



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION**

**“RIESGO DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR EN DOS
CASAS GERIATRICAS DEL DISTRITO DE SAN BORJA-
2017”**

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

AUTOR:

STEFANY CENAIDA MAGALLANES POMA

ASESOR:

Lic.TM. HORNA ZEVALLOS BEATRIZ

LIMA, PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

STEFANY CENAIDA MAGALLANES POMA

**“RIESGO DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR EN DOS CASAS
GERIATRICAS DEL DISTRITO DE SAN BORJA-2017”**

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:

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi Madre Daysi.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi Padre Alfredo.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis Familiares.

*A mi hermano Jeison, por estar conmigo y apoyarme siempre, a mis familiares por ser el ejemplo, de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles; a mi tía Guillermina, a mi tío Antonio, a mi padrino Alcides y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.
¡Gracias a ustedes!*

Se agradece por su contribución para el
desarrollo de esta tesis a:

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo de esta tesis

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida.

Gracias a Dios por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis

Epígrafe:

“Quien consigue conservar la capacidad de percibir la belleza, no envejecerá nunca”.

(Franz Kafka).

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo transversal, el objetivo fue Conocer la Frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de Dos Casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017. La población fue de 200 Adultos Mayores. Se utilizó la escala de Tinetti. Los resultados muestran con respecto a la evaluación del Riesgo de caídas de la muestra en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros existe mayor riesgo de caídas con un 17%, seguido de riesgo medio de caídas con un 28% y sin riesgo de caídas un 55%. contrario al Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos donde el riesgo de caídas alto es solo el 3%, seguido de riesgo medio de caídas con 20% y sin riesgo de caídas 77%, respecto a la Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Sexo en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros prevalece el sexo femenino con un 63% resaltando un 11% con riesgo alto de caídas. Mientras que en el Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos es más frecuente también el sexo femenino pero el riesgo alto de caídas es en menor porcentaje 2%, el rango de edades con mayor riesgo es entre 80 a 90 años con 11% de riesgo alto, en Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos el rango de edades de alto riesgo de caídas es de 80 a 89 años con un 3%, el IMC los resultados muestran que en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros las clasificaciones con alto riesgo de caídas fueron delgadez y sobrepeso con un 6% respectivamente. En el Geriátrico Casa de Los Abuelos la clasificación con alto riesgo de caídas fue peso normal con un 2%, Por Antecedentes Patológicos. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros., presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de enfermedades cardiovasculares 20%.

Palabras clave: caídas, declive, calidad de vida, funcionalidad, alteración.

ABSTRACT

The type of study was cross-sectional, the objective was to know the Risk of Falls in the Elderly Adult of Two Homes in the District of San Borja 2017. The population was 200 seniors. The Tinetti scale was used. The results show that with respect to the evaluation of the Risk of falls of the sample in the Geriatric Center Señor de los Milagros there is a greater risk of falls with 17%, followed by average risk of falls with 28% and without risk of falls 55 %. Contrary to the Casa de Los Abuelos Geriatric Center where the risk of high falls is only 3%, followed by average risk of falls with 20% and without risk of falls 77%, in relation to the Risk Assessment of Sample Falls By Sex in the Geriatric Center Señor de los Milagros prevails the female sex with 63% highlighting 11% with high risk of falls. While in the Geriatric Center Casa de los Abuelos is also more frequent the female sex but the high risk of falls is in a lower percentage 2%, the age range with the highest risk is between 80 and 90 years old with 11% high risk, In Geriatric Center Casa de Los Abuelos the age range of high risk of falls is 80 to 89 years with 3%, IMC the results show that in the Geriatric Center Señor de los Milagros ranks with high risk of falls were thinness And overweight with 6% respectively. In the Geriatric House of the Abuelos the classification with high risk of falls was normal weight with a 2%, By Pathological Background. In the sample of the Geriatric Center Señor de los Milagros, presented a greater risk of falls, the elderly with cardiovascular diseases 20%.

Keywords: falls, decline, quality of life, functionality, alteration.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ÍNDICE	3
LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE FIGURAS	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Formulación del problema	10
1.2.1. Problema general.....	10
1.2.2. Problemas específicos	100
1.3. Objetivos de la investigación	10
1.3.1. Objetivo general:	10
1.3.2. Objetivos específicos:	111
1.4. Justificación.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. Bases Teóricas.....	13
2.1.1. Envejecimiento.....	13
2.1.2. Cambios durante el envejecimiento	13
2.1.3. Efectos de la edad sobre la marcha	14
2.1.4. Caída en el Adulto Mayor.....	15
2.1.5. Factores de una caída	15
2.1.6. Consecuencia de caídas	19

2.2. Antecedentes de la Investigación	20
2.2.1. Antecedentes internacionales	20
2.2.2. Antecedentes nacionales	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	24
3.1. Diseño del Estudio.....	24
3.2. Población	24
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	24
3.2.2. Criterios de exclusión.....	24
3.3. Muestra	25
3.3. Operacionalización de Variables	25
3.4. Procedimientos y Técnicas.....	26
3.5. Plan de análisis de datos.....	27
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	28
4.1. Resultados	28
4.2. Discusión de resultados.....	42
4.3. Conclusiones.....	46
4.4. Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXO Nº 1 Consentimiento informado	53
ANEXO Nº2 Ficha de recolección de datos.....	55
ANEXO Nº3 Test Tinetti	56
ANEXO Nº4 Matriz de Consistencia.....	58

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad de la Muestra	28
Tabla 2. Grupo Etéreo de la muestra	29
Tabla 3. Sexo de la muestra	30
Tabla 4. Clasificación del IMC de la muestra	31
Tabla 5. Antecedentes patológicos de la muestra.....	32
Tabla 6. Puntuación promedio del equilibrio estático.....	33
Tabla 7. Puntuación promedio del equilibrio dinámico de la muestra	34
Tabla 8. Puntuación promedio total de la muestra	35
Tabla 9. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra	36
Tabla 10. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra	37
Tabla 11. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra	39
Tabla 12. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra	40
Tabla 13. Evaluación del riesgo de caídas x antecedentes patológicos de la muestra	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Edad etárea de la muestra	29
Figura 2. Sexo de la muestra.....	30
Figura 3. Clasificación del IMC de la muestra	31
Figura 4. Antecedentes patológicos de la muestra	33
Figura 5. Puntuación promedio del equilibrio estático	34
Figura 6. Puntuación promedio del equilibrio dinámico de la muestra	35
Figura 7. Puntuación promedio total de la muestra	36
Figura 8. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra	37
Figura 9. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra por sexo de la muestra	38
Figura 10. Evaluación del riesgo de caídas por grupos etáreos de la muestra	39
Figura 11. Evaluación del riesgo de caídas por grupos etáreos de la muestra	41

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de las caídas en la población adulta mayor es un problema 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 ancianos que sufren caídas en un 50% requieren de atención médica y el 10% culmina en una fractura. Múltiples estudios han demostrado que la causa de las caídas en ancianos tiene origen multifactorial. Las consecuencias de este problema de salud no solamente incluye aumento en la morbilidad y mortalidad en este grupo etario, sino que tiene repercusiones sociales y psicológicas ya que el individuo después de caer, presenta miedo a que se repita el evento, pérdida de la autonomía si se lesionó, discapacidad funcional motora que requiere de largos periodos de rehabilitación con el subsiguiente aumento en costos de atención médica y de salud pública. También se sabe que las mujeres tienen más riesgo de caídas que los hombres y que las personas casadas tienen menos frecuencia de caídas que los viudos, divorciados o solteros. Otros factores que se han asociado a un aumento de las caídas son la artritis, diabetes y depresión. Por lo que es importante implementar mecanismos y programas de prevención de las caídas en adultos mayores, siendo las estrategias principales: programas de ejercicio físico tanto en la casa como en instituciones, vigilado y supervisado por profesionales, suplementos vitamínicos que incluyan calcio y otros minerales, corrección de deficiencias visuales, uso de equipos electrónicos para identificar situaciones de riesgo, evitar cambios en las rutinas físicas habituales entre otros.

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El incremento de la población adulta mayor ha puesto en evidencia un problema de salud pública ya que según en el censo poblacional realizado a nivel nacional en el año 2005, la población de adultos mayores representaba el 8,7%; el último censo realizado en el 2007 mostró que esta población se incrementó a 9,1%; y según proyecciones demográficas se espera que para el año 2025 ésta crezca hasta 12,6% (1).

La Guía De Diagnóstico Y Manejo De La Organización Panamericana De La Salud (OPS) señala que el 30% de los adultos mayores de una misma comunidad sufren al menos una caída al año, y que las mujeres son más propensas a las caídas. Los accidentes son la quinta causa de muerte en las personas adultas mayores, el 70% de los accidentes son caídas (2).

El riesgo de caídas aumenta significativamente y progresiva a medida que aumenta la edad ya que el proceso de envejecimiento traerá en gran medida cambios y trastornos físicos, sensoriales y cognitivos con consecuencias muy importantes tales como fracturas, restricción de la actividad, disminución de la salud, consecuencias psicológicas, sociales, riesgo de institucionalización e incluso mortalidad. Estudio llevado a cabo 17 en siete países de América Latina y el Caribe entre las personas mayores de 75 años o más describen que la mayor prevalencia de la limitación funcional para el desarrollo de las actividades básicas se encontraban en Chile (34,7%), México (30,2%), Argentina (32,1%) y Brasil (28,6%). Con respecto

a las actividades instrumentadas, las apariciones de la discapacidad fueron mayores en Brasil (33,8%), Chile (30,3%), Argentina (27,6%) y Cuba (26,7%) (2).

De acuerdo a las Perspectivas de Población Mundial de Naciones Unidas, en el 2010, Japón, con 225 adultos mayores por cien menores de 15, Italia y Alemania con 190, serán los países de mayor envejecimiento. Para ese año, Japón tendrá cuatro veces más Adultos Mayores por cada 100 niños y niñas que Chile. En cuanto al grado de dependencia en función de la edad, el 76,6% de los ancianos de menos de 85 años son personas independientes y el 23,4% son dependientes. Sin embargo, de los ancianos de 85 y más años, son independientes el 48,9% y dependientes el 51,1% (3).

En Cuba se constató que el 96,1 % de adultos mayores realizan de forma independiente las actividades de la vida diaria (4). Mientras que en Brasil se determinó que la prevalencia de incapacidad para actividades básicas fue del 26,8% y del 28,8% para actividades instrumentadas (5).

Otro estudio en el mismo país refiere que las mujeres presentaron más dependencia funcional que los hombres, tanto en la dependencia leve (77,5% contra 58,6%) cuanto en la dependencia moderada o grave (33,6% contra 20,3%). Los ancianos de 60 a 69 años y de 70 a 79 años refieren más frecuentemente dependencia leve del que los ancianos con más de 80 años. La dependencia moderada o grave es el 81,6% de los ancianos de 70 a 79 años y por 89,5% de los ancianos con 80 años o más (6).

En el Perú, el 46,5% presentan algún grado de dependencia para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (7).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la Frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de Dos Casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de dos casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto a edad?
- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto al sexo?
- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto al IMC?
- ¿Cuál es la frecuencia del Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto a los antecedentes patológicos?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general:

Conocer la Frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de Dos Casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de dos casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto a edad.
- Determinar la frecuencia de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto al sexo.
- Establecer la frecuencia de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto al IMC.
- Establecer la frecuencia del Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto a los antecedentes patológicos.

1.4. Justificación

La finalidad de esta investigación fue conocer la Frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de Dos Casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017. Aunque se reconoce la magnitud del problema a nivel mundial infortunadamente no se ha dado la suficiente respuesta a este problema, a pesar de que las caídas en adulto mayor implican un elevado costo sanitario y social para la comunidad de manera directa (costo de tratamiento y rehabilitación), como indirecta (pérdidas de productividad y pensiones por invalidez o viudez). Por todo ello el conocimiento acerca de las caídas y la lucha contra estas, constituye una prioridad social que merece toda la

atención de los sectores implicados; siendo esta la base fundamental del presente trabajo. Teniendo en cuenta que la mayoría de las caídas son potencialmente prevenibles, se identifica la necesidad prioritaria de establecer medidas efectivas con el fin de evitarlas y detener la cascada de sus terribles consecuencias que implican dependencia funcional, sobrecarga a la familia y a los cuidadores, institucionalización y muerte prematura. Por ende con los resultados obtenidos se crearán un plan de intervención adecuada y tratamiento posterior para mejorar y/o mantener su independencia maximizando así su calidad de vida, servirá también de antecedentes para investigaciones futuras.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Envejecimiento

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos (3).

Este fenómeno es un hecho de gran trascendencia social por las consecuencias que se están empezando a notar y se acentuarán en los próximos años (4,7-9).

2.1.2. Cambios durante el envejecimiento

En los adultos mayores los problemas y limitaciones que afectan son originados por las diversas patologías que presentan, los cambios fisiológicos se da como consecuencia del proceso natural del envejecimiento, se desconoce el motivo por el que las personas experimentan cambios a medida que envejecen, es por ello por lo que han surgido muchas teorías para dar una explicación a este proceso. Durante el proceso de envejecimiento, se evidencia por la disminución de la fuerza muscular, la amplitud de movimiento, la velocidad de la contracción muscular, la agudeza visual y auditiva, y los cambios posturales influyen los trastornos de la movilidad y el equilibrio funcional en los adultos mayores, puede estar relacionado con el sistema musculoesquelético, neuromuscular y los sistemas sensoriales. Estas alteraciones pueden causar algunos daños a las personas mayores,

como el aumento del riesgo de caídas, lo que reduce el nivel de independencia funcional y por lo tanto la disminución de la calidad de vida (5, 9, 10).

2.1.3. Efectos de la edad sobre la marcha

El deterioro físico que presentaran los adultos mayores hará que experimenten cambios en su mecánica de la marcha, también despertara el temor a caer, otros de los efectos que es el más común es la disminución de la velocidad, en general, como consecuencia de alteraciones en los distintos componentes de la marcha. Se puede presentar diferencias de acuerdo al sexo, en la mujer la velocidad todavía es menor que en el varón y la longitud de los pasos suele ser más pequeña. Las mujeres ancianas suelen tener una base de sustentación más pequeña y deambulación a pasos pequeños que ocasiona una marcha pélvica llamada «marcha de pato». (9)

El menor control muscular que hay a estas edades hace que el impacto del pie sobre el suelo sea más enérgico. Existe también una tendencia al valgo que coloca el cuello del fémur en una posición mucho más favorable para la fractura. La base de sustentación de los hombres ancianos, por el contrario, suele ser mayor, tanto en bipedestación como caminando. Por lo general, su postura suele ser más inclinada y arrastran los pies con importante flexión de los codos y las rodillas y disminución de las oscilaciones de los brazos. Tanto la fase de apoyo como la de separación del pie se prolongan y la anchura de la zancada es mayor (10).

2.1.4. Caída en el Adulto Mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad. Es una patología muy frecuente en la población adulta mayor, siendo un importante problema médico y de salud pública afectando a la calidad de vida de la persona provocando consecuencias muy importantes ya que puede causar lesiones, incapacidad, institucionalización, temor de volver a caer (síndrome post-caída) e incluso de muerte en este grupo de población, y por este motivo se consideran un factor de fragilidad en el anciano (15 y 16).

Se entiende por institucionalización a la residencia de los adultos mayores en instituciones de larga estancia o llamadas residencias geriátricas en donde se le brindara atención integral en salud, la necesidad de la institucionalización será a consecuencia de la disminución del estado funcional, aislamiento social, pérdida de autonomía e independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria (8). **Factores de una caída**

Las caídas en los adultos mayores están relacionadas con múltiples factores y comúnmente clasificado en intrínsecos y extrínsecos.

Factores Intrínsecos:

Son los cambios, trastornos relacionados con el envejecimiento, las patologías y los efectos causados por el uso de medicación que afectan a la capacidad funcional del adulto mayor (4 y 5).

Con el envejecimiento se afectaran funciones necesarias para mantener el equilibrio, como son: la propioceptiva, la vestibular y la visual que se integran

a nivel del cerebelo, es importante también son importantes la función muscular esquelética y la cognitiva (8).

Factores que predisponen a las caídas:

Alteraciones Oculares: esta alteración contribuye en un 50% a la inestabilidad. Los problemas visuales se relacionan con el 25 - 50% de las caídas. El envejecimiento habitualmente supone la aparición de cataratas, retinopatía, glaucoma, etcétera provocando disminución de la percepción y agudeza visual, disminución de la capacidad para discriminar colores, trastornos en la tolerancia a la luz y adaptación a la oscuridad (9).

Alteraciones Vestibulares: Con la edad se produce una pérdida de cilios en el oído interno, angioesclerosis, alteraciones bioeléctricas que ayudan a mantener el equilibrio durante el movimiento y del reflejo de enderezamiento (12).

Alteraciones de la Propiocepción. La sensibilidad propioceptiva es la que permite al cuerpo orientarse en bipedestación y en movimiento con respecto al suelo y a las partes del cuerpo. Se produce un deterioro progresivo de los mecanorreceptores de las articulaciones. Éste es mayor en las extremidades inferiores que en las superiores. (13)

Alteraciones musculo-esqueléticas: A medida que la edad avanza se va disminuyendo progresivamente la masa magra muscular ocasionando una disminución progresiva de la fuerza muscular, sobre todo, en los músculos anti gravitatorios. Se calcula que a los 70 años la fuerza ha disminuido entre un 25 y un 30% respecto al sujeto joven. La presencia de un IMC menor igual a 23 puede estar asociado a diferentes problemas, tales como: psíquicos,

sensoriales, físicos (movilidad, cansancio, debilidad generalizada), sociales, digestivos (malabsorción), hipercatabólicas (cáncer, diabetes), y la sarcopenia suponen mayor riesgo de padecer una caída. Se produce, además, una degeneración de los cartílagos articulares de la cadera y rodilla que afecta principalmente a las transferencias (9, 22).

Patologías que contribuyen a la presencia de caídas.

Enfermedades Cardiovasculares: Con el envejecimiento se produce una disminución de la sensibilidad de los barorreceptores por rigidez de las arterias que se traduce en una mala adaptación a los cambios de tensión arterial. Los trastornos del ritmo, la patología valvular o la cardiopatía isquémica pueden provocar un bajo gasto cardiaco y favorecer así la caída.

Enfermedad Degenerativa: Alteraciones osteomuscular asociados directa e indirectamente con la edad facilitan la aparición de caídas el dolor, la inestabilidad articular y la aparición de posiciones articulares viciosas.

Enfermedades en los pies: Artrosis, procesos inflamatorios, hallux valgus, dedos en garra, deformidades de las uñas, problemas isquémicos o neurológicos, etc. Como consecuencia, es frecuente que el anciano tenga un pie doloroso y una marcha insegura (9,12).

Deterioro cognitivo. La demencia puede acrecentar el número de caídas por tener alterada la capacidad de percepción visuoespacial, comprensión y orientación geográfica. En general, toda la patología del SNC (sistema nervioso central) y periférico condiciona un mayor riesgo de caída. En general, todas las patologías agudas pueden favorecer la aparición de caídas

en el adulto mayor Los adultos mayores se han establecido como los grandes consumidores de fármacos (21).

Polifarmacia: Los adultos mayores se ven expuestos a la utilización de polifarmacia por las diversas patologías que puedan presentar. Existe una relación directa entre el número de medicamentos y el mayor riesgo de sufrir una caída, considerándose una cifra claramente alarmante la de cuatro o más fármacos, ya que con los efectos de las interacciones entre medicamentos son más pronunciadas en los adultos mayores debido a los cambios en la absorción, metabolismo y eliminación (5, 8,12).

Mundialmente existe una gran preocupación por determinar un tratamiento en los adultos mayores para reducir los fármacos que puedan consumir. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud tengan en cuenta evaluar a fondo las necesidades de su uso o modificar su dosis para reducir el riesgo de posibles caídas (8, 21).

Factores Extrínsecos:

Se relaciona con los factores ambientales y sociales que acompañan a la caída representando riesgo al adulto mayor.

En el domicilio: Suelos irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles, presencia de alfombras, cables u otros elementos no fijos. Calzado inadecuado no cerrado y sin sujeción firme al pie. Iluminación insuficiente o excesivamente brillante. Escaleras sin pasamanos, peldaños altos o de altura irregular y ausencia de descansillos. Lavabos y retretes muy bajos, ausencia de barras de ducha y aseo. Camas altas y estrechas, objetos

en el suelo, muebles con ruedas o mesillas de noche que obstruyen el paso.
Asientos sin reposabrazos.

En la calle. Aceras estrechas, con desniveles y obstáculos; pavimento defectuoso, mal conservado o deslizante; semáforos de breve duración, bancos a una altura excesivamente alta o baja, etc.(5 y 9).

2.1.6. Consecuencia de caídas

Consecuencias Físicas:

Las caídas, pueden ocasionar contusiones, heridas, desgarros, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, torácicos. La contusión o lesión menor de partes blandas ocurre en el 50% de las caídas, y es causa de dolor y disfunción para las actividades de vida diaria. Se estima que sólo el 1% de las caídas producen fractura. La incidencia de fracturas aumenta de forma exponencial con la edad a partir de los 50 años, siempre de forma más acentuada en la mujer. Los factores de riesgo asociados a fractura de cadera son: osteoporosis, caídas de repetición, vida sedentaria, tabaco, IMC bajo o pérdida de peso importante por encima de los 50 años, consumo de psicofármacos, enfermedades neuropsiquiátricas, disminución de la agudeza visual e institucionalización. (17)

Consecuencias Psicológicas

La más importante es el síndrome postcaída, que se caracteriza por miedo a volver a caer. Esto supone una serie de cambios de comportamiento, pérdida de confianza en sí mismo, ansiedad, aislamiento social provocando disminución de las actividades físicas habituales y sociales.

La familia puede ejercer un papel de sobreprotección negativa, limitando la movilidad y aumentando así la probabilidad de institucionalización (9,12).

Consecuencias Socioeconómicas

Las caídas generan unos costes directos e indirectos. Los ancianos que han sufrido una o más caídas visitan con mayor frecuencia a su médico, acuden más a los servicios de urgencias, ingresan más frecuentemente en hospitales y residencias geriátricas independientemente de la edad y sexo. El hecho de requerir hospitalización tras una caída también se asocia a institucionalización. (18)

2.2. Antecedentes de la Investigación

2.2.1. Antecedentes internacionales

Estudio realizado en Colombia (2009). “Riesgo de Caídas en las personas mayores institucionalizadas en Hogares Geriátricos del distrito de Barranquilla”. El objetivo de este estudio fue Estimar el riesgo de caídas en los adultos mayores institucionalizados en el Distrito de Barranquilla. Se realizó un tipo de estudio descriptivo transversal. La población de estudio estuvo conformada por 104 ancianos residentes en los Hogares Geriátricos del Distrito de Barranquilla a los cuales se les aplicó la escala de movilidad de Tinetti que evalúa marcha y balance por separado y al sumarlos determina el riesgo de caídas. Los resultados muestran que se encontró que el 81,2% del total de adultos mayores estudiados presentan algún riesgo de caer. Por lo que se concluye que la alta prevalencia del riesgo de caída se constituye en un factor de riesgo para la salud física, pues son conocidas las graves consecuencias de una caída en los ancianos, las cuales pueden ir desde una

leve contusión hasta fracturas, hematomas cerebrales, disminución de la movilidad por miedo a caer entre otras, afectándose así su funcionalidad y en los casos más graves pueden conducir a la muerte. (13).

Estudio realizado en Colombia (2009).” Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad”. Objetivos. Estimar la prevalencia de caídas, los factores asociados y sus consecuencias en ancianos ≥ 70 años en 2 comunidades, previo a un estudio de intervención. Diseño. Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento. Dos comunidades mixtas urbanas-rurales. Participantes. Muestra de personas ≥ 70 años, 329 para el grupo de intervención (GI) y 372 para el grupo control (GC). Muestreo aleatorio o sistemático. Mediciones y resultados principales. Con un intervalo de confianza (IC) del 95% observamos en los que serán, respectivamente, GI y GC: varones, 38,9% (33,6-44,4) y 41,6% (36,6-46,9); media de edad de 80,11 (79,49- 80,73) y 78,42 años (77,77-79,07); mayores de 80 años, 41,9% (37,4-46,4) y 32,8% (29,5-36); nivel de dependencia elevado según el índice de Katz, 10,3% (9,2-11,4) y 13,2% (11,9- 14,5); personas que se han caído en el último año, 28,9% (25,8-31,9) y 32% (28,8-35,2); caídas recurrentes en personas que se han caído 34,7% (25,2-45,2) y 37% (28,3-46,3); número total de caídas, 166 y 218. Del total de caídas precisan asistencia médica el 45,4% (37,1-54) y el 30,3% (24,3-36,8); ingresos hospitalarios, 7,3% (3,8-12,3) y 5% (2,5-8,8); presentan fracturas el 10,4% (6-16,3) y el 6,9% (3,9-11,2). Las caídas ocurren principalmente en casa (61 y 56,5%); por causas ambientales (40 y 54%) y problemas de movilidad (37,5 y 36%); las lesiones más frecuentes son las inciso-contusas (86,1 y 77,9%). (14).

Un estudio realizado en Brasil (2010). “Caídas en el Adulto Mayor y su relación con la capacidad funcional, se trató de un estudio epidemiológico transversal de base poblacional, su muestra consistió en 240 pacientes adultos mayores con edad de 60 años y más, de ambos sexos, residentes en Riberão Preto. Los datos fueron obtenidos mediante los cuestionarios: perfil social, evaluación de caídas; Medida de Independencia Funcional y Escala de Lawton y Brody. El 25% pertenecían al grupo etaria de 80 años y más, siendo la edad mínima de 60 y la máxima de 94 años, con un promedio de edad de 73,5 años y desvío estándar ± 8 , La prevalencia de caídas con relación a los últimos seis meses anteriores a la entrevista fue del 33,3%; entre ellos, la mayoría era del sexo femenino, Entre los factores intrínsecos que causaron la caída en el adulto mayor se puede destacar: el 50%, alteración del equilibrio. Entre los factores extrínsecos prevalecieron: el 26,3%, pisos resbaladizos; el 18,8%, pisos irregulares o huecos, entre otros. Es importante aplicar medidas preventivas para ofrecer mejor condición de vida a los adultos mayores (18).

2.2.2. Antecedentes nacionales

Se realizó una investigación en Lima (2012). “Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú”. Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal que tuvo como objetivo Evaluar el riesgo de caídas en una población de 150 adultos mayores de 60 años y más, de ambos sexos, que acuden a dos Centros de Día. Se recolecto los datos por medio de los instrumentos de perfil social, Mini-Examen del Estado Mental y la Escala de Tinetti. Se observó predominio del sexo

femenino con 75.3%; predominó el grupo etario de 80 años y más con 33.3%; A la evaluación de la marcha y del equilibrio por medio de la Escala de Tinetti, se encontró que de los 150 adultos mayores identificó que 37 (24.7%) presentaron un riesgo alto de caer; 55 (36.7%) fueron clasificados con riesgo de caer y 58 (38.7%) no presentaban riesgo de sufrir caídas en todos los niveles con predominio del sexo femenino. Señalan que es importante incentivar la actividad física por medio de ejercicios adecuados para proteger y conservar la marcha, mejorando la calidad de vida e incentivando el envejecimiento saludable (6).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio descriptivo de tipo transversal.

3.2. Población

La población objeto de estudio fueron todos los Adultos Mayores que acudieron a las dos casas geriátricas del distrito de San Borja durante el periodo de Diciembre del 2016 a Enero del 2017. (N=200).

3.2.1. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que acepten participar voluntariamente de este estudio, previa firma de un consentimiento informado. (ANEXO N°1)
- Adultos mayores cuyo rango de edades esta entre 60 a 90 años.
- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores que pertenezcan a la casa Señor de los Milagros del distrito de San Borja.
- Adultos mayores que pertenezcan a la casa Los Abuelos del distrito de San Borja.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no aceptaron participar de este estudio
- Adultos mayores que no colaboren con la evaluación y no permiten ser evaluados.
- Adultos mayores que no pertenezcan a ninguna de las dos casas geriátricas del distrito de San Borja.

- Adultos mayores que no se presentaron en la hora y fecha indicada

3.3. Muestra

Se estudió a todos los adultos mayores de las dos casas geriátricas del distrito de San Borja. Que fueron seleccionados a través de los criterios de inclusión y exclusión para la respectiva evaluación, que residan en una de las dos casas geriátricas del distrito de San Borja. (N=200). Se utilizó el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.3. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Registro
Principal: Riesgo de caídas	El riesgo de caídas en los adultos mayores es la probabilidad que tienen de sufrir una lesión a causa de diferentes factores que contribuyen a una caída.	Escala de Tinetti	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 25 a 28: No tiene riesgo de caídas • 19 a 24: Riesgo de caída mínimo. • <19: Riesgo de caída alto.
Secundarias: Edad	Tiempo de vida del Adulto mayor en años.	Documento Nacional de Identidad	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Números naturales enteros
Sexo	Termino que define las características biológicas de las personas.	Documento nacional de identidad	Binario	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Índice de masa corporal	Promedio que se calcula con el peso dividido por la talla al cuadrado	Fórmula matemática	continua	<ul style="list-style-type: none"> • Delgadez $\leq 23,0$ • Normal > 23 a < 28 • Sobrepeso ≥ 28 a < 32 • Obesidad ≥ 32
Antecedentes patológicos	Enfermedades que presenta la persona	Ficha de recolección de datos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades Musculoesqueléticas Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Respiratorias Enfermedades Metabólicas Enfermedades Gastrointestinales Enfermedades oculares

Fuente: Elaboración propia

3.4. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad A las Dos Casas Geriátricas del Distrito de San Borja. Para poder coordinar con las trabajadoras previa autorización de un consentimiento informado (Anexo 1) y poder realizar la evaluación respectiva. Del mismo modo se registrarán datos importantes que favorecerán a este estudio a través de una ficha de recolección de datos y el test de Tinetti. Así mismo se debe resaltar que todos los participantes, fueron evaluados por el mismo examinador con el fin de reducir los errores de medición en las fechas programadas.

Instrumento:

La Escala de Tinetti

Fue desarrollada por la Dra. Tinetti de la universidad de Yale en 1986, siendo su objetivo principal detectar riesgo de caídas en los adultos mayores. La escala está compuesta por nueve ítems de equilibrio y siete de marcha. Las respuestas se califican como 0, es decir, el individuo no logra o mantiene la estabilidad en los cambios de posición o tiene un patrón de marcha inapropiado, se considera como anormal; la calificación de 1, significa que logra los cambios de posición o patrones de marcha con compensaciones posturales, se denomina como adaptativa; por último, la calificación 2, realiza las tareas sin dificultades y se considera como normal.

El puntaje máximo del equilibrio es 16 y el de la marcha 12, de la suma de ambos se obtiene un puntaje total de 28, con el cual se determina el riesgo

de caídas, se considera que entre 25 – 28, No tiene riesgo de caídas, entre 19 - 24, el riesgo de caídas es mínimo, <19, el riesgo de caídas es alto.

La escala de Tinetti de marcha y equilibrio ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para la evaluación de la movilidad (r 0.74-0.93), además, tiene una alta fiabilidad inter-observador (0.95) (19).

Se puede administrar en un tiempo breve, sin equipos especiales, solo una silla sin apoyabrazos y un espacio para caminar (8 metros).

3.5. Plan de análisis de datos

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaron mediante el software SPSS versión 24, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. Resultados

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Edad de la Muestra

Tabla 1. Edad de la Muestra

	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.	Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.
N	100	100
Media	76,16	78,52
Desviación estándar	± 7,69	± 7,04
Edad mínima	63	63
Edad máxima	97	96

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 1 presenta las características de la muestra formada por 100 adultos mayores del Centro geriátrico Señor de los Milagros y 100 adultos mayores del Centro geriátrico Casa de Los Abuelos. Que fueron evaluados respecto al riesgo de caídas. Los adultos mayores del Centro geriátrico Señor de los Milagros, presentaron una edad promedio de 76,16 años con una desviación estándar de ±7,69 años y un rango de edad que iba desde los 63 a 97 años. Los adultos mayores del Centro geriátrico Casa de Los Abuelos, presentaron una edad promedio de 78,52 años con una desviación estándar de ±7,04 años y un rango de edad que iba desde los 63 a 96 años

Grupo Etéreo de la muestra

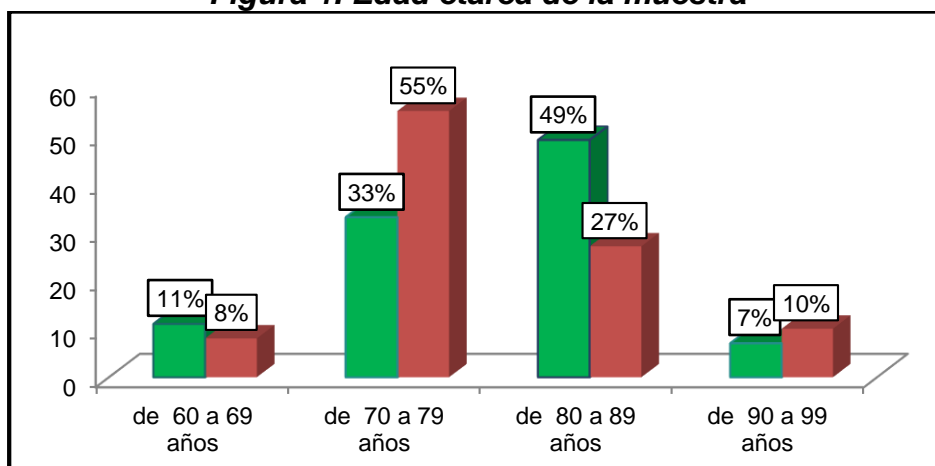
Tabla 2. Grupo Etéreo de la muestra

	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.		Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
de 60 a 69 años	11	11,0%	8	8,0%
de 70 a 79 años	33	33,0%	55	55,0%
de 80 a 89 años	49	49,0%	27	27,0%
de 90 a 99 años	7	7,0%	10	10,0%
Total	100	100,0%	100	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 2 presenta la distribución etérea de la muestra. En el Centro Geriátrico Señor de los Milagros, 11 adultos mayores tenían entre 60 a 69 años; 33 adultos mayores tenían entre 70 a 79 años; 49 adultos mayores tenían entre 80 a 89 años y 7 adultos mayores tenían entre 90 a 99 años. En el Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, 8 adultos mayores tenían entre 60 a 69 años; 55 adultos mayores tenían entre 70 a 79 años; 27 adultos mayores tenían entre 80 a 89 años y 10 adultos mayores tenían entre 90 a 99 años.

Figura 1. Edad etérea de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 1

Sexo de la muestra

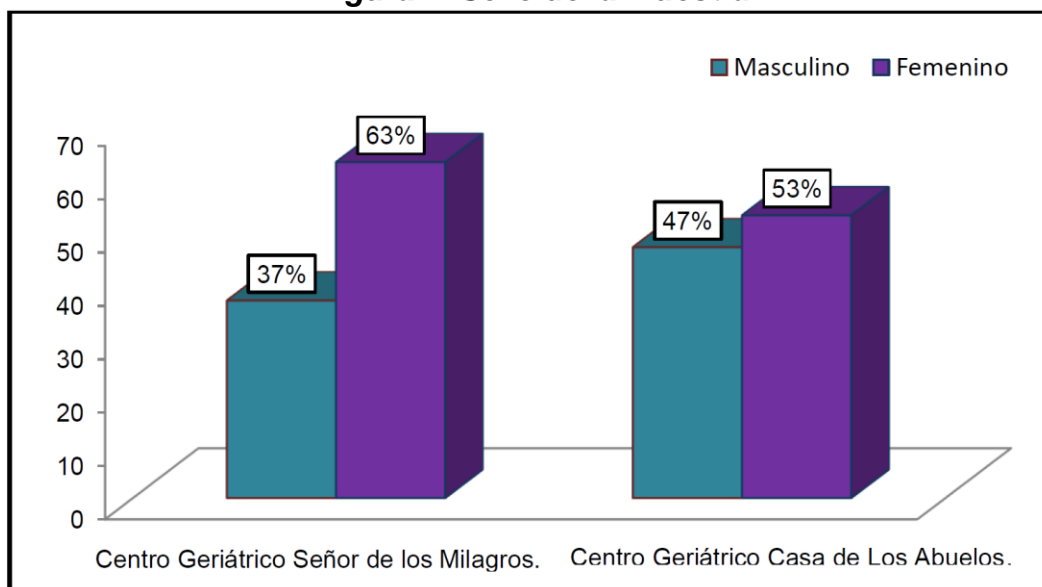
Tabla 3. Sexo de la muestra

	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.		Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	37	37,0%	47	47,0%
Femenino	63	63,0%	53	53,0%
Total	100	100,0%	100	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 3 presenta la distribución por sexo de la muestra. En el Centro Geriátrico Señor de los Milagros., 37 adultos mayores eran del sexo masculino y 63 del sexo femenino. En el Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, 47 adultos mayores eran del sexo masculino y 53 del sexo femenino.

Figura 2. Sexo de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 2

Clasificación del IMC de la muestra

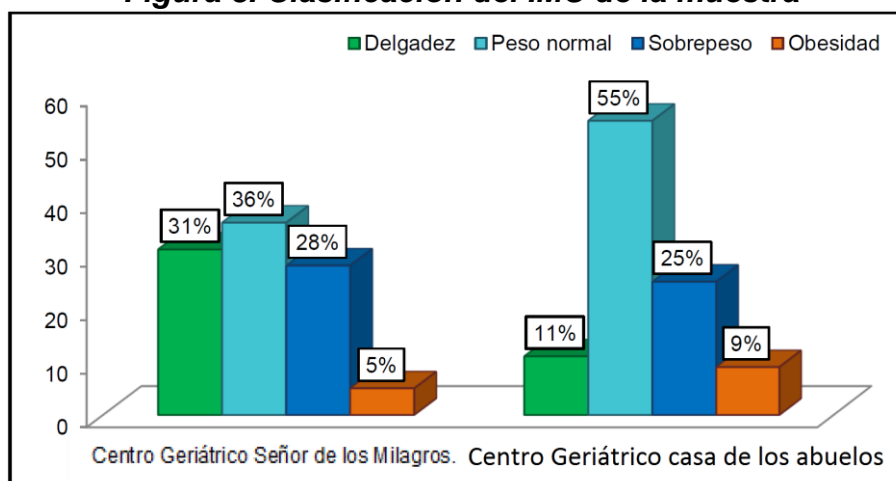
Tabla 4. Clasificación del IMC de la muestra

	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.		Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Delgadez	31	31,0%	11	11,0%
Normal	36	36,0%	55	55,0%
Sobrepeso	28	28,0%	25	25,0%
Obesidad	5	5,0%	9	9,0%
Total	100	100,0%	100	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 4 presenta la distribución de la muestra por clasificación del IMC. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros, 31 adultos mayores presentaron delgadez; 36 adultos mayores tenían peso normal; 28 adultos mayores estaban con sobrepeso y 5 adultos mayores tenían obesidad. En la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, 11 adultos mayores presentaron delgadez; 55 adultos mayores tenían peso normal; 25 adultos mayores estaban con sobrepeso y 9 adultos mayores tenían obesidad.

Figura 3. Clasificación del IMC de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 3.

Antecedentes Patológicos la muestra.

Tabla 5. Antecedentes patológicos de la muestra

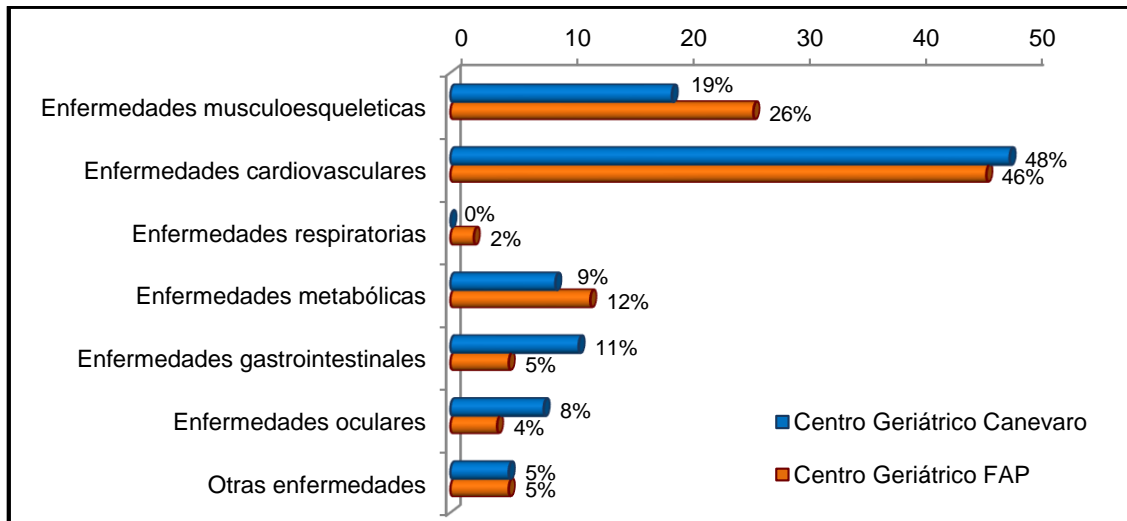
	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.		Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades musculoesqueléticas	31	19,4%	47	26,0%
Enfermedades cardiovasculares	77	48,1%	83	45,9%
Enfermedades respiratorias	0	0,0%	4	2,2%
Enfermedades metabólicas	14	8,8%	22	12,2%
Enfermedades gastrointestinales	17	10,6%	9	5,0%
Enfermedades oculares	13	8,1%	7	3,9%
Otras enfermedades	8	5,0%	9	5,0%
Total	160	100,0%	181	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5 presenta la distribución de la muestra por diagnóstico de las enfermedades que padecían. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros, 31 adultos mayores padecían de enfermedades musculoesqueléticas; 77 adultos mayores padecían de enfermedades cardiovasculares; ningún adulto mayores padecía de enfermedades respiratorias; 14 adultos mayores padecían de enfermedades metabólicas; 17 adultos mayores padecían de enfermedades gastrointestinales; 13 adultos mayores padecían de enfermedades oculares y 8 adultos mayores padecían de otras enfermedades. En el Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, 47 adultos mayores padecían de enfermedades musculoesqueléticas, 83 adultos mayores padecían de enfermedades cardiovasculares; 4 adultos mayores padecía de enfermedades respiratorias; 22 adultos mayores padecían de enfermedades metabólicas; 9 adultos mayores padecían de enfermedades

gastrointestinales; 7 adultos mayores padecían de enfermedades oculares y 9 adultos mayores padecían de otras enfermedades%.

Figura 4. Antecedentes patológicos de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 4.

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 6. Puntuación promedio del equilibrio estático.

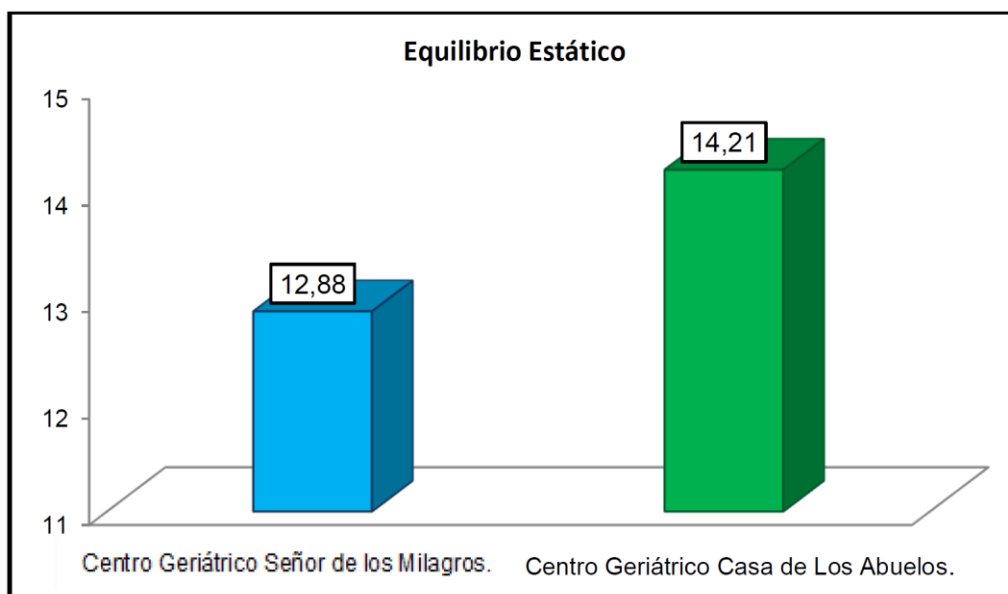
	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.	Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.
	Escala de Tinetti	Escala de Tinetti
Puntuación-Promedio Total	12,88	14,21

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 6 presenta los resultados, en puntuaciones, del equilibrio estático que presentó la muestra. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros. La evaluación del equilibrio estático presentó una puntuación promedio de 12,88 y en

la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, la evaluación del equilibrio estático presentó una puntuación promedio de 14,21. Se observa que la puntuación promedio es mayor en la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, lo cual indica que el riesgo de caídas es menor.

Figura 5. Puntuación promedio del equilibrio estático



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 5 muestra la puntuación de ambos centros geriátricos.

Equilibrio Dinámico - Promedio de la muestra en puntuaciones

Tabla 7. Puntuación promedio del equilibrio dinámico de la muestra

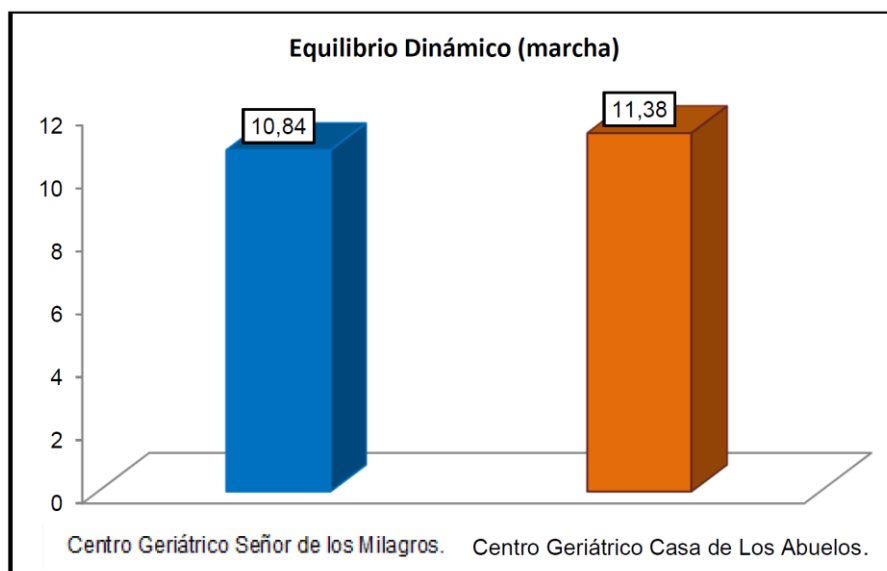
	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.	Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.
	Escala de Tinetti	Escala de Tinetti
Puntuación-Promedio Total	10,84	11,38

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 7 presenta los resultados, en puntuaciones, del equilibrio dinámico que presentó la muestra. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros, la

evaluación del equilibrio dinámico presentó una puntuación promedio de 10,84 y en la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, la evaluación del equilibrio estático presentó una puntuación promedio de 11,38. Se observa que la puntuación promedio es mayor en la muestra del Centro Geriátrico la Casa de Los Abuelos, lo cual indica que el riesgo de caídas es menor.

Figura 6. Puntuación promedio del equilibrio dinámico de la muestra



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 6 muestra la puntuación de ambos centros geriátricos.

Promedio total de la muestra

Tabla 8. Puntuación promedio total de la muestra

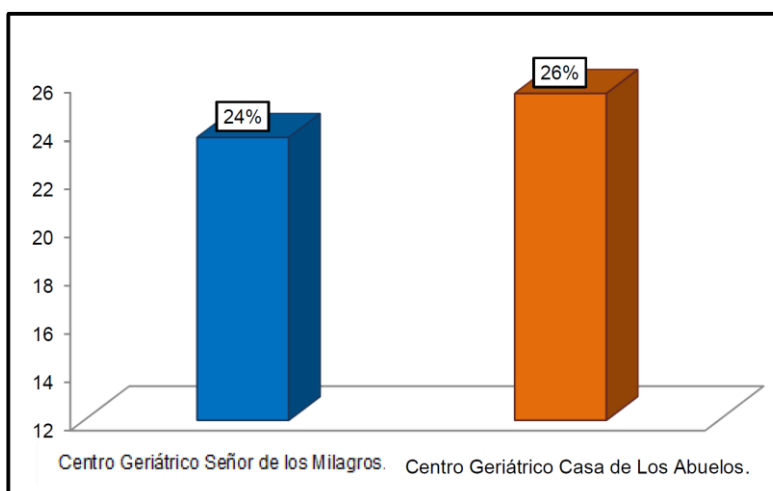
	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.	Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.
	Escala de Tinetti	Escala de Tinetti
Puntuación-Promedio Total	23,72	25,54

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 8 presenta los resultados en puntuaciones, de la evaluación del riesgo de caídas según la Escala de Tinetti, que presentó la muestra. La muestra del

Centro Geriátrico Señor de los Milagros, presentó una puntuación promedio de 23,72 y la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos presentó una puntuación promedio de 25,54. Se observa que la puntuación promedio es mayor en la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos lo cual indica que el riesgo de caídas es menor.

Figura 7. Puntuación promedio total de la muestra



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 7 muestra la puntuación de ambos centros geriátricos

EVALUACION DEL RIESGO DE CAÍDAS DE LA MUESTRA

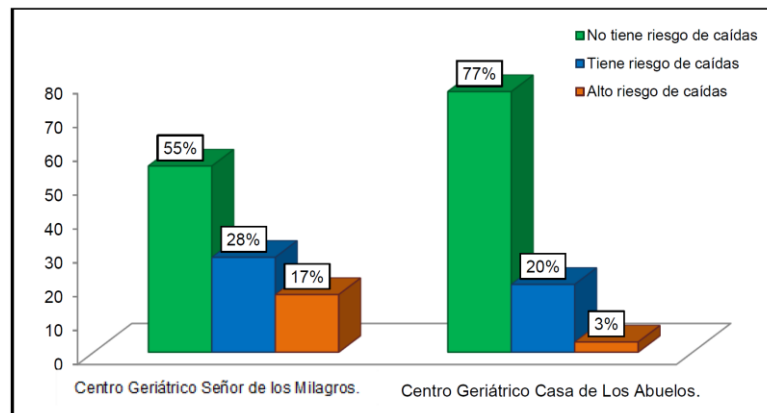
Tabla 9. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra

	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.		Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No tiene riesgos de caídas	55	55,0%	77	77,0%
Tiene riesgo de caídas Mínimo	28	28,0%	20	20,0%
Alto riesgo de caídas	17	17,0%	3	3,0%
Total	160	100,0%	288	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 9 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros, 55 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 28 tenían riesgo de caída mínimo y 17 presentaban alto riesgo de caídas. En la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, 77 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 20 tenían riesgo de caídas y solo 3 presentaban alto riesgo de caídas.

Figura 8. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 8

Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Sexo

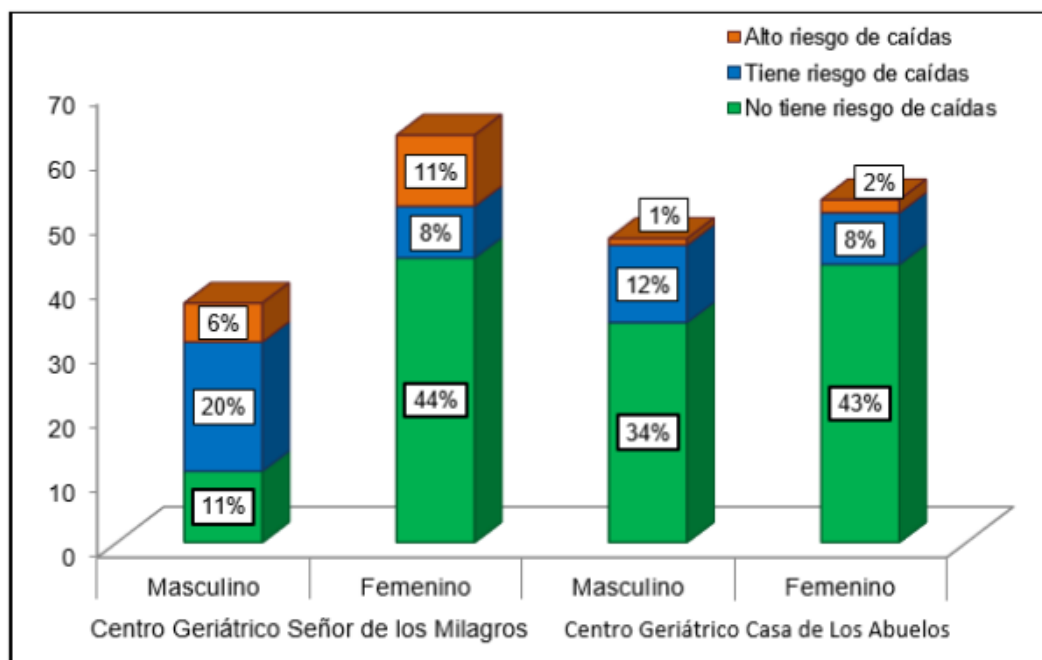
Tabla 10. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra

	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.		Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
No tiene riesgos de caídas	11	44	34	43
Tiene riesgo de caídas Mínimo	20	8	12	8
Alto riesgo de caídas	6	11	1	2
Total	37	63	47	53

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 10 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por sexo. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros, 11 hombres adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 20 tenían riesgo de caídas y 8 presentaban alto riesgo de caídas. En las mujeres, 44 no tenían riesgo de caídas, 8 tenían riesgo de caídas y 11 presentaban alto riesgo de caídas. En la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, 34 hombres adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 12 tenían riesgo de caídas y solo 1 presentaba alto riesgo de caídas. En las mujeres, 43 no tenían riesgo de caídas, 8 tenían riesgo de caídas y solo 2 presentaban alto riesgo de caídas.

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



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 9

Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Grupos Etéreos

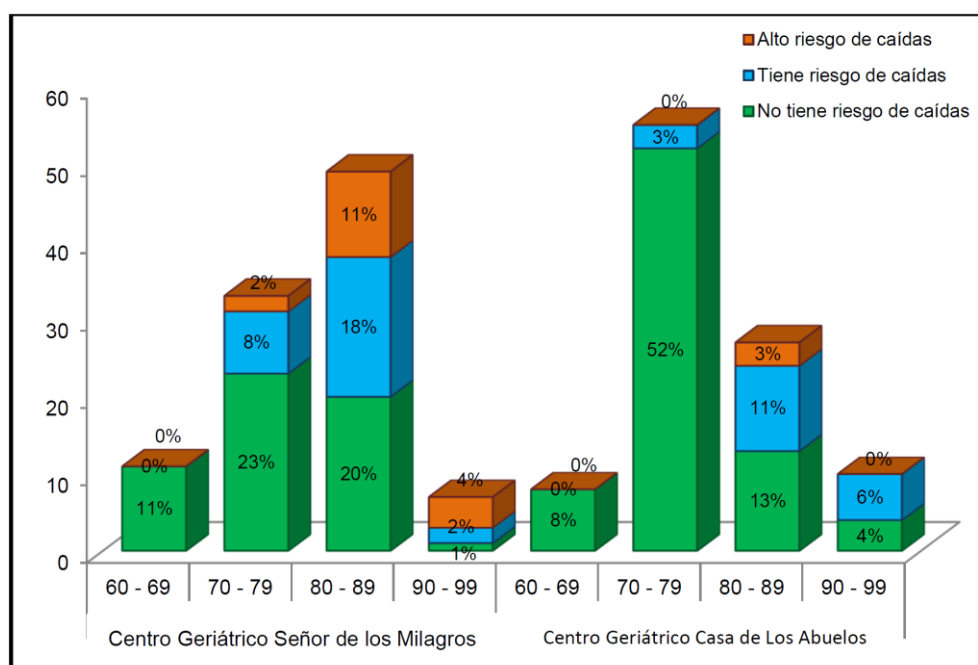
Tabla 11. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra

	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.				Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.			
	60 – 69 años	70 – 79 años	80 – 89 años	90 – 99 años	60 – 69 años	70 – 79 años	80 – 89 años	90 – 99 años
No tiene riesgos de caídas	11	23	20	1	8	52	13	4
Tiene riesgo de caídas Mínimo	0	8	18	2	0	3	11	6
Alto riesgo de caídas	0	2	11	4	0	0	3	0
Total	11	33	49	7	8	55	27	10

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 11 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por grupos etéreos. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros. Destaca el rango de 80 a 89 años con alto riesgo de caídas, seguido del rango del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos destaca el rango de 80 89 años con alto riesgo de caídas.

Figura 10. Evaluación del riesgo de caídas por grupos etéreos de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 10.

Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Grupos Etéreos

Tabla 12. Evaluación del riesgo de caídas de la muestra

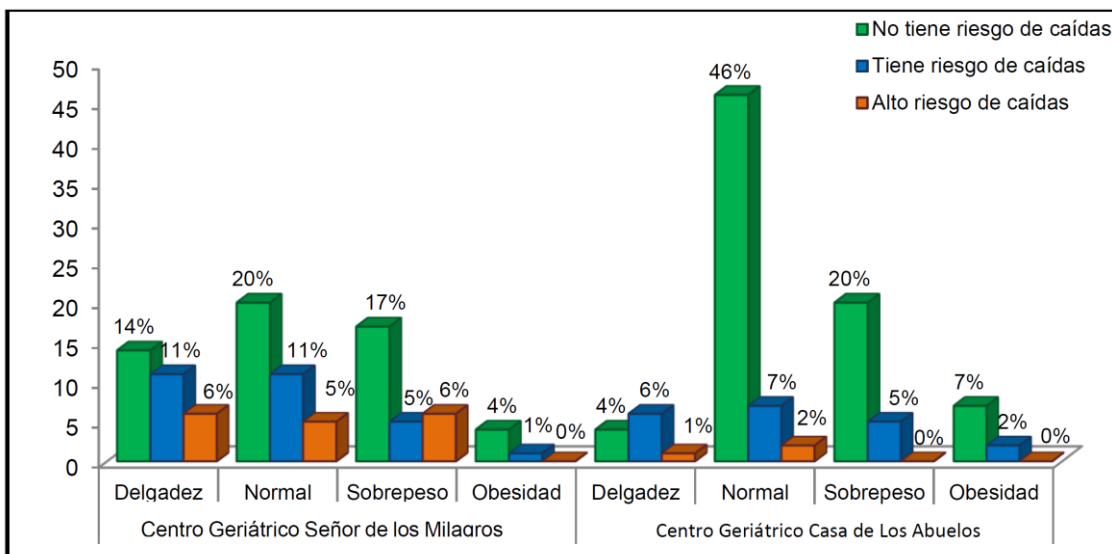
	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.				Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.			
	Delgadez	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Delgadez	Normal	Sobrepeso	Obesidad
No tiene riesgos de caídas	14	20	17	4	4	46	20	7
Tiene riesgo de caídas Mínimo	11	11	5	1	6	7	5	2
Alto riesgo de caídas	6	5	6	0	1	2	0	0
Total	31	36	28	5	11	55	25	9

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 12 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por clasificación del IMC. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros, de los que presentaron delgadez, 14 no tenían riesgo de caídas, 11 tenían riesgo de caídas y 6 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaron peso normal, 20 no tenían riesgo de caídas, 11 tenían riesgo de caídas y 5 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaron sobrepeso, 17 no tenían riesgo de caídas, 5 tenían riesgo de caídas y 6 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaron obesidad, 4 no tenían riesgo de caídas, 1 tenía riesgo de caídas y ninguno presentaba un alto riesgo de caídas. En la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos, de los que presentaron delgadez, 4 no tenían riesgo de caídas, 6 tenían riesgo de caídas y 1 presentaba alto riesgo de caídas. De los que presentaron peso normal, 46 no tenían riesgo de caídas, 7 tenían riesgo de caídas y 2 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaron sobrepeso, 20 no tenían riesgo de caídas, 5 tenían riesgo de caídas y ninguno presentaba alto riesgo de caídas.

De los que presentaron obesidad, 7 no tenían riesgo de caídas, 2 tenía riesgo de caídas y ninguno presentaba un alto riesgo de caídas.

Figura 11. Evaluación del riesgo de caídas por grupos etáreos de la muestra



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 11 muestra los porcentajes correspondientes

Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Antecedentes Patológicos

Tabla 13. Evaluación del riesgo de caídas x antecedentes patológicos de la muestra

	Centro Geriátrico Señor de los Milagros.			Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos.		
	No tiene riesgos	Tiene riesgo	Alto riesgo	No tiene riesgos	Tiene riesgo	Alto riesgo
Enfermedades musculoesqueléticas	15	12	4	34	13	0
Enfermedades cardiovasculares	45	15	17	56	19	8
Enfermedades respiratorias	0	0	0	4	0	0
Enfermedades metabólicas	1	5	8	17	3	2
Enfermedades gastrointestinales	9	4	4	7	2	0
Enfermedades oculares	6	7	0	4	3	0
Otras enfermedades	4	4	0	6	1	2
Total	80	47	33	128	41	12

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por antecedentes patológicos. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de enfermedades cardiovasculares (20%), los adultos mayores que padecían de enfermedades musculoesqueléticas (10%) y los adultos mayores que padecían de enfermedades metabólicas (8%). En la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos la, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de enfermedades cardiovasculares (15%) y los adultos mayores que padecían de enfermedades musculoesqueléticas (7%).

4.2. Discusión de resultados

Estudio realizado en Colombia en el año 2009. “Riesgo de Caídas en las personas mayores institucionalizadas en Hogares Geriátricos del distrito de Barranquilla”. La población de estudio estuvo conformada por 104 ancianos residentes en los Hogares Geriátricos del Distrito de Barranquilla a los cuales se les aplicó la escala de movilidad de Tinetti que evalúa marcha y balance por separado y al sumarlos determina el riesgo de caídas. Los resultados muestran que se encontró que el 81,2% del total de adultos mayores estudiados presentan algún riesgo de caer. Por lo que se concluye que la alta prevalencia del riesgo de caída se constituye en un factor de riesgo para la salud física, pues son conocidas las graves consecuencias de una caída en los ancianos, las cuales pueden ir desde una leve contusión hasta fracturas, hematomas cerebrales, disminución de la movilidad por miedo a caer entre otras, afectándose así su funcionalidad y en los casos más graves pueden conducir a la muerte. En comparación con nuestro estudio la frecuencia de

riesgo de caídas de la muestra en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros describe que existe mayor riesgo de caídas con un 17%, seguido de riesgo medio de caídas con un 28% y sin riesgo de caídas un 55%. contrario al Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos donde el riesgo de caídas alto es solo el 3%, seguido de riesgo medio de caídas con 20% y sin riesgo de caídas 77%. Por lo que se resalta poner mayor énfasis en la población del Geriátrico Señor de los Milagros.

Estudio realizado en Colombia en el año 2009.” Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad”. Se estudió dos comunidades mixtas urbanas-rurales. Participantes. Muestra de personas ≥ 70 años, 329 para el grupo de intervención (GI) y 372 para el grupo control (GC). Los resultados principales. Con un intervalo de confianza (IC) del 95% observamos en los que serán, respectivamente, GI y GC: varones, 38,9% (33,6-44,4) y 41,6% (36,6-46,9); media de edad de 80,11 (79,49- 80,73) y 78,42 años (77,77-79,07); mayores de 80 años, 41,9% (37,4-46,4) y 32,8% (29,5-36); nivel de dependencia elevado según el índice de Katz, 10,3% (9,2-11,4) y 13,2% (11,9-14,5); personas que se han caído en el último año, 28,9% (25,8-31,9) y 32% (28,8-35,2); caídas recurrentes en personas que se han caído 34,7% (25,2-45,2) y 37% (28,3-46,3); número total de caídas, 166 y 218. Del total de caídas precisan asistencia médica el 45,4% (37,1-54) y el 30,3% (24,3-36,8); ingresos hospitalarios, 7,3% (3,8-12,3) y 5% (2,5-8,8); presentan fracturas el 10,4% (6-16,3) y el 6,9% (3,9-11,2). Las caídas ocurren principalmente en casa (61 y 56,5%); por causas ambientales (40 y 54%) y problemas de movilidad (37,5 y 36%); las lesiones más frecuentes son las inciso-contusas (86,1 y 77, 9%). N

comparación con los resultados de nuestro estudio los factores que se asocian y le dan un gran peso a la ocurrencia de caídas son el sexo femenino con un 63% resaltando un 11% con riesgo alto de caídas. Mientras que en el Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos es más frecuente también el sexo femenino pero el riesgo alto de caídas es en menor porcentaje 2%, los Grupos Etéreos en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros el rango de edades con mayor riesgo es entre 80 a 90 años con 11% de riesgo alto, en Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos el rango de edades de alto riesgo de caídas es de 80 a 89 años con un 3% y los Antecedentes Patológicos. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros., presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de enfermedades cardiovasculares (20%), los adultos mayores que padecían de enfermedades musculoesqueléticas (10%) y los adultos mayores que padecían de enfermedades metabólicas (8%). En la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos la, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de enfermedades cardiovasculares (15%) y los adultos mayores que padecían de enfermedades musculoesqueléticas (7%).

Un estudio realizado en Brasil en el año 2010. “Caídas en el Adulto Mayor y su relación con la capacidad funcional”. Los resultados muestran que el 25% pertenecían al grupo etaria de 80 años y más, siendo la edad mínima de 60 y la máxima de 94 años, con un promedio de edad de 73,5 años y desvío estándar ± 8 , La prevalencia de caídas con relación a los últimos seis meses anteriores a la entrevista fue del 33,3%; entre ellos, la mayoría era del sexo femenino, Entre los factores intrínsecos que causaron la caída en el adulto

mayor se puede destacar: el 50%, alteración del equilibrio. Entre los factores extrínsecos prevalecieron: el 26,3%, pisos resbaladizos; el 18,8%, pisos irregulares o huecos, entre otros. En comparación con los resultados de nuestro estudio los factores de riesgo abordados fueron los factores intrínsecos como edad, sexo, IMC y patologías asociadas.

Se realizó una investigación en Lima en el año 2012. “Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú”. Los resultados muestran que se recolecto los datos por medio de los instrumentos de perfil social, Mini-Examen del Estado Mental y la Escala de Tinetti. Se observó predominio del sexo femenino con 75.3%; predominó el grupo etario de 80 años y más con 33.3%; A la evaluación de la marcha y del equilibrio por medio de la Escala de Tinetti, se encontró que de los 150 adultos mayores identificó que 37 (24.7%) presentaron un riesgo alto de caer; 55 (36.7%) fueron clasificados con riesgo de caer y 58 (38.7%) no presentaban riesgo de sufrir caídas en todos los niveles con predominio del sexo femenino. Así mismo los resultados de nuestro estudio respecto a la evaluación del Riesgo de caídas de la muestra en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros existe mayor riesgo de caídas con un 17%, seguido de riesgo medio de caídas con un 28% y sin riesgo de caídas un 55%.contrario al Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos donde el riesgo de caídas alto es solo el 3%, seguido de riesgo medio de caídas con 20% y sin riesgo de caídas 77%. Por lo que se resalta poner mayor énfasis en la población del Geriátrico Señor de los Milagros..

4.3. Conclusiones

- Con respecto a la evaluación del Riesgo de caídas de la muestra en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros existe mayor riesgo de caídas con un 17%, seguido de riesgo medio de caídas con un 28% y sin riesgo de caídas un 55%. contrario al Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos donde el riesgo de caídas alto es solo el 3%, seguido de riesgo medio de caídas con 20% y sin riesgo de caídas 77%. Por lo que se resalta poner mayor énfasis en la población del Geriátrico Señor de los Milagros.
- Respecto a la Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Sexo en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros prevalece el sexo femenino con un 63% resaltando un 11% con riesgo alto de caídas. Mientras que en el Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos es más frecuente también el sexo femenino pero el riesgo alto de caídas es en menor porcentaje 2%.
- Resultados de la Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Grupos Etáreos en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros el rango de edades con mayor riesgo es entre 80 a 90 años con 11% de riesgo alto, en Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos el rango de edades de alto riesgo de caídas es de 80 a 89 años con un 3%, lo cual certifica que a mayor edad mayor riesgo de caídas y declive funcional.
- Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Clasificación Del IMC los resultados muestran que en el Centro Geriátrico Señor de los Milagros las clasificaciones con alto riesgo de caídas fueron delgadez y sobrepeso con un 6% respectivamente. En el Geriátrico Casa de Los

Abuelos la clasificación con alto riesgo de caídas fue peso normal con un 2%.

- Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Antecedentes Patológicos. En la muestra del Centro Geriátrico Señor de los Milagros., presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de enfermedades cardiovasculares (20%), los adultos mayores que padecían de enfermedades musculoesqueléticas (10%) y los adultos mayores que padecían de enfermedades metabólicas (8%). En la muestra del Centro Geriátrico Casa de Los Abuelos la, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de enfermedades cardiovasculares (15%) y los adultos mayores que padecían de enfermedades musculoesqueléticas (7%)..

4.4. Recomendaciones

- Con los resultados obtenidos se recomienda implementar e incentivar una estrategia de actividad física por medio de ejercicios adecuados a la población adulto mayor para proteger y conservar la marcha, mejorando la función y calidad de vida e incentivando el envejecimiento saludable.
- Es de vital importancia el manejo multidisciplinario en esta población así mismo se debe verificar y cumplir con la eliminación de barreras arquitectónicas, supervisión en el uso de medicamentos y la participación de talleres de actividad física potenciando así la calidad de vida. Sin llegar a tener consecuencias graves por una lesión o daño.
- Se debe motivar a la familia que los adultos mayores a su cuidado deben tener una vida saludable, fomentando la actividad física en programas específicos para su edad, de tal manera que conservemos la marcha y el equilibrio previniendo complicaciones.
- Se debe realizar evaluaciones periódicas por personal de salud para la detección precoz de alteraciones y su posterior derivación a las áreas especializadas, controlar las enfermedades crónicas, vigilando la alimentación y consumo de fármacos evitando complicaciones posteriores.
- Integrar talleres recreativos y de actividad física como taichí, trabajo cardiovascular, actividades psicomotrices, baile actividades culturales para mejorar la calidad de vida en esta población de riesgo..

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela LF, Ortiz PJ, Chávez HA. Velocidad de la marcha en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. Rev Med Hered .2009; 20 (3): 133-138.
2. Organización panamericana de la salud. Guía de diagnóstico y manejo – Caídas. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>
3. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. Disponible en:
http://www.mimp.gob.pe/files/planes/plan_nac_pam_2013-2017.pdf
4. Alves T, Henrique M, Silva R, Souza C. Quedas e capacidade funcional em idosos habitação antiga na comunidade. Texto & Contexto – Enfermagem. 2011; 22(1): 43-51.
5. Melo TA, Oliveira A, Rangel LF, Silva MA, Nagaumi S, Freitas A, Peixoto V. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. Rev. esc. Enfermera. 2012; 46 (2): 320-327.
6. Silva JR, Porras MM, Guevara GA, Canales RI, Coelho SC, Partezani RA. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú. Horiz Med. 2014; 14(3):12-18.
7. Sanches MJ, Siqueira F, Bonifácio I, Clivelaro V. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” entre idosos. Rev. bras. Enfermera. 2004; 57(5): 560-564.
8. Oliveira D, Yoshie A. prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Rev. bras. Enfermera. 2010; 63 (6): 991-997.

9. Villar T, Mesa M, Esteban A, Sanjoaquin A, Fernández E. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) coordinación editorial. Tratado de geriatría para residentes: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); Madrid. 2006. 199 – 209.
10. Pacheco A, Ledur D, Teresinha S, Bertoldo T, Amorim M. Fatores Associados Às Quedas Entre Idosos Praticantes De Atividades Físicas. Texto Contexto Enferm, 2011; 20(2): 280-286.
11. Vera M, Campillo R. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2003 Oct [citado 2015 Sep 30]; 2003; 19(5): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500007&lng=es.
12. González RL, Rodríguez MM, Ferro MJ, García JR. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(1): 98 – 102.
13. Tejeda IC, Céspedes L, Baster JC, Esthefano RM. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. Correo científico médico de Holguín [revista en el internet]. 2005 [citado 2015 Sep 30]; 2005; 9(2): Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no92/n92ori1.htm>
14. Machado TC, Rodríguez C, Albuquerque J, Crespo LC, Ribeiro LF, Rezende TG, Falci F. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2): 234-240.

15. Sandoval L, Capuñay J, Varela L. Caídas en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered 1996; 7(3): 119-124.
16. Gac H, Marín PP, Castro S, Hoyl T, Valenzuela E. Caídas en los adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica. Rev Méd Chile 2003; 131: 887-894.
17. Vivian R, Costa SS, Devos EL, Teda M, Calcagno G, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. Acta Paul Enferm 2011; 24(6):828-833.
18. Silva JR, Coelho SC, Pereira TR, Stackfleth R, Marques S, Partezani RA. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2015 Oct 22]; 20(5): 927-934. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500015&lng=en&nrm=iso&tlng=es
19. Rodríguez C, Helena L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Rev. Colomb. Reumatol. 2012; 19(4): 218-233.
20. Miralles R, Esperanza A. Instrumentos Y Escalas De Valoración – Anexo 1. En: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) coordinación editorial. Tratado de geriatría para residentes: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); Madrid. 2006. 786-787.
21. Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. Uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile 2008; 19:309-17

22. Aguilar L, Contreras M, Del Canto y Dorador J, Vílchez W. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. .Lima 2013. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud.
23. Contreras M, Palomino C. Elaboración y mantenimiento de infantómetros y tallímetros de madera. Lima: Instituto Nacional de Salud / UNICEF; 2007.
24. González G, Marín P, Pereira G. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. Rev. Med. Chile 2001; 129(9), 1021-1030.

ANEXO Nº 1

Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“RIESGO DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR EN DOS CASAS GERIATRICAS DEL DISTRITO DE SAN BORJA-2017”

Introducción

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende conocer el **RIESGO DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR EN DOS CASAS GERIATRICAS DEL DISTRITO DE SAN BORJA-2017**”. Para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una evaluación personal que constará de la aplicación de la escala de Tinetti para valorar el riesgo de caídas que presenta. Su participación será por única vez.

Riesgos

No hay riesgo para usted ya que los instrumentos a utilizarse en el momento de su evaluación serán la escala de Tinetti para valorar riesgo de caídas y una ficha de recolección de datos. Los cuales nos facilitaran su evaluación.

Beneficios

Los resultados de su evaluación contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación en la que se encuentra la población Adulto Mayor de dos centros geriátricos con respecto al riesgo de caídas.

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 el investigador 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:

E-mail:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

Celular:

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 – 433552 Anexo 2.

Declaración del Participante e Investigadores

•Yo, _____,

autorizo y 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 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población que reside en dos centros geriátricos del distrito de san Borja.

Porque lo que se busca es conocer el riesgo de caídas, lo cual a futuro puede desencadenar complicaciones y mermar en su funcionalidad por ende calidad de vida.

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacerme una evaluación, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

NO

SI

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

NO

SI

Firma del participante

Investigador

ANEXO N°2

Ficha de recolección de datos

Código: _____

Fecha: ___/___/___

VARIABLES DE ESTUDIO											
1. Edad: _____ años											
2. sexo:											
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>										
3.- IMC											
<table border="1"><thead><tr><th>Categoría de nivel de peso</th><th>Rango del percentil</th></tr></thead><tbody><tr><td>Bajo peso</td><td>Menos del percentil 5</td></tr><tr><td>Eutrófico</td><td>≥ percentil 5 y < percentil 85</td></tr><tr><td>Sobrepeso</td><td>≥ 85 hasta y < percentil 95</td></tr><tr><td>Obeso</td><td>≥ percentil 95</td></tr></tbody></table>	Categoría de nivel de peso	Rango del percentil	Bajo peso	Menos del percentil 5	Eutrófico	≥ percentil 5 y < percentil 85	Sobrepeso	≥ 85 hasta y < percentil 95	Obeso	≥ percentil 95	
Categoría de nivel de peso	Rango del percentil										
Bajo peso	Menos del percentil 5										
Eutrófico	≥ percentil 5 y < percentil 85										
Sobrepeso	≥ 85 hasta y < percentil 95										
Obeso	≥ percentil 95										
4.- Patologías Asociadas:											
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades Musculoesqueléticas• Enfermedades Cardiovasculares• Enfermedades Respiratorias• Enfermedades Metabólicas• Enfermedades Gastrointestinales• Enfermedades Oculares											

ANEXO N°3

Pauta del Test Tinetti

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	0
- Firme, seguro	1
2.- Incorporación:	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz, pero usa los brazos como ayuda	1
- Capaz sin usar los brazos	2
3.- Intento de incorporación:	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz, pero necesita más de un intento	1
- Capaz al primer intento	2
4.- Equilibrio inmediato al levantarse (primeros 5 segundos):	
- Inseguro (tambalea, mueve los pies, inclinación marcada de tronco)	0
- Firme, pero usa bastón o se afirma de otros objetos	1
- Firme sin bastón u otra ayuda	2
5.- Equilibrio en bipedestación:	
- Inseguro	0
- Firme, pero con separación > 8 cm entre los talones o usa bastón u otro apoyo	1
- Leve separación de pies y sin apoyo	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	0
- Tambalea, se afirma	1
- Se mantiene firme	2
7.- Con los ojos cerrados (sujeto con los pies lo más cercano posible):	
- Inseguro	0
- Firme	1
8.- Giro en 360°:	
a) - Pasos discontinuos	0
- Pasos continuos	1
b) - Inseguro (se agarra, se tambalea)	0
- Seguro	1
9.- Sentarse:	
- Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)	0
- Usa los brazos o se mueve bruscamente	1
- Seguro, se mueve suavemente	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

Matriz de Consistencia

RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DE DOS CASAS GERIÁTRICAS DEL DISTRITO DE SAN BORJA 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>Pp. ¿Cuál es la Frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de Dos Casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Op. Conocer la Frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de Dos Casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017.</p>	<p>Variable principal Riesgo de caídas</p>	<p>Equilibrio</p> <p>Marcha</p>	<p>Escala de Tinetti. >19 = Riesgo alto de caídas. 19 a 24 = riesgo de caídas. > 24 = menor riesgo de caídas.</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.</p> <p>POBLACIÓN: La población objeto de estudio fueron todos los Adultos Mayores que acudieron a las dos casas geriátricas del distrito de San Borja durante el periodo de Diciembre del 2016 a Enero del 2017. (N=220)</p> <p>MUESTRA: Se estudió a todos los adultos mayores de las dos casas geriátricas del distrito de San Borja. (N=200. Se utilizó el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.</p>
<p>PROBLEMA SECUNDARIOS</p> <p>Ps. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de dos casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto a edad?</p>	<p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>Os. Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de dos casas Geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto a edad.</p>	<p>Variables Secundarias</p>	<p>Rangos de 60 a 90 años</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p>	
<p>Ps. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto al sexo?</p>	<p>Os. Determinar la frecuencia de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto al sexo.</p>	<p>Edad</p> <p>sexo</p>	<p>Masculino Femenino</p> <p>NSE A NSE B NSE C</p>		
<p>Ps. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto al IMC?</p>	<p>Os. Establecer la frecuencia de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto al IMC.</p>	<p>Patologías Asociadas.</p>	<p>Musculoesqueléticas Cardiovasculares Respiratorias Metabólicas Gastrointestinal es oculares</p>		
<p>Ps. ¿Cuál es la frecuencia del Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto a los antecedentes patológicos?</p>	<p>Os. Establecer la frecuencia del Riesgo de caídas en el Adulto Mayor de dos casas geriátricas del Distrito de San Borja 2017 respecto a los antecedentes patológicos.</p>	<p>IMC</p>	<p>Peso Talla</p>		