



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIA IGNACIA
RODOLFO VIUDA DE CANEVARO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

AUTOR : GARCIA JESÚS LISSETH JENIFER

ASESOR: LIC.TM. NIDIA YANINA SOTO AGREDA.

LIMA - PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

GARCIA JESÙS LISSETH JENIFER

**RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIA IGNACIA RODULFO VIUDA DE
CANEVARO**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del Título de
Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas

LIMA – PERÚ

2017

Se dedica este trabajo:

A Dios quien generosamente nos otorga su fortaleza para seguir adelante.

A mis padres y a mi hermano que en todo momento me han brindado su apoyo incondicional, por el esfuerzo que día a día realiza para dedicarme lo mejor de si.

A mi novio Mitchael por su amor incondicional, comprensión, preocupación y compañía y con su ánimo que me motivaron para culminar la investigación.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta Tesis:

A mis padres por el cariño, el apoyo moral, económico y por tener la suficiente paciencia para mí.

A la Universidad Alas Peruanas por seguir formando futuros profesionales e investigadores para el futuro y el desarrollo de nuestra sociedad.

Agradezco a mi asesora Lic. Yanina Soto Agreda que fue una de las personas que me brindo sus conocimientos y su inteligencia, experiencia y motivación para culminar con éxito mi tesis.

Agradecer al “Centro de Atención Residencial Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro” que autorizaron la realización de la investigación y a todos los adultos mayores quienes participaron desinteresadamente y con la mayor disposición en nuestra tesis.

Epígrafe:

La confianza en uno mismo es el primer
peldaño para ascender por la escalera del
éxito.

Ralph Waldo Emerson

(1803- 1882)

RESUMEN

El diseño de estudio fue descriptivo de corte transversal, se tomó como muestra en la investigación a 180 adultos mayores entre las edades que comprenden entre 60 a 99 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Tinetti para evaluar a los adultos mayores de la muestra el riesgo de caídas.

El objetivo de este estudio fue cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.

Los resultados muestran que 180 Adultos Mayores evaluados en el Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro respecto al riesgo de caídas el 52% presento leve riesgo de caídas, un 40% presentó riesgo de caídas y el 8% alto riesgo de caídas.

Según las variables consideradas en el estudio, de acuerdo a la edad muestran que el rango de las edades de 80 a 89 años se encontró un 24% de leve riesgo de caídas y el 21% de riesgo de caídas y 4% de alto riesgo de caídas; el sexo masculino predomino con un 27% de leve riesgo de caídas y un 24% de riesgo de caídas y 3% de alto riesgo de caídas, según el grado de instrucción muestra con mayor porcentaje a aquellos adultos mayores que terminaron la educación primaria con el 24% de leve riesgo de caídas y 19% de riesgo de caídas y un 5% de alto riesgo de caídas, en cuanto a las patologías asociadas se demostró que la hipertensión arterial obtuvo mayor resultado con un 18% de leve riesgo de caídas y el 13% de riesgo de caídas y 1% de alto riesgo de caídas y por último según los fármacos administrados obtienen con mayor frecuencia los antihipertensivos con el 16% de leve riesgo de caídas y el 12% de riesgo de caídas y 1% de alto riesgo de caídas.

Palabras Clave: Adulto Mayor, Riesgo de Caídas, Escala de Tinetti.

ABSTRACT

The study design was cross-sectional descriptive, 180 older adults between the ages of 60 to 99 years were taken as a sample in the research. The instrument used was the Tinetti Scale to assess the risk of falls for the elderly in the sample.

The objective of this study was how much is the frequency of risk of falls in Older Adults of the Residentia Care Center Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.

The results show that 180 Older Adults assessed at the Ignacia Rodolfo Residential Care Center widow of Canevaro regarding the risk of falls, 52% presented slight risk of falls, 40% presented risk of falls and 8% high risk of falls.

According to the variables considered in the study, according to age, the range of ages from 80 to 89 years showed a 24% slight risk of falls and 21% risk of falls and 4% of high risk of falls. falls; male sex predominates with 27% of slight risk of falls and 24% of risk of falls and 3% of high risk of falls, according to the level of education shows with greater percentage those older adults who finished primary education with the 24% of slight risk of falls and 19% of risk of falls and 5% of high risk of falls, in terms of the associated pathologies, it was demonstrated that arterial hypertension obtained greater result with a 18% of slight risk of falls and 13 % of risk of falls and 1% of high risk of falls and lastly according to the drugs administered most frequently obtain antihypertensive drugs with 16% of slight risk of falls and 12% of risk of falls and 1% of high risk of Falls.

Keywords: Older Adult, Risk of Falls, Tinetti Scale.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------|----|
| CARÁTULA | 01 |
| HOJA DE APROBACIÓN | 02 |
| DEDICATORIA | 03 |
| AGRADECIMIENTO | 04 |
| EPÍGRAFE | 05 |
| RESUMEN | 06 |
| ABSTRACT | 07 |
| ÍNDICE | 08 |
| LISTA DE TABLAS | 10 |
| LISTA DE FIGURAS | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|--|----|
| 1.1. Planteamiento del Problema | 13 |
| 1.2. Formulación del Problema | 15 |
| 1.2.1. Problema General | 15 |
| 1.2.2. Problemas Específicos | 15 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | 16 |
| 1.3.1. Objetivo General | 16 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 16 |
| 1.4. Justificación | 17 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|---|----|
| 2.1. Bases Teóricas | 18 |
| 2.1.1 Envejecimiento | 18 |
| 2.1.2 Adulto Mayor | 18 |
| 2.1.3 Caídas | 20 |
| 2.1.4 Clasificación de las caídas | 21 |
| 2.1.5 Factores de riesgo de caídas | 22 |
| 2.1.6 Consecuencias de las caídas | 22 |
| 2.2. Antecedentes | 24 |
| 2.2.1. Antecedentes Internacionales | 24 |
| 2.2.2. Antecedentes Nacionales | 26 |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

| | |
|--|----|
| 3.1. Diseño del Estudio | 28 |
| 3.2. Población | 28 |
| 3.2.1. Criterios de Inclusión | 28 |
| 3.2.2. Criterios de Exclusión | 28 |
| 3.3. Muestra | 29 |
| 3.4. Operacionalización de Variables | 29 |
| 3.5. Procedimientos y Técnicas | 30 |
| 3.6. Plan de Análisis de Datos | 32 |

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

| | |
|------------------------------------|----|
| 4.1. Resultados | 33 |
| 4.2. Discusión de resultados | 48 |
| 4.3. Conclusiones | 50 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4. Recomendaciones | 52 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 54 |
| ANEXO Nº 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO | 59 |
| ANEXO Nº 2 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS | 62 |
| ANEXO Nº3TEST DE TINETTI | 63 |
| ANEXO Nº 4 FOTOS | 65 |
| ANEXO Nº 5 MATRIZ DE CONSISTENCIA | 68 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra | 33 |
| Tabla N° 2: Distribución por edad de la muestra | 33 |
| Tabla N° 3: Distribución por sexo de la muestra | 34 |
| Tabla N° 4: Distribución por grado de instrucción de la muestra..... | 35 |
| Tabla N° 5: Patologías asociadas que presentó la muestra | 36 |
| Tabla N° 6: Fármacos administrados a la muestra..... | 37 |
| Tabla N° 7: Puntuación promedio por dimensiones y escala | 39 |
| Tabla N° 8: Evaluación del riesgo de caídas de la muestra | 40 |
| Tabla N°9: Evaluación del riesgo de caídas por grupos etáreos de la muestra | 41 |
| Tabla N°10: Evaluación del riesgo de caídas por sexo de la muestra..... | 42 |
| Tabla N°11: Evaluación del riesgo de caídas por grado de instrucción de la muestra | 43 |
| Tabla N°12: Evaluación del Riesgo de caídas por patologías asociadas..... | 44 |
| Tabla N° 13: Evaluación del riesgo de caídas de la muestra por fármacos administrados..... | 46 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura N° 1: Distribución por grupo etáreo | 34 |
| Figura N° 2: Distribución por sexo..... | 35 |
| Figura N° 3: Distribución por grado de instrucción | 36 |
| Figura N° 4: Patologías asociadas que presentó la muestra..... | 37 |
| Figura N° 5: Fármacos administrados a la muestra | 38 |
| Figura N° 6: Puntuación promedio por dimensiones y la escala | 39 |
| Figura N° 7: Evaluación de riesgo de caídas de la muestra..... | 40 |
| Figura N° 8: Evaluación del riesgo de caídas por grupos etáreos de la muestra | 42 |
| Figura N° 9: Evaluación del riesgo de caídas por sexo de la muestra | 43 |
| Figura N° 10: Evaluación del riesgo de caídas por grado de instrucción de la muestra | 44 |
| Figura N° 11: Evaluación del riesgo de caídas por patologías asociadas | 46 |
| Figura N° 12: Evaluación del riesgo de caídas por fármacos administrados.... | 47 |

INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso fisiológico genéticamente modulado, que tiene lugar continua y progresivamente desde el nacimiento hasta la muerte de cada ser vivo.

El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica y está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades.

El adulto mayor es un ser humano que presenta múltiples patologías derivadas del proceso natural de envejecimiento y esto influye de manera integral físicamente, psicológicamente, social y espiritual.

El riesgo de caídas se considera como unos de los más frecuentes síndromes geriátricos en el adulto mayor, por lo cual se asocian a una gran comorbilidad y a un aumento de la dependencia funcional y contribuyen significativamente al aumento de la morbimortalidad en la población geriátrica. Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Las caídas pueden desencadenar un ciclo de miedo a las caídas reducción de la actividad física, pérdida de la condición física, deterioro funcional, deterioro de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, aislamiento social, menor calidad de vida, depresión, aumento del riesgo de caídas posteriores, institucionalización. El objetivo del estudio fue establecer la frecuencia de riesgo de caídas en adultos mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro Lima 2017.

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La vejez es una etapa del ciclo vital caracterizada por la disminución de la capacidad de respuesta a las situaciones estresantes biopsicosociales en la cual determina que el anciano sea más susceptible a los problemas de salud que a las personas jóvenes. Las caídas y los traumatismos son frecuentes en la vejez y están asociados a los deterioros del estado de salud, el aumento del consumo de los servicios hospitalarios, de la institucionalización y de la mortalidad. En Cuba muestra un envejecimiento poblacional progresivo con una proyección de un 25% de Adulto Mayor para el 2025, momento que Cuba será el país más envejecido de América Latina, mientras que se espera que para el año 2050 sea uno de los más envejecidos del mundo.(1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el riesgo de 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 adultos mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales y cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. (2)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), las caídas es uno de los grandes síndromes geriátricos siendo un marcador de fragilidad y uno de los accidentes frecuente y graves, los accidentes son la quinta causa de muerte en las personas adultas mayores,el 70% de los accidentes son

caídas, el 30% de las personas adultas mayores que viven en la comunidad se caen una vez al año, siendo mas frecuente en mujeres.(3)

Se halló que el 68% de las personas que sufrieron caídas reportó algún daño; en el 24% de los casos se requirió la atención de la salud, el 35% experimentó deterioro funcional y las actividades sociales y físicas se vieron afectadas en más del 15%. Cerca del 95% de todas las fracturas de cadera tiene como causa una caída; el 95% de los pacientes con fractura de cadera son internados en hogares de ancianos (casi el 40% de las admisiones en esos hogares está relacionado con las caídas), y el 20% de los pacientes con fractura de cadera muere dentro del año.(4)

La frecuencia de las caídas en la población Adulto Mayor es uno de los problemas de salud pública a nivel mundial. Se ha reportado que aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años viviendo en la comunidad sufre de al menos una caída al año, este número se incrementa cuando los ancianos viven en instituciones, los adultos mayores que sufren caídas en un 50% requiere de atención médica y el 10% culmina en una fractura. (5)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016. (6)

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

- ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según la edad?
- ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según el sexo?
- ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según el grado de instrucción?
- ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según las patologías asociadas?
- ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según los fármacos consumidos?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según la edad.
- Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según el sexo.
- Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según el grado de instrucción.
- Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según las patologías asociadas.
- Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, según los fármacos que consumidos.

1.4. Justificación

La finalidad de la presente investigación es determinar la frecuencia del riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, utilizando como dicho instrumento la escala de TINETTI.

Puesto que las complicaciones en los adultos mayores generan un aumento de riesgo de caídas que son muy frecuentes en las personas mayores de 65 años a más, como consecuencias generan una pérdida de seguridad en sí mismos, miedo al volver a caer otra vez, depresión, ansiedad que puedan conllevar a un problema de salud para el adulto mayor. Con los resultados obtenidos se pretende desarrollar un plan de intervención y promoción que nos permita identificar de manera precoz y oportuna los problemas asociados, que contribuyan a la mejora de la salud y la calidad de vida del Adulto Mayor y a futuro realizar intervenciones para los factores de riesgo implicados en las caídas de la población de Adultos Mayores, de esta manera se puede implementar medidas de prevención y así disminuir cifras de prevalencia de las caídas del Adulto Mayor.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte, se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre los factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales). (7,8)

Es un proceso fisiológico normal de cambios irreversibles, tales como: la disminución en número de células, degeneración en estructura como en la función de los órganos que ocurre en el momento en que el organismo alcanza su capacidad funcional máxima. (9)

2.1.2. Adulto Mayor

El adulto mayor ha sido definido cronológica y funcionalmente, los científicos sociales en el cuál se han especializado en el estudio del envejecimiento que describen cronológicamente en tres grupos de Adultos Mayores: “viejo joven”, “viejo viejo” y “viejo de edad avanzada”. El primer grupo oscilan entre 60 y 74 años de edad, siendo por lo general activos, vitales y vigorosos; el segundo grupo de 75 a 84 años de edad; ambos grupos constituyen la tercera edad; mientras que el tercer grupo es de 85 años en adelante, comprende la cuarta edad; es muy probable que se sientan débiles y que presenten enfermedades discapacitantes que le

dificulten en realizar sus actividades de la vida diaria. (10)

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más , al igual que la Organización Panamericana de la salud teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. (11)

El adulto mayor se establece una serie de concepciones que tratan de definir y expresar estos distintos modos de respuesta ante el paso de los años. Se conforma de edad cronológica, edad biológica, edad funcional:

Edad cronológica: se define en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido por los patrones al uso (años, meses, días).

Edad biológica: Corresponde al estado funcional de los órganos de nuestra economía comparados con patrones estándar establecidos para cada edad o grupo de edades.

Edad funcional: manifiesta la capacidad de mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad. (12)

La definición de la salud de las personas que envejecen no se expresa en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional , es así que la Organización Panamericana de la Salud(OPS) en la cual ha dividido la clasificación del Adulto Mayor en 3 grupos bien diferenciados como:

- **Persona Adulta Mayor Autovalente:** es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado

como: comer, vestirse, desplazarse asearse, etc. y realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tales como: cocinar limpiar comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar medicación, manejar el dinero, Se considera que el 65%de los adultos mayores que viven en la comunidad tiene esta condición.

- **Persona Adulta Mayor Frágil:** Se define como aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociado con un aumento de la susceptibilidad de discapacidad, se considera que el 30% de los Adultos Mayores que viven en la comunidad tiene esta condición.
- **Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada:** es aquella persona que tiene una perdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% de personas mayores que viven en la comunidad tiene esta condición.(13)

2.1.3. Caídas

La Organización Mundial de la Salud define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad, estas producen en el Adulto Mayor una elevada morbilidad y mortalidad. (14)

Las caídas en los Adultos Mayores se consideran como inevitables y sin embargo, desde hace unos años se estudian con mayor profundidad para proponer nuevos métodos de prevención para que disminuya este problema sanitario, las caídas en los adultos mayores

proviene de las consecuencias asociadas que suelen ser más o menos graves desde fracturas a heridas profundas y hematomas e incluso puede ocasionar el fallecimiento. (15)

Las caídas constituyen uno de los grandes síndromes geriátricos (16), se considera importante puesto que múltiples caídas son marcadoras de otros factores o deficiencias subyacentes, como las enfermedades crónicas o limitaciones funcionales, en las cuales los ancianos llevan mayor riesgo como consecuencias adversas de salud. (17)

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 detiene.

2.1.4. Clasificación de las caídas:

Caída accidental: Es aquella que se produce por una causa ajena al adulto mayor, con origen en un entorno potencialmente peligroso, por ejemplo un tropiezo con un objeto o barrera arquitectónica.

Caída repetida: Se expresa la persistencia de factores predisponentes como las enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdida sensoriales.

Caída prolongada: Es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 a 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los Adultos Mayores que tienen mayor prevalencia son aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades, toman alguna medicación. (18)

2.1.5. Factores de riesgo de caídas:

Asimismo existe una cantidad importante de elementos que intervienen en las caídas, los cuales se han agrupado en factores intrínsecos y extrínsecos.

Factores extrínsecos

Corresponden a los llamados factores del medio ambiente, aquellos dependientes del entorno arquitectónico o bien de elementos de uso personal como: zapatos inapropiados, bastón sin material antideslizante en su extremo, está conformado por iatrogénicos y ambientales. (19,20)

Factores intrínsecos

Se determina aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, y enfermedades agudas y crónicas. (21)

Son factores inherentes al paciente que intervienen para sufrir una caída en el ambiente hospitalario, sin embargo existen algunos que se presentan con mayor frecuencia. En cuanto al estado clínico, las alteraciones neurológicas, cardíacas, respiratorias, metabólicas y mentales. (22)

2.1.6. Consecuencias de las caídas

Las consecuencias de las caídas en los Adultos Mayores se dividen en consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales:

Consecuencias físicas:

Las caídas en el Adulto Mayor son causadas por lesiones traumáticas de diverso índole que pueden tener repercusiones

funcionales importantes y que comprometan su calidad de vida. Las lesiones ocasionadas por las caídas es uno de los problemas médicos más graves y frecuentes experimentado por los ancianos, aunque no todas las caídas producen lesiones físicas, pueden causar heridas superficiales, contusiones, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, abdominales y torácicos.

Aproximadamente el 50% de las caídas produce algún tipo de lesión menor en partes blandas, que provoca dolor y limitación funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.

Consecuencias económicas:

Son ocasionadas por las caídas es otro aspecto desarrollado en los diversos artículos revisados. Según la OMS, cada año se producen 37,3 millones de caídas que generan unos costes directos e indirectos en el sistema sanitario.

Los costes directos de una caída se atribuyen a los ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, visitas a los servicios de atención primaria y prescripción de medicamentos, mientras que los costes indirectos están relacionados con la dependencia del Adulto Mayor ocasionada por las lesiones consecuentes de la caída, ya que esto deriva un aumento de la necesidad de cuidadores familiares o externos y del consumo de los recursos socio sanitarios.

Consecuencias sociales:

Las lesiones producidas por las caídas suelen comprometer por pérdida de independencia, confianza y privación social en el Adulto Mayor y además el internamiento del anciano en una institución durante

un largo periodo de tiempo le aleja de su entorno y le puede provocar sentimientos de fragilidad y vulnerabilidad e inseguridad.(23)

Consecuencias psicológicas:

Las consecuencias psicológicas de caídas se pueden nombrar el miedo y la ansiedad, síndrome depresivo nominado “síndrome post-caída”, además por este motivo el Adulto Mayor tiende a limitar sus actividades habituales en la cual reduce sus salidas cotidianas, modifica sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria por temor a tropezar y esto causa que el Adulto Mayor se vuelva más dependiente. (24)

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales

En el año 2009, en Colombia se evaluaron 104 ancianos residentes en los Hogares Geriátricos del Distrito de Barranquilla. Los resultados fueron que en el adulto más joven cuenta con 55 años de edad mientras que el más viejo tiene 105 años de edad y la media de edad fue de 81 años (DE=9,36) y la proporción de mujeres y hombres residentes en centros geriátricos, aproximadamente cuatro de cada cinco residentes son mujeres que se observa que el 81,1% de los adultos mayores estudiados presenta algún riesgo de caer y solo el 16,9% de las personas evaluadas obtuvieron resultados normales. (25)

En el año 2004, en Brasil se evaluaron a 105 personas de edad avanzadas de institucionalizados en la asociación San Vicente de Paul, Nook, Nuestro Hogar Sociedad Espíritu Buena Nueva del municipio de Catanduva, por lo cual mostraron que el 40% de las personas mayores

de las disminuciones en los últimos seis meses, y los factores de riesgo considerados significativos fueron: sexo femenino ($p = 0,035$), el uso de medicamentos ($p = 0,047$), mala visión ($p = 0,029$), la ausencia actividad física ($p = 0,035$), la presencia de la osteoartritis ($p = 0,000$), depresión ($p = 0,034$), déficit de fuerza de prensión ($p = 0,0165$) y las alteraciones en el equilibrio y la marcha ($p = 0,038$), el número de caídas que sufren las personas mayores en los últimos seis meses variaron de 42 a 10. De las personas mayores que se cayó, 23 (54,7%) informaron de una a dos 11 (26,2%), dos a cuatro; cinco (12%), cinco y cincuenta y cinco; y tres (7,1%) informaron haber tenido más de ocho caídas y en cuanto a la edad del Adulto Mayor caídas sufridas, 17 (40,5%) eran de edad o mayores de 80 años, 16 (38%) entre 70 y 79 años nueve (21,5%) tenían entre 60 y 69 años. (26)

En el año 2006, en México estuvo conformado por todos los Adultos Mayores de 70 años a más inscritos en el Programa Oportunidades en su componente para Adulto Mayor durante el primer trimestre de 2006 de un total de 360 287 Adulto Mayor (residentes en 34 591 localidades, en 32 estados de la república mexicana) ,fue el 30.9% de los Adultos Mayores presentaron Dependencia Funcional y del modelo de regresión logística estratificado por sexo mostraron que en el grupo de mujeres la razón de momios RM para la asociación entre el incremento en el número de caídas y Dependencia Funcional fue de 1.25 (IC: 1.13-1.39) y en el grupo de hombres fue de 1.12 (IC: 0.97-1.29).(27)

En el año 2010-2011, en Brasil se evaluaron a 240 Adultos Mayores con edad superior de 60 años de ambos sexos en residentes en Ribeira o Preto. Resultando que la edad promedio fue de 73,5 años ($\pm 8,4$), el 25% con 80 años a más, predominio del sexo femenino; el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. El promedio 1,33 caídas ($\pm 0,472$); con mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores más jóvenes; el lugar más frecuente fue en el patio y el en baño. Hubo fuerte correlación entre nivel de independencia funcional y las actividades instrumentales con la edad y no hubo relación entre los adultos mayores que sufrieron caída con las variables sexo y edad. (28)

En el año 2014, en Suiza, se evaluó a 304 Adultos Mayores de 65 a 100 años .Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la BS, el TT y la incidencia de caídas ($p < 0,05$). El número de caídas se correlacionaron significativamente con los resultados de la BS ($R = -0,39$), el GDS ($R = 0,18$), y el TT ($R = -0,40$). Una correlación estadísticamente significativa se observó también entre los resultados TT y los resultados de la BS ($R = 0,77$), los AMTS ($r = 0,40$) y los GDS ($R = -0,37$). (29)

2.2.2. Antecedentes Nacionales

En el año 2012, en Lima- Perú se evaluaron a 150 Adultos Mayores de 60 años a más y de ambos sexos, en la cual resultando fue mayor predominio del sexo femenino con 75.3%;predominó el grupo etario de 80 años y más con33.3%; en relación a la escolaridad, se

evidenció que 40.7% tuvo educación secundaria (11 años de estudio) y 58.7% no tenían pareja a la evaluación de la marcha y del equilibrio por medio de la Escala de Tinetti, se encontró que de los 150 adultos mayores entrevistados la puntuación promedio alcanzada fue 21.7 (± 6.1) puntos e identificó que 37 (24.7%) presentaron un riesgo alto de caer; 55 (36.7%) fueron clasificados con riesgo de caer y 58 (38.7%). (30)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio descriptivo de tipo transversal.

3.2. Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes Adultos Mayores residentes del Centro de Atención Residencia Ignacio Rodulfo Viuda de Canevaro. (n=200)

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Adultos Mayores que residen en el Centro de Atención Residencia Ignacio Rodulfo Viuda de Canevaro.
- Adultos Mayores cuyo rango de edades comprenden entre 60 a 99 años.
- Adultos Mayores de ambos sexos.
- Adultos Mayores autovalentes.
- Adultos Mayores que acepten participar de este estudio previa firma del consentimiento informado. (ANEXO1)

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Personas que son menores de 60 años.
- Adultos Mayores que no deseen participar en la investigación.
- Adultos Mayores que no se presentaron en la fecha establecida.
- Adultos Mayores que presentan limitaciones funcionales.
- Adultos Mayores que no colaboran con la evaluación.

3.3. Muestra

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección se logro 180Adultos Mayores que residen en el Centro de Atención Residencia Ignacio Rodulfo Viuda de Canevaro del distrito de Rímac.

3.4. Operacionalización de Variables

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Escala de Medición | Forma de Registro |
|--|---|-------------------------------|--------------------|---|
| <p><u>Principal:</u></p> <p>Riesgo de caídas en Adultos Mayores</p> | Es acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. | Escala de TINETTI | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • <19 = Riesgo alto de caídas • 19 a 24 = Riesgo de caídas • >24 = menor Riesgo de caídas |
| <p><u>Secundarias:</u></p> <p>Edad</p> | Tiempo de vida del adulto mayor en años. | Ficha de Recolección de Datos | Discreta | <ul style="list-style-type: none"> • 60-69 • 70-79 • 80-89 • 90-99 |
| Sexo | Género sexual del Adulto Mayor. | Ficha de Recolección de Datos | Binaria | <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino |
| Grado de instrucción | Grado más elevado de estudios realizados del adulto mayor. | Ficha de Recolección de Datos | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior Técnico • Superior Universitario |

| | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------|---------|--|
| Patologías asociadas | Son patologías que se asocian al adulto mayor. | Ficha de Recolección de Datos | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Diabetes Mellitus • Hipertensión Arterial • Artritis • Osteoporosis • Artrosis • Otros |
| Número de fármacos consumidos | Cantidad de fármacos que consume el adulto mayor | Ficha de Recolección de Datos | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos • Antihipertensivos • Broncodilatadores • Diuréticos • Hipoglucemiantes • Otros |

Fuente: Elaboración propia

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una solicitud a la Sociedad Beneficencia de Lima Metropolitana para poder llevar a cabo la ejecución de mi investigación y para poder ingresar al Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.

Se presentó una carta y un documento dado por la Universidad Alas Peruanas a la Directora del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro para contar con su autorización y apoyo en la respectiva ejecución de la investigación.

Se presentaron el documento del consentimiento informado para que firmen todos los Adultos Mayores y así mismo dar su autorización de forma voluntaria su participación en esta investigación y se convocó una

charla explicativa sobre la investigación y los procesos que se llevaron a cabo. **(Anexo N°1)**

Se entrevistaron a los Adultos Mayores a fin de obtener información de las variables secundarias como la edad, sexo, grado de instrucción, patologías asociadas y el número de fármacos consumidos, uso de ayudas biomecánicas, los cuales serán registrados en una ficha de recolección de datos. **(Anexo N°2)**

Instrumento

La Escala de Tinetti

Corresponde a la línea de las Medidas Basadas en la Ejecución, fue realizada por la Dra. Mary Tinetti de la Universidad de Yale (Estados Unidos), en 1986 en la cual evalúa la movilidad del adulto mayor, la escala tiene dos dominios: marcha y equilibrio; su objetivo principal es detectar aquellos ancianos con riesgo de caídas, tiene mayor valor predictivo que el examen muscular. (31)

La valoración de la escala de Tinetti, La máxima puntuación para la subescala de equilibrio son 16 puntos y para la subescala de marcha son 12 puntos. La ventaja del test de Tinetti es que evalúa diferentes aspectos del equilibrio. La puntuación es mayor de 24 menor riesgo de caídas, de 19 a 24 es riesgo de caídas y menor de 19 alto riesgo de caídas. (32)

(Anexo 3)

Propiedades psicométricas no está validada en español y en nuestro contexto.

Confiabilidad

La confiabilidad inter-evaluador se ha evaluado simultáneamente por

médicos y enfermeras mostrando una equivalencia en el 85% del total de los ítems y una diferencia en el puntaje total de menos del 10%. Estos resultados demuestran la viabilidad del método para la evaluación del equilibrio. (33)

Sensibilidad

La sensibilidad y la especificidad son encontradas para valorar el riesgo de caídas fueron 76% y 66%, respectivamente. (34)

Validez y fiabilidad

Validada al español con una fiabilidad inter e intra observador de 0.4 – 0.6 y 0.6 – 0.8 y Alfa de Cronbach 0.91. (28)

3.6. Plan de Análisis de Datos

Los datos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23.0. Se determinarán medidas de tendencia central. Se emplearán tablas de frecuencia y de contingencia.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. Resultados

Características Generales de la Muestra

Edad promedio de la muestra

Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra

| | |
|---------------------|-------|
| N | 180 |
| Media | 79,90 |
| Desviación estándar | 7,52 |
| Mínimo | 65 |
| Máximo | 98 |

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 1 presenta la edad de la muestra formada por 180 adultos mayores del Centro de Atención Residencia “Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro”, que fueron evaluados respecto al Riesgo de caídas, presentó una edad promedio de 80 años, una desviación estándar de ± 8 años y un rango de edad que iba desde los 65 a 98 años.

Distribución por edades de la muestra

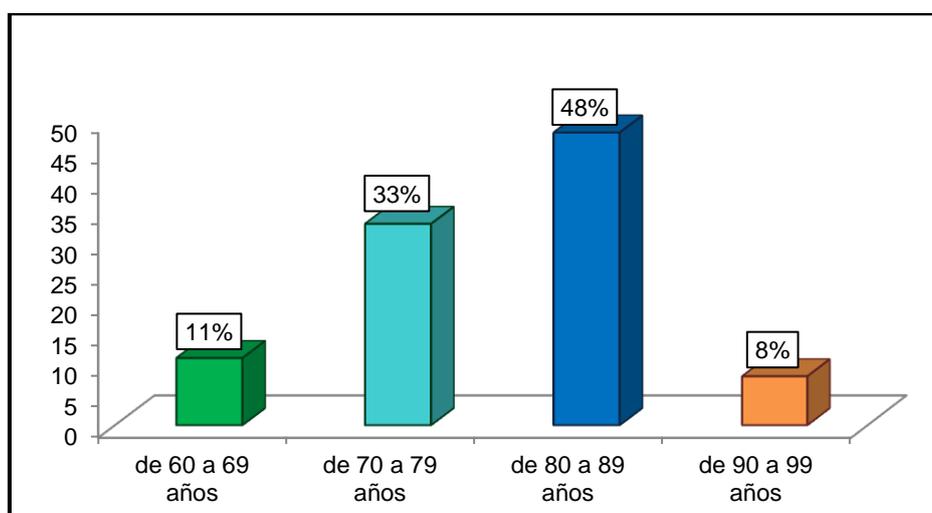
Tabla N° 2. Distribución por edad de la muestra

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|----------------------|
| de 60 a 69 años | 19 | 10,6 | 10,6 |
| de 70 a 79 años | 59 | 32,8 | 43,3 |
| de 80 a 89 años | 87 | 48,3 | 91,7 |
| de 90 a 99 años | 15 | 8,3 | 100,0 |
| Total | 180 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 2 se presenta la distribución etárea de la muestra. 19 adultos mayores tenían entre 60 a 69 años de edad; 59 adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad; 89 adultos mayores tenían entre 80 a 89 años de edad y 15 adultos mayores tenían entre 90 a 100 años de edad. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía entre 80 a 89 años de edad.

Figura 1. Distribución por edades de la muestra



La figura N° 1 presenta los porcentajes correspondientes.

Distribución por sexo de la muestra

Tabla N° 3: Distribución por sexo de la muestra

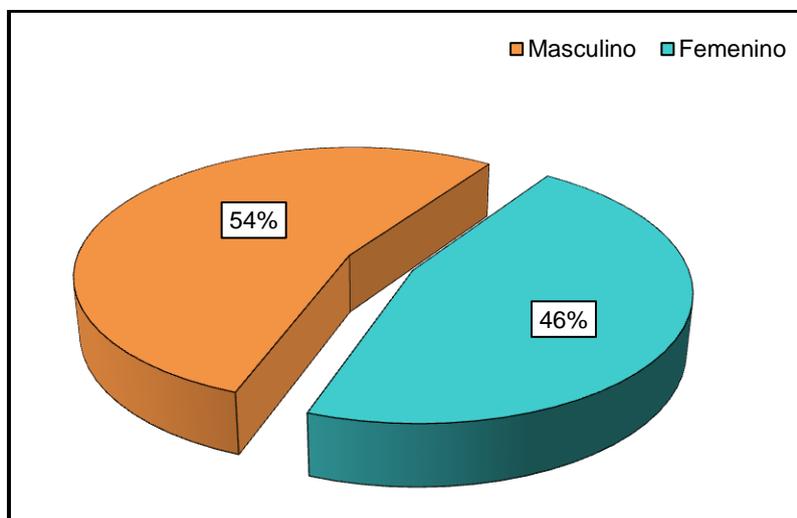
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|----------------------|
| Masculino | 98 | 54,4 | 54,4 |
| Femenino | 82 | 45,6 | 100,0 |
| Total | 180 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 3 al respecto al sexo de la muestra del Centro de Atención Residencia “Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro”, se encontró que 98

eran del sexo masculino y 82 eran del sexo femenino. Se observa que la mayor parte de la muestra era del sexo masculino.

Figura 2. Distribución por sexo de la muestra



La figura N° 2 presenta los porcentajes correspondientes.

Distribución por grado de instrucción de la muestra

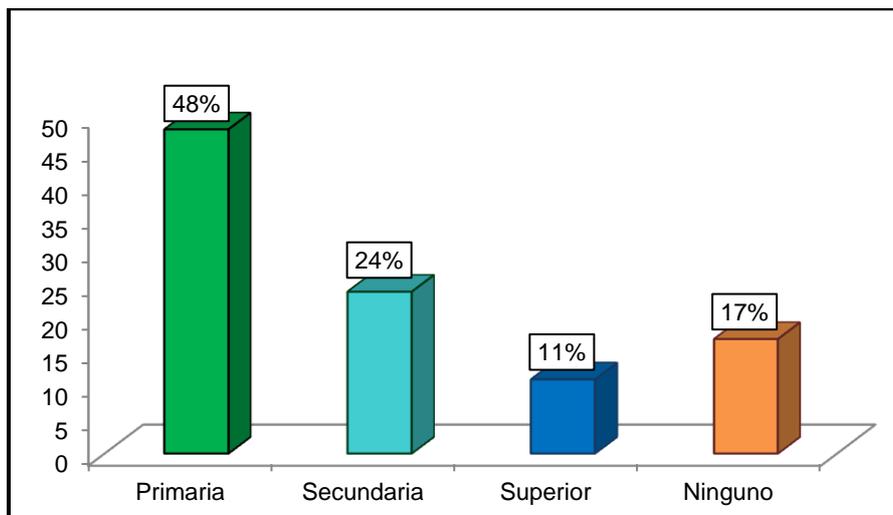
Tabla N° 4: Distribución por grado de instrucción de la muestra

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|
| Primaria | 86 | 47,8 | 47,8 |
| Secundaria | 44 | 24,4 | 72,2 |
| Superior | 19 | 10,6 | 82,8 |
| Ninguno | 31 | 17,2 | 100,0 |
| Total | 180 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 4 presenta la distribución de la muestra según grado de instrucción. 86 adultos mayores tenía primaria; 44 secundaria; 19 superior y 31 adultos mayores no tenían ningún nivel de estudios. La mayor parte de la muestra tenía estudios de primaria y secundaria.

Figura 3. Distribución por grado de instrucción de la muestra



La figura N° 3 presenta los porcentajes correspondientes.

Patologías asociadas de la muestra

Tabla N° 5: Patologías asociadas que presentó la muestra

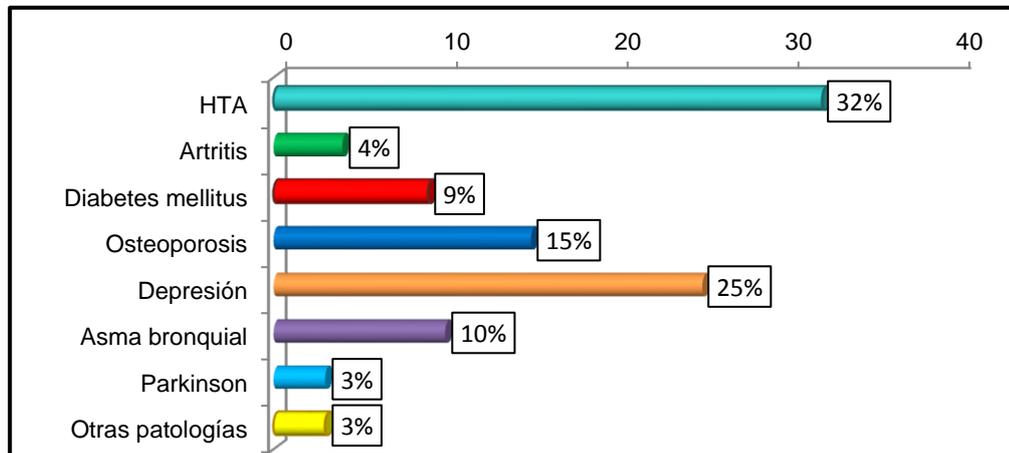
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|----------------------|
| HTA | 73 | 31,7 | 31,7 |
| Artritis | 9 | 3,9 | 35,6 |
| Diabetes mellitus | 20 | 8,7 | 44,3 |
| Osteoporosis | 34 | 14,8 | 59,1 |
| Depresión | 58 | 25,2 | 84,3 |
| Asma bronquial | 23 | 10,0 | 94,3 |
| Parkinson | 7 | 3,0 | 97,3 |
| Otras patologías | 6 | 2,7 | 100,0 |
| Total | 230 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 5 presenta las patologías asociadas que padecía la muestra. Padecían de hipertensión 73 adultos mayores; padecían de artritis 9; padecían de Diabetes Mellitus 20; padecían de osteoporosis 34;

padecían de depresión 58; padecían de Asma bronquial 23; padecían de la enfermedad de Parkinson 7 y de otras patologías 6 adultos mayores.

Figura 4. Patologías asociadas que presentó la muestra



La figura N° 4 presenta los porcentajes correspondientes.

Fármacos administrados a la muestra

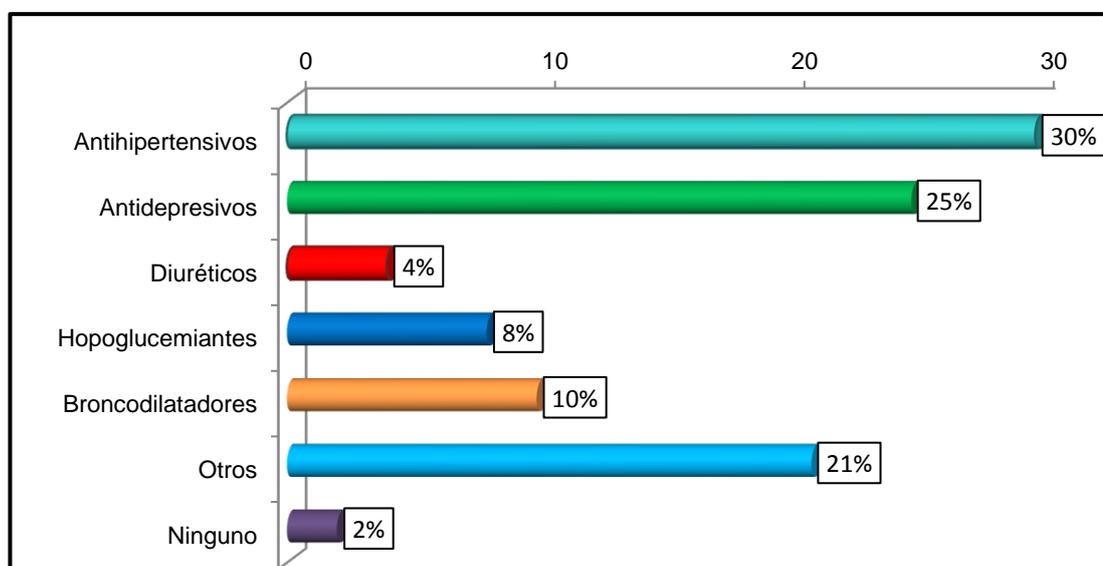
Tabla N° 6: Fármacos administrados a la muestra

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|----------------------|
| Antihipertensivos | 71 | 30,0 | 30,0 |
| Antidepresivos | 59 | 24,9 | 54,9 |
| Diuréticos | 9 | 3,8 | 58,7 |
| Hipoglucemiantes | 18 | 7,6 | 66,3 |
| Broncodilatadores | 23 | 9,7 | 76,0 |
| Otros | 51 | 21,5 | 97,5 |
| Ninguno | 6 | 2,5 | 100,0 |
| Total | 237 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 6 presenta la distribución por el tipo de fármacos administrados a la muestra. A 71 pacientes adultos mayores se les administraba antihipertensivos; a 59 adultos mayores se les administraba antidepresivos; a 9 adultos mayores se les administraba diuréticos; a 18 adultos mayores se les administraba hipoglucemiantes; a 23 adultos mayores se les administraba broncodilatadores; a 51 pacientes adultos mayores se les administraba otros fármacos y a asolo 6 pacientes adultos mayores no se les administraba ningún fármaco. Se observa que a la mayor parte de pacientes adultos mayores se les administraba antihipertensivos.

Figura 5. Distribución por fármacos administrados a la muestra



La figura N° 5 muestra los porcentajes correspondientes.

RESULTADOS DE EVALUACION DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA DE LA MUESTRA EN TERMINOS DE LA ESCALA DE TINETTI

Equilibrio Estático - Promedio de la muestra en puntuaciones

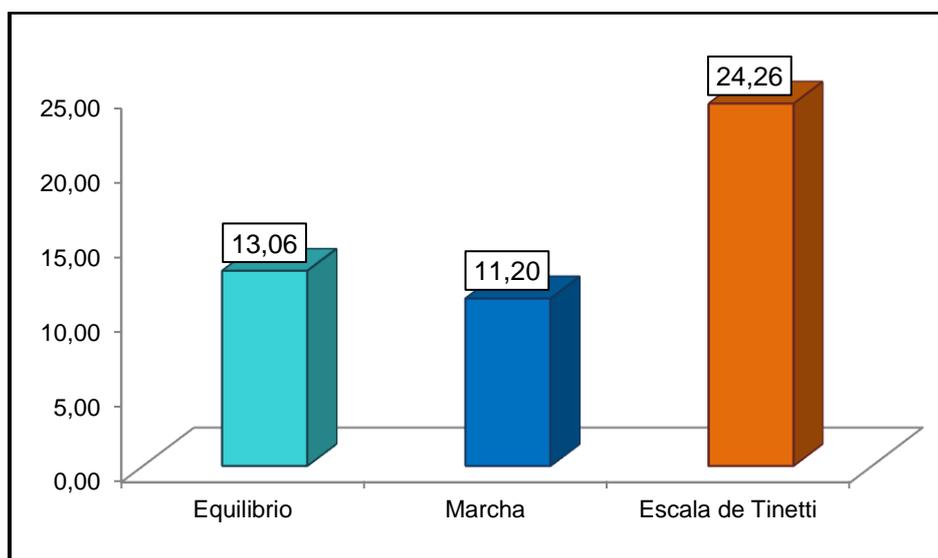
Tabla N° 7: Puntuación promedio por dimensiones y escala

| | Equilibrio | Marcha | Escala de Tinetti |
|---------------------|------------|--------|-------------------|
| Puntuación-Promedio | 13,06 | 11,20 | 24,26 |

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 7 presenta los resultados, en puntuaciones, del equilibrio dinámico, estático y de la Escala de Tinetti que presentó la muestra. En la evaluación del equilibrio, la muestra presentó una puntuación promedio de 13,06; en la evaluación de la marcha presentó una puntuación promedio de 11,20 y en la evaluación de toda la Escala de Tinetti, presentó una puntuación promedio de 24,26.

Figura 6. Puntuación promedio por dimensiones y la escala



La figura N° 6 muestran los porcentajes correspondientes.

EVALUACION DEL RIESGO DE CAÍDAS DE LA MUESTRA

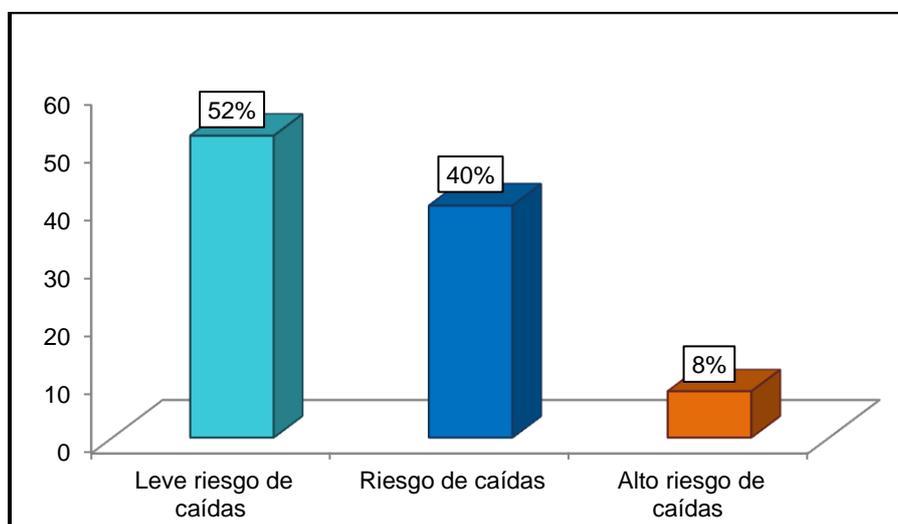
Tabla Nº 8: Evaluación del riesgo de caídas de la muestra

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|------------|------------|----------------------|
| Leve riesgo de caídas | 93 | 51,7 | 51,7 |
| Riesgo de caídas | 73 | 40,5 | 92,2 |
| Alto riesgo de caídas | 14 | 7,8 | 82,8 |
| Total | 180 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia

La tabla Nº 8 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra. En la muestra, formada por 180 adultos mayores del Centro Geriátrico Canevaro, se encontró que 93 presentaron un leve riesgo de caídas; 73 tenían riesgo de caídas y solo 14 presentaron un alto riesgo de caídas. Se observa que la mayor parte de la muestra presentó un leve riesgo de caídas.

Figura 7. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra



La figura Nº 7 muestra los porcentajes correspondientes.

Evaluación del riesgo de caídas de la muestra por grupos etáreos

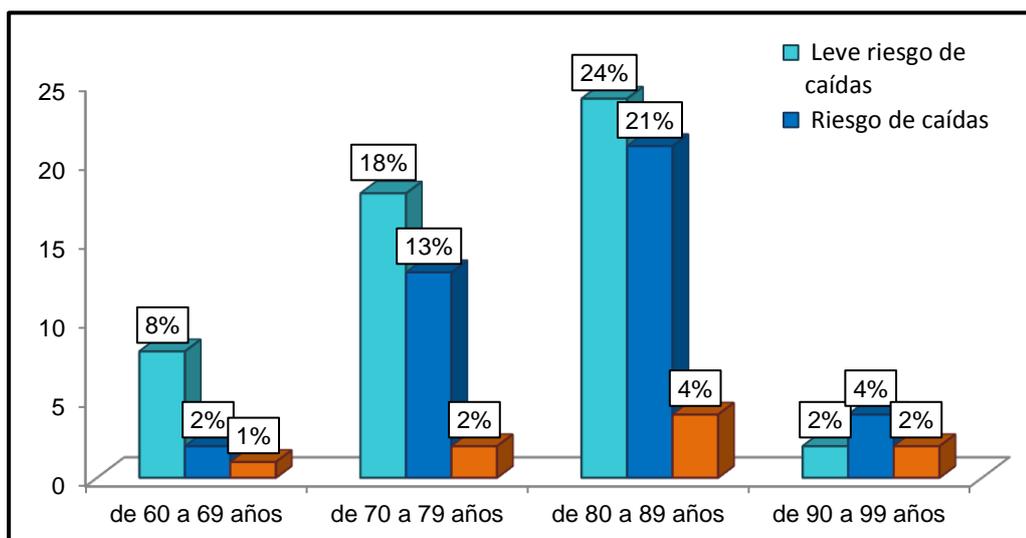
Tabla Nº 9: Evaluación del riesgo de caídas por grupos etáreos de la muestra

| | Riesgo de caídas de la muestra | | | Total |
|-----------------|--------------------------------|------------------|-----------------------|-------|
| | Leve riesgo de caídas | Riesgo de caídas | Alto riesgo de caídas | |
| de 60 a 69 años | 14 | 4 | 1 | 19 |
| de 70 a 79 años | 32 | 24 | 3 | 59 |
| de 80 a 89 años | 43 | 37 | 7 | 87 |
| de 90 a 99 años | 4 | 8 | 3 | 15 |
| Total | 93 | 73 | 14 | 180 |

Fuente: Elaboración propia

La tabla Nº 9 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por grupos etáreos. En los adultos mayores que tenían de 60 a 69 años, 14 tenían leve riesgo de caídas; 4 tenían riesgo de caídas y 1 presentó alto riesgo de caídas. Los adultos mayores que tenían de 70 a 79 años, 32 presentaban leve riesgo de caídas, 24 tenían riesgo de caídas y 3 presentaron alto riesgo de caídas. En los que tenían de 80 a 89 años, 43 tenían leve riesgo de caídas, 37 tenían riesgo y 7 presentaban alto riesgo de caídas y, en el grupo etáreo de 90 a 99 años, 4 tenían leve riesgo de caídas; 8 presentaban riesgo de caídas y 3 tenían alto riesgo de caídas.

Figura 8. Evaluación del riesgo de caídas por grupos etáreos de la muestra



La figura N° 8 muestra los porcentajes correspondientes.

Evaluación del riesgo de caídas de la muestra por sexo

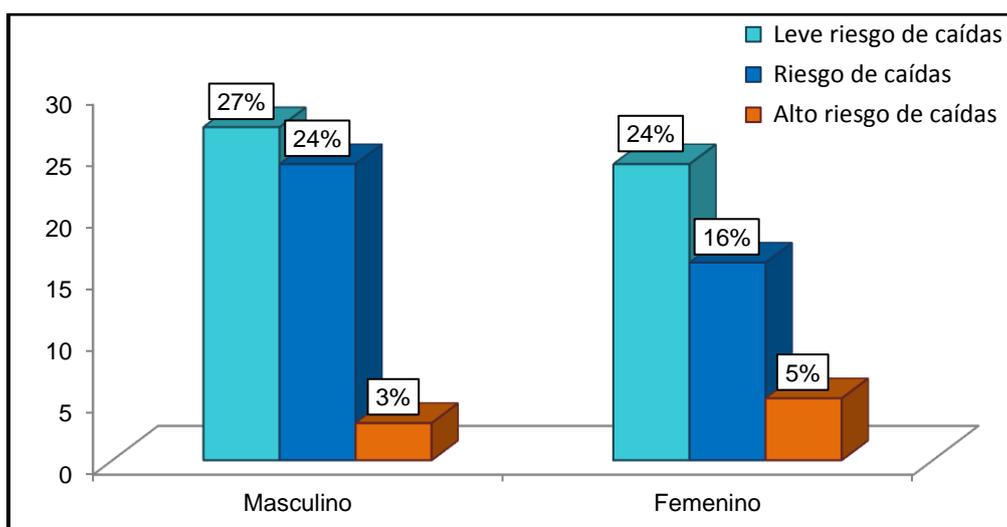
Tabla N° 10: Evaluación del riesgo de caídas por sexo de la muestra

| | Riesgo de caídas de la muestra | | | Total |
|-----------|--------------------------------|------------------|-----------------------|-------|
| | Leve riesgo de caídas | Riesgo de caídas | Alto riesgo de caídas | |
| Masculino | 49 | 44 | 5 | 98 |
| Femenino | 44 | 29 | 9 | 82 |
| Total | 93 | 73 | 14 | 180 |

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 10 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por sexo. En los adultos mayores que eran del sexo masculino, 49 tenían leve riesgo de caídas; 44 tenían riesgo de caídas y 5 presentaban alto riesgo de caídas. En los adultos mayores que eran del sexo femenino, 44 tenían leve riesgo de caídas; 29 tenían riesgo de caídas y 9 presentaban alto riesgo de caídas.

Figura 9. Evaluación del riesgo de caídas por sexo de la muestra



La figura N° 9 muestra los porcentajes correspondientes.

Evaluación del riesgo de caídas de la muestra por grado de instrucción

Tabla N° 11: Evaluación del riesgo de caídas por grado de instrucción de la muestra

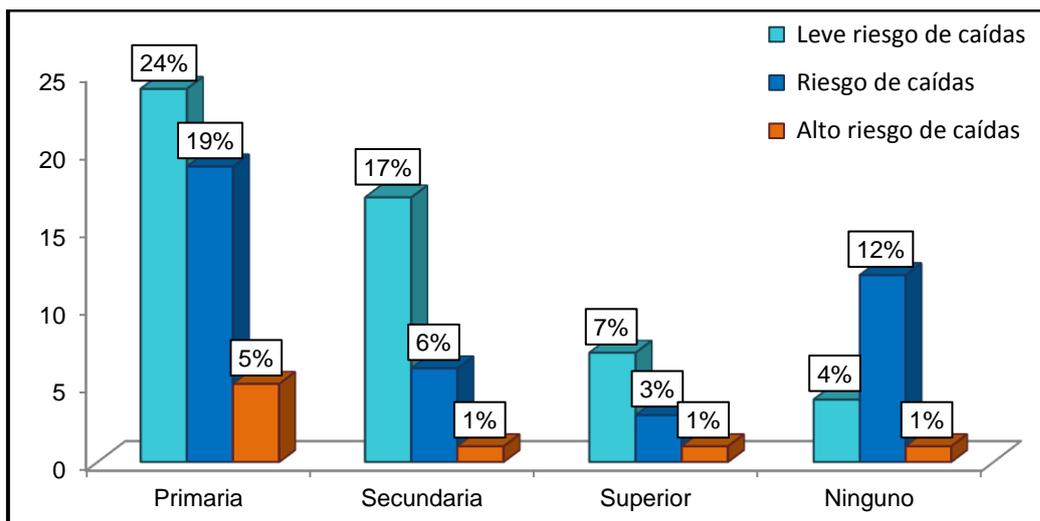
| | Riesgo de caídas de la muestra | | | Total |
|------------|--------------------------------|------------------|-----------------------|-------|
| | Leve riesgo de caídas | Riesgo de caídas | Alto riesgo de caídas | |
| Primaria | 43 | 34 | 9 | 86 |
| Secundaria | 31 | 11 | 2 | 44 |
| Superior | 12 | 6 | 1 | 19 |
| Ninguno | 7 | 22 | 2 | 31 |
| Total | 93 | 73 | 14 | 180 |

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 11 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por grado de instrucción. En los adultos mayores que habían estudiado primaria, 43 tenían leve riesgo de caídas; 34 tenían riesgo de caídas y 9 presentaban alto riesgo de caídas. En los adultos mayores que habían estudiado secundaria, 31 tenían leve riesgo de caídas; 11 tenían riesgo de caídas y 2 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaban estudios superiores, 12 tenían

riesgo de caídas, 6 tenían riesgo de caídas y 1 tenía alto riesgo de caídas. De los que no presentaban estudios, 7 tenían leve riesgo de caídas; 22 tenían riesgo de caídas y 2 tenían alto riesgo de caídas.

Figura 10. Evaluación del riesgo de caídas por grado de instrucción de la muestra



La figura N° 10 muestra los porcentajes correspondientes.

Evaluación del riesgo de caídas de la muestra por patologías asociadas

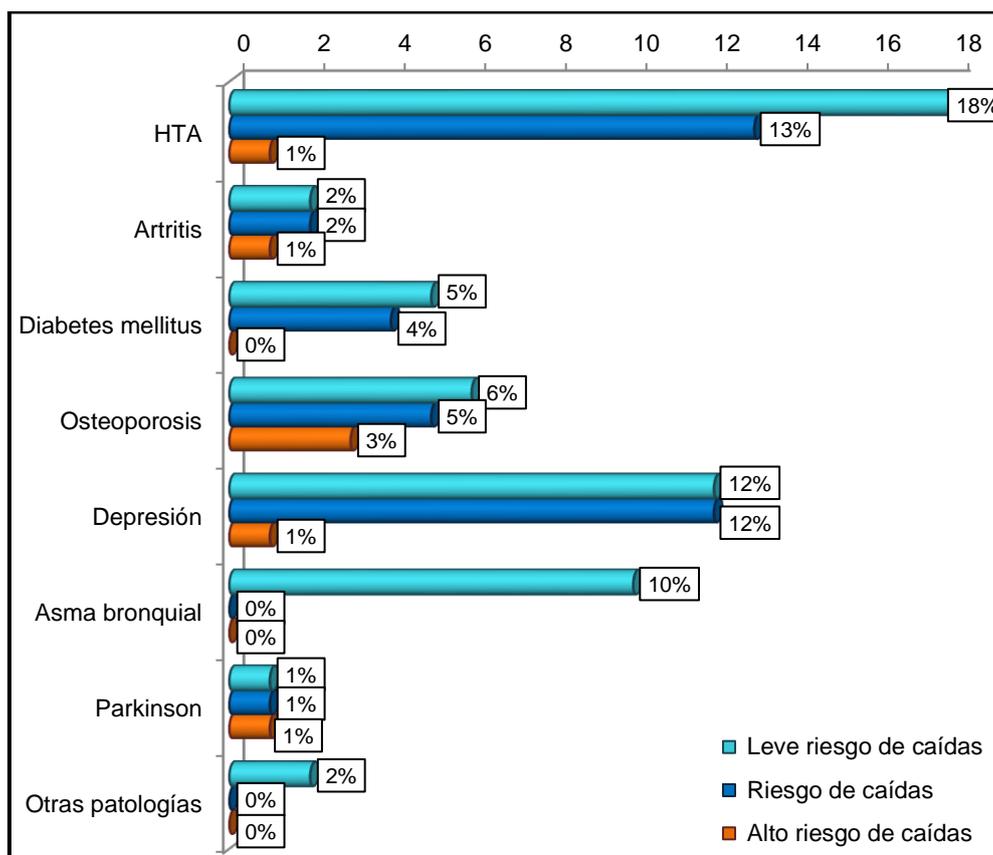
Tabla N° 12: Evaluación del riesgo de caídas por patologías asociadas

| | Riesgo de caídas de la muestra | | | Total |
|-------------------|--------------------------------|------------------|-----------------------|------------|
| | Leve riesgo de caídas | Riesgo de caídas | Alto riesgo de caídas | |
| HTA | 41 | 29 | 3 | 73 |
| Artritis | 4 | 4 | 1 | 9 |
| Diabetes mellitus | 12 | 8 | 0 | 20 |
| Osteoporosis | 15 | 11 | 7 | 34 |
| Depresión | 27 | 28 | 3 | 58 |
| Asma bronquial | 23 | 0 | 0 | 23 |
| Parkinson | 3 | 3 | 1 | 7 |
| Otras patologías | 5 | 1 | 0 | 6 |
| Total | 130 | 84 | 15 | 230 |

Fuente: *Elaboración propia*

La tabla N° 12 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por patologías asociadas. De los que padecían de hipertensión arterial, 41 presentaron leve riesgo de caídas; 29 tenían riesgo de caídas y 3 presentaban alto riesgo de caídas. De los que padecían de artritis, 4 presentaron leve riesgo de caídas; 4 tenían riesgo de caídas y 1 presentó alto riesgo de caídas. De los que padecían de diabetes mellitus, 12 presentaron leve riesgo de caídas; 8 tenían riesgo de caídas y ninguno presentó alto riesgo de caídas. De los que padecían de osteoporosis, 15 presentaron leve riesgo de caídas; 11 tenían riesgo de caídas y 7 presentaban alto riesgo de caídas. De los que padecían de depresión, 27 presentaron leve riesgo de caídas; 28 tenían riesgo de caídas y 3 presentaban alto riesgo de caídas. De los que padecían de asma bronquial, 23 presentaron leve riesgo de caídas; ninguno tenía riesgo de caídas y ninguno presentó alto riesgo de caídas. De los que padecían de Parkinson, 3 presentaron leve riesgo de caídas; 3 tenían riesgo de caídas y 1 presentó alto riesgo de caídas. De los que presentaban otras patologías, 5 presentaron leve riesgo de caídas; 1 tenía riesgo de caídas y ninguno presentó alto riesgo de caídas.

Figura 11. Evaluación del riesgo de caídas por patologías asociadas



La figura N° 11 muestra los porcentajes correspondientes.

Evaluación del riesgo de caídas de la muestra por fármacos administrados

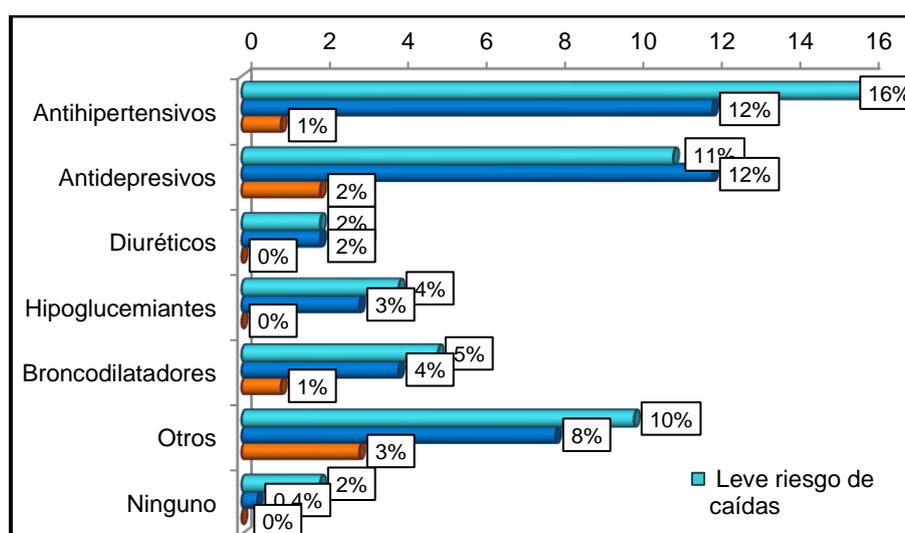
Tabla N° 13: Evaluación del riesgo de caídas por fármacos administrados

| | Riesgo de caídas de la muestra | | | Total |
|-------------------|--------------------------------|------------------|-----------------------|------------|
| | Leve riesgo de caídas | Riesgo de caídas | Alto riesgo de caídas | |
| Antihipertensivos | 39 | 29 | 3 | 71 |
| Antidepresivos | 27 | 28 | 4 | 59 |
| Diuréticos | 4 | 5 | 0 | 9 |
| Hipoglucemiantes | 10 | 8 | 0 | 18 |
| Broncodilatadores | 11 | 10 | 2 | 23 |
| Otros | 23 | 20 | 8 | 51 |
| Ninguno | 5 | 1 | 0 | 6 |
| Total | 119 | 101 | 17 | 237 |

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por fármacos consumidos. De los que consumían de antihipertensivos, 39 presentaron leve riesgo de caídas; 29 tenían riesgo de caídas y 3 presentaban alto riesgo de caídas. De los que usaban antidepresivos, 27 presentaron leve riesgo de caídas; 28 tenían riesgo de caídas y 4 presentaban alto riesgo de caídas. De los que usaban diuréticos, 4 presentaron leve riesgo de caídas; 5 tenían riesgo de caídas y ninguno presentó alto riesgo de caídas. De los que usaban hipoglucemiantes, 10 presentaron leve riesgo de caídas; 8 tenían riesgo de caídas y ninguno presentó alto riesgo de caídas. De los que usaban broncodilatadores, 11 presentaron leve riesgo de caídas; 10 tenían riesgo de caídas y 2 presentaban alto riesgo de caídas. De los que consumían otros fármacos, 23 presentaron leve riesgo de caídas; 20 tenían riesgo de caídas y 8 presentaban alto riesgo de caídas. De los que no consumían ningún fármaco, 5 presentaron leve riesgo de caídas; 1 tenía riesgo de caídas y ninguno presentó alto riesgo de caídas.

Figura 12. Evaluación del riesgo de caídas por fármacos consumidos



La figura N° 12 muestra los porcentajes correspondientes.

4.2. **Discusión de Resultados**

El propósito de la investigación tuvo como objetivo conocer cuáles son las características del Centro de atención residencia Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro en relación al riesgo de caídas. Para obtener el objetivo se aplicó en la evaluación la escala de Tinetti, que fue realizada por la Dra. Mary Tinetti de la Universidad de Yale (Estados Unidos) en 1986, este instrumento evalúa la movilidad del adulto mayor; esta escala tiene dos dominios: marcha y equilibrio en lo cual el objetivo principal es detectar aquellos ancianos con riesgo de caídas.

En nuestra investigación el riesgo de caídas estuvo presente con un 51,7% de leve riesgo de caídas, el 40,5% de riesgo de caídas y el 7,8% de alto riesgo de caídas. Sin embargo, este resultado difiere con el estudio de Jack Roberto Silva-Fhon et al (30) donde se encontró que de los 150 adultos mayores entrevistados la puntuación promedio alcanzada fue 21.7 (± 6.1) puntos e identificó que 37 (24.7%) presentaron un riesgo alto de caer; 55 (36.7%) fueron clasificados con riesgo de caer y 58 (38.7%).

En comparación a otros estudios precedentes como el estudio de Manrique-Espinoza Betty, Salinas-Rodríguez Aarón, Moreno-Tamayo Karla, Téllez-Rojo Martha M. realizado en México en el año 2006 (27), se encontró una mayor población comprometida en los adultos mayores.

Los resultados que obtuvimos en relación a la edad de acuerdo al riesgo de caídas se encontraron que en los adultos mayores entre 70 a 79 años obtuvieron un 18% de leve riesgo de caídas, un 13% de riesgo

de caídas y se demostró con mayor frecuencia entre las edades de 80 a 89 años un 24% de leve riesgo de caídas y un 21% de riesgo de caídas sin embargo a diferencia del estudio Lojudice Daniela Cristina, Laprega Milton Roberto, Rodrigues Rosalina Aparecida Partezani, Rodrigues Júnior Antonio Luis. (26) que en relación a la edad del Adulto Mayor sufrieron caídas con un 17 del (40,5%) eran de edad o mayores de 80 años, 16 (38%) entre 70 y 79 años nueve (21,5%) tenían entre 60 y 69 años.

En el estudio de Lojudice Daniela Cristina, Laprega Milton Roberto, Rodrigues Rosalina Aparecida Partezani, Rodrigues Júnior Antônio Luis. (26) y Jack Roberto Silva Fhon et al (28) predominó el sexo femenino con el 48,8%, en otros estudios también se demuestra que predominó el sexo femenino con el ($p = 0,035$). A diferencia de mi investigación se demostró que predominó el sexo masculino con un 27% en los adultos mayores de leve riesgo de caídas y un 24% de riesgo de caídas.

En relación al grado de instrucción resaltó con mayor frecuencia la educación primaria con un 24% de leve riesgo de caídas y el 19% de riesgo de caídas. En comparación con el estudio de Jack Roberto Silva-Fhon et al (30), se evidenció que el 40.7% tuvo una educación secundaria

En el mismo estudio de Lojudice Daniela Cristina, Laprega Milton Roberto, Rodrigues Rosalina Aparecida Partezani, Rodrigues Júnior Antônio Luis (26) se encontró varios factores de riesgo en el uso de medicamentos ($p = 0,047$), mala visión ($p = 0,029$), la ausencia actividad

física ($p = 0,035$), la presencia de la osteoartritis ($p = 0,000$) y depresión ($p = 0,034$). En nuestro estudio también se demostró que la patología más frecuente fue la hipertensión arterial con un 18% de leve riesgo de caídas y el 13% de riesgo de caídas.

4.3. Conclusiones

- Se determinó que el riesgo de caídas en los adultos mayores que asisten al Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro muestran con mayor frecuencia un 52% de leve riesgo de caídas, un 40% de riesgo de caídas y un 8% de alto riesgo de caídas. Esto representaría que se debe mejorar en el adulto mayor el equilibrio y la marcha mediante actividades físicas que promueve dicho centro.
- Se determinó que el riesgo caídas según la edad se demostró con mayor frecuencia entre las edades de 80 a 89 años un 24% de leve riesgo de caídas y un 21% de riesgo de caídas y 4% de alto riesgo de caídas en el Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.
- Se determinó que el riesgo de caídas según el sexo tiene mayor frecuencia en el sexo masculino representando un 27% de leve riesgo de caídas y 24% de riesgo de caídas y con un 3% de alto riesgo de caídas en el Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro.
- Se determinó que el riesgo de caídas según el grado de instrucción se encontró en los adultos mayores que habían terminado la educación primaria presentando un alto porcentaje de 24% de leve riesgo de caídas y un 19% de riesgo de caídas y 5% de alto riesgo de caídas en el Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.

- Se determinó que el riesgo de caídas según las patologías asociadas fue la hipertensión arterial obteniendo un 18% de leve riesgo de caídas y el 13% de riesgo de caídas y 1% de alto riesgo de caídas en el Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.
- Se determinó que el riesgo de caídas según los fármacos administrados fueron los medicamentos antihipertensivos los que muestran mayor porcentaje con un 16% de leve riesgo de caídas y 12% de riesgo de caídas y 1% de alto riesgo de caídas en el Centro de Atención Residencia Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro.

4.4. Recomendaciones

- Se recomienda a todos los centros asistenciales del adulto mayor de promover talleres de actividades físicas, recreativas, programas de fortalecimiento, gimnasia terapéutica, sala de juegos, tai-chi y los programas de psicomotricidad y de esta manera mejorar la marcha y el equilibrio asimismo mediante las caminatas y también mejorar las relaciones interpersonales y sociales para mejorar la calidad de vida y por ende su independencia funcional en el adulto mayor.
- Se recomienda al Centro de Atención Residencia Ignacio Rodolfo Viuda de Canevaro y a los demás centros a seguir capacitándose mediante las charlas informativas y programas de prevención para evitar el riesgo de caídas a la menor edad posible ya que en estos casos el nivel de riesgo es bajo a comparación de los grupos de mayor edad, de esta forma no tener un nivel de riesgo mayor cuando esta población tenga mayor edad.
- Es necesario seguir reforzando con las actividades que nos brinda el Centro de Atención Residencia Ignacio Rodolfo Viuda de Canevaro como los talleres de recreación, actividades preventivas, programas de fortalecimiento, gimnasia terapéutica, sala de juegos, tai-chi, etc. y de esta manera mejorar la marcha y el equilibrio asimismo mediante las caminatas y también mejorar las relaciones interpersonales y sociales en el adulto mayor.
- Es necesario que a través del equipo Multidisciplinario ayude el aspecto psicológico del adulto mayor para prevenir las diversas patologías y así evitar el riesgo de caídas en los adultos mayores.

- Incentivar a todos los albergados a seguir participando de los programas de actividades físicas y recreativas con el fin de obtener una buena calidad de vida para nuestros residentes, promoviendo la motivación y la vida activa en los adultos mayores.
- Obteniendo en mención al estudio se recomienda realizar más investigaciones en el área gerontológica a nivel multidisciplinario a fin de comprender la problemática del adulto mayor en cuanto a su calidad de vida y estilos de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salas Mainegra Arlene, Solórzano Gómez María, Reyes Carrillo Esther, González Limonta Maribel. Comportamiento del riesgo de caídas en el hogar en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(1):63-73.
2. La Organización Mundial de la Salud. Caídas. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>.
3. La Organización Panamericana de la Salud. Caídas. Disponible en:<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>
4. Edgar R Vieira, Richard C Palmer, Paulo H M Chaves. Prevention of falls in older people living in the community. 2016. BMJ; 353(1):14-19.
5. Damaris Francis Estrella Castillo, Héctor Armando Rubio Zapata, Pedro Sánchez Escobedo, Patricia Aguilar Alonzo, Roxana Araujo Espino. Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida Yucatán. RevMexMed Fis Rehab. 2011; 23(1):8-12.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de la Población Adulta Mayor. Lima: INEI; 2015. Boletín N°2.
7. Alejandra María Alvarado García, Ángela María Salazar Maya. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2):57-62.
8. Machado Cuétara Rosa Lidia, Bazán Machado Miriela A., Izaguirre Bordelois Marioneya. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. MEDISAN. 2014; 18(2): 158-164.
9. Arce Coronado Ilze Angela, Ayala Gutiérrez Abigail. Fisiología del envejecimiento. Rev. Med. Act. Clin. 2012; 17:813-818.

10. Fernández Alba, R., Manrique-Abril, FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del Adulto Mayor. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería .2010; 19:1-9.
11. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. Plan Nacional para las personas adultas mayores: 2006-2010.Lima.
12. Soto Casas Cindy Liliana. Valoración del Equilibrio y Marcha en Adultos Mayores que participan y no, en un Programa de Ejercicio Físico en el Hospital San Juan De Lurigancho. Tesis UNMSM 2014. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3764/1/Soto_cc.pdf
13. Maita Rojas Anally Fermina. Riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Tesis UNMSM.2008.Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/500/1/Maita_ra.pdf.
14. Resumen de Evidencias y Recomendaciones. Guía de práctica clínica. Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México; 2008.
15. Lumbreras Lacarra B, Gómez Sáez N, Donat Castelló L, Hernández Aguado I. Caídas accidentales en ancianos: situación actual y medidas de prevención. Trauma Fund MAPFRE.2008; Vol 19 (4):234-241.
16. Pérez-Rodríguez, Alberto Ulises, Domínguez-Sosa, Guadalupe, González-Baños, Elín. Factores de riesgo extrínsecos para caídas en un hogar para adultos mayores de Tabasco, México. UnderLicense of CreativeCommonsAttribution 3.0 License. 2014; 10(1):23.
17. Curcio Carmen Lucía, Gómez Fernando, Osorio José Luis, Rosso Viviana. Caídas recurrentes en ancianos Recurrent falls in the elderly. Acta

- MedColomb. 2009; 34(3): 103-110.
18. Esteban Cruz, Mariana González, Miriam López, Illythia D. Godoy, Mario Ulises Pérez. Caídas: Revisión de nuevos conceptos. Revista HUPE. 2014; Vol. 13, N. 2.
 19. Esteban Vega Alfaro. Prevención de caídas en el adulto mayor. revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII. 2009; (590) 353-355.
 20. Z.A. da Silva Gama A. Gómez Conesa. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. Fisioterapia. 2008; 30(3):142-51.
 21. Alvarado Astudillo Lucía Isabel, Astudillo Vallejo Christian Esteban, Sanchez Becerra Janneth Cristina. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay, Cuenca. Tesis Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina 2013 Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/TESIS.pdf>
 22. Sandra Sonalí Olvera-Arreola, Alicia Hernández-Cantoral, Silvino Arroyo-Lucas, Ma. Guadalupe Nava-Galán, María de los Ángeles Zapien-Vázquez, | María Teresa Pérez-López et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Revista de Investigación Clínica. 2013; 65(1): 88-93.
 23. Del Campo Real Alicia. Actuación de enfermería en la prevención de caídas en las personas mayores. Tesis Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería 2014 disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11816/1/TFG-H224.pdf>.

- 24.** Tinneth Monge Acuña, Yislen Solís Jiménez. El síndrome de caídas en Personas Adultos Mayores y su relación con la velocidad de la marcha. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*. 2016; (618) 91-95.
- 25.** María Victoria Quintero Cruz. Riesgo de Caídas en las Personas Mayores Institucionalizadas en Hogares Geriátricos del Distrito de Barranquilla. *Rev. salud mov.* 2009; 1 (1): 21-25.
- 26.** Lojudice Daniela Cristina, Laprega Milton Roberto, Rodrigues Rosalina Aparecida Partezani, Rodrigues Júnior Antônio Luis. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2010; 13(3): 403-412.
- 27.** Manrique-Espinoza Betty, Salinas-Rodríguez Aarón, Moreno-Tamayo Karla, Téllez-Rojo Martha M. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud pública Méx.* 2011; 53(1):26-33.
- 28.** Jack Roberto Silva Fhon, Suzele Cristina Coelho Fabrício-Wehbe, Thais Ramos Pereira Vendruscolo, Renata Stackfleth, Sueli Marques, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(5):09 pantallas.
- 29.** Kamińska, M. S., Brodowski, J., & Karakiewicz, B. Fall Risk Factors in Community-Dwelling Elderly Depending on Their Physical Function, Cognitive Status and Symptoms of Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12(4), 3406–3416.

- 30.** Jack Roberto Silva-Fhon, Milagros Mariela Porras-Rodriguez, Graciela Adilberta Guevara-Morote, Reydalsmaela Canales-Rimachi, Suzele Cristina Coelho Fabricio-Wehbe, Rosalina Aparecida Partezani-Rodrigues. Horiz. Med.2014; 14 (3).
- 31.** Camila Rodríguez Guevara , Luz Helena Lugo. Asociación Colombiana de Reumatología.2012, 19 (4) ,218-233.
- 32.** Ponce ContrerasNadiaPatrizia. Eficacia de un programa de ejercicio físico para mejorar el equilibrio estático y dinámico en ancianos institucionalizados. Navarra – España. Tesis UNMSM 2013. Disponible en:cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3489/1/Ponce_cn.pdf.
- 33.** Valeska Andrea Iturra Toledo, María Consuelo Oda Montecinos. Riesgo de caída en adultos mayores que practican Tango en el Centro de Adulto Mayor de la comuna de Santiago, Región Metropolitana. Chile. Tesis universidad de chile 2010. Disponible en :<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117162/TESIS%20Riesgo%20de%20ca%C3%ADda%20en%20adultos%20mayores%20que%20practican%20Tango%20en%20el%20Centro%20de%20Adulto%20Mayor%20de%20la%20comuna%20d.pdf?sequence=1>
- 34.** Dr. Jorge Felipe Vega Elguézabal, Dr. Enrique Díaz de León González, Dr. Abel Jesús Barragán Berlanga, Dr. Daniel H. Méndez Lozano. La escala de Tinetti igual o menor a 24 puntos es un factor asociado a caídas en pacientes geriátricos. Ciencias Clínicas. 21(7).

ANEXO N°1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

**“RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN
RESIDENCIA IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO”.**

Introducción

Las caídas en el Adulto Mayor se definen como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo.

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaró que en este estudio se pretende conocer el riesgo de caídas en los adultos mayores que asisten al Centro de Atención Residencia Rodolfo Viuda de Canevaro, para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal, luego se utilizará como instrumento de medición mediante la escala de Tinetti para lo cual se evaluara a través de dos sub escalas la marcha y el equilibrio. Su participación será por única vez.

Riesgos

Este estudio no presentará ningún riesgo para usted ya que nuestro estudio no existe ninguna contraindicación.

Beneficios

Los resultados de su evaluación de la escala de tinetti contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación en la se encuentra actualmente del riesgo de caídas en nuestro medio.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio concerniente a su persona, será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella. Asimismo, se le asignará un

código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo la investigadora sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerrados en un casillero con llave, al cual solo tendrá acceso la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresado (a): Lisseth Jenifer García Jesús

E-mail: lissethjenifer@hotmail.com

Teléfono:

Celular: 961755094

Dirección: Av. Santa Mercedes 471 URB. Palao. SMP

Asesor de Tesis: Lic. Yanina Soto Agreda

E-mail: tomasitosoto@gmail.com

Teléfono:

Celular: 937279301

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Alas Peruanas, al teléfono 01-4335522 Anexo 2.

Declaración del Participante e Investigadores

•Yo, _____, declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.

•Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 200 adultos mayores.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población de adultos mayores que asisten al Centro Residencial Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, las mismas por el cual es conocer el riesgo de caídas en los adultos mayores.

Yo: _____,

Identificado(a) con N°de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacer una entrevista personal y realizar como instrumento de medición la escala de tinetti, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI

NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

SI

NO

Firma del participante

INVESTIGADOR

ANEXO Nº2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/____

| VARIABLES DE ESTUDIO | |
|--|--|
| 1. Edad:_____ años | |
| 2. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| 3.Grado de instrucción: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> | |
| 4.Numeros de fármacos consumidos: ----- ----- ----- | |
| 5. patologías asociadas : HTA <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Asma bronquial <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> | |
| Observaciones: | |

ANEXO Nº3

PAUTA DEL TEST DE TINETTI

Apellido _____ Nombre _____ Edad _____ Fecha test _____

| EQUILIBRIO | |
|---|------------------|
| <i>Instrucciones:</i> Se sienta al sujeto en una silla dura sin brazos y luego se miden las siguientes maniobras | |
| 1.- Equilibrio al sentarse: - Se inclina o se desliza en la silla - Firme, seguro | 0 1 |
| 2.- Incorporación: - Incapaz sin ayuda - Capaz, pero usa los brazos como ayuda - Capaz sin usar los brazos | 0 1 2 |
| 3.- Intento de incorporación: - Incapaz sin ayuda - Capaz, pero necesita más de un intento - Capaz al primer intento | 0 1 2 |
| 4.- Equilibrio inmediato al levantarse (primeros 5 segundos): - Inseguro (tambalea, mueve los pies, inclinación marcada de tronco) - Firme, pero usa bastón o se afirma de otros objetos - Firme sin bastón u otra ayuda | 0 1 2 |
| 5.- Equilibrio en bipedestación: - Inseguro - Firme, pero con separación > 8 cm entre los talones o usa bastón u otro apoyo - Leve separación de pies y sin apoyo | 0 1 2 |
| 6.- Recibe un ligero empujón (sujeto con sus pies lo más cerca que pueda, examinador lo empuja suavemente por la espalda con la palma de la mano 3 veces): - Empieza a caer - Tambalea, se afirma - Se mantiene firme | 0 1 2 |
| 7.- Con los ojos cerrados (sujeto con los pies lo más cercano posible): - Inseguro - Firme | 0 1 |
| 8.- Giro en 360°: a) - Pasos discontinuos - Pasos continuos b) - Inseguro (se agarra, se tambalea) - Seguro | 0 1 0 1 |
| 9.- Sentarse: - Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla) - Usa los brazos o se mueve bruscamente - Seguro, se mueve suavemente | 0 1 2 |
| PUNTAJE DEL EQUILIBRIO (Menos que 10 = Alto riesgo de caída) | .../16 |

| MARCHA | |
|---|--------|
| <i>Instrucciones:</i> El sujeto se mantiene de pie con el examinador, caminan por la habitación primero a paso "normal" y luego a paso "rápido" pero seguro, utilizando los apoyos habituales para caminar (bastón o andador) | |
| 10.- Inicio de la marcha (inmediatamente después de la orden) | |
| - Con vacilación o múltiples intentos para empezar | 0 |
| - Sin vacilación | 1 |
| 11.- Longitud y altura del paso: | |
| a) <i>Oscilación del pie derecho</i> | |
| a.1. - No sobrepasa pie izquierdo | 0 |
| - Sobrepasa pie izquierdo | 1 |
| a.2. - Pie derecho no se levanta completamente del suelo al caminar | 0 |
| - Pie derecho se levanta completamente del suelo al caminar | 1 |
| b) <i>Oscilación del pie izquierdo</i> | |
| b.1. - No sobrepasa pie derecho | 0 |
| - Sobrepasa pie derecho | 1 |
| b.2. - Pie izquierdo no se levanta completamente del suelo al caminar | 0 |
| - Pie izquierdo se levanta completamente del suelo al caminar | 1 |
| 12.- Simetría de los pasos: | |
| - La longitud del paso derecho y del izquierdo son diferentes (estimado) | 0 |
| - La longitud del paso derecho y del izquierdo parecen iguales | 1 |
| 13.- Continuidad de los pasos: | |
| - Paradas o discontinuidad entre los pasos | 0 |
| - Pasos continuos | 1 |
| 14.- Trayectoria (estimada en relación a las baldosas, observe la trayectoria de uno de los pies en una distancia de 3 metros de recorrido): | |
| - Marcada desviación | 0 |
| - Desviación moderada o usa ayuda al caminar | 1 |
| - Recta sin ayuda | 2 |
| 15.- Tronco: | |
| - Marcado balanceo o usa ayuda para caminar | 0 |
| - Sin balanceo, pero flexiona las rodillas, arquea la espalda o extiende los brazos al caminar | 1 |
| - Sin balanceo, no flexiona ni emplea los brazos ni usa ayudas para caminar | 2 |
| 16.- Separación de los tobillos al caminar: | |
| - Tobillos separados | 0 |
| - Tobillos casi tocándose | 1 |
| PUNTAJE DE LA MARCHA (Menos que 9 = Alto riesgo de caída) | .../12 |
| PUNTAJE TOTAL (puntaje equilibrio + puntaje marcha) (Menos que 19 = Alto riesgo de caída) | .../28 |

ANEXO Nº4

FOTOS







ANEXO Nº 5: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FRECUENCIA DE RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIA IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO.

| PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADORES | METODOLOGÍA |
|---|---|--|---|---|--|
| <p>GENERAL</p> <p>PG. ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>PE₁. ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según la edad?</p> <p>PE₂. ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según el sexo?</p> <p>PG₃. ¿Cuánto es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según el grado de instrucción?</p> <p>PG₄. ¿Cuál es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según las patologías asociadas?</p> <p>PG₅. ¿Cuál es la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según los fármacos consumidos?</p> | <p>GENERAL</p> <p>OG. Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>OE₁. Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según la edad.</p> <p>OE₂. Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según el sexo.</p> <p>OE₃. Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según el grado de instrucción.</p> <p>OE₄. Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según las patologías asociadas.</p> <p>OE₅. Determinar la frecuencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores del Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, según los fármacos consumidos.</p> | <p>VARIABLE PRINCIPAL</p> <p>Riesgo de caídas</p> <p>VARIABLES SECUNDARIA</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Patologías asociadas</p> <p>Número de fármacos consumidos</p> | <p>Equilibrio</p> <p>Marcha</p> <ul style="list-style-type: none"> • 65 a 80 años • 70 a 79 años • 80 a 89 años • 90 a 99 años <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino <ul style="list-style-type: none"> • Básica o inicial • Educación primaria • Educación secundaria • Educación superior <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes mellitus • Artritis • Osteoporosis • Asma bronquial • Depresión • otros <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos • Antihipertensivos • Neurolepticos • Diureticos • Hipoglucemiantes • Otros • Ninguno | <p>Escala de Tinetti <19 = Riesgo alto de caídas 19 a 24 = Riesgo de caídas >24 = menor Riesgo de caídas</p> <p>Ficha de recolección de datos</p> | <p>DISEÑO DE ESTUDIO: Diseño descriptivo de tipo transversal.</p> <p>POBLACIÓN: todas las personas Adultos Mayores que residen al Centro de Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.</p> <p>MUESTRA: Se pretendió estudiar a toda la población en mención que cumplen los I criterios de inclusión un mínimo de 180 Adultos Mayores del Centro Atención Residencia Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro del Distrito de Rimac.</p> |