



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

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RIESGOS DE
CAIDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
SERGIO E. BERNALES DEL DISTRITO DE COMAS EN EL AÑO
2016.**

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

AUTOR: MIGUEL ANGEL MEJIA CAMONES.

ASESOR: LIC.TM. ISMAEL CUYA CHUMPITAZ.

LIMA, PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

MIGUEL ANGEL MEJIA CAMONES.

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RIESGOS DE
CAIDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
SERGIO E. BERNALES DEL DISTRITO DE COMAS EN EL AÑO
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.

LIMA – PERÚ

2018

Se dedica este trabajo a:

A mis padres, por estar conmigo, por apoyarme y guiarme, por ser las bases que me ayudaron a llegar hasta aquí.

A mis hermanos quienes han sido parte fundamental para el desarrollo de este estudio.

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

Agradezco a la Universidad Alas

Peruanas.

Y agradezco a quienes creyeron en mi
amigos, maestros y familiares.

Epígrafe:

En la vida nada es fácil. Todas nuestras metas exigen una cuota de esfuerzo, en tanto es el deseo de lograrlo lo que queremos lo que nos impulsa a trabajar y mantenernos.

[Read More.](#)

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo Retrospectivo de corte transversal, el objetivo fue Establecer la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016. Los resultados muestran: Se logró determinar la Prevalencia y factores asociados a Riesgo de Caídas en Adultos Mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2016. Se registró que 107 Adultos Mayores presentaron Riesgo de Caídas en Adultos Mayores, con un 53,5%, mientras que 93 Adultos Mayores no presentaron Riesgo de Caídas, con un 46,5% del total. se observa que la prevalencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores se clasifico como riesgo Alto con un 58,9%, seguido de Bajo Riesgo con un 32,7% y finalmente a Riesgo de Caída con un 8,4%, los factores asociados respecto a la edad se dieron en el rango de 81 a 85 años con un 68,2%, seguido del rango de 76 a 80 años con un 21,5% y finalmente en el rango de 70 a 75 años de edad con un 10,3%, predominando el sexo Femenino con un 62,6%, respecto al grado de instrucción se dio en el nivel Secundario con un 45,8%, los factores asociados a Riesgo de Caídas en adultos Mayores con respecto a los Antecedentes Patológicos fueron en los que tenían Demencia Senil con un 36,4%, seguido de Parkinson con un 23,4% y finalmente con los que tenían Diabetes con un 8,4% y lugar de procedencia fue en los que provenían de la Costa con el 47,7%, seguido de la Sierra con un 29,0% y finalmente los de la Selva con un 23,3%.

Palabras Clave: Riesgo de caídas, dependencia funcional, patologías asociadas.

ABSTRACT

The type of study carried out was descriptive Retrospective of cross section, the objective was to establish the prevalence and factors associated with risk of falls in older adults treated at the Sergio E. Bernales Hospital of the comas district in 2016. The results show: managed to determine the Prevalence and factors associated with Risk of Falls in Older Adults served in the Physical Medicine Service of the Sergio E. Bernales Hospital during 2016. It was recorded that 107 Older Adults presented Risk of Falls in Older Adults, with 53, 5%, while 93 Older Adults did not present Risk of Falls, with 46.5% of the total. It is observed that the prevalence of risk of falls in Older Adults was classified as High risk with 58.9%, followed by Low Risk with 32.7% and Finally with Fall Risk with 8.4%, the associated factors Regarding age, they were in the range of 81 to 85 years with 68.2%, followed by the range of 76 to 80 years with 21.5% and finally in the range of 70 to 75 years of age with a 10 , 3%, Female sex predominating with 62.6%, with respect to the level of education occurred in the Secondary level with 45.8%, the factors associated with Risk of Falls in older adults with respect to the Pathological Background were in those who had Dementia Senil with 36.4%, followed by Parkinson with 23.4% and finally with those who had Diabetes with 8.4% and place of origin was in those who came from the coast with 47 , 7%, followed by the Sierra with 29.0% and finally those of La Selva with 23.3%.
Key words: Risk of falls, functional dependence, associated pathologies.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE FIGURAS	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	8
1.1. Planteamiento del Problema	8
1.2. Formulación del Problema	10
1.2.1. Problema General.....	10
1.2.2. Problemas Específicos	10
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Objetivo General.....	11
1.3.2. Objetivos Específicos	11
1.4. Justificación.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	13
2.1. Bases Teóricas	13
2.1.1. Proceso de Envejecimiento	13
2.1.2. Alteraciones Funcionales del envejecimiento	13
2.1.3. Alteración de la marcha en el adulto Mayor.....	14
2.1.4. Síndrome de caídas en adulto mayor:	15
2.1.5. Causas de una Caída	16
2.1.6. Patologías que contribuyen a la presencia de caídas.....	17
2.1.7. Consecuencias de las caídas	19

2.2. Antecedentes	21
2.2.1. Antecedentes Internacionales	21
2.2.2. Antecedentes Nacionales	23
CAPÍTULO III: METODOLOGIA.....	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
3.4. Operacionalización de Variables.....	25
3.5. Procedimientos y Técnicas	26
3.6. Plan de Análisis de Datos	26
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS	27
4.1. Resultados	27
4.1.1. Características de la muestra	27
4.1.2. Prevalencia y factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra	28
4.1.3. Prevalencia del Riesgo de Caída de la muestra.	29
4.1.4. Factores asociados a Riesgo de Caídas por grupos etéreos.	30
4.1.5. Factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra por sexo.	31
4.1.6. Factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra por Grado de instrucción.	32
4.1.7. Factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra según Antecedentes Patológicos.....	33
4.1.8. Factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra por Lugar de Procedencia.	34
4.2. Discusión de Resultados.....	35

4.3. Conclusiones.....	38
4.4. Recomendaciones.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXO Nº 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
ANEXO Nº 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad promedio de la muestra.....	27
Tabla 2. Prevalencia y factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra.....	28
Tabla 3. Prevalencia del Riesgo de Caída de la muestra	29
Tabla 4. Distribución por grupos etáreos.....	30
Tabla 5. Distribución de la muestra por sexo	31
Tabla 6. Distribución de la muestra por grado de instrucción	32
Tabla 7. Distribución de la muestra según Antecedentes Patológicos	33
Tabla 8. Distribución de la muestra por Lugar de Procedencia	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia y factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra.....	28
Figura 2. Prevalencia Por Riesgo de Caídas.....	29
Figura 3. Distribución de la muestra por grupos etáreos	30
Figura 4. Distribución de la muestra por sexo.....	31
Figura 5. Distribución de la muestra por grado de instrucción	33
Figura 6. Clasificación de la muestra según nivel socioeconómico	34
Figura 7. Distribución de la muestra por lugar de procedencia	35

INTRODUCCIÓN

Dato de estudios epidemiológicos estiman que alrededor de una de cada 3 personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año, con un incremento progresivo de caídas al ir aumentando la edad de la población. De los mayores que se caen, aproximadamente la mitad volverá a tener otra caída en el siguiente año (1). Las caídas en los ancianos representan un problema infradiagnosticado, ya que suelen considerarse como una consecuencia más de la edad, y si la caída no tiene consecuencias físicas inmediatas, el paciente no contacta con el sistema sanitario. A pesar de ello, las caídas constituyen el primer motivo por el que los mayores acuden a las consultas de urgencias hospitalarias de traumatología, y la tercera causa de consulta de urgencias en un hospital general en este grupo de edad. (2)

Originando graves consecuencias, tanto físicas (ocasionan fracturas en un 5-6% de los casos) como psicológicas (pérdida de seguridad en sí mismo, miedo a volverse a caer), sin olvidar su repercusión social y económica, además de tener una elevada mortalidad, ya que causan el 70% de las muertes por accidente en personas > 75 años. (5)

Estos fenómenos en los adultos mayores constituyen un síndrome geriátrico que tiene sus propios factores de riesgo, cada vez más conocidos y varían según las características específicos del mayor que se cae y del medio en el que tiene lugar la caída.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

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).

Es por ello que mundialmente, las caídas representan un importante problema para las personas mayores y repercuten en altos gastos de cuidados de salud. En España, un país con una población de ancianos de cerca de 7.500.000 personas, el 16,7% en relación al total, está especialmente afectado por este problema, representando una destacada causa de pérdida funcional, ingresos precoces en residencias sociosanitarias, y aumento de morbilidad y mortalidad en los ancianos. (2y3).

En este sentido, se prevé que un tercio de las personas mayores de 64 años que viven en la comunidad caerán en el plazo de un año, y el 15% de los mayores caerán por lo menos dos veces al año.^{23,34} Entre los ancianos institucionalizados la previsión de caídas es mayor, ya que el 50% caerán cada año y la mitad de los que caen lo hacen repetidamente, con una densidad de incidencia aproximada de 1,5 caídas por cama al año.^{23,39} Aunque la mayoría de las caídas producen lesiones leves, el 5% de los ancianos que caen precisará hospitalización, principalmente por fractura.^{11,34} En el 1% de las

caídas en mayores se produce fractura de cadera, y en uno de cada tres de los casos, los pacientes fallecerán en el plazo de un año.(5,6)

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 (7).

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.(8)

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados donde es del 12 al 15%, sino también en países en vías de desarrollo. Trabajos de proyección de crecimiento poblacional realizados en el Perú muestran que representan el 7.4% de la población y se espera que dicho grupo crezca hasta el 12% para el año 2025.(9)

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores Atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas en el año 2016?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según edad?
- ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según sexo?
- ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el hospital sergio e. bernaes del distrito de comas en el año 2016 según grado de instrucción?
- ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según antecedentes patológicos?
- ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según lugar de procedencia?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Establecer la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según edad.
- Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según sexo.
- Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según antecedentes patológicos.
- Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el hospital sergio e. bernaldes del distrito de comas en el año 2016 según grado de instrucción.
- Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según lugar de procedencia.

1.4. Justificación

La finalidad de esta investigación es establecer la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en pacientes atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016. Ya que las caídas en personas mayores constituyen un hecho muy frecuente, con un alto protagonismo en su estado de salud y una elevada morbimortalidad tanto por el traumatismo como por las secuelas psicosociales que produce. No obstante, sus cifras tienden a minusvalorarse, existiendo cierta pasividad ante el anciano que cae, cuando representan un importante problema de salud y repercuten en costes elevados. Aproximadamente el 30% de los adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad cae al menos una vez al año. De estos, el 50% volverá a sufrir una nueva caída, mostrando un incremento progresivo de las mismas al aumentar la edad del mayor³. La prevalencia de caídas varía en función de la edad, de su fragilidad y de su entorno; y aunque muchas de las caídas manifestadas en la población mayor tienen un factor precipitante conocido, la mayor parte de las mismas están motivadas por la asociación de numerosos factores (9).

Es por ello que con los resultados obtenidos se busca implementar un plan de intervención inmediato fundamentada en mejorar y/o mantener su independencia maximizando así su calidad de vida, y sentando un precedente para investigaciones posteriores.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Proceso de Envejecimiento

El proceso de Envejecimiento de la población es una realidad que preocupa en la mayoría de los países, especialmente en los países en desarrollo, donde aumentaron número de años vividos por personas sin ningún tipo de mejora en la calidad de vida de ellos mismos, Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que para el 2025 habrá 1.2 mil millones de personas mayores de 60 años y personas de 80 años y más son el segmento de más rápido crecimiento de la población.(9)

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. 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 (10).

2.1.2. Alteraciones Funcionales del envejecimiento

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples,

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. La mayoría de los investigadores creen que se produce por un proceso acumulativo de interacciones entre las distintas influencias (herencia, el ambiente, las características culturales, la dieta, el ejercicio, las enfermedades previas y muchos otros factores) a lo largo de la vida.(11)

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 (12)

2.1.3. Alteración de la marcha en el adulto Mayor

El deterioro físico que presentaran los adultos mayores hará que experimenten cambios en la mecánica de la marcha, paso y la cadencia 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».(13)

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 (14).

2.1.4. Síndrome de caídas en 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 (15,16).

Es importante resaltar que el riesgo de caer y hacerlo más veces aumenta con la edad y que la tasa de fallecimiento por caídas aumenta de forma exponencial con el aumento de edad en ambos sexos, y en todos los grupos raciales por encima de los 75 años, las caídas son más frecuentes en las mujeres que los hombres hasta los 75 años, aunque conforme avanzan los años, la tendencia es a igualarse. La mayoría de las caídas se producen en lugares cerrados. Los lugares más frecuentes de caída son el baño, el dormitorio y la cocina. Aproximadamente el 10% de las caídas se producen en las escaleras, siendo más peligroso el descenso que el ascenso; los primeros y últimos escalones son los más peligrosos (17).

2.1.5. Causas de una Caída

Las caídas en los ancianos son relacionadas con múltiples factores y comúnmente clasificado en intrínsecos y extrínsecos.

Factores Intrínsecos: Son los cambios, trastornos propios relacionados con el envejecimiento, las patologías y los efectos causados por el uso de medicación que afectan a la capacidad funcional del adulto mayor. Con el envejecimiento se afectarían 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 musculoesquelética y la cognitiva (18).

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 (19).

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.

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.

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 antigravitatorios. Se calcula que a los 70 años la fuerza ha disminuido entre un 25 y un 30% respecto al sujeto joven. (19)

2.1.6. Patologías que contribuyen a la presencia de caídas

Enfermedades cardiovasculares: 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 MMII: 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 (20).

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.

Polifarmacia por las diversas patologías. 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. Los fármacos que se relacionan con la incidencia de caídas. Benzodiacepinas, neurolépticos, antihipertensivos, antidepresivos, diuréticos: Producen hipotensión, son utilizados en enfermedades cardiacas. (21)

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

Vivienda: 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.

Via pública: 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.(22)

2.1.7. Consecuencias de las caídas

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.(23)

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.

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.

Aumento de la mortalidad: Los accidentes constituyen la sexta causa de muerte en los mayores de 75 años. La causa más común entre los mayores de 65 años son las caídas. La mortalidad de una caída se relaciona con la edad avanzada, sexo femenino, tiempo prolongado de estancia en el suelo tras la caída, pluripatología, polimedicación y deterioro cognitivo. La fractura de cadera es la principal causa de mortalidad relacionada con caídas. Dicha mortalidad se debe a la comorbilidad y a las complicaciones derivadas de la inmovilidad.(24)

2.2. Antecedentes

2.2.1. Antecedentes Internacionales

Un estudio realizado en Cuba (2014). Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados a las caídas en los ancianos, según el grado de dependencia. se realizó un estudio descriptivo y transversal de 57 pacientes, que recibieron atención ortopédica en el área de salud Guanabo del municipio Habana del Este de la provincia Ciudad de la Habana, desde enero hasta julio del 2011. Los resultados detallan que predominaron los gerontes de 80-89 años y las fracturas de caderas como las lesiones más frecuentes. Entre los principales factores de riesgo extrínsecos figuraron: mobiliario inestable, suelos irregulares e iluminación insuficiente; los intrínsecos fueron hipertensión arterial, alteraciones visuales y osteoarticulares. Según el índice de Bather y la escala de Lawton, la mayoría de los afectados mostraron un grado de dependencia leve para el primero y de 3-4 actividades instrumentales de la vida diaria, para el segundo. Se concluye que el riesgo de caída fue mayor en las féminas y aumentó con la edad; influyeron factores intrínsecos y extrínsecos, así como el grado de dependencia que poseían.(25)

Un estudio realizado en España (2014). Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. e incluyó a 640 personas de 75 o más años de edad, que disponían de tarjeta sanitaria y residían en viviendas unifamiliares, a través de un muestreo aleatorizado.

Mediciones principales: La fuente de datos proviene de la encuesta de fragilidad en Lleida (Encuesta FRALLE). Las variables utilizadas fueron la presencia de caídas en el último año factores sociodemográficos, estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud y miedo a caer. Los resultados muestran que la prevalencia de caídas fue del 25,0% (IC 95% 24,8-25,1). Tras el análisis multivariado, la discapacidad básica (OR = 2,17; IC 95% 1,32-3,58), los síntomas depresivos (OR = 1,67; IC 95% 1,07-2,59) y el miedo a caer (OR=2,53; IC 95% 1,63-3,94) fueron los únicos factores asociados de forma independiente a las caídas en el último año. Se concluye que unas de cada 4 personas mayores presentaron al menos una caída en el último año. Este estudio demuestra que el miedo a caer, los síntomas depresivos y la discapacidad básica son variables independientes asociadas a caídas previas. Estos 3 factores pueden dar lugar a una espiral favorecedora de caídas, pudiendo ser posibles objetivos para la actuación eficaz en el contexto de caídas.(26)

Un estudio realizado en Argentina (2014). las caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y consecuencias. Las caídas son un evento frecuente entre los adultos mayores de 65 años. Aproximadamente 1 de cada 3 adultos que viven en la comunidad tiene riesgo de presentar una caída en el último año. Ese riesgo también aumenta con la edad, la presencia de comorbilidades, el antecedente de caídas previas y los trastornos en la marcha, entre otros. Sus consecuencias son graves y pueden llevar a la institucionalización e incluso a la muerte. Tienen implicancias sociales y de salud pública; por este motivo se

considera de fundamental relevancia que los médicos puedan adquirir conocimientos básicos acerca de las caídas en los adultos mayores, para detectarlas e intervenir adecuadamente.(27)

2.2.2. Antecedentes Nacionales

Un estudio realizado 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 (29).

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio descriptivo retrospectivo de tipo transversal.

3.2. Población

La población objeto de estudio estará constituida por todos adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas en el año 2016. que presentaron antecedentes de riesgo de caídas (N=200).

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Registro de datos completos de todos adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas en el año 2016.
- Datos de adultos mayores cuyo rango de edades comprenden de 70 a 85 años.
- Datos de adultos mayores de ambos sexos.
- Datos de adultos mayores que presentaron antecedentes de riesgo de caídas.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Registro de datos incompletos de todos adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas en el año 2016.
- Pacientes que no presenten antecedentes de riesgo de caídas.
- Pacientes derivados de otras sedes Hospitalarias.
- Pacientes que ya presentaron eventos de caídas.

3.3. Muestra

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Se logró estudiar y conocer los datos de un mínimo de 107 Registro de datos completos de todos adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas en el año 2016, los cuales presentaron antecedentes de riesgo de caídas. Se utilizò el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.4. Operacionalización de Variables

Variable Principal	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Registro
Riesgo de caídas	Probabilidad de sufrir una lesión a causa de diferentes factores que contribuyen a una caída.	Ficha de recolección de datos.	Binaria	Si presenta No presenta
VARIABLES SECUNDARIAS	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Registro
Edad	Tiempo de vida del Adulto mayor en años.	Documento Nacional de Identidad	Discreta	70 a 85 años
Sexo	Término que define las características biológicas de las personas.	Documento nacional de identidad	Binario	Femenino Masculino
Lugar de procedencia	Lugar de origen o nacimiento de la persona.	Ficha de recolección de datos	Nominal	Costa Sierra Selva
Grado de instrucción	Mayor grado académico que se ha obtenido.	Ficha de recolección de datos	Ordinal	Primaria Secundaria Superior
Antecedentes patológicos	Enfermedades que presenta la persona	Ficha de recolección de datos	Nominal	HTA Diabetes Demencia senil Artrosis Parkinson

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitò el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas a Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas, para poder acceder a la base de datos y del mismo modo el ingreso al archivo documentario del Servicio de Medicina Física con la finalidad de recolectar datos de todos los adultos mayores los cuales presentaron antecedentes de riesgo de caídas, para recopilar toda esta información 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.

3.6. Plan de Análisis de Datos

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaran 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

4.1. Resultados

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden a la prevalencia y Factores Asociados a Riesgo de caídas en Adultos Mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales Del Distrito de Comas durante el año 2016.

4.1.1. Características de la muestra

Edad de la muestra

Tabla 1. Edad promedio de la muestra

Características de la edad	
Muestra	107
Media	80,85
Desviación estándar	±4,02
Edad mínima	70
Edad máxima	85

Fuente: Elaboración propia

La muestra, formada por 80 Adultos Mayores que presentaron factores asociados al riesgo de Caídas, y fueron atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas durante el año 2016. presentaron una edad promedio de 80,85 años, con una desviación estándar o típica de $\pm 4,02$ años y un rango de edad que iba desde los 70 a 85 años.

4.1.2. Prevalencia y factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra

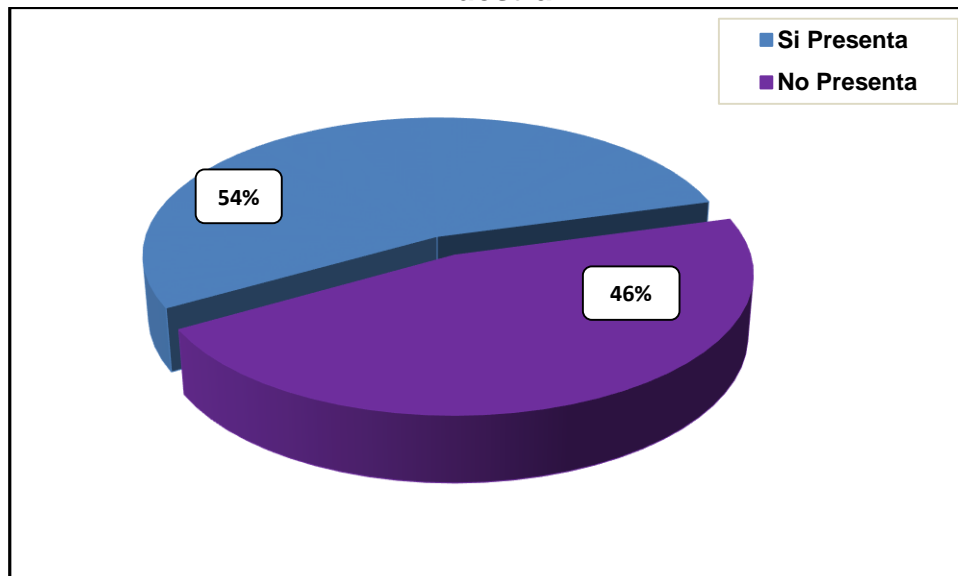
Tabla 2. Prevalencia y factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si Presenta	107	53,5	53,5
No Presenta	93	46,5	100,0
Total	200	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 2. presenta la distribución de la muestra respecto a la prevalencia y factores asociados al riesgo de Caídas en Adultos Mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2016. Se registró que 107 Adultos Mayores presentaron Riesgo de Caídas en Adultos Mayores, con un 53,5%, mientras que 93 Adultos Mayores no presentaron Riesgo de Caídas, con un 46,5% del total.

Figura 1. Prevalencia y factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra



Fuente: elaboración propia

La figura N° 1 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.3. Prevalencia del Riesgo de Caída de la muestra.

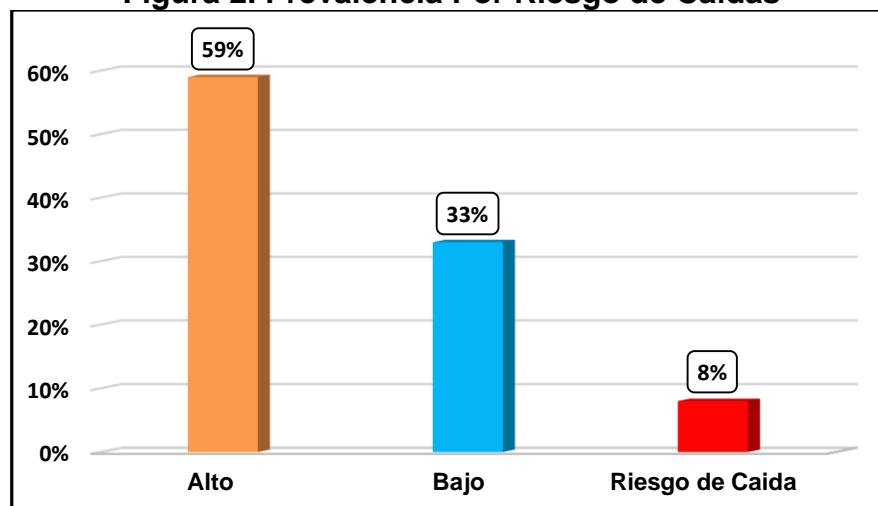
Tabla 3. Prevalencia del Riesgo de Caída de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alto	63	58,9	58,9
Bajo	35	32,7	91,6
Riesgo de Caídas	9	8,4	100,0
Total	107	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 3 presenta la distribución de la muestra por prevalencia de riesgo de Caídas en Adultos Mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas. Se registró que 63 Adultos Mayores presentaron Alto Riesgo, 35 adultos mayores presentaron Bajo Riesgo y 9 adultos mayores presentaron Riesgo de Caídas, se observa que la prevalencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores fue de riesgo Alto con un 58,9%, seguido de Bajo Riesgo con un 32,7% y finalmente a Riesgo de Caída con un 8,4%

Figura 2. Prevalencia Por Riesgo de Caídas



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 2 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.4. Factores asociados a Riesgo de Caídas por grupos etáreos.

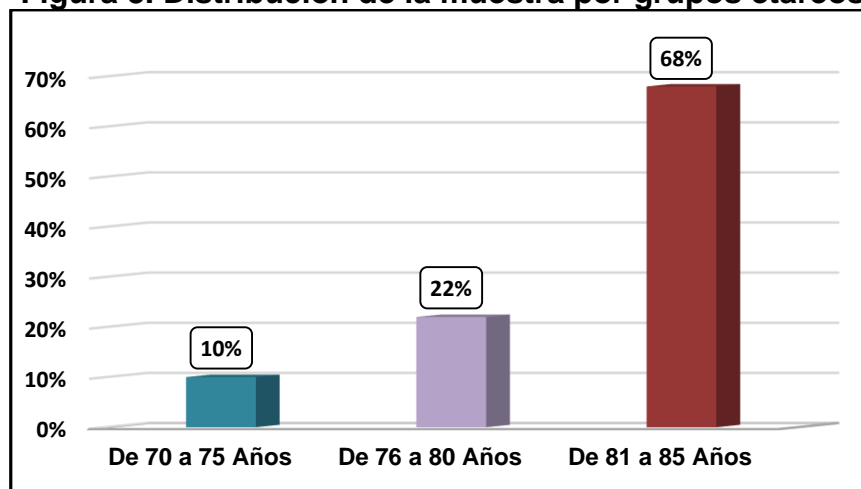
Tabla 4. Distribución por grupos etáreos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 70 a 75 Años	11	10,3	10,3
De 76 a 80 Años	23	21,5	31,8
De 81 a 85 Años	73	68,2	100,0
Total	107	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla N° 4 presenta la distribución de la muestra por grupos etáreos, Se registró que 11 Adultos Mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales del Distrito de Comas tenían entre 70 a 75 años de edad; 23 Adultos Mayores tenían entre 75 a 80 años de edad y 73 Adultos Mayores tenían entre 80 a 85 años de edad. Se observa que la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en Adultos Mayores respecto a la edad se dio en el rango de 81 a 85 años con un 68,2%, seguido del rango de 76 a 80 años con un 21,5% y finalmente en el rango de 70 a 75 años de edad con un 10,3%.

Figura 3. Distribución de la muestra por grupos etáreos



Fuente: *Elaboración propia*

Los porcentajes se muestran en la figura N° 3.

4.1.5. Factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra por sexo.

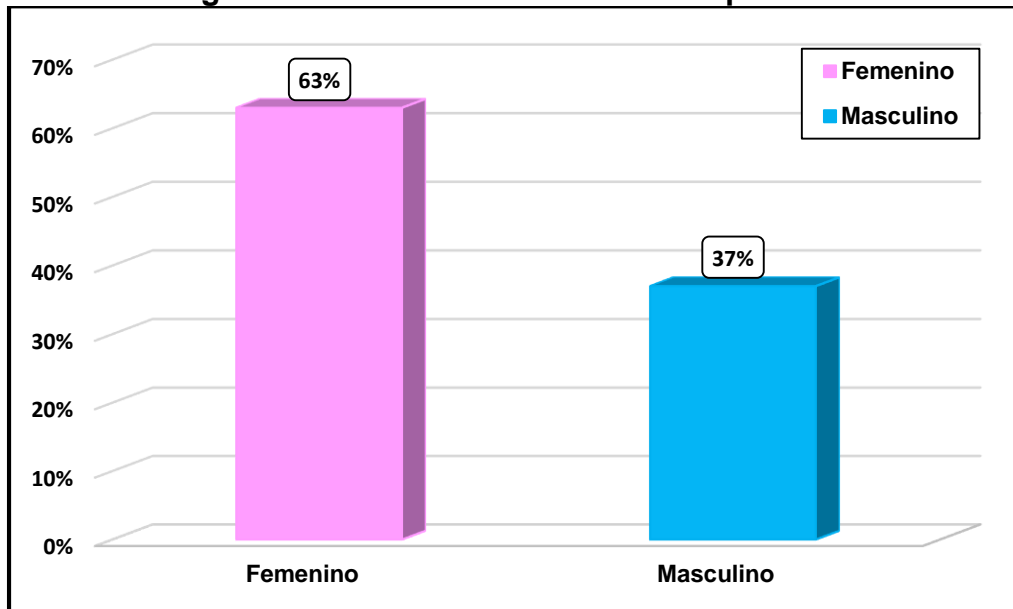
Tabla 5. Distribución de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	67	62,6	62,6
Masculino	40	37,4	100,0
Total	107	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N°5 presenta la distribución de la muestra por sexo, Se registró que 67 Adultos Mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales del Distrito de Comas fueron del sexo femenino y 40 Adultos Mayores fueron del sexo Masculino. Se observa que la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en Adultos Mayores respecto al sexo predomina el sexo Femenino con un 62,6%.

Figura 4. Distribución de la muestra por sexo



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 4 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.6. Factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra por Grado de instrucción.

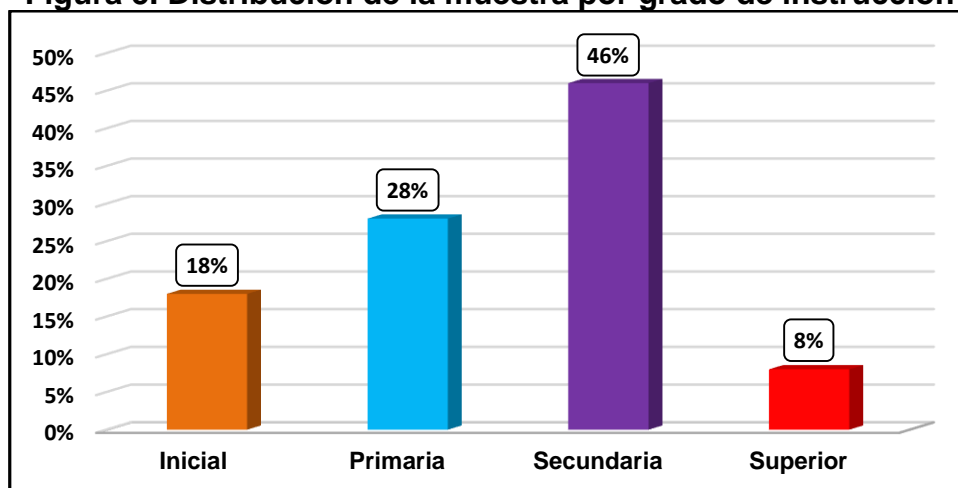
Tabla 6. Distribución de la muestra por grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Inicial	19	17,8	17,8
Primaria	30	28,0	45,8
Secundaria	49	45,8	91,6
Superior	9	8,4	100,0
Total	107	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 6 presenta la distribución de la muestra de acuerdo con el grado de instrucción, Se registró que 19 Adultos Mayores cursaron el nivel inicial, 30 Adultos Mayores cursaron la primaria, 49 Adultos Mayores cursaron la secundaria y 9 Adultos Mayores cursaron el nivel superior. Se observa que la prevalencia y Factores asociados a Riesgo de Caídas en adultos Mayores con respecto al grado de instrucción se dio en el nivel Secundario con un 45,8%, seguido del nivel Primario con 28,0%, seguido del nivel inicial con un 17,8% y finalmente nivel superior con un 8,4%.

Figura 5. Distribución de la muestra por grado de instrucción



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 5 presenta los porcentajes correspondiente.

4.1.7. Factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra según Antecedentes Patológicos.

Tabla 7. Distribución de la muestra según Antecedentes Patológicos

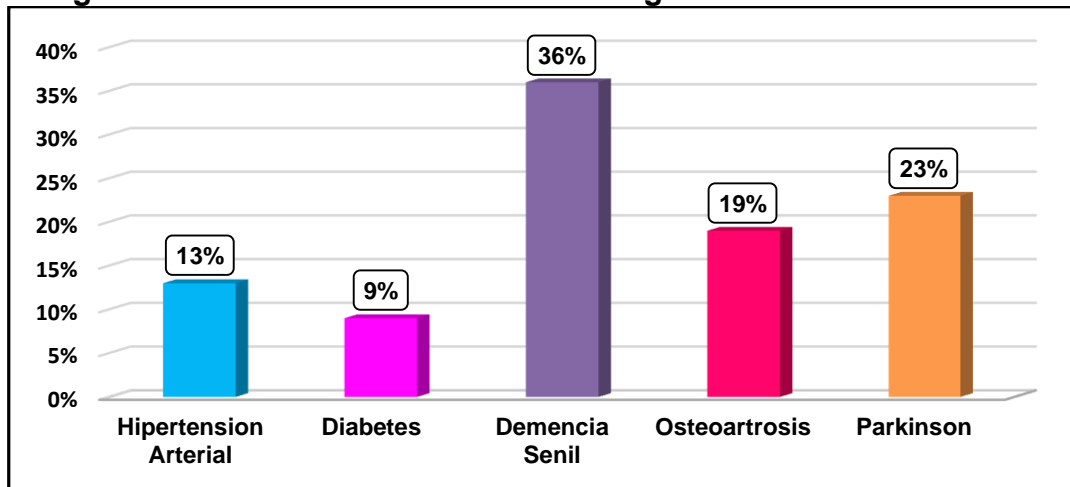
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hipertensión Arterial	14	13,1	13,1
Diabetes	9	8,4	21,5
Demencia Senil	39	36,4	57,9
Osteoartrosis	20	18,7	76,6
Parkinson	25	23,4	100,0
Total	107	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 7 presenta la distribución de la muestra por Antecedentes Patológicos. Se registró que 14 Adultos Mayores tenían Hipertensión Arterial; 9 Adultos Mayores tenían Diabetes; 39 Adultos Mayores tenían Demencia Senil; 20 Adultos Mayores tenían Osteoartrosis y 25 Adultos Mayores tenían Parkinson. Se observa que la prevalencia y Factores asociados a Riesgo de

Caídas en adultos Mayores con respecto a los Antecedentes Patológicos fueron en los que tenían Demencia Senil con un 36,4%, seguido de Parkinson con un 23,4% y finalmente con los que tenían Diabetes con un 8,4%.

Figura 6. Clasificación de la muestra según nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 6 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.8. Factores asociados a Riesgo de Caídas de la muestra por Lugar de Procedencia.

Tabla 8. Distribución de la muestra por Lugar de Procedencia

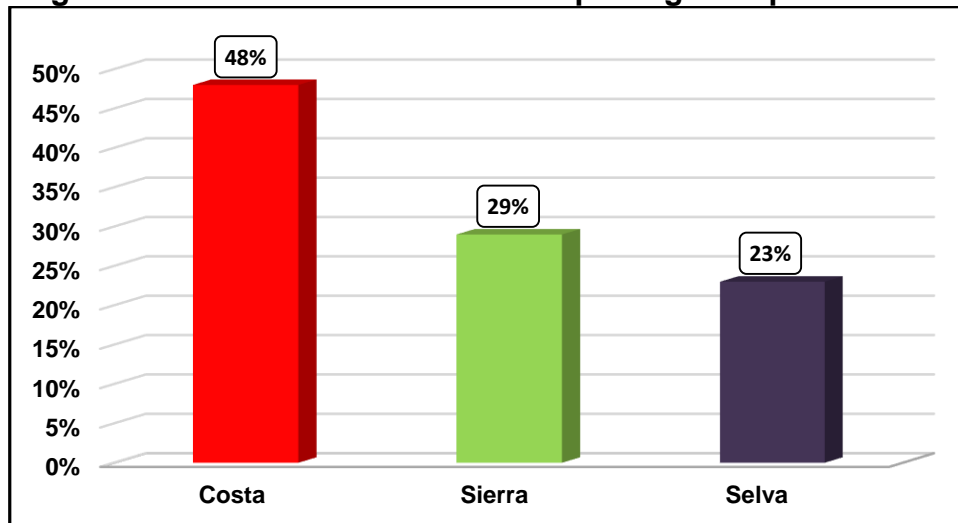
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Costa	51	47,7	47,7
Sierra	31	29,0	76,7
Selva	25	23,3	100,0
Total	107	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 8 presenta la distribución de la muestra por lugar de procedencia. Se registró que 51 Adultos Mayores provenían de la Costa; 31 Adultos Mayores provenían de la sierra y 25 Adultos Mayores provenían de la Selva. La prevalencia y Factores asociados a Riesgo de Caídas en adultos Mayores

con respecto al lugar de procedencia fue en los que provenían de la Costa con el 47,7%, seguido de la Sierra con un 29,0% y finalmente los de la Selva con un 23,3%.

Figura 7. Distribución de la muestra por lugar de procedencia



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 7 presenta los porcentajes correspondiente.

4.2. Discusión de Resultados

Un estudio realizado en Cuba en el año 2014. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. Los resultados detallan que predominaron los gerontes de 80-89 años y las fracturas de caderas como las lesiones más frecuentes. Entre los principales factores de riesgo extrínsecos figuraron: mobiliario inestable, suelos irregulares e iluminación insuficiente; los intrínsecos fueron hipertensión arterial, alteraciones visuales y osteoarticulares. Se concluye que el riesgo de caída fue mayor en las féminas y aumentó con la edad; influyeron factores intrínsecos y extrínsecos, así como el grado de dependencia que poseían. Nuestro estudio detalla los factores asociados a Riesgo de Caídas en adultos

Mayores con respecto a los Antecedentes Patológicos fueron en los que tenían Demencia Senil con un 36,4%, seguido de Parkinson con un 23,4% y finalmente con los que tenían Diabetes con un 8,4%.

Un estudio realizado en el año 2014. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Los resultados muestran que la prevalencia de caídas fue del 25,0% (IC 95% 24,8-25,1). Tras el análisis multivariado, la discapacidad básica (OR = 2,17; IC 95% 1,32-3,58), los síntomas depresivos (OR = 1,67; IC 95% 1,07-2,59) y el miedo a caer (OR=2,53; IC 95% 1,63-3,94) fueron los únicos factores asociados de forma independiente a las caídas en el último año. Se concluye que unas de cada 4 personas mayores presentaron al menos una caída en el último año. Este estudio demuestra que el miedo a caer, los síntomas depresivos y la discapacidad básica son variables independientes asociadas a caídas previas. Estos 3 factores pueden dar lugar a una espiral favorecedora de caídas, pudiendo ser posibles objetivos para la actuación eficaz en el contexto de caídas. En comparación con los resultados de nuestro estudio la que la prevalencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores se clasificó como riesgo Alto con un 58,9%, seguido de Bajo Riesgo con un 32,7% y finalmente a Riesgo de Caída con un 8,4%.

Un estudio realizado en Argentina en el año 2014. Las caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y consecuencias. Las caídas son un evento frecuente entre los adultos mayores de 65 años. Aproximadamente 1 de cada 3 adultos que viven en la comunidad tiene riesgo de presentar una caída en el último año. Ese riesgo también aumenta con la edad, la presencia de

comorbilidades, el antecedente de caídas previas y los trastornos en la marcha, entre otros. Sus consecuencias son graves y pueden llevar a la institucionalización e incluso a la muerte. Así mismo existe concordancia que a mayor edad mayor riesgo de caídas, nuestro estudio describe que los factores asociados a riesgo de caídas en Adultos Mayores respecto a la edad se dieron en el rango de 81 a 85 años con un 68,2%, seguido del rango de 76 a 80 años con un 21,5% y finalmente en el rango de 70 a 75 años de edad con un 10,3%.

Un estudio realizado en Lima en el año 2012. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú. 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. En comparación con los resultados de nuestro estudio y en concordancia con fuentes bibliográficas los factores asociados a riesgo de caídas en Adultos Mayores respecto al sexo predominan el sexo Femenino con un 62,6%.

4.3. Conclusiones

A través de los resultados se logró establecer que la Prevalencia y factores asociados a Riesgo de Caídas en Adultos Mayores atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2016. Se registró que 107 Adultos Mayores presentaron Riesgo de Caídas en Adultos Mayores, con un 53,5%, mientras que 93 Adultos Mayores no presentaron Riesgo de Caídas, con un 46,5% del total.

se observa que la prevalencia de riesgo de caídas en Adultos Mayores se clasificó como riesgo Alto con un 58,9%, seguido de Bajo Riesgo con un 32,7% y finalmente a Riesgo de Caída con un 8,4%.

Los factores asociados a riesgo de caídas en Adultos Mayores respecto a la edad se dieron en el rango de 81 a 85 años con un 68,2%, seguido del rango de 76 a 80 años con un 21,5% y finalmente en el rango de 70 a 75 años de edad con un 10,3%.

Los factores asociados a riesgo de caídas en Adultos Mayores respecto al sexo predominan el sexo Femenino con un 62,6%.

Factores asociados a Riesgo de Caídas en adultos Mayores con respecto al grado de instrucción se dio en el nivel Secundario con un 45,8%, seguido del nivel Primario con 28,0%, seguido del nivel inicial con un 17,8% y finalmente nivel superior con un 8,4%.

Factores asociados a Riesgo de Caídas en adultos Mayores con respecto a los Antecedentes Patológicos fueron en los que tenían Demencia Senil con un 36,4%, seguido de Parkinson con un 23,4% y finalmente con los que tenían Diabetes con un 8,4%.

Factores asociados a Riesgo de Caídas en adultos Mayores con respecto al lugar de procedencia fue en los que provenían de la Costa con el 47,7%, seguido de la Sierra con un 29,0% y finalmente los de la Selva con un 23,3%.

4.4. Recomendaciones

Con el conocimiento de esta problemática se recomienda desarrollar estrategias para el cumplimiento de Medidas para prevenir el riesgo de caídas, abordando esta problemática de manera multidisciplinar, identificar las causas, factores de riesgo y actuar sobre ellos, disminuyéndolos o eliminándolos en la medida de lo posible.

Realizar seguimiento constante respecto del estado de salud del adulto mayor, adecuando su entorno, buena iluminación en general, tener interruptores cerca de las puertas y de la cama, que estén accesibles, se aconseja la instalación de “luces nocturnas”, que son pequeños pilotos que se encienden durante la noche, instalar barras de sujeción, tanto en el retrete y/o ducha, sillas en la ducha, evitar suelos irregulares, deslizantes y resbaladizos, con desniveles y desperfectos, mantenerlos secos, eliminar obstáculos, aquellos elementos que puedan entorpecer la marcha, sobre todo en las zonas de paso, procurar utilizar zapatos cómodos, que sujeten bien el pie. Se deben evitar zapatillas abiertas por detrás y el calzado demasiado flojo, porque no sujetan bien el pie.

Desarrollar programas fisioterapéuticos enfocados a mejorar fuerza, resistencia muscular y movimiento articular de los miembros inferiores, entrenamiento de la coordinación, equilibrio, marcha y educación en la prevención de caídas en el hogar y la vía pública.

Generar alianzas de cooperación para los profesionales de la salud y las diferentes instituciones gubernamentales como municipalidades, comedores populares, alberges y otros, con el fin de proporcionar estrategias

que permitan trabajar por el mejoramiento del equilibrio y la fuerza muscular de miembros inferiores en las personas de la tercera edad por medio de la actividad física.

Implementación de programas de actividad física acorde a las características socio-demográficas y culturales propias de la población para una mejor adaptación de los ejercicios con relación al contexto, dirigidas al trabajo de salud comunitaria y en la primera línea de atención, prevención y promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela LF, Ortiz PJ, Chavez 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. Instituto Nacional de Estadística en Informática (INEI). Características Demográficas de la Población de la Tercera Edad. En: Perfil Sociodemográfico de la tercera edad. Lima Perú, 1995. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioinei.asp>. Consultado 16 de diciembre 2004.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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>

15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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
20. Rodríguez C, Helena L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. *Rev. Colomb. Reumatol.* 2012; 19(4): 218-233.
21. 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.*

22. Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. Uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile 2008; 19:309-17.
23. 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.
24. Contreras M, Palomino C. Elaboración y mantenimiento de infantómetros y tallímetros de madera. Lima: Instituto Nacional de Salud / UNICEF; 2007.
25. 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.
26. Varela L., Chávez H., Herrera A., et al. Valoración Geriátrica Integral en Adultos mayores hospitalizados a nivel Nacional. Diagnóstico 2004; 43(2): 57-63.
27. Palomino J., Santibáñez T. Prevención de caídas en el Adulto Mayor. Tesis presentada a Universidad Nacional Mayor de San Marcos para obtención del grado de Tecnólogo Médico en el Área de Terapia Física y Rehabilitación. Lima 1999.
28. Correa JE, Gámez ER, Ibáñez M, Rodríguez KD. Aptitud física en mujeres adultas mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo. Rev. Salud Uis. 2011;43(3):263-70.
29. Vidarte JA, Vélez C, Sandoval C, Alfonso ML. Actividad Física: Estrategia De Promoción De La Salud. Hacia la Promoción la Salud. 2011;16(1):202-18.

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DEL DISTRITO DE COMAS EN EL AÑO 2016.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL Pp. ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores Atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas en el año 2016?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS. Ps. ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según edad?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según sexo?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el hospital Sergio e. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según grado de instrucción?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según antecedentes patológicos?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según lugar de procedencia?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL Op. Establecer la prevalencia y factores asociados a riesgo de caidas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS Os. Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caidas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según edad.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caidas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según sexo.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caidas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según antecedentes patologicos.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caidas en adultos mayores atendidos en el hospital sergio e. bernaldes del distrito de comas en el año 2016 según grado de instrucción.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia y factores asociados a riesgo de caidas en adultos mayores atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de comas en el año 2016 según lugar de procedencia.</p>	Variable principal Riesgo de caídas	Registro de datos e historias clínicas.	Si presenta No presenta	<p>DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo retrospectivo de Tipo Transversal.</p> <p>POBLACIÓN: Todos adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Fisica del Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas en el año 2016. que presentaron antecedentes de riesgo de caidas (N=200).</p> <p>MUESTRA: Se logró estudiar y conocer los datos de un mínimo de 107 Registro de datos completos de todos adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Fisica del Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas en el año 2016, los cuales presentaron antecedentes de riesgo de caidas. Se utilizó el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.</p>
		Variables Secundarias	Rangos de 70 85 años	Ficha de recolección de datos.	
		Edad			
		Sexo			
		Lugar de procedencia	Femenino masculino	Costa Sierra selva	
		Grado de instrucción	Inicial Primaria Secundaria Superior		
Antecedentes patológicos	HTA Diabetes Demencia senil Artrosis Parkinson				

Fuente: elaboración propia

