Fuente: guía de entrevista estructura aplicado a los adultos mayores del asentamiento humano las lomas de Parcona Ica en el mes de noviembre 2016

Interpretación Respecto al riesgo de caídas del adulto mayor según dimensión edad, se observa que el 49% (42) tienen riesgo bajo, el 28% (24) riesgo medio y el 23% (20) riesgo alto.

GRÁFICO 2

RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN SEXO DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE 2016

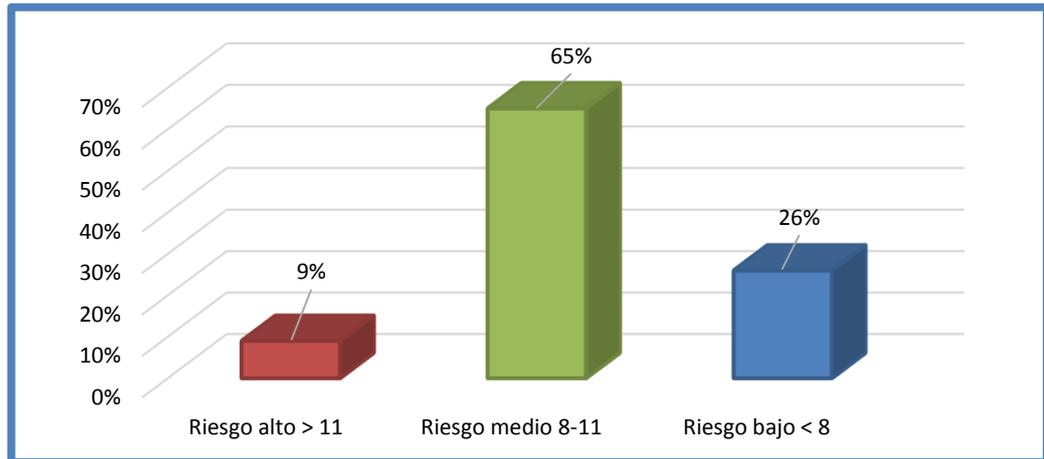


Fuente: guía de entrevista estructura aplicado a los adultos mayores del asentamiento humano las lomas de Parcona Ica en el mes de noviembre 2016

Interpretación: Según el sexo el 63% (54) presenta riesgo alto y el 37% (32) riesgo bajo de caídas.

GRÁFICO 3

RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CAUSAS INTRÍNSECAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE 2016

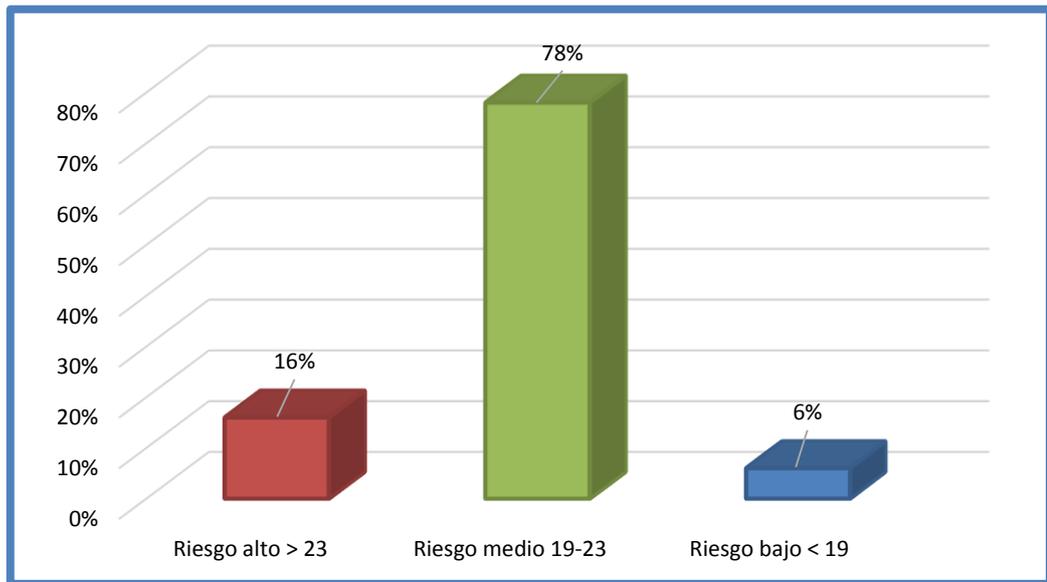


Fuente: guía de entrevista estructura aplicado a los adultos mayores del asentamiento humano las lomas de Parcona Ica en el mes de noviembre 2016

Interpretación: En relación al riesgo de caídas del adulto mayor según causas intrínsecas, se observa que el 65% (56) tiene riesgo medio, el 26% (22) tiene riesgo bajo y el 9% (08) tiene riesgo alto.

GRÁFICO 4

RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CAUSAS EXTRÍNECAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE 2016

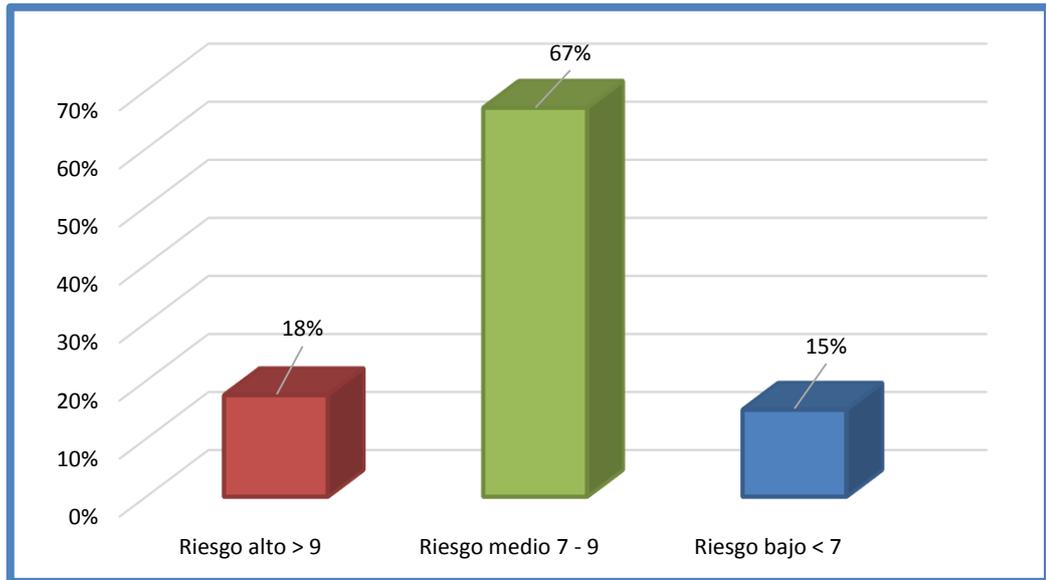


Fuente: guía de entrevista estructura aplicado a los adultos mayores del asentamiento humano las lomas de Parcona Ica en el mes de noviembre 2016

Interpretación: Según las causas extrínsecas, el 78% (67) de los adultos mayores tienen riesgo medio, el 16% (14) tienen riesgo alto y el 6% (05) tienen riesgo bajo.

GRÁFICO 5

RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIÓN CONSECUENCIAS DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE 2016

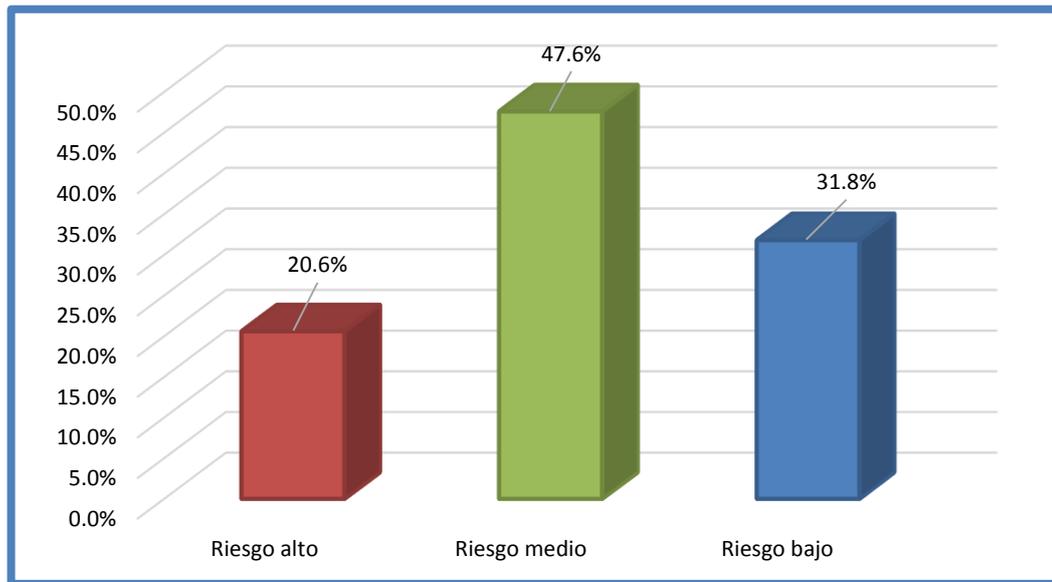


Fuente: guía de entrevista estructura aplicado a los adultos mayores del asentamiento humano las lomas de Parcona Ica en el mes de noviembre 2016

Interpretación: El riesgo de caída del adulto mayor según consecuencias es medio en el 67% (58), alto en el 18% (15) y bajo en el 15% (13).

GRÁFICO 6

RIESGO DE CAIDAS SEGÚN RESULTADOS GLOBALES DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS LOMAS DE PARCONA ICA NOVIEMBRE 2016



Fuente: guía de entrevista estructura aplicado a los adultos mayores del asentamiento humano las lomas de Parcona Ica en el mes de noviembre 2016

Interpretación: Según los resultados globales, el riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona, es medio en el 47.6% (41) bajo en el 31.8% (27) y alto en el 20.6% (18).

IV. b. DISCUSIÓN:

TABLA 1: En relación a los datos generales se observa que el 43% de los adultos mayores viven con sus hijos y el 48% son de estado civil casados o convivientes. Sin embargo, se observan datos significativos como el 15% que viven solos y el 11% que viven con otras personas.

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos deducir al sumar porcentajes de los que viven solos y con otras personas, que existe un mayor riesgo de caídas en estos adultos mayores, pues muchos de ellos se encuentran en abandono familiar y no reciben los cuidados necesarios en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Es necesario que el profesional de la salud realice visitas domiciliarias a estos adultos mayores, para valorar el riesgo de caídas e inspeccionar los entornos o factores que puedan contribuir a las caídas, y realizar acciones educativas al respecto. De ser posible, si el adulto mayor está en situación de abandono extremo, solicitar su traslado a las casas hogares que puedan acogerlo.

GRÁFICO 1: Respecto al riesgo de caídas del adulto mayor según dimensión edad, se observa que el 49% tienen riesgo bajo (personas menores de 75 años), el 28% riesgo medio (de 75 a 80 años) y el 23% riesgo alto (mayores de 80 años). Datos diferentes a los de Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J.⁷, quienes hallaron “mayor prevalencia de caídas en los mayores de 74 años (43,1%)”; así también Silva-Fhon J. y cols.¹¹ “Encontraron un predominio de riesgo de caídas en adultos con 80 años y más (33.3%)”.

Se tiene conocimiento que los adultos a mayor edad presentan mayor riesgo de caídas, sin embargo, analizando los resultados encontramos porcentajes importantes en adultos mayores menores de 75 años, quienes presentan riesgo de caídas, estos resultados nos indican que teniendo una población relativamente joven (dentro

de los adultos mayores) con riesgo de caídas, se deben emprender acciones preventivo-promocionales en esta población susceptible de padecer una lesión, para prevenir las caídas y corregir aquellos factores que puedan contribuir a ellas.

GRÁFICO 2: Según el sexo el 37% presenta riesgo alto y el 63% riesgo bajo de caídas. Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J.⁷, encontraron como “prevalencia de riesgo de caídas el sexo femenino con un 40,9%”; en forma contraria y similar a los resultados de la investigación, De Freitas M, D Goes M, Lucena A.⁸ “hallaron mayor prevalencia de caídas en el género masculino con un 57%”.

La OMS¹ manifiesta que “ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos países se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales”.

Analizando los resultados y teniendo en cuenta los antecedentes y base teórica, podemos deducir de que se observa un gran porcentaje de adulto mayores masculinos con riesgo de sufrir caídas, conociendo que los varones tienen como consecuencia de las caídas una posible muerte, es con éste género que se debe tener mayor cuidado y brindar educación haciéndoles conocer que una caída para ellos puede significar la muerte, por lo tanto emprender acciones para neutralizar todos aquellos factores que puedan sumarse a que estos adultos pueda sufrir una posible caída con consecuencias fatales.

GRÁFICO 3: En relación al riesgo de caídas del adulto mayor según causas intrínsecas, se observa que el 65% tiene riesgo medio, el 26% tiene riesgo bajo y el 9% tiene riesgo alto. Datos semejantes encontraron Lavedán A, Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Viladrosa M.⁶ quienes hallaron “la prevalencia de caídas del 25,0%, la

discapacidad básica y los síntomas depresivos y el miedo a caer fueron los únicos factores asociados de forma intrínseca a las caídas”.

También Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J.⁷ hallaron “riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%. Las caídas fueron mayores en pacientes: con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayuda, que consumen medicamentos, con bajo riesgo por consumo de alcohol”; de igual manera De Freitas M, D Goes M, Lucena A.⁸ hallaron “mayor prevalencia de caídas en adultos mayores portadores de enfermedades neurológicas (26%), cardiovasculares (74,1%) y varias enfermedades concomitantes”.

Teniendo en cuenta que las causas intrínsecas son aquellas propias al individuo y difíciles de modificar, ya que son producto generalmente de la degeneración del cuerpo y sus funciones debido al paso de los años, es importante que estos adultos mayores vivan acompañados y bajo la supervisión de un cuidador cercano, quien sirva de soporte físico y emocional para prevenir las caídas; es necesario orientarlos al uso de aparatos de soporte y deambulación, para que puedan desplazarse de un lugar a otro. También concientizar al cuidador del adulto mayor, a que conduzca siempre a sus controles periódicos, principalmente en caso de estar ingiriendo algún medicamento que puede convertirse en un factor de caídas del adulto mayor, y preocuparse por la administración de los medicamentos según dosis y horario prescrito por el médico.

GRÁFICO 4: Según las causas extrínsecas, el 78% de los adultos mayores tienen riesgo medio, el 16% tienen riesgo alto y el 6% tienen riesgo bajo. Torres J.¹⁰, a diferencia del estudio, presenta resultados encaminados a aquellas medidas de autocuidado a los factores extrínsecos, encontrando un nivel de “autocuidado medio (52.9%), bajo (27.1%) y alto (20%), las acciones que fomentan el

autocuidado son: el mantenimiento de la iluminación en los ambientes de la vivienda (95.7%), con pasillos libres de obstáculos (82.9%), objetos de uso diario al alcance de la mano (80%), pisos limpios no resbalosos (70%) y uso de pasamanos en los vehículos al trasladarse fuera del hogar (91.4%)”.

Es importante en primer lugar, la identificación de aquellas causas extrínsecas que pueda constituir un factor de riesgo de caídas en el adulto mayor, para que una vez identificadas estas, se puedan emprender las medidas preventivas como lo refiere el autor en mención.

Es el momento en que el profesional de enfermería teniendo en cuenta la teoría del autocuidado, eduque a los usuarios adultos mayores, a tener en cuenta las medidas de su propio cuidado y así disminuir el riesgo de caídas que a causa de los factores extrínsecos se puedan presentar.

GRÁFICO 5: El riesgo de caída del adulto mayor según consecuencias es medio en el 67%, alto en el 18% y bajo en el 15%. Al respecto Lavedán A, Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Viladrosa M.⁶ encontraron en su investigación que la discapacidad básica, los síntomas depresivos y el miedo a caer fueron los únicos factores asociados de forma independiente a las caídas; también Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J.⁷ hallaron como mayor prevalencia de riesgo de caídas, en pacientes con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayuda, que consumen medicamentos, con bajo riesgo por consumo de alcohol, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas.

Las consecuencias sufridas por los adultos mayores después de una caída, también se constituyen en riesgo de nuevas caídas, pues aquellos que han padecido fractura de caderas, u otro tipo de

fracturas, aquellos que han presentado traumas y experimentado miedo durante las caídas, son aspectos que van a disminuir su confianza y seguridad, e incrementar por lo consiguiente el riesgo de padecer una caída nueva.

GRÁFICO 6: Según los resultados globales, el riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona, es medio en el 47.6% bajo en el 31.8% y alto en el 20.6%. Datos diferentes a los de Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J.⁷ quienes encontraron en su investigación riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%.

En la población estudiada existe un riesgo medio de caídas de los adultos mayores, lo que nos indica que es necesario emprender acciones de promoción de la salud y prevención de las caídas en esta población susceptible, para evitar consecuencias fatales y deterioro de la calidad de vida de los adultos, pues somos conocedores de que una caída puede dejar en la invalidez, ocasionando degeneración progresiva del organismo, postración de por vida convirtiéndose en personas totalmente dependientes, y por consiguiente una muerte lenta y penosa por las complicaciones que se asocian a las caídas.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. a. CONCLUSIONES:

El riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, noviembre 2016, según:

1: Edad y sexo, es bajo;

2: factores de riesgo intrínsecos, factores de riesgo extrínsecos y consecuencias, es medio, **por lo tanto, se rechaza la hipótesis de la investigación.**

V. b. RECOMENDACIONES:

Es evidente que en la población estudiada existe un porcentaje elevado de riesgo medio de caídas en los adultos mayores, por lo que se recomienda al profesional de enfermería de la jurisdicción, captar a los adultos mayores de la zona, y cuando acudan al establecimiento de salud se le brinde la atención integral que ofrece el MINSA para este grupo etáreo. Tener en consideración las causas intrínsecas y extrínsecas que pueden conllevar a las caídas, e instituir actividades educativas para evitarlas, enseñar a la familia, cuidador y al mismo adulto mayor, tener las medidas de precaución al respecto, como: uso de calzados adecuados, escaleras con barandas, pasillos y pisos libres de objetos, tener al alcance de la mano el interruptor de luz durante las noches, usar barandales en la cama de ser necesario, evitar los pisos resbaladizos, tener acceso rápido a los servicios higiénicos, uso de ropa adecuada no muy suelta; en caso de padecer alguna enfermedad concomitante, tener sus controles periódicos y la medicación bajo prescripción médica, uso de soportes o bastones si tiene dificultad al deambular, entre otros aspectos importantes.

Se debe de considerar de vital importancia que el establecimiento de salud de la jurisdicción cuente con un servicio especializado para el área del adulto mayor con el fin de brindar una atención holística a dicho grupo etario

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa. Setiembre 2016. [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/.
2. Leturia F, Yanguas J, Arriola E, Uriarte A. La valoración de las personas mayores. Cáritas. Pág. 24.2001. [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8484402436>.
3. Secretaría de Salud de México. Modelo para la prevención de lesiones por caídas en personas adultas mayores en México. 2015. [en línea] [fecha de acceso 26-07-17]. URL. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207103/ModeloCaidas2.pdf>.
4. Gonzales R. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río, Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr vol.31 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2015. [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864...
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Población Peruana. Resumen Estadístico. Lima;; 2013.
6. Lavedán A, Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Viladrosa M. Vilanova. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores 2014. [en línea] [fecha de acceso 26-09-16]. URL. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714003163.
7. Alvarado L, Astudillo C, Sánmchez J. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay. Cuenca 2013. [tesis para titulación] [en línea] [fecha de acceso 26-09-16]. URL. Disponible en: dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/TESIS.pdf.
8. De Freitas M, D Goes M, Lucena A. Prevalencia del diagnóstico de enfermería riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Porto Alegre Brasil. [tesis de maestría] [en línea]

- [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf.
9. Silva J, Coelho C, Ramos T, Stakfleth R, Maeques S, Partezani R. Prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Riberáo Preto 2010 a 2011. [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf.
 10. Torres J. Autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al centro integral del adulto mayor de barranco periodo enero a marzo 2015. Lima Perú. [tesis de licenciatura] [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/.../torres_j.pdf.
 11. Silva-Fhon J, Porrás-Rodríguez M, Guevara-Morote G, Canales-Rimachi R, Coelho Fabricio-Wehbe S, Partezani-Rodríguez R. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos centros de día. Lima, Perú. 2012. Horizonte Médico, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 12-18 Universidad de San Martín de Porres La Molina, Perú. [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/3716/371637136003.pdf.
 12. Clínica Anglo Americana. Pacientes con riesgo de caída. [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: www.clinicaangloamericana.pe > Artículos.
 13. Montse Q. Medicina de familia y geriatría. Pérdida de equilibrio y caídas de personas mayores. Canal Salud Mapfre. [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: www.mapfre.es/salud/es/.../causas-perdidas-equilibrio-ancianos.shtml.
 14. Ortega M, Suárez M. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. México. Editorial Médica Panamericana. 2da. Edición. Pág. 104 - 107. [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: www.medicapanamericana.com > Catálogo > Catálogo por títulos.

15. Patient Safety Authority. Pennsylvania. Como reducir los riesgos de sufrir caídas. [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en:
www.patientsafetyauthority.org/.../S_Reduce_Your_Risk_of_Falling.as
p...
16. Sgaravatti A. Factores de riesgo y valoración de las caídas en el adulto mayor. Carta Geriátrico Gerontológica 2011. Volumen 4-1. Pág. 12. [en línea] [fecha de acceso 26-09-16]. URL. Disponible en:
www.gramonbago.com.uy/imgnoticias/20019.pdf.
17. Montse Q: Medicina de la familia y geriatría. Advance Medical. Consecuencias médicas de las caídas. [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en:
www.mapfre.es/salud/es/.../consecuencias-caidas-ancianos.shtml.
18. Del Campo A. Actuación de enfermería en la prevención de caídas de las personas mayores. 2014-2015. Valladolid. [tesis de grado] [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11816/1/TFG-H224.pdf>.
19. Organización Mundial de la Salud OMS. Geriatría. [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL. Disponible en:
bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm.
20. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2006. Editorial Sinco editores. 1ra. Edición. [en línea] [fecha de acceso 03-03-17]. URL. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas>.
21. Burke M. Enfermería gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor. 2da. Edic. Editorial Harcourt Brace. Madrid. 1997. Pág. 4.
22. Heitkemper L. Enfermería médico quirúrgico. 6ta. Ed. Editorial Elsevier. 2004. Madrid. Pág. 78.

23. Congreso Historia de enfermería. Dorothea Orem. [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL. Disponible en: www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html.
24. Meiriño J. El cuidado. Nola Pender. 2012. [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL. Disponible en: teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html.
25. Diario Oficial El Peruano. Ley de la persona adulta mayor. Perú 2016. [en línea] [fecha de acceso 28-05-17]. URL. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado L, Astudillo C, Sánmchez J. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay. Cuenca 2013. [tesis para titulación] [en línea] [fecha de acceso 26-09-16]. URL. Disponible en:
dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/TESIS.pdf.
- Burke M. Enfermería gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor. 2da. Edic. Editorial Harcourt Brace. Madrid. 1997. Pág. 4.
- Del Campo A. Actuación de enfermería en la prevención de caídas de las personas mayores. 2014-2015. Valladolid. [tesis de grado] [en línea] [fecha de acceso 03-10-16]. URL. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11816/1/TFG-H224.pdf>.
- Gonzales R. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río, Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr vol.31 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2015. [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864...
- Heitkemper L. Enfermería médico quirúrgico. 6ta. Ed. Editorial Elsevier. 2004. Madrid. Pág. 78.
- Hernández R. Fundamentos de metodología de la investigación. Edit. McGraw-Hill, 2007. pp. 336.
- Lavedán A, Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Viladrosa M. Vilanova. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores 2014. [en línea] [fecha de acceso 26-09-16]. URL. Disponible en:
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714003163.
- Leturia F, Yanguas J, Arriola E, Uriarte A. La valoración de las personas mayores. Cáritas. Pág. 24.2001. [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?isbn=8484402436>.
- Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2006. Editorial Sinco editores. 1ra. Edición. [en línea] [fecha de acceso 03-03-17].URL.

Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/lneamiento%20normas>.

- Ortega M, Suárez M. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. México. Editorial Médica Panamericana. 2da. Edición. Pág. 104 - 107. [en línea] [fecha de acceso 25-09-16]. URL. Disponible en: www.medicapanamericana.com › Catálogo › Catálogo por títulos.
- Sgaravatti A. Factores de riesgo y valoración de las caídas en el adulto mayor. Carta Geriátrico Gerontológica 2011. Volumen 4-1. Pág. 12. [en línea] [fecha de acceso 26-09-16]. URL. Disponible en: www.gramonbago.com.uy/imgnoticias/20019.pdf.
- Silva J, Coelho C, Ramos T, Stakfleth R, Maeques S, Partezani R. Prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Riberáo Preto 2010 a 2011. [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf.
- Silva-Fhon J, Porrás-Rodríguez M, Guevara-Morote G, Canales-Rimachi R, Coelho Fabricio-Wehbe S, Partezani-Rodríguez R. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos centros de día. Lima, Perú. 2012. Horizonte Médico, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 12-18 Universidad de San Martín de Porres La Molina, Perú. [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/3716/371637136003.pdf.
- Torres J. Autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al centro integral del adulto mayor de barranco periodo enero a marzo 2015. Lima Perú. [tesis de licenciatura] [en línea] [fecha de acceso 30-09-16]. URL. Disponible en: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/.../torres_j.pdf.

ANEXOS

ANEXO N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
RIESGO DE CAIDA	Se define como la combinación de probabilidades de que se produzca una caída con consecuencias negativas para la persona.	Es la probabilidad que tienen los adultos mayores del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona, de sufrir una caída por algún factor involuntario. Información que se obtendrá aplicando la entrevista. Adoptando el valor final de: <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo alto - Riesgo medio - Riesgo bajo. 	Edad. Sexo. Causas intrínsecas.	<ul style="list-style-type: none"> - < 75 años - 75 a 80 años - > 80 años - Femenino - Masculino - Alteraciones oculares - Alteraciones auditivas - Alteraciones del sistema nervioso - Atrofia muscular - Enfermedades predisponentes - Trastornos de la marcha - Hipotensión ortostática

			<p>Causas extrínsecas.</p> <p>Consecuencias</p>	<ul style="list-style-type: none">- Baño- Dormitorio- Ropa- Iluminación- Suelo- Escaleras- Caídas previas- Polifarmacia - Fractura de cadera- Otras fracturas- Heridas- Traumas y contusiones- Trastornos psicológicos- miedo
--	--	--	---	---

ANEXO N° 2

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Introducción: Sr. (a), tenga buen día, mi nombre Patricia Bernuy Cusiato, soy Bachiller de enfermería de la Universidad San Juan Bautista de Ica, y estoy recogiendo información para conocer algunos factores que pueden condicionar las caídas en los adultos mayores, la información será confidencial y no afectará en nada su situación de salud.

Instrucciones: A continuación, le realizaré algunas preguntas, las cuales usted responderá de acuerdo a su opinión; muchas gracias por su participación.

I. DATOS GENERALES:

1. Con quien vive usted:

- a. Solo
- b. Con su cónyuge
- c. Con sus hijos
- d. Con otras persona

2. ESTADO CIVIL:

- a. Soltero
- b. Casado o conviviente
- c. Divorciado
- d. Viudo

II. DATOS ESPECÍFICOS:

N°	Ítems	Si	No
Edad:			
1	- Menor de 75 años - 75 a 80 años - Mayor de 80 años		
Sexo:			
2	- Femenino - Masculino		
Causas intrínsecas:			
3	- ¿Presenta usted algún problema ocular?		
4	- ¿Presenta usted algún problema auditivo?		
5	- ¿Presenta usted algún problema del sistema nervioso?		

6	- ¿Presenta usted algún problema muscular?		
7	- ¿Presenta usted algún problema del corazón?		
8	- ¿Ha presentado usted algún problema de desmayos?		
9	- ¿Presenta usted algún problema cuando camina?		
Causas extrínsecas:			
10	- ¿Su baño está cerca del dormitorio?		
11	- ¿El piso de su baño es muy resbaladizo?		
12	- ¿Hay agarraderas en su ducha?		
13	- ¿En su dormitorio el interruptor de la lámpara está al alcance de su mano?		
14	- ¿Su cama es demasiado alta?		
15	- ¿Los calzados que utiliza son abiertos (tipo sandalia)?		
16	- ¿La ropa que usa es demasiado amplia?		
17	- ¿La iluminación en su casa es buena?		
18	- ¿El suelo de su casa es resbaladizo?		
19	- ¿Hay objetos tirados en el piso?		
20	- ¿Hay muebles muy hacinados (amontonados) en el piso de su casa?		
21	- ¿Tiene escaleras en su casa?		
22	- ¿Las escaleras tienen barandales?		
23	- ¿Ha tenido usted algunas caídas anteriormente?		
24	- ¿Toma usted más de dos medicamentos?		
Consecuencias :			
25	- ¿Ha sufrido usted fractura de cadera?		
26	- ¿Ha tenido usted otras fracturas?		
27	- ¿A causa de caídas ha tenido usted heridas?		
28	- ¿Ha presentado usted algunos traumas y contusiones?		
29	- ¿Tiene usted miedo de caerse?		

ANEXO N°3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

PRUEBA BINOMIAL

Ítems	Experto N°1	Experto N°2	Experto N°3	Experto N°4	Experto N°5	Experto N°6	Experto N°7	Experto N°8	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
5	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
								ΣP	0.152

Se ha considerado:

- 0 = Si la respuesta es negativa
- 1 = Si la respuesta es positiva
- N° = Número de Jueces Expertos

$$P = \frac{\Sigma P}{N^{\circ} \text{ de Ítems}} = 0.021$$

Si $P \leq 0.05$, el grado de concordancia es significativo, por lo tanto el instrumento es válido.

ANEXO N° 4

TABLA DE CODIFICACIÓN

DATOS GENERALES		
ÍTEMS	ALTERNATIVA	CÓDIGO
Con quien vive	a	1
	b	2
	c	3
	d	4
Estado civil	a	1
	b	2
	c	3
	d	4

VARIABLE RIESGO DE CAÍDAS PRIMER Y SEGUNDO ÍTEM		
EDAD	- Menor de 75 años	1
	- 75 a 80 años	2
	- Mayor de 80 años	3
SEXO	- Femenino	1
	- Masculino	2

VARIABLE RIESGO DE CAÍDAS A PARTIR DEL TERCER ÍTEM

ÍTEM	SI	NO
3	2	1
4	2	1
5	2	1
6	2	1
7	2	1
8	2	1
9	2	1
10	1	2
11	2	1
12	1	2
13	1	2
14	2	1
15	2	1
16	2	1
17	1	2
18	2	1
19	2	1
20	2	1
21	2	1
22	1	2
23	2	1
24	2	1
25	2	1
26	2	1
27	2	1
28	2	1
29	2	1

ANEXO N° 5

PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

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

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- K es el número de preguntas o ítems.

Se obtuvo los siguientes resultados estadísticos de confiabilidad:

$$\alpha = \frac{29}{28} \left[1 - \frac{6.18}{16.64} \right]$$

$$\alpha = 1.03 * 0.63$$

$$\alpha = 0.65$$

- Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la confiabilidad.
- Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO Nº 6

MEDICIÓN DE LA VARIABLE RIESGO DE CAÍDAS A TRAVÉS DE LA ESCALA DE STANONES

Es el coeficiente que permitirá conocer los intervalos por puntajes alcanzados en la primera variable.

- 1.- Se calculó la Media \bar{X}
- 2.- Se calculó la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2}$
- 3.- Se estableció valores para a y b

Dimensión Causas Intrínsecas:

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 9.2 - (0.75 \times 1.8)$$

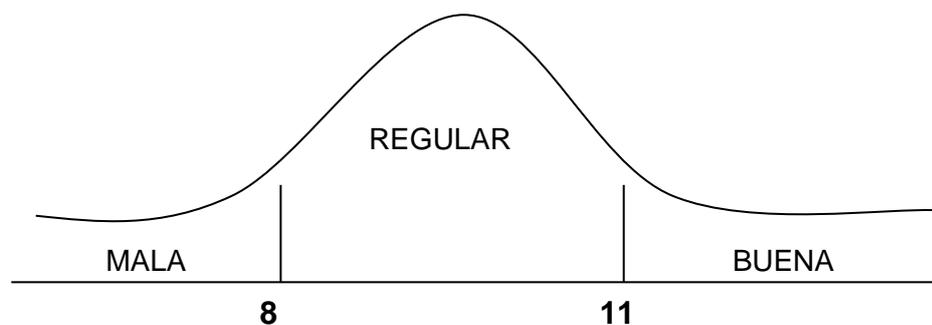
$$b = 9.2 + (0.75 \times 1.8)$$

$$a = 9.2 - 1.4$$

$$b = 9.2 + 1.4$$

$$a = 8$$

$$b = 11$$



CATEGORÍAS:

Riesgo alto

Riesgo medio

Riesgo bajo

INTERVALO

> 11 puntos

De 8 a 11 puntos

< 8 puntos

Dimensión Causas Extrínsecas:

$$a = \bar{X} - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = \bar{X} + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 21.1 - (0.75 \times 2.2)$$

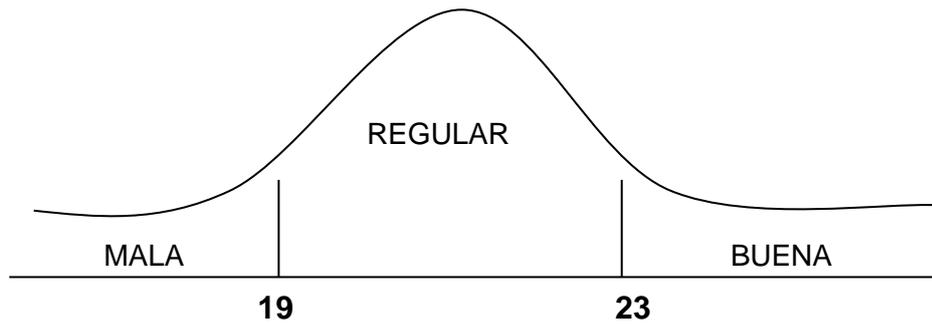
$$b = 21.1 + (0.75 \times 2.2)$$

$$a = 21.1 - 1.7$$

$$b = 21.1 + 1.7$$

$$a = 19$$

$$b = 23$$



CATEGORÍAS:

Riesgo alto

Riesgo medio

Riesgo bajo

INTERVALO

> 23 puntos

De 19 a 23 puntos

< 19 puntos

Dimensión Consecuencias:

$$a = \bar{X} - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = \bar{X} + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 7.9 - (0.75 \times 1.3)$$

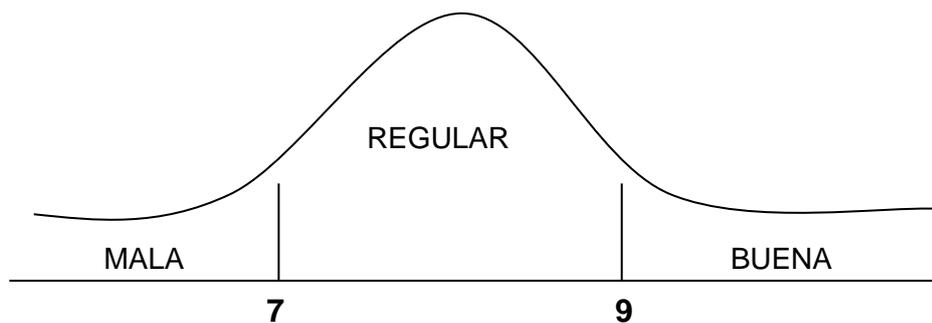
$$b = 7.9 + (0.75 \times 1.3)$$

$$a = 7.9 - 1.0$$

$$b = 7.9 + 1.0$$

$$a = 7$$

$$b = 9$$



CATEGORÍAS:

Riesgo alto

Riesgo medio

Riesgo bajo

INTERVALO

> 9 puntos

De 7 a 9 puntos

< 7 puntos

Riesgo de Caídas Global:

Promedio Aritmético

ANEXO N° 7

TABLA MATRIZ DE DATOS GENERALES Y VARIABLE DE ESTUDIO

Nº	RIESGO DE CAIDAS DEL ADULTO MAYOR																																		
	D.GENER.		EDAD	SEXO	CAUSAS INTRINSECAS								CAUSAS EXTRINSECAS															CONSECUENCIAS							
	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST.	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	S.T	25	26	27	28	29	S.T	
1	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	19	2	2	2	2	2	10
2	1	3	1	2	2	1	2	1	1	1	1	9	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	19	1	1	1	1	2	6	
3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	12	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	20	1	1	2	2	2	8	
4	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	2	2	7	
5	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	23	2	2	2	2	2	10	
6	4	4	1	2	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	21	1	1	1	2	2	7	
7	4	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	10	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	24	1	1	2	1	2	7	
8	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	10	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	23	1	1	1	2	2	7	
9	1	4	2	2	2	1	2	1	1	1	2	10	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	26	1	2	2	2	2	9	
10	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	10	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	25	2	1	2	2	2	9	
11	4	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	9	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	26	1	1	2	2	2	8		
12	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	10	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	22	1	1	1	1	2	6	
13	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	11	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	22	1	1	2	2	2	8	
14	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	10	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	23	1	1	1	1	2	6	
15	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	13	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	21	1	2	2	2	2	9	
16	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	9	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	20	1	1	2	2	2	8		
17	3	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	2	2	7		

18	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	12	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	20	1	1	1	1	2	6	
19	3	4	2	1	1	2	2	1	2	2	1	11	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	22	1	1	1	2	2	7
20	3	4	2	2	2	2	1	2	1	1	1	10	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	24	2	2	2	2	2	10
21	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	20	1	1	1	2	2	7
22	1	4	3	2	1	2	2	1	2	1	1	10	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	17	1	1	1	1	2	6
23	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	21	1	1	1	2	2	7
24	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	20	1	1	2	2	2	8
25	4	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	12	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	23	1	1	2	2	2	8
26	4	1	3	1	2	2	1	1	1	1	2	10	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	23	1	1	2	2	2	8
27	3	4	2	2	1	2	1	1	1	1	2	9	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	23	1	1	2	2	2	8
28	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	2	10	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	21	1	1	2	2	2	8
29	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	21	1	1	1	2	2	7
30	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	11	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	2	6
31	3	2	3	2	1	2	2	2	1	1	1	10	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	2	2	2	2	2	10
32	3	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	23	2	2	2	2	2	10
33	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	2	2	7
34	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	14	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	22	2	2	2	2	2	10
35	4	3	2	2	2	1	1	2	1	2	2	11	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	20	2	2	2	2	2	10
36	3	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	9	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	22	1	2	2	2	2	9
37	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	22	1	2	2	2	2	9
38	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	8	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	1	2	2	2	2	9
39	3	4	2	1	1	2	2	2	1	2	2	12	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	19	1	2	2	2	2	9
40	2	2	3	1	2	1	1	2	2	1	2	11	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	19	2	1	2	2	2	9

41	3	4	3	2	2	2	2	2	1	1	1	11	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	22	1	2	2	2	2	9		
42	3	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	21	1	1	1	1	2	6	
43	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	11	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	19	1	2	2	2	2	9		
44	3	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	18	1	1	2	2	2	8		
45	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	2	2	7		
46	3	4	3	2	2	1	1	2	1	1	1	9	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	24	1	2	2	2	2	9		
47	4	4	2	1	1	1	1	2	2	1	2	10	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	23	1	1	2	2	2	8	
48	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	10	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	2	1	2	2	2	9	
49	3	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	22	1	1	2	2	2	8	
50	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	11	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	20	1	2	1	1	1	6	
51	3	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	10	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	2	2	7		
52	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	9	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	21	1	1	1	2	2	7	
53	1	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	20	1	1	2	2	2	8	
54	3	4	1	2	1	2	2	1	2	1	1	10	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	18	1	1	2	1	2	7
55	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	9	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	20	2	1	2	2	2	9		
56	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	2	2	7		
57	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	10	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	21	1	2	1	1	1	6	
58	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	19	1	1	2	2	2	8		
59	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	9	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	22	2	2	2	2	2	10		
60	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	8	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	19	2	1	1	2	2	8	
61	1	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	18	1	1	2	2	2	8
62	3	4	2	2	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	19	2	1	1	1	2	7		
63	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	19	1	1	2	2	2	8		

64	4	4	3	2	2	2	2	2	2	1	2	13	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	24	2	2	2	2	2	10		
65	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	20	1	1	2	2	2	8		
66	3	4	3	2	2	2	1	1	1	1	1	9	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	21	1	1	2	2	2	8	
67	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	11	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	26	2	2	2	2	2	10
68	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	21	2	1	1	1	1	6
69	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	20	1	1	1	2	2	7
70	3	4	2	1	2	1	1	2	1	2	2	11	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	22	2	1	1	2	2	8
71	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	24	2	2	2	2	2	10
72	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	10	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	21	2	2	2	2	2	10	
73	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	21	1	1	1	2	2	7	
74	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	2	12	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	19	2	2	2	2	2	10
75	3	4	3	2	2	2	1	2	1	1	2	11	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	24	2	2	2	1	2	9
76	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	11	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	23	1	1	1	1	2	6
77	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	8	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	1	2	1	2	2	8	
78	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	25	1	1	1	1	2	6	
79	3	4	1	2	1	1	2	1	1	1	2	9	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	23	1	1	2	2	2	8	
80	3	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	20	1	1	1	2	2	7	
81	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	1	5	
82	3	4	3	1	2	2	2	1	1	1	1	10	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	24	2	2	1	2	2	9	
83	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	23	2	2	2	1	2	9	
84	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	2	2	7	
85	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	9	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	25	2	2	2	2	2	10	
86	3	4	3	2	2	2	2	1	1	1	1	11	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	24	2	2	2	2	2	10	

ANEXO N° 8

TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

TABLA 2

**RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN DIMENSIÓN EDAD DEL ADULTO
MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS
LOMAS DE PARCONA ICA
NOVIEMBRE 2016**

EDAD	INTERVALO	Fr.	%
	Menor de 75 años (Riesgo bajo)	42	49
	75 a 80 años (Riesgo medio)	24	28
	Mayor de 80 años (Riesgo alto)	20	23
TOTAL GENERAL		86	100

TABLA 3

**RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN DIMENSIÓN SEXO DEL ADULTO
MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS
LOMAS DE PARCONA ICA
NOVIEMBRE 2016**

SEXO	Fr	%
Masculino (Riesgo alto)	54	63
Femenino (Riesgo bajo)	32	37
TOTAL GENERAL	86	100

TABLA 4

**RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN DIMENSIÓN CAUSAS INTRÍNSECAS
DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO
LAS LOMAS DE PARCONA ICA
NOVIEMBRE 2016**

CAUSAS INTRÍNSECAS	Fr.	%
Riesgo alto > 11	8	9
Riesgo medio 8-11	56	65
Riesgo bajo < 8	22	26
TOTAL GENERAL	86	100

TABLA 5

**RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN DIMENSIÓN CAUSAS EXTRÍNSECAS
DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO
LAS LOMAS DE PARCONA ICA
NOVIEMBRE 2016**

CAUSAS EXTRÍNSECAS	Fr.	%
Riesgo alto > 23	14	16
Riesgo medio 19-23	67	78
Riesgo bajo < 19	05	06
TOTAL GENERAL	86	100

TABLA 6

**RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN DIMENSIÓN CONSECUENCIAS DEL
ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO
LAS LOMAS DE PARCONA ICA
NOVIEMBRE 2016**

CONSECUENCIAS	Fr.	%
Riesgo alto > 9	15	18
Riesgo medio 7 – 9	58	67
Riesgo bajo < 7	13	15
TOTAL GENERAL	86	100

TABLA 7

**RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RESULTADOS GLOBALES DEL
ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO
LAS LOMAS DE PARCONA ICA
NOVIEMBRE 2016**

GLOBAL	Fr.	%
Riesgo alto	18	20.6
Riesgo medio	41	47.6
Riesgo bajo	27	31.8
TOTAL GENERAL	86	100.0

ANEXO N°9
CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Asegurando mi participación firmo en señal de aceptación.

Firma del participante

Firma de la Bachiller

Lugar y fecha