



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUDESCUELA PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA**

ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**“FRECUENCIA DE RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS
GERIATRICAS DEL DISTRITO DE JESUS MARIA LIMA 2016”**

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

FLORES RODRIGUEZ, AMADA REYNA DEL ROSARIO

ASESOR: LIC. TM JOHNNY TONDER ENRÍQUEZ

Lima, Perú

2016

HOJA DE APROBACIÓN

FLORES RODRIGUEZ, AMADA REYNA DEL ROSARIO

**“FRECUENCIA DE RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS GERIATRICAS DEL
DISTRITO DE JESUS MARIA LIMA 2016”**

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

2016



Se Dedicar este Trabajo:

A Dios, porque siempre ha estado presente en todas mis oraciones cuidándome y protegiéndome.

A mis padres que con esfuerzo dedicación, amor y paciencia están siempre conmigo.

A mis hermanos y a mi sobrino que significan una parte muy importante en mi caminar

Se Agradece por su Contribución para el Desarrollo de esta Tesis a:

Al Lic. TM Johnny Tonder Enríquez por su asesoría y ayuda constante en la realización del presente trabajo.

A mi Alma Mater “UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS” quien la llevo en mi corazón a todo lugar y en todo momento.

Epígrafe:

La madurez del hombre es haber
recobrado la serenidad con la
que jugábamos cuando éramos
niños.

Frederich Nietzsche

RESUMEN

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. El tipo de estudio realizado fue descriptivo transversal, el objetivo fue conocer la frecuencia de Riesgo de caídas en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María, La población objeto de estudio fueron 200 adultos mayores. Los resultados muestran, se logró conocer la frecuencia del riesgo de caídas a través del test de Tinetti los resultados muestran que en la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 55 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 28 tenían riesgo de caída mínimo y 17 presentaban alto riesgo de caídas. En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 77 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 20 tenían riesgo de caídas y solo 3 presentaban alto riesgo de caídas. La residencia geriátrica con mayor porcentaje 17% de alto riesgo de caídas es Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza. Es más frecuente el sexo femenino con un 63%. En la muestra, por grupos. Las edades más recuentes son: 70 y 79 años con 55%. Seguido de 80 a 89 años con 49%. Por clasificación del IMC. La clasificación más frecuente es el sobre peso con 28y 25% respectivamente.

Por lugar de procedencia. El lugar más frecuente fue la costa con 67%, seguido de la sierra con 34%., por grado de instrucción. Fue secundaria con 54% y educación superior con 53%.

Palabras claves: riesgo de caídas, equilibrio, marcha, calidad de vida.

ÍNDICE

CARATULA	¡Error! Marcador no definido.
HOJA DE APROBACION	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	
.....	
EPIGRAFE	
.....	
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
LISTA DE CONTENIDO (INDICE).....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
1.1. Planteamiento del Problema:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2. Formulación del Problema:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.1. Problema General:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2. Problemas Específicos:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3. Objetivos:	¡Error! Marcador no definido.
1.3.1. Objetivo General:	¡Error! Marcador no definido.
1.3.2. Objetivos Específicos:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4. Justificación :.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Bases Teóricas:.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.1. Definición de Adulto mayor.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.2. Problemas relacionados con la edad.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.3. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento cerebral.¡Error! Marcador no	
2.1.4. Deterioro cognitivo en el adulto mayor.	¡Error! Marcador no definido.
2.1.5. Definición de deterioro cognitivo leve (DCL):¡Error! Marcador no definido.	
2.1.6. Deterioro cognitivo grave o demencia:	¡Error! Marcador no definido.

2.1.7. Factores de riesgo para demencia y deterioro cognitivo	¡Error! Marcador no definido.
2.1.8. Síndromes geriátricos y su asociación con el deterioro cognitivo	¡Error! Marcador no definido.
2.1.9. Definición del Tai – Chi	¡Error! Marcador no definido.
2.2 Antecedentes:	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1. Antecedentes Internacionales:	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2. Antecedentes Nacionales:.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	¡Error! Marcador no definido.
3.1. Diseño del Estudio:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2. Población Y Muestra.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1. Criterios de Inclusión:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2. Criterios de Exclusión:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.3. Operacionalización de Variables:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.4. Procedimientos y Técnicas:	¡Error! Marcador no definido.
3.5. plan de Análisis de Datos:	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO IV DISCUSION DE RESULTADOS.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1. RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
4.2. Discusión de Resultados:	¡Error! Marcador no definido.
4.3. Conclusiones:.....	¡Error! Marcador no definido.
4.4. RECOMIENDACIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 1.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO N° 2.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO N° 3.....	¡Error! Marcador no definido.
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE TABLAS

Tabla Nº 1: Edad de la muestra.....	31
Tabla Nº 2: Grupos Etéreos de la muestra.....	32
Tabla Nº 3: Sexo de la muestra.....	32
Tabla Nº 4: Clasificación del IMC de la muestra.....	33
Tabla Nº 5: Lugar de procedencia de la muestra	34
Tabla Nº 6: Grado de instrucción de la muestra	34
Tabla Nº 7: Antecedentes patológicos de la muestra.....	35
Tabla Nº 8: Puntuación promedio del equilibrio estático.....	36
Tabla Nº 9: Puntuación promedio del equilibrio dinámico de la muestra.....	37
Tabla Nº 10: Evaluación del riesgo de caídas de la muestra.....	37
Tabla Nº 11: Evaluación del riesgo de caídas por sexo de la muestra.....	38
Tabla Nº 12: Evaluación del riesgo de caídas por grupos etéreos de la muestra.....	39
TABLA Nº 13: Evaluación del riesgo de caídas por clasificación del IMC de la muestra.....	40
Tabla Nº 14: Evaluación del riesgo de caídas por lugar de procedencia de la muestra.....	41
Tabla Nº 15: Evaluación del riesgo de caídas por grado de instrucción de la muestra.....	42
Tabla Nº 16: Evaluación del riesgo de caídas por antecedentes patológicos de la muestra.....	43

INTRODUCCION

Las caídas, son eventos obligatorios experimentados a través de la vida, muchas de estas caídas principalmente en los niños y adultos jóvenes son de mínimas consecuencias, olvidadas y no tienen mayor importancia. En contraste, en el adulto mayor son la mayor causa de morbilidad y mortalidad, las consecuencias generalmente se extienden más allá de una lesión menor que lleva a una pérdida significativa de la independencia funcional y hasta la muerte. Las caídas en la tercera

Edad son motivo de un problema mayor de salud y es el resultado de una compleja interacción entre factores biomédicos, fisiológicos, psicosociales y ambientales. Constituyen también uno de los síndromes geriátricos más importantes por su alta incidencia siendo la causa principal de muerte accidental en mayores de 65 años y la quinta causa de muerte en la población Adulto Mayor.(1)

Pueden ser el primer síntoma de una enfermedad no diagnosticada o la expresión inespecífica de diversos problemas de salud; son, además, uno de los indicadores a la hora de establecer los criterios que nos permitan identificar al anciano frágil (2.)

Los datos obtenidos sobre el número de caídas en personas mayores son siempre inferiores a la realidad, pues se silencia la mayor parte, salvo que presenten consecuencias o hayan sido vistas por otra persona. La frecuencia de las caídas se halla directamente relacionada con la edad y el sexo. Un tercio de las personas mayores de 65 años sufre una caída anual y esta frecuencia se eleva hasta un 40% en mayores de 75 años. En ancianos institucionalizados la incidencia alcanza el 50% anual. La prevalencia es mayor

en el sexo femenino (relación 2/1), aunque después de los 75 años se iguala en ambos sexos. (4,5)

Existe un claro predominio diurno de las caídas, lo que evidencia su clara relación con la mayor actividad. Se caerán más los pacientes auto valentes y semi-dependientes que los dependientes totales desde el punto de vista funcional. Los pacientes con deterioro cognitivo, en la medida en que conservan su desplazamiento, se caen el doble que los adultos mayores sin problemas cognitivos (6.)

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el presente siglo se asiste a una situación singular ya que más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento de la población en un reto para las sociedades modernas.(7)

La organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que Latino-América será la región que más envejecerá en los próximos 50 años, debido a la disminución de la natalidad y a la mejora en la calidad de vida. Con el proceso de envejecimiento, aparecen cambios biológicos que aumentan el riesgo de caer en el adulto mayor y es considerado un síndrome geriátrico (8).

Siendo una de las causas de mayor morbi-mortalidad en personas por arriba de los 65 años, llegan a provocar la muerte y ésta se ve incrementada con la edad. Se ha estimado que el 30% de las caídas ocurren en la comunidad o vivienda, en los sujetos que tienen 65 años; 40% en los de 80 años; los pacientes que se encuentran albergados en alguna institución, se han reportado 66% de caídas por año. Hay una tasa de comportamiento lineal en las caídas con respecto a la edad, entre 60-65 y 80-85. Muchas de las caídas no provocan lesión ni requieren atención médica por lo que no se reportan y por lo tanto, la frecuencia de las caídas es subestimada. (9)

En América Latina y el Caribe las lesiones traumáticas ocasionan 10% de la mortalidad y 18% de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad. Las caídas son un problema de salud pública porque se encuentran vinculadas a la discapacidad, a la disminución de la calidad de vida y al incremento del número de años de vida potencialmente perdidos. Además, demandan una mayor inversión de recursos económicos, sociales y humanos, la planeación de programas especializados y la redefinición de prioridades en salud. (10,11)

En México, como en muchos países en desarrollo, los retos de las transiciones epidemiológica y demográfica han contribuido a que las caídas en el adulto mayor sean reconocidas como un importante problema de salud pública por su aportación a la carga de mortalidad y morbilidad y por los altos costos para los sistemas de salud. (12,13).

En el Perú cifras del ministerio de salud registran que del 100% de los accidentes las caídas son el 33.3% del total y que los adultos mayores manifestaron haber tenido por lo menos una caída el último año, así mismo muestra mayor frecuencia de caídas en mujeres en el grupo de 60 a 69 años y en el grupo etáreo de 80-89 años no se encontraron diferencia de sexo. (14)

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María Lima 2016?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto a la edad en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María Lima 2016?
- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al sexo en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María Lima 2016?
- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al IMC en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María Lima 2016?
- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al lugar de procedencia en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María Lima 2016?
- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al grado de instrucción en Adultos Mayores institucionalizados

en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016?

- ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto a los antecedentes patológico en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

- Conocer la frecuencia de Riesgo de caídas en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto a la edad en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016.
- Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al sexo en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016.
- Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al IMC en Adultos Mayores institucionalizados en

Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016.

- Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al lugar de procedencia en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016.
- Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al grado de instrucción en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016.
- Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto a los antecedentes patológico en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima 2016.

1.4. Justificación :

La finalidad de esta investigación es conocer la frecuencia de Riesgo de caídas en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María lima. Ya que las complicaciones derivadas de las lesiones que ocasionan las caídas ejercen un impacto adverso sobre la red social, la economía del anciano y de su hogar, así como sobre la sociedad en general y los sistemas de salud, en particular son causa frecuente de depresión, ansiedad, miedo a volver a caer, pérdida de confianza en sí mismo, disminución de la autoestima y muchas veces marca el inicio de sobreprotección familiar, institucionalización y limitación de las actividades cotidianas afectándolos funcionalmente, situación que provoca una vida sin calidad tornándose en dependientes funcionales por lo tanto totalmente limitados en su autocuidado. Con los resultados obtenidos se pretende desarrollar un plan de intervención que nos permita identificar de manera precoz y oportunos los problemas y complicaciones asociados a este acontecimiento creando estrategias dirigidas a disminuir cifras de prevalencia del mismo modo este trabajo permitirá a otros investigadores desarrollar futuras investigaciones de mayor complejidad tomando como antecedente los resultados obtenidos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

2.1.1 Adulto Mayor:

Un adulto mayor o persona mayor es aquella de 60 años o más, edad promedio de expectativa de vida en el mundo, así como de retiro laboral. Según la Organización Mundial de la Salud, se considera adultos mayores a personas de 60 años que viven en los países en vías de desarrollo; y de 65 años a los que viven en países desarrollados. (15).

Con el proceso de envejecimiento, aparecen cambios biológicos que aumentan el riesgo de caer en el adulto mayor y es considerado un síndrome geriátrico

Entre las consecuencias que aparece posterior a la caída, está el miedo de sufrir una nueva caída, consecuentemente una disminución de las actividades habituales y pérdida de la independencia con aumento de la morbi- mortalidad. (16)

Los adultos mayores pueden presentar algún tipo de alteración en la marcha, que es definida, volviéndolos susceptibles de caer y causar daños físicos. La alteración del equilibrio es denominada, como un fuerte indicador de riesgo de sufrir caídas que puede llevar a padecer limitaciones (17).

Otro cambio importante que ocurre en el adulto mayor, es la disminución del estado cognitivo, ocasionando déficit en las funciones mentales superiores tales como inteligencia, memoria y aprendizaje y puede estar influenciado por enfermedades crónicas degenerativas y aspectos psicosociales. Se estima que el 7% de los adultos mayores con 65 años y más, presentan algún grado de déficit llevándolo a la demencia y esta cifra aumenta a medida que avanza la edad (18).

2.1.2 Caídas:

La caída, es definida por la Organización Mundial de la Salud, como cualquier acontecimiento en el cual el individuo se precipita al suelo en contra de su voluntad (19).

2.1.3 Factores de Riesgo de Caídas:

Factores de Riesgo Intrínsecos:

Se denominan así a aquellos factores que predisponen a las caídas y que forman parte de las características físicas de un individuo, dentro de estos, encontramos tanto modificables como no modificables. Entre los comúnmente asociados a caídas están: Edad mayor a 80 años, género femenino, caída previa, debilidad muscular de miembros inferiores, artritis, alteraciones del pie, dificultad y uso de ayudas técnicas para deambular, alteraciones de la marcha y balance, trastornos visuales, deterioro en las actividades de la vida diaria, depresión, daño cognoscitivo, uso de psicofármacos, incluyendo anti psicóticos, antidepresivos, anti demenciales, sedantes y uso de más de cuatro medicamentos. También dentro de este grupo de factores se encuentran la presencia de vértigo, mareos, confusión, hipotensión postural, infección, desequilibrio hidroelectrolítico, obesidad; trastornos visuales o vestibulares, cardiopatías diversas que provoquen bajo gasto; y neuropatías periféricas.

Por otro lado, en el desarrollo de las caídas no sólo deben tomarse en cuenta las patologías que comúnmente se asocian a éstas, sino también los cambios asociados al envejecimiento como la disminución de la agudeza visual, alteraciones de la acomodación, disminución de la audición, de modificación en la

respuesta de los barorreceptores del flujo y perfusión cerebral.(20)

Factores de Riesgo Extrínsecos:

Es de vital importancia para evitar futuras caídas investigar los siguientes factores extrínsecos, también llamados ambientales, del entorno ambiental o arquitectónico, en esta clasificación se incluye el uso de los zapatos, bastones, y andaderas que en malas condiciones o prescritos inadecuadamente influyen para que la persona adulta mayor sufra de caídas: Desconocimiento del lugar por donde deambula, mala iluminación, mobiliario inestable, camas altas o estrechas, pisos irregulares, resbaladizos, desnivelados, alfombras o tapetes arrugados, escaleras inseguras con peraltes elevados, aceras estrechas, desniveladas o con obstáculos, calzados inadecuados, bastones o andaderas muy cortos o muy largos, sillas de ruedas inestables o difíciles de manejar se pueden contar dentro de este grupo.(21)

2.1.4 Consecuencias de las caídas:

Consecuencias Físicas:

- **Fracturas:** Entre un 5-10% de los ancianos no institucionalizados que sufren una caída van a sufrir una fractura. Por otra parte, en el 90% de las fracturas de cadera, antebrazo, húmero y pelvis, existe el antecedente de una caída. El índice de fracturas tras sufrir una caída aumenta con la edad y en el sexo femenino, estimándose que más del 75% de las mujeres mayores de 80 años que las sufren se fracturan, frente al 27% de los hombres. (22)
- **Traumatismos Craneoencefálicos:** Son frecuentes en las caídas de los ancianos, probablemente por ineficacia de algunos de los mecanismos defensivos frente a ellas. Pueden ocasionar desde

conmociones cerebrales a lesiones ocupantes de espacio que requieren intervenciones quirúrgicas.

- Lesiones de partes blandas: Las lesiones de partes blandas (contusiones, heridas, desgarros musculares) aparecen aproximadamente en la mitad de las caídas. Al no requerir, generalmente, atención sanitaria urgente suelen pasar desapercibidas, minimizándose el impacto funcional que pueden tener al restringir la movilidad del mayor. Las contusiones costales, aún sin fractura, son muy dolorosas, modifican la mecánica ventilatoria y pueden condicionar complicaciones infecciosas respiratorias graves.
- Síndrome de Inmovilidad: es considerado consecuencia directa de la caída y sus complicaciones físicas. En otras ocasiones, es provocado por las complicaciones psicológicas, o sociofamiliares de las caídas. pérdida de fuerza y masa muscular, contracturas articulares riesgo de úlceras por presión, trombosis venosa profunda, alteraciones respiratorias, digestivas. (23)

2.1.5 Consecuencias psicológicas.

Síndrome post-caída (Síndrome de Kennedy):

Está bien documentado que el 25% de los mayores que han sufrido una caída reconocen haber restringido su movilidad y tener dificultades para mantener una independencia en el desarrollo de las actividades instrumentales y ordinarias de la vida diaria. No es posible explicar este fenómeno solo por la aparición de lesiones físicas. A este cambio de

comportamiento y de actitud del mayor que ha sufrido una caída se le denomina síndrome post-caída o síndrome de Kennedy. (24)

2.1.6 Consecuencias familiares y socioeconómicas:

Las implicaciones que sobre los hábitos de vida de los mayores y sus familias ocasionan las caídas son fácilmente imaginables. La pérdida de capacidad funcional del mayor ha de ser suplida por los cuidadores familiares, que deben adoptar un papel para el que, a menudo, no están capacitados, sensibilizados o dispuestos. La escasez de recursos socio sanitarios específicos para atender adecuadamente a estos pacientes, y apoyar a sus cuidadores, no ayuda en la solución del problema. Las caídas de repetición son un factor predisponente de institucionalización hasta un 40% de los mayores de 70 años que caen serán ingresados en residencias. Desde el punto de vista económico la repercusión es muy impactante. (25)

2.2 Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

Estudio realizado en México. (2002) Caídas en el Adulto Mayor y Factores Intrínsecos y Extrínsecos. El objetivo de esta investigación fue identificar los factores asociados con las caídas, se aplicó cédula de recolección de datos a pacientes de 60 años o más, con deterioro cognoscitivo, que por haberse caído ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital de Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez". Se registraron datos generales, patologías previas, estructuras lesionadas,

tipo de lesión, sitio de la caída, discapacidades y consumo de fármacos. Los resultados detallan que se estudiaron 924 pacientes con promedio de edad de 74.4 ± 9.6 años; las patologías más encontradas fueron cardiovasculares, metabólicas y osteomusculares. Tenían discapacidad visual y para deambular 82 y 57 %, respectivamente. Los tipos de lesión más encontrados fueron equimosis (97%), contusión (99.5 %) y fractura no expuesta (87 %); y las estructuras más lesionadas, cadera 50 %, cabeza y cara 24 %, mano 10 %, hombro 9 % y tobillo 9 %. La mayoría de las caídas ocurrió en la casa (62 %) y vía pública (26 %). Entre los factores asociados se encontraron caídas previas y edad mayor de 80 años, pluripatología, hipertensión, discapacidad para deambular, discapacidad visual y medicación múltiple. (26)

Estudio realizado en Chile. (2003) Caídas en Adultos Mayores Institucionalizados estudio de tipo prospectivo de grabación de todas las caídas, que fue desarrollado en un período de ocho meses, a 453 sujetos mayores de 60 años, que vive un hogar para ancianos. El objetivo fundamental fue evaluar el estado funcional de los sujetos que sufren caídas, a través del instrumento de la Cruz Roja Española los resultados obtenidos muestran que Ciento tres sujetos, con edades entre 70 a 80 años (24% de la muestra) sufrió caídas. La mayoría de las caídas fueron durante el día y al caminar. El 70% de los sujetos que sufren caídas no tenían antecedentes de caídas anteriores. 9% sufrido una fractura post caída. En comparación con los controles, los sujetos tuvieron una caída, más deteriorado funcional y cognitivo, se asoció además al consumo de benzodiazepinas y neurolépticos. Resaltando

que el riesgo de caídas son una asociación entre el estado funcional y el consumo de medicamentos psicotrópicos y la incidencia de caídas en ancianos institucionalizados. (27)

Estudio realizado en Brasil. (2012). Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Estudio epidemiológico transversal de base poblacional, con una muestra de 240 sujetos, con edad superior de 60 años, de ambos los sexos, residentes en Ribeiro Preto. Los datos fueron colectados entre noviembre del 2010 y febrero del 2011 y se utilizaron los cuestionarios: perfil social, evaluación de caídas; Medida de Independencia Funcional y Escala de Lawton y Brody. Fue adoptado el nivel de significancia de 0,05. Para la identificación de la ocurrencia de caídas y su relación con la capacidad funcional fueron utilizadas las pruebas de razón de prevalencia y regresión logística múltiple. Los resultados muestran que la edad promedio fue de 73,5 años ($\pm 8,4$), el 25% con 80 años a más, con predominio del sexo femenino; el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. Promedio 1,33 caídas ($\pm 0,472$); con mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores más jóvenes; el lugar más frecuente fue el patio y el baño. Hubo fuerte correlación entre el 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)

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

Un estudio realizado en Lima-Perú. (2014) Riesgo de caída en el Adulto Mayor que acude a dos Centros de Día. Este estudio tuvo como objetivo: Evaluar el riesgo de caídas asociado a las variables socio demográficas y el estado cognitivo en el Adulto Mayor, tipo estudio descriptivo transversal; en una población de 150 adultos mayores de 60 años y más, de ambos sexos, Para la colecta de la información se utilizó los instrumentos de perfil social, Mini-Examen del Estado Mental y la Escala de Tinetti. Los resultados muestran que el riesgo de caídas predominó en el sexo femenino (75.3%), el grupo etario con 80 años y más (33.3%). A la evaluación de la Escala de Tinetti se obtuvo una puntuación promedio de 21.7 (± 6.1). 54.7% presentó alto riesgo de caer; 36.7% con riesgo de caer correlación al estado cognitivo, se encontró que 20.7% presentaban estado cognitivo inadecuado. A la asociación, se verificó que el adulto mayor más viejo, presenta mayor riesgo de caer. Concluyendo que se resalta la necesidad que el equipo multiprofesional incentive la actividad física para mantener una fuerza y postura adecuada, además de ejercicios de memoria preservando el estado cognitivo, promocionando un envejecimiento activo y saludable. (29)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.

3.2. Población:

La población objeto de estudio estará constituida por todos los Adultos Mayores institucionalizados en 2 Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María (vida Fe y Esperanza, San Vicente de Paul) que fueron evaluados a través de la escala de Tinetti para conocer la frecuencia del Riesgo de caídas.(N=220).

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Adultos Mayores institucionalizados en la Residencia Geriátrica vida Fe y Esperanza del distrito de Jesús María.
- Adultos Mayores institucionalizados en la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul del distrito de Jesús María.
- Adultos Mayores cuyo rango de edades comprenden 65 a 90 años de edad.
- Adultos Mayores de ambos sexos.
- Adultos Mayores autovalentes.
- Adultos Mayores que acepten participar de este estudio previa firma del consentimiento informado (ver anexo 3).

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Adultos Mayores de centros geriátricos Diurnos del distrito de Jesús María.
- Adultos Mayores con deterioro cognitivo.
- Adultos Mayores que no acepten participar de este estudio.
- Adultos Mayores con limitaciones físicas y visuales.
- Adultos Mayores que no colaboren con la evaluación.
- Adultos Mayores que no se presentaron en la fecha y hora indicada para la evaluación.

Muestra:

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección, todos los Adultos Mayores institucionalizados en 2 Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María (vida Fe y Esperanza, San Vicente de Paul) los cuales fueron evaluados a través de la escala de Tinetti para conocer la frecuencia del Riesgo de caídas. (N=200). Se utilizó el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.3. Operacionalización de Variables:

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Riesgo de caídas	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.	Escala de Tinetti.	Ordinal Cualitativa.	>19 = Riesgo alto de caídas. 19 a 24 = riesgo de caídas. > 24 = menor riesgo de caídas.
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
Edad	Tiempo de vida de en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 65 a 90.
IMC	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
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre.	Documento Nacional de Identidad D.N.I)	Binaria	Masculino-femenino
Lugar de Procedencia	Termino que da a lugar al origen o nacimiento de la persona.	Ficha de recolección de datos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Costa • Sierra • Selva
Grado de instrucción.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Ficha de recolección de datos	Discreta	Educación Básica o inicial Educación primaria Educación secundaria Educación superior
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

3.4. Procedimientos y Técnicas:

Se solicitará el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas a las diferentes Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María. Para poder realizar la evaluación respectiva a los adultos mayores que moran en los lugares ya mencionados con el fin de conocer la frecuencia de riesgo de caídas con la finalidad de crear un plan de intervención inmediato. Del mismo modo se registrarán datos importantes que favorecerán a este estudio mediante la ficha de recolección de datos. Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocarán en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tendrá un código correspondiente al nombre del participante y será almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tendrá acceso a esta información.

Escala de Tinetti:

Escala observacional que permite evaluar, a través de dos sub escalas, la marcha y el equilibrio, destinado para la evaluación de adultos mayores. 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 (13).

Se puede administrar en un tiempo breve, sin equipos especiales, y permite obtener una puntuación útil para el seguimiento del paciente. Detecta a los ancianos con riesgo de caídas posibilitando la puesta en marcha de actividades encaminadas a la prevención de las mismas.

La primera sub escala que explora el equilibrio dividido en estático y dinámico, y la segunda sub escala que evalúa la marcha, la suma total de ambas

sub escalas es de 28 puntos; aquellos que obtienen un score menor de 19 puntos, presentan un alto riesgo de caer; entre 20 a 23 puntos tienen riesgo de caídas y mayor a 24 puntos no presentan riesgo de caídas.

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 23, 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

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

1.- Edad de la muestra

Tabla N° 1: Edad de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza	Residencia Geriátrica San Vicente de Paul
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 de la Residencia Geriátrica vida Fe y Esperanza y 100 adultos mayores de la Residencia Geriátrica, San Vicente de Paul, que fueron evaluados respecto al riesgo de caídas. Los adultos mayores de la Residencia Geriátrica vida Fe y Esperanza, presentaron una edad promedio de 76,16 años con una desviación estándar de $\pm 7,69$ años y un rango de edad que iba desde los 63 a 97 años. Los adultos mayores de la Residencia Geriátrica, San Vicente de Paul, presentaron una edad promedio de 78,52 años con una desviación estándar de $\pm 7,04$ años y un rango de edad que iba desde los 63 a 96 años.

2.- Grupo Etéreo de la muestra

Tabla Nº 2: Grupos Etéreos de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza		Residencia Geriátrica San Vicente de Paul	
	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 90 años	7	7,0%	10	10,0%
Total	100	100,0%	100	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla Nº 2 presenta la distribución etérea de la muestra. En la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza 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 90 años. En la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 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.

3.- Sexo de la muestra

Tabla Nº 3: Sexo de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza		Residencia Geriátrica San Vicente de Paul	
	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 la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 37 adultos mayores eran del sexo masculino y 63 del sexo femenino. En la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 47 adultos mayores eran del sexo masculino y 53 del sexo femenino.

4.- Clasificación del IMC de la muestra

Tabla N° 4: Clasificación del IMC de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza		Residencia Geriátrica San Vicente de Paul	
	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 de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 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 de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 11 adultos mayores presentaron delgadez; 55 adultos mayores tenían peso normal; 25 adultos mayores estaban con sobrepeso y 9 adultos mayores tenían obesidad.

5.- Lugar de procedencia de la muestra

Tabla N° 5: Lugar de procedencia de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza		Residencia Geriátrica San Vicente de Paul	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Costa	66	66,0%	67	67,0%
Sierra	34	34,0%	33	33,0%
Selva	0	0,0%	0	0,0%
Total	100	100,0%	100	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5 presenta la distribución de la muestra por lugar de procedencia. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 66 adultos mayores procedían de la costa; 34 adultos mayores procedían de la sierra y ningún adulto mayor procedía de la selva. En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 67 adultos mayores procedían de la costa; 33 adultos mayores procedían de la sierra y ningún adulto mayor procedía de la selva.

6.- Grado de instrucción de la muestra

Tabla N° 6: Grado de instrucción de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza		Residencia Geriátrica San Vicente de Paul	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Educación primaria	31	31,0%	18	18,0%
Educación secundaria	54	54,0%	29	29,0%
Educación superior	15	15,0%	53	53,0%
Total	100	100,0%	100	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 6 presenta la distribución de la muestra por grado de instrucción. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 31 adultos mayores tenían educación primaria; 54 adultos mayores tenían educación secundaria y 15 adultos mayores tenían estudios superiores. En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 18 adultos mayores tenían educación primaria; 29 adultos mayores tenían educación secundaria y 53 adultos mayores tenían estudios superiores.

7.- Antecedentes Patológicos la muestra

Tabla N° 7: Antecedentes patológicos de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza		Residencia Geriátrica San Vicente de Paul	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	31	19,4%	47	26,0%
Hipertensión arterial	77	48,1%	83	45,9%
Demencia senil	0	0,0%	4	2,2%
Artritis	14	8,8%	22	12,2%
Artrosis	17	10,6%	9	5,0%
Osteoporosis	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° 7 presenta la distribución de la muestra por antecedentes patológicos. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 31 adultos mayores padecían de Diabetes Mellitus; 77 adultos mayores padecían de Hipertensión arterial; ningún adulto mayor padecía Demencia senil; 14 adultos mayores padecían Artritis; 17 adultos mayores padecían

de Artrosis; 13 adultos mayores padecían de Osteoporosis y 8 adultos mayores padecían de otras enfermedades.

8.- 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° 8: Puntuación promedio del equilibrio estático

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza	Residencia Geriátrica San Vicente de Paul
	Escala de Tinetti	Escala de Tinetti
Puntuación-Promedio Total	12,88%	14,21%

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 8 presenta los resultados, en puntuaciones, del equilibrio estático que presentó la muestra. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, la evaluación del equilibrio estático presentó una puntuación promedio de 12,88 y en la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, la evaluación del equilibrio estático presentó una puntuación promedio de 14,21. Se observa que la puntuación promedio es mayor en la muestra de la Residencia Geriátrica san Vicente de Paul, lo cual indica que el riesgo de caídas es menor.

9.- Equilibrio Dinámico - Promedio de la muestra en puntuaciones

Tabla Nº 9: Puntuación promedio del equilibrio dinámico de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza	Residencia Geriátrica San Vicente de Paul
	Escala de Tinetti	Escala de Tinetti
Puntuación-Promedio Total	10,84%	11,38%

Fuente: Elaboración propia

La tabla Nº 9 presenta los resultados, en puntuaciones, del equilibrio dinámico que presentó la muestra. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, la evaluación del equilibrio dinámico presentó una puntuación promedio de 10,84 y en la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, la evaluación del equilibrio estático presentó una puntuación promedio de 11,38. Se observa que la puntuación promedio es mayor en la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul lo cual indica que el riesgo de caídas es menor.

10.- EVALUACION DEL RIESGO DE CAÍDAS DE LA MUESTRA

Tabla Nº 10: Evaluación del riesgo de caídas de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza		Residencia Geriátrica San Vicente de Paul	
	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° 10 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra. En la muestra de laResidencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 55 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 28 tenían riesgo de caída mínimo y 17 presentaban alto riesgo de caídas. En la muestra de laResidencia Geriátrica San Vicente de Paul, 77 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 20 tenían riesgo de caídas y solo 3 presentaban alto riesgo de caídas.

11.- Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Sexo

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

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza		Residencia Geriátrica San Vicente de Paul	
	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° 11 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por sexo. En la muestra de laResidencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 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 de laResidencia Geriátrica San Vicente de Paul, 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.

12.- Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Grupos Etéreos

Tabla Nº 12: Evaluación del riesgo de caídas por grupos etéreos de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza				Residencia Geriátrica San Vicente de Paul			
	60 – 69 años	70 – 79 años	80 – 89 años	90 – 99 años	60 – 69 años	70 – 79 años	80 – 89 años	90 – 90 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 Nº 12 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por grupos etéreos. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, los 11 adultos mayores que tenían de 60 a 69 años no tenían riesgo de caídas. Los adultos mayores que tenían de 70 a 79 años, 23 no presentaban riesgo de caídas, 8 tenían riesgo de caídas y 2 presentaron alto riesgo de caídas. En el grupo etéreo de 80 a 89 años, 20 no tenían riesgo de caídas, 18 tenían riesgo y 1 presentaban alto riesgo de caídas y, en el grupo etéreo de 90 a 99 años, solo 1 no tenía riesgo de caídas, 2 presentaban riesgo de caídas y 4 tenían alto riesgo de caídas. En la muestra de la Residencia Geriátrica Residencia Geriátrica San Vicente de Paul 8 adultos mayores que tenían de 60 a 69 años no tenían riesgo de caídas. Los adultos mayores que tenían de 70 a 79 años, 52 no presentaban riesgo de caídas, 3 tenían riesgo de caídas y ninguno presento alto riesgo de caídas. En el grupo etéreo de 80 a 89 años, 20 no tenían riesgo de caídas, 18 tenían riesgo y 11 presentaban alto riesgo de caídas y, en el grupo etéreo de 90 a 90 años, solo 4 no tenía riesgo de caídas, 6 presentaban riesgo de caídas y ninguno tenían alto riesgo de caídas

13.- Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Clasificación Del IMC

TABLA N° 13: Evaluación del riesgo de caídas por clasificación del IMC de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza				Residencia Geriátrica San Vicente de Paul			
	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%	55%	6%	0%	1%	2%	0	0
Total	31	36	28	5	11	55	25	9

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por clasificación del IMC. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 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 de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 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.

14.- Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Lugar De Procedencia

Tabla N° 14: Evaluación del riesgo de caídas por lugar de procedencia de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza			Residencia Geriátrica San Vicente de Paul		
	Costa	Sierra	Selva	Costa	Sierra	Selva
No tiene riesgos de caídas	40	15	0	54	23	0
Tiene riesgo de caídas Mínimo	17	11	0	10	10	0
Alto riesgo de caídas	9	8	0	3	0	0
Total	66	34	0	67	33	0

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 14 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por lugar de procedencia. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, de los que procedían de la costa, 40 no tenían riesgo de caídas, 17 tenían riesgo de caídas y 9 presentaban alto riesgo de caídas. De los que procedían de la sierra, 15 no tenían riesgo de caídas, 11 tenían riesgo de caídas y 8 presentaban alto riesgo de caídas. Ningún adulto mayor procedía de la selva. En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, de los que procedían de la costa, 54 no tenían riesgo de caídas, 10 tenían riesgo de caídas y 3 presentaban alto riesgo de caídas. De los que procedían de la sierra, 23 no tenían riesgo de caídas, 10 tenían riesgo de caídas y ninguno presentaba alto riesgo de caídas. Ningún adulto mayor procedía de la selva.

15.- Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Grado De Instrucción

Tabla Nº 15: Evaluación del riesgo de caídas por grado de instrucción de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza			Residencia Geriátrica San Vicente de Paul		
	Primaria	Secundaria	Superior	Primaria	Secundaria	Superior
No tiene riesgos de caídas	20	27	8	14	18	45
Tiene riesgo de caídas Mínimo	5	16	7	3	9	8
Alto riesgo de caídas	6	11	0	1	2	0
Total	31	54	15	18	29	53

Fuente: Elaboración propia

La tabla Nº 15 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por grado de instrucción. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, de los que habían estudiado primaria, 20 no tenían riesgo de caídas, 5 tenían riesgo de caídas y 6 presentaban alto riesgo de caídas. De los que habían estudiado secundaria, 27 no tenían riesgo de caídas, 16 tenían riesgo de caídas y 11 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaban estudios superiores, 8 no tenían riesgo de caídas, 7 tenían riesgo de caídas y ninguno tenía alto riesgo de caídas. En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, de los que habían estudiado primaria, 14 no tenían riesgo de caídas, 3 tenían riesgo de caídas y 1 presentaba alto riesgo de caídas. De los que habían estudiado secundaria, 18 no tenían riesgo de caídas, 9 tenían riesgo de caídas y 2 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaban estudios superiores, 45 no tenían riesgo de caídas, 8 tenían riesgo de caídas y ninguno tenía alto riesgo de caídas.

16.- Evaluación Del Riesgo De Caídas De La Muestra Por Antecedentes

Patológicos

Tabla N° 16: Evaluación del riesgo de caídas por antecedentes patológicos de la muestra

	Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza			Residencia Geriátrica San Vicente de Paul		
	No tiene riesgos	Tiene riesgo	Alto riesgo	No tiene riesgos	Tiene riesgo	Alto riesgo
Diabetes Mellitus	15	12	4	34	13	0
Hipertensión arterial	45	15	17	56	19	8
Demencia senil	0	0	0	4	0	0
Artritis	1	5	8	17	3	2
Artrosis	9	4	4	7	2	0
Osteoporosis	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° 16 presenta la evaluación del riesgo de caídas de la muestra por antecedentes patológicos. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían Diabetes Mellitus (4%), los adultos mayores que padecían de Hipertensión arterial (17%) y los adultos mayores que padecían de Artritis (8%). En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de Hipertensión arterial (8%) y los adultos mayores que padecían de artritis y osteoporosis (2%).

4.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Estudio realizado en México en el año 2002. "Caídas en el Adulto Mayor y Factores Intrínsecos y Extrínsecos". Los resultados detallan que se estudiaron 924 pacientes con promedio de edad de 74.4 ± 9.6 años; las patologías más encontradas fueron cardiovasculares, metabólicas y osteomusculares. Tenían discapacidad visual y para deambular 82 y 57%, respectivamente. Los tipos de lesión más encontrados fueron equimosis (97%), contusión (99.5 %) y fractura no expuesta (87 %); y las estructuras más lesionadas, cadera 50 %, cabeza y cara 24 %, mano 10 %, hombro 9 % y tobillo 9 %. La mayoría de las caídas ocurrió en la casa (62 %) y vía pública (26 %). Entre los factores asociados se encontraron caídas previas y edad mayor de 80 años, pluripatología, hipertensión, discapacidad para deambular, discapacidad visual y medicación múltiple. En comparación con nuestro estudio. Se logró conocer la frecuencia del riesgo de caídas a través del test de Tinetti los resultados muestran que en la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 55 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 28 tenían riesgo de caída mínimo y 17 presentaban alto riesgo de caídas. En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 77 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 20 tenían riesgo de caídas y solo 3 presentaban alto riesgo de caídas.

Estudio realizado en Chile en el año 2003. "Caídas en Adultos Mayores Institucionalizados". El objetivo fundamental fue evaluar el estado funcional de los sujetos que sufren caídas, a través del instrumento de la Cruz Roja Española los resultados obtenidos muestran que Ciento tres sujetos, con edades entre 70 a 80 años (24% de la muestra) sufrió caídas. La mayoría de las caídas fueron durante el día y al caminar. El 70% de los sujetos que sufren

caídas no tenían antecedentes de caídas anteriores. 9% sufrido una fractura post caída. En comparación con los controles, los sujetos tuvieron una caída, más deteriorado funcional y cognitivo, se asoció además al consumo de benzodiazepinas y neurolépticos. Los resultados de nuestro estudio resaltan que el riesgo de caídas es una asociación entre el estado funcional y el consumo de medicamentos psicotrópicos y la incidencia de caídas en ancianos institucionalizados. Los Resultados de nuestro estudio muestran que Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían Diabetes Mellitus (4%), los adultos mayores que padecían de Hipertensión arterial (17%) y los adultos mayores que padecían de Artritis (8%). En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de Hipertensión arterial (8%) y los adultos mayores que padecían de artritis y osteoporosis (2%)

Estudio realizado en Brasil en el año 2012. "Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional". Los resultados muestran que la edad promedio fue de 73,5 años ($\pm 8,4$), el 25% con 80 años a más, con predominio del sexo femenino; el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. Promedio 1,33 caídas ($\pm 0,472$); con mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores más jóvenes; el lugar más frecuente fue el patio y el 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, el Riesgo de caídas de la muestra por sexo. Es más frecuente el sexo femenino con un 63%. Las edades más recurrentes son: 70 y 79 años con 55%. Seguido de 80 a 89 años con 49%.

Un estudio realizado en Lima-Perú en el año 2014. “Riesgo de caída en el Adulto Mayor que acude a dos Centros de Día”. Los resultados muestran que el riesgo de caídas predominó en el sexo femenino (75.3%), el grupo etario con 80 años y más (33.3%). A la evaluación de la Escala de Tinetti se obtuvo una puntuación promedio de 21.7 (± 6.1). 54.7% presentó alto riesgo de caer; 36.7% con riesgo de caer correlación al estado cognitivo, se encontró que 20.7% presentaban estado cognitivo inadecuado. A la asociación, se verificó que el adulto mayor más viejo, presenta mayor riesgo de caer. Es por eso que nuestro estudio se resalta la necesidad que el equipo multiprofesional incentive la actividad física para mantener una fuerza y postura adecuada, además de ejercicios de memoria preservando el estado cognitivo, promocionando un envejecimiento activo y saludable, Las edades más recurrentes son: 70 y 79 años con 55%. Seguido de 80 a 89 años con 49%.

4.2 CONCLUSIONES

- Se logró conocer la frecuencia del riesgo de caídas a través del test de Tinetti los resultados muestran que la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 55 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 28 tenían riesgo de caída mínimo y 17 presentaban alto riesgo de caídas. En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 77 adultos mayores no tenían riesgo de caídas, 20 tenían riesgo de caídas y solo 3 presentaban alto riesgo de caídas. La residencia geriátrica con mayor porcentaje 17% de alto riesgo de caídas es Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza.

- Riesgo de caídas de la muestra por sexo. Es más frecuente el sexo femenino con un 63%. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 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 de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 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.
- Riesgo de caídas de la muestra por grupos etáreos. Las edades más recuentes son: 70 y 79 años con 55%. Seguido de 80 a 89 años con 49%. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, los 11 adultos mayores que tenían de 60 a 69 años no tenían riesgo de caídas. Los adultos mayores que tenían de 70 a 79 años, 23 no presentaban riesgo de caídas, 8 tenían riesgo de caídas y 2 presentaron alto riesgo de caídas. En el grupo etáreo de 80 a 89 años, 20 no tenían riesgo de caídas, 18 tenían riesgo y 1 presentaban alto riesgo de caídas y, en el grupo etáreo de 90 a 99 años, solo 1 no tenía riesgo de caídas, 2 presentaban riesgo de caídas y 4 tenían alto riesgo de caídas. En la muestra de la Residencia Geriátrica Residencia Geriátrica San Vicente de Paul 8 adultos mayores que tenían de 60 a 69 años no tenían riesgo de caídas. Los adultos mayores que tenían de

70 a 79 años, 52 no presentaban riesgo de caídas, 3 tenían riesgo de caídas y ninguno presento alto riesgo de caídas. En el grupo etáreo de 80 a 89 años, 20 no tenían riesgo de caídas, 18 tenían riesgo y 11 presentaban alto riesgo de caídas y, en el grupo etáreo de 90 a 90 años, solo 4 no tenía riesgo de caídas, 6 presentaban riesgo de caídas y ninguno tenían alto riesgo de caídas

- Riesgo de caídas de la muestra por clasificación del IMC. La clasificación más frecuente es el sobrepeso con 28 y 25% respectivamente. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, 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 de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, 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.

- Riesgo de caídas de la muestra por lugar de procedencia. El lugar más frecuente fue la costa con 67%, seguido de la sierra con 34%. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, de los que procedían de la costa, 40 no tenían riesgo de caídas, 17 tenían riesgo de caídas y 9 presentaban alto riesgo de caídas. De los que procedían de la sierra, 15 no tenían riesgo de caídas, 11 tenían riesgo de caídas y 8 presentaban alto riesgo de caídas. Ningún adulto mayor procedía de la selva. En la muestra de la Residencia Geriátrica San Vicente de Paul, de los que procedían de la costa, 54 no tenían riesgo de caídas, 10 tenían riesgo de caídas y 3 presentaban alto riesgo de caídas. De los que procedían de la sierra, 23 no tenían riesgo de caídas, 10 tenían riesgo de caídas y ninguno presentaba alto riesgo de caídas. Ningún adulto mayor procedía de la selva.
- Riesgo de caídas de la muestra por grado de instrucción. Fue secundaria con 54% y educación superior con 53%. En la muestra de la Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, de los que habían estudiado primaria, 20 no tenían riesgo de caídas, 5 tenían riesgo de caídas y 6 presentaban alto riesgo de caídas. De los que habían estudiado secundaria, 27 no tenían riesgo de caídas, 16 tenían riesgo de caídas y 11 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaban estudios superiores, 8 no tenían riesgo de caídas, 7 tenían riesgo de caídas y ninguno tenía alto riesgo de caídas. En la

muestra de laResidencia Geriátrica San Vicente de Paul, de los que habían estudiado primaria, 14 no tenían riesgo de caídas, 3 tenían riesgo de caídas y 1 presentaba alto riesgo de caídas. De los que habían estudiado secundaria, 18 no tenían riesgo de caídas, 9 tenían riesgo de caídas y 2 presentaban alto riesgo de caídas. De los que presentaban estudios superiores, 45 no tenían riesgo de caídas, 8 tenían riesgo de caídas y ninguno tenía alto riesgo de caídas.

- Residencia Geriátrica Vida Fe y Esperanza, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecíanDiabetes Mellitus (4%), los adultos mayores que padecían de Hipertensión arterial (17%) y los adultos mayores que padecían de Artritis (8%). En la muestra de laResidencia Geriátrica San Vicente de Paul, presentaron un mayor riesgo de caídas, los adultos mayores que padecían de Hipertensión arterial (8%) y los adultos mayores que padecían de artritis y osteoporosis (2%).

4.3 RECOMENDACIONES

Es de vital importancia tomar las medidas preventivas para que los adultos mayores tengan una mejor 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 tienen que 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. Para mantener un envejecimiento saludable.

Se deben controlar las enfermedades crónicas que pueda presentar el adulto mayor de tal manera que así evitemos sus consecuencias.

Es importante tener en cuenta la correcta utilización de los medicamentos así como de conocer las principales formas de prevención y tratamiento de las caídas en el adulto mayor.

4.2. RECOMIENDACIONES.

Con los resultados demostrados se recomienda:

- Estructurar un programa de tratamiento inmediato que implique potenciar al máximo el funcionamiento físico, a través de diversas actividades, enfocándonos en el adulto mayor de manera holística y por ende mejorar su calidad de vida.
- creación de estrategias multidisciplinarias, dirigidas a disminuir el deterioro funcional, que los alberges promuevan y desarrollen programas fisioterapéuticos a fin de evitar complicaciones en un futuro.
- Evaluaciones periódicas realizadas por profesionales calificados en el tema y realizar y capacitaciones al personal que labora y a la familia para la identificación de posibles Factores asociados al riesgo de caídas.
- Motivar a futuras investigaciones, para que se promueva la capacitación y difusión de información concerniente riesgo de caídas y sus posibles implicancias en la alteración de la marcha.
- Se recomienda la realización de evaluaciones periódicas por la entidad correspondiente para la verificación de la infraestructura y la disminución de barreras arquitectónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Salvà A, Bolívar I, Pera G, Arias C. Incidencia y consecuencias de las caídas en población anciana viviendo en la comunidad. Med Clin (Barc).2004; 122:172-6.
- (2) Lázaro M. Valoración del anciano con caídas. En: González Montalvo JI, Alarcón T, editores. Valoración geriátrica integral. Barcelona:Glosa; 2001. p. 55-63.
- (4) Lázaro M, Cuesta F, León A, Sánchez C, Feijoo R, Montiel M, et al. Valor de la posturografía en ancianos con caídas de repetición. Med Clin.2005; 124:207-10.
- (5) Mesa P, Marcellan T. Factores de riesgo de caídas. En: Lázaro M, editor. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 2001. P.17-8.
- (6) Azaro M, Cuesta F, León A, Sánchez C, Feijoo R, Montiel M, et al. Valor de la posturografía en ancianos con caídas de repetición. Med Clin.2005; 124:207-10.
- (7) Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Día Mundial de la Salud 2012 – La buena salud añade vida a los años [acceso en: 16 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>.
- (8) Quintero CMV. Riesgo de caídas en las personas mayores institucionalizadas en hogares geriátricos del distrito de Barranquilla. Rev. Salud Mov 2009; 1(1):21-25.
- (9) Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Caídas en el anciano [acceso en: 30 Dic. 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- (10) Organización Panamericana de la Salud. La actividad de la OPS en el

campo de las enfermedades no transmisibles. Rev Panam Salud Publica 1997; 2:478-490.

(11) Peden M, McGee K, Krug E. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Washington, DC: World Health Organization 2002:2-26.

(12) Lozano R. El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos. En: Frenk J. Observatorio de la salud: necesidades y servicios, políticas. México: FUNSALUD, 1997: 23-61

(13) Secretaría de Salud. Programa de Acción: Accidentes 2001 -2006. México: SSA, 2002.

(14) Sandoval L, Capunay J, Varela L. Caídas en el adulto mayor.: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Medica Heredia. 1996; 7(3).25-36

(15) Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. Tercera edición, Santa Catarina Brasil: Artmed; 2008:46-55.

(16) Perú, Los centros del adulto mayor como modelo gerontológico-social: la experiencia de Es Salud. Primera edición, Lima Peru: EsSalud; 2012;156.

(17) Russell MA, Hill KD, Blackberry I Day LL, Dharmage SC. Falls risk and functional decline in older fallers discharge directly from emergency departments. Journal of Gerontology, Medical Sciences 2006; 61A(10):1090-1095.

(18) Potter PA, Perry AG. Valoración de las necesidades del anciano. In: Fundamentos de enfermería. Sexta edición., vol. 1, Madrid España: McGraw-Hill; 2008:426-442.

Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Caídas en el anciano [acceso en: 30 Dic 13]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

- (19) Estrella. Rubio. ETal. Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Universidad de Merida Yucatan. 2011. Rev. Mex. Med. Fis.Rehab; 23 (1) 8 – 12 (20) Melo. Oliveira. ETal. Evaluación del riesgo de caídas en ancianos atendidos en centros básicos de salud. 2012. Rev. Esc. Enferm. USP; 46(2): 320 – 7
- (21) Manrique. Salinas. ETal. Prevalencia de dependencia funcional y a su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. 2011. Salud Pública. Vol. 3(1)
- (22) Suarez. Arocena. Las alteraciones del equilibrio en el adulto mayor. 2009. Rev. Med. Ciln. Condes. 20 (4) 401- 406
- (23) Martínez. González. Detección del riesgo de caídas en ancianos en atención primaria mediante un protocolo de cribado. Enferm Clin. 2007; 17 (3): 128 –33 24 Rey. (24)González. ETal. Evaluación del equilibrio durante la marcha a velocidad autoseleccionada en jóvenes saludables, adultos mayores no caedores y adultos mayores con alto riesgo de caídas. 2011. Rev. Med.Urug ; 27 (3) : 147 – 154
- (25)Gatto. Theodosio. ETal. La prevalencia de caídas en ancianos institucionales en Rio Grande. Sur de Brasil. Rev. Saude Pública. 2008;42(5). 938 – 945
- (26) Gómez Ortega,G, Cortés González R. Caídas en el adulto mayor Factores intrínsecos y extrínsecos Rev Med IMSS 2002; 40 (6): 489-493
- (27) Homero Gac E, Pedro Paulo Marín L, Sergio Castro H. Caídas en adultos

mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica Rev Méd Chile 2003; 131: 887-894.

(28) Aparecida Partezani.R, Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funciona Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original20(5): [09 pantallas] sep.-oct. 2012 www.eerp.usp.br/rlae

(29) Silva Fhon.J, Porrás-Rodríguez.M y Guevara-Morote.C. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú Horiz Med 2014; 14 (3): 12-18

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“FRECUENCIA DE RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS GERIATRICAS DEL DISTRITO DEL TAMBO - HUANCAYO -2015””.

Introducción

Siendo egresado de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende conocer FRECUENCIA DE RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS GERIATRICAS DEL DISTRITO DEL TAMBO - HUANCAYO -2015. 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 grado de riesgo de caídas que presenta. Su participación será por única vez.

Actualmente, existe una preocupación generalizada porque las caídas son la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad. La caída puede ser el la manifestación de fragilidad en el Adulto Mayor y además se un predictor de muerte. Es frecuente que el adulto mayor que presente una caída desarrolle temor de volver a caer, lo que puede provocar limitación en la realización de las actividades cotidianas.

Riesgos

No hay riesgo para usted ya que los instrumentos a utilizarse en el momento de su evaluación serán la escala de Tinetti, 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 que residen en las residencias geriátricas del distrito del Tambo –Huancayo 2011.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio acerca de su menor hijo, 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:

Teléfono:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

E-mail:

Teléfono:

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 - 4335522

Anexo 2.

Declaración del Participante e Investigadores

•Yo, _____, autorizo la participación de mi menor hijo 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 100 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población que residen en el lo que se busca es conocer la Frecuencia. De las Alteraciones del pie, lo cual a futuro puede desencadenar complicaciones y actitudes posturales incorrectas.

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacerme una evaluación a mi menor hijo(a), 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 2

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 Nº 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/_____

VARIABLES DE ESTUDIO	
1. Edad:	_____ años
2. sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3.- Grado de Instrucción.	<ul style="list-style-type: none">• Educación Básica o inicial.....• Educación primaria.....• Educación secundaria.....• Educación superior.....
4.- ocupación :	<ul style="list-style-type: none">• Contadores• Profesores• Amas de casa
5.- lugar de procedencia.	<ul style="list-style-type: none">• Costa• Sierra• Selva

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FRECUENCIA DE RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS GERIATRICAS DEL DISTRITO DE JESUS MARIA - 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL Pp. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesus maria 2016?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS Ps. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto a la edad en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María 2016?</p> <p>Ps.¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al sexo en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito del distrito de Jesús María 2016?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al nivel socioeconómico en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito del distrito de Jesús María 2016</p> <p>Ps. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto a las patologías asociadas en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito del Jesús María 2016?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al Número y tipo de Fármacos administrados al día. En Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María 2016?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al grado de instrucción en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María 2016?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL Op. Conocer la frecuencia de Riesgo de caídas en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito del JesúsMaría -2016</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS Os. Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto a la edad en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de JesúsMaría - 2016</p> <p>Os. Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al sexo en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de JesúsMaría 2016</p> <p>Os. Establecer la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al nivel socioeconómico en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de JesúsMaría 2016.</p> <p>Os. Establecer la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto a las patologías asociadas en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de JesúsMaría 2016.</p> <p>Os. Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al Número y tipo de Fármacos administrados al día en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María 2016.</p> <p>Os. Determinar la frecuencia de Riesgo de caídas con respecto al grado de instrucción en Adultos Mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas del distrito de Jesús María 2016</p>	<p>Variable principal</p> <p>Riesgo de caídas</p> <p>Variables Secundarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • sexo • Nivel socioeconómico • Patologías Asociadas. • Grado de instrucción. 	<p>Equilibrio</p> <p>Marcha</p> <p>Rangos de 65 a 75 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino • NSE A • NSE B • NSE C • Hipertensión • Diabetes mellitus • Artritis • Osteoporosis • Demencia senil • Depresión • Educación • Básica o inicial. • Educación primaria • Educación secundaria • Educación superior 	<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: Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.</p> <p>POBLACIÓN: Todos los Adultos Mayores institucionalizados en 4 residencias geriátricas del distrito de Jesús maría (N=200).</p> <p>MUESTRA: Se pretende estudiar a un mínimo 150Adultos Mayores institucionalizados en 2 residencias geriátricas del distrito de Jesús María 2016</p>

--	--	--	--	--