

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERIA



**Prevalencia y Factores de riesgo de caída del adulto mayor en el
Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019**

Tesis para Optar el Título de Licenciado de Enfermería

Autor:

Angeles Diestra, Jazmin Milagros

Asesor:

Zavaleta Llanos, Eber Wilfredo (ORCID: 0000-0003-1451-4283)

Chimbote – Perú

2020



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ACTA DE DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS N. ° 003-2021

Siendo las 08:00 horas, del día 19 de enero del 2021, y estando dispuesto al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, aprobado con Resolución de Consejo Universitario 3539-2019-USP/CU, en su artículo 22º, se reúne mediante videoconferencia el Jurado Evaluador de Tesis designado mediante RESOLUCIÓN DE DECANATO N.º 0057-2021-USP-FCS/D, integrado por:

Dra. Doraliza Correa Huamán	Presidenta
Dr. Manuel Guzmán Palomino Márquez	Secretario
Mg. Luz Marina García Espejo	Vocal
Mg. Dora Emperatriz Castro Rubio	Accesitario

Con el objetivo de evaluar la sustentación de la tesis titulada "Prevalencia y factores de riesgo de caída del adulto mayor en el Hospital III EsSalud, Chimbote – 2019" presentado por la bachiller:

Jazmín Milagros Ángeles Diestra

Terminada la sustentación y defensa de la tesis, el Jurado Evaluador luego de deliberar, acuerda APROBAR por MAYORIA la tesis, quedando expedita la bachillera para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Siendo las 09.00 am horas se dio por terminada la sustentación.

Los miembros del Jurado Evaluador de Informe de Tesis firman a continuación, dando fe de las conclusiones del acta:

Dra. Doraliza Correa Huamán
Presidenta

Dr. Manuel Guzmán Palomino Márquez
Secretaria

Mg. Luz Marina García Espejo
Vocal

c.c.: Interesada
Expediente
Archivo.

Dedicatoria

A DIOS...

Por ser el guía espiritual que ha iluminado mi mente y mi corazón para cumplir mis objetivos, por ser el ángel que cuida y protege cada pasó que doy.

A mis padres Wilder y Julia...

Quienes me educaron con valores y principios correctamente durante mi formación académica, logrando crear un ser justo y solidario para poder lograr las metas, trazadas en mi vida.

A mi hermano José...

Por estar siempre conmigo en los momentos que más lo necesite, gracias por todos los consejos; fuiste el que me impulso a lograr culminar con éxito mi formación profesional.

ANGELES DIESTRA JAZMIN MILAGROS

Agradecimiento

A los adultos mayores...

Por su colaboración, comprensión y participación desinteresada en la realización del presente trabajo de investigación.

A mis docentes...

Que fueron parte de mi formación profesional, brindándome sus conocimientos, experiencia, fortaleza y dedicación para mi buena formación como Licenciada en Enfermería.

A nuestra alma mater Universidad San Pedro...

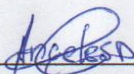
Nuestra casa superior de estudios que nos albergó durante nuestra formación profesional inculcándonos conocimientos científicos y valores que se reflejan en nuestras acciones de desempeño profesional.

ANGELES DIESTRA JAZMIN MILAGROS

DERECHOS DE AUTORÍA Y DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, Angeles Diestra Jazmin Velazco, con Documento de Identidad N.º 70106871....., autora de la tesis titulada “Prevalencia y factores de riesgo de caída del adulto mayor en el Hospital III Es Salud, Chimbote - 2019” y a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría. Por lo cual otorgo a la Universidad San Pedro la facultad de comunicar, divulgar, publicar y reproducir parcial o totalmente la tesis en soportes analógicos o digitales, debiendo indicar que la autoría o creación de la tesis corresponde a mi persona.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, establecidas por la Universidad San Pedro, respetando de esa manera el derecho de autor.
3. La presente tesis no ha sido presentada, sustentada ni publicada con anterioridad para obtener grado académico, título profesional o título de segunda especialidad profesional alguno.
4. Los datos presentados en los resultados son reales; no fueron falseados, duplicados ni copiados; por tanto, los resultados que se exponen en la presente tesis se constituirán en aportes teóricos y prácticos a la realidad investigada.
5. En tal sentido de identificarse fraude plagio, auto plagio, piratería o falsificación asumo la responsabilidad y las consecuencias que de mi accionar deviene, sometiéndome a las disposiciones contenidas en las normas académicas de la Universidad San Pedro.



Firma

Índice de contenidos

Contenido	Pág.
INTRODUCCION	
Antecedentes y Fundamentación Científica	1
Justificación	20
Problema	21
Conceptuación y operacionalización de las variables	22
Hipótesis	23
Objetivos	23
METODOLOGIA	
Tipo y Diseño de Investigación	24
Población	24
Técnicas e instrumentos de Investigación	25
Procesamiento y Análisis de la Información	26
RESULTADOS	27
ANALISIS Y DISCUSION	32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
Anexos	41

Índice de Tablas

Contenido	Pág.
Tabla N° 01: Prevalencia de caídas de adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.	27
Tabla N° 02: Factores de riesgos intrínsecos de caídas del adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.	28
Tabla N°03: Factores de riesgos extrínsecos de caídas del adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.	29

Índice de Figuras	Pág.
Prevalencia de caídas de adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.	48
Factores de riesgo intrínsecos de caídas del adulto mayor.	48
Factores de riesgo extrínsecos de caídas del adulto mayor, según consumo de fármacos.	49
Factores de riesgo extrínsecos de caídas del adulto mayor, según lugar de la caída.	49
Factores de riesgo extrínsecos de caídas del adulto mayor, según intervalo del día.	50
Factores de riesgo extrínsecos de caídas del adulto mayor, según existencia de objeto en la caída.	50
Factores de riesgo extrínsecos de caídas del adulto mayor, según el tipo de calzado durante la caída.	51
Factores de riesgo extrínsecos de caídas del adulto mayor, según condiciones del suelo.	51

Palabras clave

Caídas, Factores de Riesgo, Prevalencia

Keys words

Falls, Risk factor's, Prevalence

Línea de investigación:

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Sub área: Ciencias de la salud

Disciplina: Enfermería

Línea de Investigación: Desarrollo del cuidado Enfermero

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito efectuar medidas preventivas en caídas en función a los factores de riesgo en el adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019. El tipo y diseño de investigación fue descriptivo, correlacional, no experimental de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento “cuestionario de la OMS”. Los datos se procesaron con el programa de Microsoft Excel 2013 y SPSS v. 21, considerando las herramientas descriptivas con un nivel de significancia de 95%. La población estuvo conformada por 120 pacientes adultos mayores, durante el periodo de estudio provenientes de consulta externa, la muestra fue calculada a través del muestreo aleatorio simple (MAS). Se concluyó con los siguientes resultados: El 78.3% de los adultos mayores sufrieron caídas. Entre los factores de riesgo intrínsecos, se encontraron como factor principal las enfermedades que sufren los adultos mayores con un 85.7%, seguido de la edad con un 85.8%. Y con relación a los factores de riesgo extrínsecos se encontró que prevalece el consumo de fármaco con un 64.2%

ABSTRACT

The purpose of this research was to carry out preventive measures in falls according to the risk factors in the elderly of Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019. The research type and design was descriptive, correlational, non-experimental cross-sectional. The "WHO questionnaire" instrument was used to collect data. The data was processed with the Microsoft Excel 2013 program and SPSS v. 21, considering the descriptive tools with a level of significance of 95%. The population consisted of 120 elderly patients, during the period of study from external consultation, the sample was calculated through simple random sampling (MAS). It was concluded with the following results: 78.3% of the elderly suffered falls. Among the intrinsic risk factors, the diseases that older adults suffer were 85.7%, followed by age with 85.8%. And with regard to extrinsic irrigation factors, it was found that drug consumption prevailed with 64.2%.

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y Fundamentación Científica

Se evidencia una creciente incidencia de caídas en el adulto mayor. Anualmente 37,3 millones se presentan caídas que son graves y que tienen que ser atendidos por personal especializado. Además cada año fallecen 646 000 personas en todo el mundo, y la mayoría de estas muertes se reportan en en países de bajos y medianos ingresos (80%). Quienes corren mayor riesgo de caídas mortales son los adultos mayores de 65 años (Organización mundial de la salud [OMS], 2018).

A continuación se presentan los estudios antecedentes realizados en el ámbito internacional:

Silva, Partizani, Miyamura, y Fuentes (2019), estudiaron “las causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor en Brasil”. El estudio reporta los siguientes resultados: El 24% tuvo alguna caída. La sala, el dormitorio y la calle fueron los lugares más frecuentes donde se presentaron las caídas. De estos el 9.1% necesitaron hospitalización y el 59.1% resultaron en heridas. Los problemas para caminar, el temor a tener una caída recurrente y el cambio de domicilio fueron las consecuencias más comunes. Entre los factores que se asociaron con las caídas de manera accidental estuvieron la edad ≥ 60 años, presentar algún síntoma depresivo y no estar jubilado.

García, (2017), realizó “un análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia, España”. El estudio reporta los siguientes resultados: Un 26,9% de la muestra de dicha investigación, y el 15,8% sufrieron una caída. El promedio de la edad de la muestra que sufrió caídas fue de $84,08 \pm 8,10$ años, y no se evidenciaron diferencias estadísticas significativas que se relacionen con las caídas por causa de la edad, el género o la de vivir en un entorno rural o urbano antes de la institucionalización. Los más relacionados con un mayor riesgo de caídas, fue tener diagnóstico de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, problemas de músculos y huesos o síntomas depresivos, como; “al igual que el hecho de identificar las relaciones personas con el resto de residentes como conflictivas”.

En el ámbito nacional, se reportan los siguientes estudios:

Anaya, (2019), realizó un estudio denominado “Factores asociados a caídas en el adulto mayor en el programa de atención domiciliaria, en Huánuco”. Se reportaron los siguientes resultados: Con respecto a los factores sociodemográficos se reportó un mayor predominio en mujeres (64 % del total), Así también los rangos comprendidos entre 81 y 90 años fue la de un mayor predominio con respecto a la edad (43,70%). El 52,70% tenían estado civil casados, la mayor cantidad era de Huánuco y un 97% vivía con familiares. Del total, 150 sufrieron caída en los últimos 6 meses. Se encontró que el 44,3 % presentaban dependencia moderada. Se encontró que un 36,7% no tenía comorbilidad asociada, mientras el 34,3% tenía múltiples comorbilidades. Un 52,3% tenía Polifarmacia.

Quiñones, (2019), realizó un estudio denominado riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores en Lima. El estudio reporta los siguientes resultados: De los 120 adultos mayores, se observó que el 63,3% fueron mujeres y 36,7% fueron varones. El 76,8 años fue el promedio de edad de los adultos mayores, el 70% tienen alto riesgo de presentar una caída, así un 30% tiene bajo riesgo; según el nivel de riesgo de caída y su relación con el grupo de edad tenemos: con 58,3% en riesgo bajo al grupo de 60 a 71 años, con 42,9% en el riesgo alto, al grupo de 72 a 81 años y se evidencia riesgo de caída bajo el grupo de edad de 93 a 102 años; los factores que influyen a sufrir una caída son tomar algún medicamento (87%) y déficit sensorial con 79%, el estado mental con 6% es el de menor influencia. Se concluye que el adulto mayor del Hospital Geriátrico de la Policía “San José”, tiene un riesgo alto de caídas. Así también los factores de riesgo que influyen en las caídas son los déficits sensoriales y la toma de medicamentos.

Contreras, (2017), realizó una investigación sobre la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas de los usuarios del programa “Etapa de vida adulto mayor de un centro de salud en Huánuco”. Al concluir la investigación los resultados fueron los siguientes: No se encontró relación significativa ($p < 0,528$), respecto a la capacidad de autocuidado y la edad, tampoco se encontró relación significativa con la

variable género ($p < 0,477$), ni tampoco hubo relación significativa con el grado de escolaridad ($p < 0,462$), además no existió relación significativa con el ejercicio físico que realizan los adultos incluidos en la muestra ($p < 0,640$). Se concluye que la capacidad de autocuidado no se relaciona con el grado de escolaridad, género, actividad física que realizan los adultos mayores en estudio.

Espinoza y Tinoco, (2017), realizaron un estudio denominado “Relación entre riesgo de caídas y principales factores sociodemográficos en pacientes de Geriátrica en Tarma”. El estudio reportó los siguientes resultados: El 74% de pacientes adultos mayores no presenta riesgo de Caídas, el 61.5 % fueron adultos mayores mujeres. Con respecto a la ocupación, en su mayoría son amas de casa con un 29.9%. Hubo un mayor porcentaje de convivientes con un 43% de la muestra en estudio. El 39.50% tienen grado de instrucción secundaria. En base a la relación de las variables en estudio, de reportó que existe relación entre la edad y el riesgo de caídas ($P=0.0051$), y la edad promedio de presentar alto riesgo de caídas fue de 76 años de edad. El sexo de la muestra evaluada tiene relación significativa con el riesgo de caídas y ($P=0.019$), las mujeres tienen mayor riesgo de presentar caídas. No se evidenció relación entre el riesgo de caídas con la zona de residencia de la muestra evaluada, pero hay una aproximación al valor de significancia ($P=0.080$), y evidenciando mayor probabilidad de caídas los adulto mayores que viven en zonas rurales.

Ramírez, (2016), realizó una investigación sobre los “Factores de riesgo de caídas y valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos en Ica”. El estudio reportó los siguientes resultados: El 44% de los adultos mayores oscilan entre los 71 a 80 años, las mujeres en 58%, los de estado civil casado son un 47%, tienen instrucción secundaria el 58% y el 28% viven con su pareja. Con respecto a la variable uno: Riesgos de caídas en la dimensión riesgos intrínsecos: tiene problemas de audición el 81%, de visión el 74%, el 65% se sientes mareados al cambiar de posición, padece de una enfermedad crónica el 56%, ha sufrido de caídas el 53%, toma más de tres medicamentos al día el 47%, el 37%, presentó dificultad al realizar sus actividades diarias producto de las caídas, y el 30% presenta dificultad para movilizarse por sí solos, en la dimensión riesgos extrínsecos el 72% no tiene

algún punto de apoyo para cuando ingresa a la tina del baño, la mayoría cuenta con deficiente iluminación con un 67%, el 58% tiene escalera sin pasamanos, el 58% no pueden sentarse con facilidad en su cama, el 53% no tiene el jabón ni las toallas en lugar seguros. Con respecto a la segunda variable: valoración social: existe riesgo social en el 51%, el 28% tiene una buen condición social y el 21% de adultos mayores tiene problemas sociales.

Torres, (2015), en su investigación “Autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor en Barranco”, tuvo los siguientes resultados: El nivel de autocuidado relacionado a los factores intrínsecos fue predominantemente medio (54.3%). en dicho estudio se destacaron las siguientes acciones como: realización de actividades físicas (65.7%), uso frecuente de zapatos cómodos (80%) y el no consumo de alcohol (90%). En cuanto al nivel de autocuidado relacionado a los factores extrínsecos 52.9% alcanzó un nivel medio y las acciones que fomentan el autocuidado son: el mantenimiento de la iluminación en los ambientes de la vivienda (95.7%), con pasillos libres de obstáculos (82.9%), el 80% tiene objetos de uso diario al alcance de la mano, el 70% cuenta con pisos limpios no resbalosos y el 91,4% tiene pasamanos en los vehículos al trasladarse fuera del hogar. En el nivel de autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor fue medio tanto para el control de los factores intrínseco y extrínseco.

Envejecimiento

Las personas envejecen de muchas formas en función de las experiencias que han tenido en su vida, es decir, implica el proceso de desarrollo y deterioro. El envejecimiento humano es un proceso multidimensional del ser humano, y sus características son heterogéneas, internas e irreversibles. Comienza desde la concepción y se desarrolla a lo largo de la vida hasta la muerte. Con el tiempo, este es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos personales que interactúan constantemente con la vida social, económica, cultural y ecológica de la comunidad. (Minsalud, 2017)

El envejecimiento es un proceso normal del cuerpo humano, se caracteriza por órganos y sistemas, desde el nacimiento, aunque no es una enfermedad, proporciona

condiciones favorables para el desarrollo de muchas enfermedades que afectan la salud de las personas mayores. . (De Andrade, 2014)

Clasificación del adulto mayor

Cuando hablamos de personas mayores de 65 años, en cuanto a su salud psicosocial biológica, nos referimos a una población variable, desde ancianos sanos hasta personas muy dependientes.

Adulto mayor sano: Las características físicas, psicológicas y sociales son acordes con su edad. Personas mayores de 65 años que no hayan sido diagnosticadas con problemas patológicos o funcionales, psicológicos o sociales.

Adulto mayor enfermo: personas mayores de 65 años, con diversos grados de gravedad, que presenten algún tipo de enfermedad aguda o crónica, que no la dejará ineficaz y no cumple los criterios para pacientes ancianos.

Adulto mayor frágil o de alto riesgo: son inestables debido a sus condiciones físicas, mentales y funcionales, y es muy probable que se vuelvan dependientes e incluso requieran hospitalización. Puede considerar si reúne las siguientes características: vivir solo, viudo, cambio de residencia, enfermedad crónica con discapacidad, hospitalización, ingesta de tres medicamentos o prescripción de antihipertensivos, antidiabéticos o psicotrópicos, discapacidad funcional, deterioro cognitivo o demencia, depresión. , condiciones económicas inestables o ingresos insuficientes. (Alvarado, Astudillo, & Sanchez, 2013)

Adulto mayor geriátrico: que reúnen las siguientes tres o más condiciones: edad mayor de 75 años, patologías múltiples relacionadas, enfermedades mayores con características de discapacidad, psicopatología acompañante o mayor y problemas sociales relacionados con las condiciones de salud.

Caídas

Una caída se define como un evento involuntario que hace que pierda el equilibrio y golpee el suelo o bloquee otras superficies duras del suelo. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser fatales, aunque la mayoría no lo es. Las caídas son uno de los problemas más importantes de la patología geriátrica. Es uno de los

síndrome de la vejez. La mayoría de los síntomas de las caídas en los ancianos son síntomas de enfermedades o afecciones subyacentes, por lo que no es apropiado atribuir las caídas únicamente a los peligros ambientales o la edad. El año pasado, una quinta parte de las personas de 65 a 69 años y dos quintas partes de las personas de 80 años o más informaron una caída de al menos una. Las caídas son más comunes en los ancianos y generalmente ocurren antes de una disminución gradual de la función y un estado agudo de confusión.(Alvardo, Astudillo, & Sanchez, 2013) (OMS, Caídas, 2018)

Prevalencia

Se define como el número de casos de una enfermedad o paciente o cualquier otro evento ocurrido en una población determinada, no hay diferencia entre casos nuevos y casos antiguos. Hay dos tipos de prevalencia:

Prevalencia momentánea: se refiere a la prevalencia de una enfermedad en un momento específico. Se expresa como una razón, cuyo numerador es el número de casos de enfermedad en curso en un momento dado, y el denominador es el número real o aproximado de residentes de una población determinada en ese momento. Normalmente, la expresión utilizada representa la fecha. Siempre que el término "prevalencia" se use solo sin ninguna limitación, se refiere a la prevalencia instantánea.

Prevalencia durante un periodo determinado: Se refiere a la prevalencia de enfermedades o eventos en un período de tiempo determinado. Se expresa en forma de razón, cuyo numerador es el número de todos los casos de enfermedad en curso en cualquier momento en un período dado (generalmente un año o un mes), y el denominador representa el número promedio de personas en una población dada en un período dado, o número estimado de personas a la mitad del período.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son todos los factores que aumentan la probabilidad de riesgo o sensibilidad de una persona a problemas médicos o enfermedades. De hecho, con el aumento de los factores de riesgo, los ancianos tienen cada vez más riesgo de sufrir caídas. Muchas caídas están relacionadas con la condición física o problemas médicos de una persona (como enfermedades crónicas). Otras razones de la caída pueden estar relacionadas con la casa de la persona o los peligros de seguridad en la casa.

Factores Intrínsecos

Se refiere a aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, sexo y enfermedades agudas u crónicas.

Edad: La edad es uno de los principales factores de riesgo de caídas. Las caídas de ancianos pueden causar la muerte o lesiones graves y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos, entre el 20% y el 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, como hematomas, fracturas de cadera o lesiones en la cabeza. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a las deficiencias físicas, sensoriales y cognitivas asociadas al envejecimiento, así como a la falta de un entorno adaptado a las necesidades de las personas mayores.

Sexo: En todos los grupos de edad y en todas las regiones, hombres y mujeres corren el riesgo de sufrir caídas. Sin embargo, en algunos países, se ha observado que los hombres tienen más probabilidades de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de sufrir caídas no mortales. Las mujeres mayores y los niños pequeños son particularmente propensos a las caídas y a causar más lesiones. La tasa de mortalidad y la vida ajustada por discapacidad de los hombres en todo el mundo siguen siendo más altas cada año. La posible explicación de este hecho es el mayor nivel de comportamiento de riesgo y el mayor riesgo de las actividades laborales.

Nutrición: La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento al regular los cambios en diferentes órganos y funciones del cuerpo

humano. De ahí la importancia de evaluar el estado nutricional de este grupo. El estado nutricional de los ancianos depende de muchos factores: dieta, socioeconómicos, funcionales, mentales, psicológicos y físicos. Por tanto, una evaluación completa del estado nutricional debe incluir información sobre estos aspectos. Debido a diferentes factores, como la ingesta reducida de alimentos, la anorexia relacionada con factores psicosociales, problemas de masticación y deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, tumores crónicos y enfermedades no tumorales, multifármacos, depresión y otros factores, los ancianos son más propensos al riesgo de desnutrición y muchos más. El estado nutricional es el resultado del equilibrio entre la ingesta nutricional y el consumo de proteínas y calorías para satisfacer las necesidades fisiológicas óptimas; las anomalías en esta condición se consideran desnutrición, mientras que el otro extremo es el sobrepeso y la obesidad. La desnutrición, el sobrepeso y la obesidad se asocian con un mayor riesgo de morbilidad y muerte, mayores tasas de infección, mayor número de caídas y fracturas, estadías hospitalarias más prolongadas y deterioro de enfermedades potencialmente agudas o crónicas y deterioro general relacionado con la calidad de vida. Cualquier enfermedad o enfermedad crónica cambiará el estilo de alimentación de una persona o le dificultará comer, amenazando así la nutrición y la salud de los ancianos. Comer menos o más es perjudicial para la salud. Comer la misma comida día tras día, o no comer frutas, verduras o productos lácteos, también es la causa de una mala nutrición y salud. Se estima que uno de cada cinco adultos se salta una o más comidas al día. Uno de cada cuatro ancianos bebe demasiados (tres o más vasos de cerveza, licores o vino al día).

Enfermedades, la población de edad avanzada tiene riesgo de padecer determinadas enfermedades típicas y de edad avanzada. De esta forma, repetidamente ocurrirá lo siguiente:

Alteraciones visuales, auditivas y vestibulares: en el anciano, alteraciones patológicas del sistema vestibular y visual (cataratas, disminución de la agudeza visual, tolerancia a la luz y adaptabilidad a la oscuridad, hipoacusia, rigidez vascular, atrofia celular, etc.), lo que hará que las personas cambien su capacidad en relación con los objetos del entorno. Ante la ocurrencia de una caída, la pérdida de

sensibilidad parece ser más importante que la pérdida de la visión, las consecuencias de no ver objetos pequeños son mucho menores que las consecuencias de no ver los pasos con claridad.

Modificaciones del aparato locomotor: Los cambios biomecánicos de las articulaciones se acompañan de patologías degenerativas o traumáticas que pueden provocar caídas o favorecerlas. En la columna vertebral, el tono muscular de los músculos paravertebrales posteriores desaparece y las frecuentes microfracturas osteoporóticas agravan la cifosis y el aumento de la zona lumbar. Esta deformidad tiende a compensarse enfatizando la lordosis lumbar. En la articulación de la cadera, la degeneración del cartílago articular puede producir cambios que contribuyan a las caídas. Rigidez articular, rango de movimiento articular reducido, función abductora insuficiente, incapacidad para brindar apoyo a un pie y displasia de las extremidades debido al acortamiento. En la articulación de la rodilla, los miembros inferiores se doblan progresivamente debido a la gonorrea, las articulaciones se vuelven progresivamente inestables, la movilidad de las articulaciones se reduce y es difícil subir y bajar escaleras. Los fibroadipocitos del talón se encogen y se reduce la movilidad de las articulaciones entre los huesos y los huesos. La pérdida de densidad es el factor decisivo para las fisuras. Se ha demostrado que para una densidad ósea normal en el grupo de edad, una reducción de una desviación estándar aumenta el riesgo de fractura en 2,7 veces. Los pacientes con densidad ósea reducida deben usar un protector de cadera mientras toman calcio, vitamina D y bifosfonatos, ya que el riesgo de caídas y posteriores fracturas de cadera se ha reducido en un tercio. La longitud excesiva del cuello femoral, la inversión excesiva del diámetro interno del cuello y cierta distribución de la masa ósea pueden aumentar el riesgo de fractura.

Patologías crónicas: la incidencia de las patologías es mayor cuanto más longeva es la persona adulta mayor, esto hace que sean más propensas a la aparición de caídas. Muchas veces aparecen ciertas patologías que combinadas entre sí, suelen hacer que el adulto mayor sea más vulnerable a sufrir caídas, entre ellas tenemos a las enfermedades del sistema nervioso como el Parkinson, delirium, las demencias y la alteración cognitiva y accidentes cerebrovasculares; enfermedad a nivel sensorial

como el vértigo, las enfermedades cardíacas y vasculares que causan bajo gasto como la hipotensión ortostática, insuficiencia cardíaca, arritmias y los síncope; y enfermedades de los huesos y músculos como la osteoartritis, las deformaciones de los pies, fracturas, osteoporosis, entre otras. Cabe señalar que la depresión y la demencia están asociadas con las caídas múltiples, considerando que pueden producirse por múltiples causas como los efectos secundarios de ciertos medicamentos y la dificultad para poder identificar su entorno.

Ciertas investigaciones aseguran que los problema de movilidad, es el primer factor que contribuye a las primera caídas, seguida de a los trastornos mentales, que es el segundo condicionante más importante, se menciona que cuando el adulto mayor tiene su primera caída, es posible que estas provoquen caídas sucesivas. Como la demencia provoca alteraciones de la percepción viso espacial, y la comprensión y la orientación geográfica son deficientes, puede ocasionar el aumento de las caídas. Una de las causas serias, pero raras es el síncope conocido como pérdida repentina del conocimiento con recuperación rápida.

Otras de las causas más frecuentes para tener una caída son las producidas por hipotensión ortostática, arritmias cardíacas y reacciones vasovagales, aunque en la mayoría de casos no hay un diagnóstico claro de su causa. También las alteraciones de músculos y sistema óseo, pueden facilitar la aparición de caídas en los adultos mayores, entre ellos: la inestabilidad de las articulaciones, movimiento limitado y cuando aparecen posiciones malignas en las articulaciones: estas suelen producirse cuando aparece alguna artropatía degenerativa avanzada y es producto de la incongruencia mecánica secundaria a la erosión del hueso subcondral y a la producción de osteofitos. El adulto mayor tiene el pie muy adolorido, que hace que tenga inseguridad en la marcha y use calzados inadecuados, que potencial su inestabilidad y ajustan de manera conveniente el pie.

Otros factores de riesgo para las caídas son las patologías agudas como los cuadros febriles, anemias, deshidratación, etc. Asimismo la caída en un anciano puede presumir la presencia de cierta patología importante como el accidente cerebro

vascular, neumonía, infarto de miocardio, entre otros.

Con respecto al estado mental: conforme con la Organización Mundial de la Salud un poco más del 20% de los individuos que pasan de los 60 años de edad padecen cualquier trastorno de la mente o neural (sin contar los que se expresan por cefalea), es así que se atribuyen los trastornos mentales y del sistema nervioso a la discapacidad en aquel conjunto etario en un 6,6%. El 17,4% de los ancianos han padecido algunos trastornos mentales, que le ha causado discapacidad. Uno de los trastornos neuro psiquiátricos más comunes en ese grupo etareo es la depresión y la demencia. El 3,8 de la población senil ha sido afectado por trastornos de ansiedad y el aproximadamente el 1% por el consumo excesivo de sustancias psicotrópicas, otro dato importante es que la aproximadamente una cuarta parte de las defunciones causadas por autolesiones corresponden a individuos de 60 años de edad o más. Sin embargo muchos de los ancianos que consumen sustancias psicotrópicas no es diagnosticado a tiempo y suelen pasarse por alto.

Con respecto a la deambulación de los adultos mayores, es necesario que puedan realizar algunas actividades para tener mayor independencia en su movilidad, tales como sentarse en una silla e incorporarse por sí solos, inclinarse, girar y caminar en la medida de lo posible. Hasta los 70 años la marcha en el anciano va disminuyendo en un 15%, siendo este un predictor poderoso de mortalidad, así como las patologías crónicas y la hospitalización de un anciano.

A los 75 años, hay una mayor probabilidad que los adultos mayores que caminan con lentitud mueran, en comparación a los que caminan a velocidad normal y rápida. La marcha tiende a reducir su velocidad debido a que las personas de edad dan pasos cortos con la misma velocidad. Debido a la debilidad de los músculos de su pantorrilla, hay una disminución de cada paso recorrido que es la distancia desde el punto donde contacta el talón hasta el punto donde contacta en el siguiente paso.

Por otro lado el síndrome de post caída, consiste en la inseguridad que tiene el adulto mayor al caminar y desplazarse, llegando a desconfiar de sus habilidades motores, y sintiendo temor en cada paso, e incluso trata de evitar ciertas situaciones

que puedan ser de riesgo para una nueva caída. Además crece el temor para realizar actividades caseras como desplazarse fuera de su hogar o usar un transporte público. Adicionado a ello, se incrementa el temor de bañarse solo. Estos efectos no deberían subestimarse y deben tratarse adecuadamente. El miedo captura los sentidos, trastorna y por lo tanto hace que el anciano tome la decisión más imprudente de todas. L sufrir una caída, es común que las personas mayores teman que el evento se repita. La disminución del movimiento y la capacidad funcional crece con el miedo, reduciendo sus actividades habituales en ducho grupo etáreo. El miedo a caerse es común en los ancianos que ya han sufrido una caída o no.

Para algunos investigadores la limitación del movimiento y la disminución de la capacidad funcional están relacionadas con el miedo a una nueva caída. Los adultos mayores que tienen miedo a caer tienen un ritmo más lento, buscan apoyo constante y puntos de apoyo y en ocasiones adoptan una postura de “triple flexión con tendencia a la retropulsión del tronco”, incrementando la base de apoyo. Mucho se dice de una serie de factores de riesgo para demostrar el miedo a una caída, entre ellas la edad; mayores de 75 años, ser mujer, personas con movilidad reducida, cambios en la marcha y pruebas de equilibrio (Balbas & Gómez) (OMS, La salud mental y los adultos mayores, 2017).

Factores Extrínsecos

Con relación a la medicación, el consumo de drogas es un factor que provoca caídas en las personas mayores. Los medicamentos son particularmente importantes como factores de riesgo, ya sea por los efectos secundarios o las interacciones entre ellos. Los fármacos, solos o por gravedad de enfermedades subyacentes, pueden provocar caídas porque el envejecimiento induce cambios farmacocinéticas que alteran la vida media del fármaco y cambios farmacodinámicos que de alguna manera producen reacciones inesperadas en este grupo de edad.

Entre los fármacos más importantes se tiene a los psicotrópicos o fármacos que tienen efecto sobre el sistema nervioso central; fármacos cardiovasculares, antihipertensivos (pueden tener un efecto de hipotensión ortostática o reducción del flujo sanguíneo cerebral), como antagonistas del calcio, porque pueden generar baja

de presión y mareos, también están los diuréticos y vasodilatadores; aquellos con efectos piramidales adicionales y sustancias ototóxicas.

Debe tenerse en cuenta que en varias ocasiones el adulto mayor tiene cumplimiento deficiente de la dosis, su memoria desaparece y es por ello que a veces ingiere repetidamente el medicamento, la confusión entre varios medicamentos y la tendencia de auto medicarse, generalmente por consejo de colegas y vecinos; puede agravar su cuadro. La polipatología y la polifarmacia, ocasiona que las reacciones adversas a los medicamentos ocurren con mayor frecuencia en los ancianos y aumentan el riesgo de caídas. El incremento de varias enfermedades crónicas en las personas mayores hace que esta población sea la que más drogas consume. Sin embargo, este alto consumo se debe, en gran medida, a la falta de información y prescripción médica. El consumo de tres o más fármacos se relaciona con un alto índice de caídas en las personas mayores, pero también existe una relación con ciertos grupos de medicamentos, especialmente aquellos que pueden provocar arritmias, hipotensión ortostática, confusión o somnolencia y temblores. Algunos estudios reportan que hay evidencia de la relación entre la cantidad de medicamentos y el aumento del riesgo de caídas, considerándose cuatro o más medicamentos una cifra claramente peligrosa.

Acerca de la actividad: las caídas en su mayoría ocurren durante las actividades normales. Un porcentaje mínimo ocurre cuando la persona mayor está realizando actividades de peligro, como trepar a una silla o escalera, etc. La actividad más peligrosa es descender de las escaleras que subirlas, es en esta actividad donde se ocasiona 10% de las caídas. Es de destacar que el riesgo disminuye en aquellas personas mayores que regularmente suben y bajan escaleras.

En relación al medio ambiente: un estudio reportó que las caídas se ocasionan en su mayoría de veces en el mismo hogar, y con menor frecuencia en las calles, esto se debe a que los domicilios no están adaptados correctamente, como en los centros geriátricos, es difícil encontrar un hogar adecuado. La existencia de pisos desnivelados, la iluminación inadecuada, las escaleras que carecen de pasamanos o con escalares muy altas, los interruptores de acceso difícil, las duchas sin barras, los utensilios con difícil acceso en la cocina, hacen que el hogar se convierta en un lugar

de peligro para el adulto mayor. Incluso la ropa mal puesta, la suela resbaladiza de los zapatos, los zapatos altos y apretados también constituyen un peligro para ocasionar una caída.

Respecto al ambiente exterior al domicilio: “la presencia de una variedad de obstáculos y desniveles en las aceras, la deficiente conservación del pavimento o la altura insuficiente de bancos a nivel de la calle, o suelos con exceso de cera y resbaladizos, la ausencia de superficies antideslizantes en escaleras o rampas en lugares públicos van a incrementar ese riesgo en los ancianos” (Balbas & Gómez)

Consecuencias de las caídas

Si bien no todas las caídas son realmente dañinas, un grupo de personas mayores que se caen sufren lesiones de moderadas a graves, como fracturas de cadera o traumatismos en la cabeza, que pueden reducir la movilidad y la independencia y aumentar la muerte prematura, estos incidentes son críticos para la morbilidad y mortalidad de los enfermos, así como para la economía. Por tanto, del 10 al 20% de las personas mayores que sufren caídas necesitan ser asistidos en un establecimiento de salud y entre el 2 y el 6% tienen algún tipo de fractura como consecuencia; además, del 6 al 14% de los adultos que sufren caídas pueden tener una lesión grave e incluso morir.

Según la Sociedad Geriátrica Estadounidense: “Las lesiones accidentales o no intencionales son la quinta causa principal de muerte en adultos mayores detrás de las enfermedades del corazón, las neoplasias, enfermedades cerebrales y enfermedades pulmonares; las caídas causan dos tercios de las muertes por lesiones no intencionales; 75% de las muertes debido a caídas. Es importante señalar que las lesiones por caídas representan una de las causas más comunes de dolor a largo plazo, limitación funcional, discapacidad y muerte en la población adulta mayor” (Amela, 2016)

Consecuencias Inmediatas

A nivel físico, las consecuencias más graves son las fracturas, en su mayoría cerradas, con mínima afectación de partes blandas y de baja energía. Las más

conocidas en las personas mayores son las fracturas de la articulación de la cadera, los cuerpos vertebrales, la epífisis distal del radio, la epífisis proximal del húmero, la epífisis proximal y distal del fémur y la epífisis proximal de la tibia. En relación a la fractura, se considera que es un factor importante de mortalidad, y también una causa importante de discapacidad física, ya que un alto índice de pacientes que sufren una fractura no recuperará el nivel funcional anterior.

Traumatismo Encefalocraneano: las caídas son la causa de la mayoría de los TEC que requieren hospitalización. El alcohol se asocia generalmente con los ancianos. En el caso de deterioro cognitivo inexplicable, se debe considerar el hematoma subdural.

Consecuencias Tardías

Una de las consecuencias tardías son las limitaciones funcionales que pueden provocar problemas de movilidad en los ancianos, y van acompañadas con otras patologías de gravedad: aparición de embolia pulmonar, trombosis venosa profunda, escaras y aumento de repercusiones a órganos y sistemas, en especial al sistema digestivo. El transporte más lento, la indigestión y el estreñimiento pueden causar conflictos fecales. En el sistema motor, es beneficioso para la absorción ósea, se produce hipercalcemia, puede provocar atrofia y rigidez muscular, y suele aparecer una confusión aguda.

Prevención de caídas

El propósito de las medidas preventivas es minimizar el riesgo de caídas sin reducir la movilidad y la independencia funcional de las personas mayores. Si esto no es posible, se deben minimizar las consecuencias de las caídas. La prevención de caídas en el anciano debe provenir de un punto de vista holístico de la persona, con la persona y su familia en el centro asistencial. Estos deben adaptarse a su cultura, recursos, durabilidad y preferencias. Hasta un 22% de las caídas se producen cuando los factores externos juegan un papel determinante. Modificar las barreras de construcción en las vías públicas y hacer que el transporte sea accesible son medios

efectivos que no solo beneficiarán a las personas mayores sino a otra personas de otros grupos etáreos. Es especialmente importante realizar los cambios ambientales necesarios en las viviendas para jubilados.

Para reducir el alto riesgo de caídas al llegar a una edad avanzada, es importante modificar algunos hábitos durante la etapa temprana a la edad avanzada. Para prevenir las caídas en la calle y dentro del hogar se tiene que tomar las siguientes medidas:

Uso de muletas o andadores.

Uso de zapatos con suela de goma para evitar resbalones.

Caminar sobre el césped cuando la acera está resbaladiza.

En invierno, poner sal o arena en la acera helada.

Mantener la habitación limpia, especialmente evite poner cosas en el piso.

Uso muletas o andadores.

Utilizar alfombras o tapetes de plástico.

Usar tacones bajos.

No use calcetines, medias o chanclas.

Asegurar de que haya una superficie en la parte posterior del tapete para evitar que se resbale o asegúrelo al piso.

Asegurar de que las escaleras estén bien iluminadas y tengan pasamanos a ambos lados.

Instalación de barras de apoyo en el baño cerca de la bañera, la ducha y el inodoro.

Usar tapetes de goma en la ducha o la bañera.

Colocación de una linterna cerca de la cama (Torres, 2015) (Contreras, 2017)

Modelo del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

El presente estudio está sustentado en la teoría de Dorothea E. Orem quien sustenta su teoría del déficit del autocuidado como una teoría general compuesta de tres teorías relacionales: Teoría del autocuidado, teoría de los sistemas de enfermería y teoría del déficit del autocuidado.

El concepto de autocuidado fue usado por primera vez en 1969 por Dorothea E. Orem. Cabe señalar que el autocuidado es una actividad que las personas aprenden para lograr sus propósitos. Es un comportamiento que existe en una situación de vida específica que las personas adaptan a sí mismas, a los demás o al entorno para adaptarse a los factores que afectan su desarrollo y función, mejorando así su salud, su vida y bienestar.

La teoría define los requisitos para el autocuidado. Además de ser el componente principal del modelo, también forma parte de la evaluación del paciente. El término 'requisito' se utiliza teóricamente y se define como una actividad que la persona debe realizar para cuidarse a sí misma, Dorotea E Orem presentó tres tipos de requisitos al respecto:

Los requisitos de autocuidado universal son aquellos que todo individuo necesita para mantener su funcionamiento holístico como persona e incluyen la alimentación, actividad física, conservación del aire, agua, y descanso, soledad e interrelación con los demás, prevención de riesgos y promoción de la acción humana.

Requisito de autocuidado para las anomalías de la salud: incluye las que resultan de un trauma, discapacidad, diagnóstico y tratamiento médico que sugieren la necesidad de cambios en el estilo de vida. Los requisitos de autocuidado por desviaciones de salud son el motivo o el objetivo de las medidas de autocuidado que realiza el individuo con enfermedad crónica o discapacidad.

Dorothea E Orem define el siguiente concepto meta paradigmático:

Persona: define a los seres humanos como organismos biológicos, racionales y pensantes. Como un todo dinámico, tienen la capacidad de entenderse, usar pensamientos, palabras y símbolos para pensar, comunicarse y guiar sus propios esfuerzos, y ser capaces de reflexionar sobre sus propias experiencias y eventos incidentales, para poder realizar conductas de autocuidado dependientes.

Salud: significa la integridad del cuerpo, su estructura y función; carencia de anomalías o defectos, significa el daño al hombre; el progreso y el desarrollo integrado de la humanidad en su conjunto alcanza un mayor nivel de integración.

Enfermería: es el arte de servir, a una persona, cuando ésta es incapaz de cuidarse a sí misma para mantener su salud, su vida y bienestar, por lo que brinda apoyo directo para el autocuidado a personas y/o grupos de acuerdo a sus necesidades, ante las discapacidades ocasionadas por problemas personales.

Dorotea Orem considera que el entorno es un conjunto de factores que se encuentran en el exterior y que influyen en el individuo para decidir si necesite de alguien que lo cuide o ejercer su capacidad de autocuidado. El concepto básico de autocuidado de Orem se define como una serie de acciones deliberadas realizadas por las personas para tener control sobre los factores externos y externos que pueden dañar sus vidas y su desarrollo futuro. El autocuidado, por tanto, es un comportamiento que la persona hace o debería hacer por sí misma. Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que maduran en determinados periodos de tiempo inician y realizan por sí mismas.

Con relación a la teoría del déficit del autocuidado. Esta teoría es la piedra angular del modelo de Orem, afirma que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que les impiden cuidarse de forma continua, o hacen que el cuidado personal sea poco eficaz e incompleto. Existe un déficit de atención personal cuando la persona no puede solucionar las demandas que le exigen ciertas circunstancias, o no quiere realizar las acciones y medidas necesarias para satisfacer las autoexigencias. La existencia de un déficit de cuidados personales es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas que están limitadas o no pueden cubrir su cuidado personal son “los pacientes legítimos de las enfermeras”.

Las enfermeras establecen los requisitos exigidos por el paciente, eligen los medios adecuados para cumplirlos y determinan el curso de acción apropiado, evalúan las capacidades y habilidades del paciente para cumplir con sus requisitos y la potencialidad del paciente para desarrollar las destrezas requeridas para la acción.

Teoría del sistema de enfermería. Si existe un déficit de autocuidado, las enfermeras pueden remediarlo a través del sistema asistencial. Este puede ser: apoyo totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y educativo. El tipo de sistema proporciona información sobre el grado de participación del individuo en la autosuficiencia, regulación o rechazo de tratamientos terapéuticos. Una persona o un grupo pueden cambiar de un sistema de asistencia a otro o activar varios sistemas al mismo tiempo.

Sistema de compensación parcial: cuando los individuos tienen necesidades de autocuidado de enfermeras debido a restricciones o discapacidad, los pacientes y las enfermeras cubrirán las necesidades de autocuidado de acuerdo con la condición del paciente, limitaciones psicológicas y somáticas. El paciente puede realizar determinadas actividades, como cepillarse los dientes y comer, pero depende de la enfermera para ir al baño, bañarse o vestirse.

El sistema totalmente compensador es cuando el individuo es totalmente dependiente de otra persona y no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Es decir tiene una dependencia total. Ejemplo 1. Los pacientes inconscientes que requieren de cuidado 2. Paciente en reposo absoluto que se encuentra en cama.

Sistema de apoyo educativo: cuando el paciente requiere consejería y orientación para el autocuidado; a continuación, la enfermera ayuda al paciente con el asesoramiento, apoyo y enseñanza de las medidas que son necesarias para que el individuo lleve a cabo su propio autocuidado.

Un tema de suma importancia para la teoría de Orem es promover y mantener la salud a través de actividades educativas. Además, los profesionales de enfermería deben definir cuándo el paciente puede realizar su autocuidado. Es necesario intervenir para lograr sus objetivos, pues además de brindar soporte teórico a los profesionales, para explicar los diversos fenómenos que pueden ocurrir en el campo de la salud, también proporciona referencias teóricas, metódicas y prácticas para los

profesionales comprometidos con la salud.

La teoría esbozada por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece al enfermero herramientas para brindar una atención de calidad en cualquier situación del binomio salud-enfermedad, tanto para los pacientes como para las personas que toman decisiones por su salud y para las personas sanas, aquellas que desean mantener o cambiar estilos de vida no saludable para su salud, este modelo brinda un bases teóricas y establece un conjunto de conceptos, definiciones y objetivos para comprender lo que se relaciona con el cuidado de la persona (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

2. Justificación de la investigación

El presente estudio de investigación, surgió a raíz del interés de la autora, dado que durante las prácticas pre profesionales realizadas se ha observado significativas situaciones en el que las personas adultas mayores han tenido caídas y éstas han complicado seriamente su situación de salud, su grado de dependencia en sus actividades y estado emocional. Además, que es una temática que interesa de manera prioritaria a la autora. Así mismo durante la revisión bibliográfica según la OMS, se pudo demostrar que la población de adultos mayores en nuestro ámbito nacional está creciendo notablemente; en tanto, se consideró oportuno realizar el proceso investigativo.

Con el estudio de investigación se pretende efectuar medidas preventivas en caídas en función a los factores de riesgo en el adulto mayor además de acceder a información científica que nos conduzcan a estrategias enfocadas en el cuidado de salud integral a las personas adultas mayores.

Desde el punto de vista de implicancias, contribuirá a la mejora de los cuidados de enfermería, al conocer los factores de riesgo a caídas. Esta evidencia permitirá la implementación de enfermería basada en evidencias y la direccionalidad de las intervenciones y objetivos acertados en el proceso de cuidado de enfermería.

El presente trabajo se ha fundamentado en el Modelo del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem, considerando que en este grupo etáreo de adultos mayores, requiere un cuidado especial por parte del profesional de salud y es de gran importancia, reconocer cuáles son sus necesidades y que tipo de apoyo requieren para potenciar su cuidado personal. En tanto, los adultos mayores mismos son los actores fundamentales en el cuidado de su salud y la prevención de caídas.

Y por último el trabajo de investigación beneficiará a los adultos mayores de la población de estudio, pero mediante el análisis de las variables, las conclusiones pueden analizarse en otros escenarios. No pretende dar solución al problema, pero si un aporte en el análisis de la problemática en torno al cuidado de la salud integral del adulto mayor.

3. Problema

¿Cuál es la prevalencia y cuáles son los factores de riesgo de caída del adulto mayor -Hospital III EsSalud, Chimbote – 2019.?

4. Conceptuación y Operacionalización de las variables

Definición Conceptual de variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo de Escala de Medición
<p><i>Prevalencia de caídas</i></p> <p>Hace referencia al número de casos antiguos y nuevos de caídas que sufrieron los pacientes adultos mayores del Hospital III EsSalud-Chimbote, cuyas edades fluctúan de 60 años a más durante el primer semestre del año.</p>	Caídas	Presenta (8,9)	Nominal
		No presenta (8,9)	
<p>Factores de Riesgo:</p> <p>Se define como condicionantes a ocasionar un daño y/o alteración en el adulto mayor</p>	Factores intrínsecos	Edad (2)	Nominal
		Peso talla IMC (4)	
		Enfermedades crónicas (5)	
		Miedo (17)	
	Factores extrínsecos	Uso de fármacos (6)	Nominal
		Alcohol (7)	
Factores ambientales (10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16)			

5. Hipótesis

Implícita.

6. Objetivos

Objetivo General

- Determinar la prevalencia y factores de riesgo de caída del adulto mayor – Hospital III EsSalud, Chimbote – 2019.

Objetivos Específicos:

- Identificar la prevalencia de caída del adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.
- Identificar el factor de riesgo intrínseco más frecuente de caída del adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.
- Identificar el factor de riesgo extrínseco más frecuente de caída del adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.

METODOLOGÍA

1. Tipo y Diseño de investigación

El estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental de corte transversal, se llevará a cabo en el Hospital III. EsSalud, situado en la provincia de Santa, Departamento de Ancash, distrito de Chimbote.

Según su naturaleza es una investigación cuantitativa porque permitirá recolectar datos de los adultos mayores del Hospital III EsSalud, Chimbote con respecto a las variables de estudio: prevalencia y factores de riesgo asociado a las caídas.

Se considera descriptivo dado que busca describir un fenómeno o situación concreta indicando las peculiaridades de la variable.

Es de tipo transversal porque se recolectará datos en los adultos mayores del Hospital III EsSalud, Chimbote, en un solo momento temporal y sin interrupciones.

El diseño es no experimental, correlacional, transversal y responde al siguiente esquema.

Diseño no experimental: Responde al siguiente esquema:

M : O : P

Dónde:

M : Adultos mayores del Hospital III Essalud
O : Prevalencia de caídas
P : Factores de riesgo

2. Población - Muestra

La muestra del presente estudio estuvo constituida por 120 adultos mayores del Hospital III EsSalud – Chimbote, durante el mes de s que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

Adulto mayor femenino o masculino, Adultos mayores de 60 años a más, que hayan accedido a participar voluntariamente en el trabajo de investigación. Adultos mayores procedentes de consultorios externos. Adultos mayores lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona. Adultos mayores que pertenezcan a la jurisdicción de la localidad. Para el tamaño muestra se considerará el muestreo aleatorio simple (MAS), considerando los servicios de consultorios externos.

$$n = \frac{Z^2 PQ}{E^2} = 120$$

Para cuando no se conoce el tamaño de la población

Donde:

Z: Puntaje Z correspondiente al nivel de confianza considerado (Z= 1.96)

E: Error permitido (E=0.10)

n : tamaño de muestra a ser estudiada (n=120)

P: Proporción de unidades que poseen cierto atributo.

Q: Q =1-P (si no se tiene P, se puede considerar P=0.50=Q)

3. Técnicas e instrumentos de investigación

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario

Autor: Se realizó mediante el Cuestionario para el estudio de prevalencia de caídas y sus factores asociados en el adulto mayor. El instrumento fue elaborado por la OMS

Factores que mide: El instrumento está constituido por cuatro partes: Datos personales, medidas antropométricas, análisis funcional y caídas.

Tiempo de resolución: 20 – 30 minutos aproximadamente.

Validez y confiabilidad: El instrumento está validado internacionalmente, pero para efectos de la aplicación en el medio se ha encontrado la confiabilidad a través de una prueba piloto que estará conformada por 10 adultos mayores y sometida a la prueba estadística de Kruder Richardson, obteniéndose una confiabilidad del 96%.

Contenido: En la primera parte, ha sido recolectada la información sobre, sexo (masculino, femenino); año de nacimiento (pregunta abierta) y estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado o conviviente). La segunda parte cuestiona las medidas antropométricas (IMC). Para el análisis funcional si padece enfermedades, consumo de fármacos, consumo de alcohol. Y para la medición de las caídas: presencia o ausencia de caídas anteriores; medicamentos utilizados por los adultos mayores, con sus respectivos nombres; presencia o ausencia de déficit sensorial; marcha, evaluando la manera de caminar.

4. Procesamiento y Análisis de la Información

Se gestionó el permiso respectivo al Hospital III EsSalud para la aplicabilidad del instrumento de investigación. Firma del consentimiento informado: Previo a la recogida de datos se realizó el procedimiento de consentimiento informado, comenzando con la información sobre el objeto y finalidad e importancia del estudio, luego de lo cual se continuó solicitando la firma del consentimiento informado a cada Anciano. Recolección de datos: El instrumento fue aplicado por la investigadora. La recopilación de datos comenzó en Enero de 2020. Cada entrevista duró entre 20 y 30 minutos aproximadamente. Procesamiento y análisis de información: Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Microsoft Excel Office.

RESULTADOS

Tabla 1

Prevalencia de caídas de adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.

Caídas	F	%
Si	94	78.3
No	26	21.7
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta a la población de estudio

En la tabla 1, se evidencia el número de caídas que presentan los adultos mayores del Hospital III EsSalud encuestados, un 78.3% sufrieron caídas. Mientras que un 21.7% afirma que no sufrieron caídas en estos 6 últimos meses.

Tabla 2

Factores de riesgos intrínsecos de caídas del adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.

Factores intrínsecos	F	%
Edad		
De 60 a 80 años	103	85.8
De 81 a más	17	14.2
Total	120	100,0
Enfermedad		
Si	105	87.5
No	15	12.5
Total	120	100,0
IMC		
Normal	46	38.3
Sobrepeso	69	57.5
Obesidad	5	4.2
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta a la población de estudio

En la tabla 2, se observa que el factor de riesgo intrínsecos que predomina en el Adulto Mayor del Hospital III EsSalud, son las edades de 60 a 80 años con un 85.8%

Con relación a las enfermedades en los adultos mayores encontramos que un 87.5% si padecen de alguna enfermedad, mientras que un 12.5% no padece.

Tabla 3

Factores de riesgos extrínsecos de caídas del adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote – 2019.

Factores extrínsecos	F	%
Consumo de fármacos		
Si	77	64.2
No	43	35.8
Total	120	100,0
Consumo de alcohol		
Si	11	9.2
No	109	90.8
Total	120	100,0
Lugar de caída		
Domicilio interior	35	37.2
Domicilio exterior	14	14.9
Calle	28	29.8
Lugar público interior	8	8.5
Lugar público exterior	9	9.6
Total	94	100,0
Intervalo del día de la caída		
Mañana	29	30.9

Tarde	45	47.9
Noche	20	21.3
Total	94	100,0
Existencia de objeto en la caída		
Si	44	46.8
No	50	53.2
Total	94	100.0

Tipo de calzado en la caída

Descalzo	1	1.1
Zapatilla	31	33.0
Zapato	34	36.2
No recuerda	8	8.5
Otro	20	21.3
Total	94	100.0
Condiciones del suelo		
Liso	46	48.9
Resbaladizo	11	11.7
Irregular	33	35.1
Pendiente	4	4.3
Total	94	100,0

Fuente: Encuesta a la población de estudio

En la tabla 3, Se observa que los factores de riesgo extrínsecos de caídas del Adulto Mayor del Hospital III EsSalud que mayor predominio, es el consumo de fármaco con un 64.2%.

Con relación al lugar de caída, tenemos que los adultos mayores sufrieron caídas en el domicilio (parte interior) con un 37.2%.

Mientras que el intervalo del día en que sucedió la caída fue por la tarde con un 47.9, %.

El tipo de calzado que usaron los adultos mayores durante la caída fue los zapatos con un 36.2%.

La condición del piso fue liso con un alcance de 48.9%.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la **Tabla 1**, respecto al objetivo denominado determinar la prevalencia de caída del adulto mayor en la institución objeto de estudio, es pertinente citar a Alvarado (2016), que define una caída como un evento no intencionado que le hace perder el equilibrio y golpear el suelo o bloquear otras superficies sólidas en el suelo. Las lesiones por caídas pueden ser fatales, aunque la mayoría no lo son, ante ello afirma entonces que las caídas son uno de los problemas con mayor importancia dentro de las enfermedades del adulto mayor; dicha teoría valida los resultados a los que se llegó, donde se obtuvo que los 120 Adultos Mayores del Hospital III EsSalud encuestados, presentan un 78.3% de caídas. Mientras que un 21.7% afirma que no sufrieron caídas en estos 6 últimos meses. Asimismo, La OMS señaló que, durante los últimos años, se ha evidenciado un creciente número de casos de caídas en el adulto mayor. Anualmente se producen 37,3 millones de caídas, cuya gravedad necesita atención especializada. Se estima que 646. 000 personas mueren en todo el mundo cada año, y más del 80% de esas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En tanto, se puede afirmar que dado las importantes cifras encontradas sobre la frecuencia de caídas en el adulto mayor, es necesario enfatizar sobre las acciones, cuidados, intervenciones a priorizar en el cuidado integral que enfermería brinda al adulto mayor.

En la **Tabla 2**. En cuanto al segundo objetivo denominado identificar el factor de riesgo más frecuente de caída del adulto mayor según característica intrínseca, se constató que el factor de riesgo intrínsecos que predomina en el Adulto Mayor del Hospital III EsSalud, son las edades de 60 a 80 años con un 85.8% y con relación a las enfermedades en los adultos mayores encontramos que un 87.5% si padecen de alguna enfermedad, mientras que un 12.5% no padece, haciéndose evidenciar que los riesgos intrínsecos se presentan en un mayor porcentaje en la mencionada edad; respecto a los factores de riesgo es definido por Sottil (2016) como cualquier evento que incremente la posibilidad de riesgo o la sensibilidad de una persona a un problema médico o enfermedad, destacando el hecho de que a medida que aumentan los factores de riesgo, las personas mayores tienen cada vez más riesgo de sufrir

caídas, ante ello entonces manifiesta que estas caídas están asociadas con las condiciones físicas de un individuo o con problemas médicos (como enfermedades crónicas). Los resultados encontrados, son similares a los de Silva, Partizani, Miyamura, y Fuentes (2019), que refiere que tener una edad ≥ 60 años es uno de los factores asociados con las caídas accidentales, y presentar síntomas depresivos. Quiñones (2015), refiere que en su población de estudio de adultos mayores, edad promedio de los adultos mayores. Espinoza y Tinoco (2017) concluye que la edad aproximada a 76.4 años es de alto riesgo de caídas y por último Ramírez (2016), precisa que los resultados fueron un 44% de los adultos mayores tienen edades entre 71 a 80 años, el sexo femenino en 58%. Además García, (2017), reporta que la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, los problemas osteoarticulares o depresión, están relacionados con un mayor riesgo de caídas en los adultos mayores.

Según la OMS en el 2017, precisa que las caídas tienen como principal de riesgo a la edad. Las caídas en la vejez pueden causar la muerte o lesiones graves y el riesgo aumenta con la edad. Así es que, en los Estados Unidos, del 20% al 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, como contusiones, fracturas de cadera o lesiones en la cabeza. El alcance del riesgo puede deberse, al menos en parte, a las deficiencias físicas, sensoriales y cognitivas asociadas al envejecimiento, así como a la falta de un entorno adaptado a las necesidades de las personas mayores.

Las enfermedades pueden hacer que las personas mayores cambien de orientación con respecto a los objetos que tienen en su entorno. En el caso de una caída, la pérdida de sensibilidad parece ser más importante que la agudeza visual, las consecuencias de no ver objetos pequeños son mucho menores que las de no ver los escalones con claridad.

Así pues, la edad del adulto mayor, así como su salud son factores intrínsecos importantes que en el cuerpo profesional de enfermería y desde los diferentes niveles de atención, es de suma significancia para el cuidado integral del adulto mayor.

En la **Tabla 3**. Respecto al objetivo establecer los factores de riesgo extrínsecos asociado a caídas del adulto mayor del Hospital III EsSalud, Chimbote, se evidenció que los factores de riesgo extrínsecos de caídas que mayor predominio, es el consumo de fármaco con un 64.2%; con relación al lugar de caída, se observó que los adultos mayores sufrieron caídas en el domicilio (parte interior) con un 37.2%, mientras que la caída ocurre durante la tarde con un 47.9, %; por otro lado el tipo de calzado que usaron los adultos mayores durante la caída fue los zapatos con un 36.2% y la condición del piso fue liso con un alcance de 48.9%, concluyéndose que los factores más predominantes tienen que ver con establecimiento (casa), el horario y el tipo de calzado que los adultos mayores visten.

Silva, Partizani, Miyamura, y Fuentes (2019), concluyeron que la sala, el dormitorio y la calle son los lugares más frecuentes para las caídas. Anaya, (2019), informa que dentro de las características sociodemográficas se encontró que del total, 150 que tuvieron caída durante los últimos seis meses: un 52,3% tenía Polifarmacia. Así mismo, Quiñones (2017) indica que Los factores externos más influyentes son la adicción a las drogas y los déficits sensoriales.

Los medicamentos son particularmente importantes como factores de riesgo, ya sea por los efectos secundarios o las interacciones entre ellos. Los fármacos pueden provocar caídas por sí solos o por agravamiento de enfermedades subyacentes, ya que el envejecimiento produce cambios farmacocinéticos que alteran la vida media del fármaco y cambios farmacodinámicos que pueden generar respuestas inesperadas en estos pacientes. Los más importantes son los psicotrópicos o los que tienen efecto sobre el sistema nervioso central; cardiovasculares, antihipertensivos (pueden tener efecto de hipotensión ortostática o disminución del flujo sanguíneo cerebral), como antagonistas del calcio, porque pueden producir hipotensión y mareos, diuréticos y vasodilatadores; aquellos con efecto piramidal adicional y ototoxicidad.

El alcohol puede causar caídas e inestabilidad en la marcha, de manera oculta. Se desarrolla ataxia, que aumenta con los cambios visuales o propioceptivos. En términos de actividad, la mayoría de las caídas ocurren durante las actividades normales. Cabe señalar que el riesgo disminuye en las personas mayores que con

frecuencia suben y bajan escaleras. La presencia de pisos desnivelados o irregulares, deficiente iluminación, escaleras con carencia de pasamanos o con escaleras muy altas, interruptores de difícil acceso son factores externos importantes.

CONCLUSIONES

1. Existe prevalencia de caídas en un gran porcentaje de adultos mayores en el Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019.
2. El factor de riesgos intrínsecos que predomina en el Adulto Mayor del Hospital III EsSalud, son las edades de 60 a 80 años las enfermedades y el padecimiento de alguna enfermedad.
3. Los riesgos extrínsecos como el lugar de caída, la hora del día, así también influye el calzado que utiliza el mismo, hasta la condición del piso en la presencia de caídas del adulto mayor del Hospital III EsSalud de Chimbote.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda diseñar un modelo de gestión del cuidado en la atención primaria para la aplicación de medidas preventivas en el que se incluyan como ejes principales de acción las enfermedades que padece el adulto mayor y las condiciones externas en donde vive.
2. Se sugiere realizar estudios de investigación que continúen aportando a la línea de investigación. Se recomienda específicamente realizar un estudio de nivel explicativo en el que se pueda determinar la relación causal de las enfermedades del adulto mayor con relación a las caídas.
3. Se recomienda al Colegio de Enfermeros del Perú – Áncash Costa realizar encuentros multidisciplinarios para abordar la problemática del adulto mayor en nuestro medio y plantear estrategias para el aporte a la mejor de la aplicación de medidas preventivas.
4. Se recomienda al cuerpo de Enfermería del Hospital III, la elaboración de material de difusión o sus similares para la educación sobre el cuidado del adulto mayor al familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adultos mayores y caídas: 10 factores de riesgo involucrados. (s.f.). *Adulto mayor el valor de la experiencia*. Obtenido de <https://www.adultomayorelvalordelaexperiencia.com/copia-de-como-entender-la-dependenc-1>
- Amela , L. (16 de Marzo de 2016). Caídas en personas mayores: riesgos, causas y prevención. *Geriatricarea*. Obtenido de <https://geriatricarea.com/caidas-en-personas-mayores-riesgos-causas-y-prevencion/>
- Anaya, D. (2019). Factores asociados a caídas en el adulto mayor en el programa de atención domiciliaria, en Huánuco. Obtenido de URL <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/210/197>
- Balbas, V., & Gómez, a. (s.f.). Proceso de atención de enfermería en las caídas del paciente geriátrico. 13-32. Obtenido de http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO_2.pdf
- Contreras, P. (2017). Capacidd de autocuidado en la prevención de caids de los usuarios del programa etapa de vida adulto mayor de un centro de salud de Huanuco. (*Tesis para título profesional*). Universidad de Huanuco, Huanuco. Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LIWi7VVN0-EJ:repositorio.udh.edu.pe/123456789/341+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>
- De Andrade, M. (25 de Junio de 2014). Envejecimiento. *Definición ABC*. Obtenido de <https://www.definicionabc.com/?s=Envejecimiento>
- Diego. (29 de Febrero de 2016). Cuidado de personas mayores que sufren el síndrome post -caída. *Domukea*. Obtenido de Domukea: <https://www.domukea.com/noticias/cuidado-de-ancianos/cuidado-de-personas-mayores-que-sufren-el-sindrome-post-caida>
- El síndrome de post caída: el miedo a volver a caer. (01 de Noviembre de 2017). *Tena*. Obtenido de <https://www.tena.com.co/cuidadores/aprendiendo-a-cuidar/el-sindrome-de-post-caida-el-miedo-a-volver-a-caer/>
- Enfermedades comunes en personas mayores:12 enfermedades crónicas comunes en ancianos. (2017). *Ayuda Familiar*. Obtenido de <http://ayudafamiliar.es/blog/enfermedades-comunes-personas-mayores-12-enfermedades-cronicas-ancianos>
- Espinoza , A., & Tinoco , G. (2017). Relación entre riesgo de caídas y principios factores sociodemograficos en pacientes de geriatría “Hospital Félix Mayorca Soto” Tarma-2016. (*Tesis para título profesional*). Universidad Católica,
- García, (2017), realizó un análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia, España. (*Tesis para doctorado*).Obtenido <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2936/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Grueso, R. (s.f.). Las enfermedades más comunes de la tercera edad. *Saludactual*. Obtenido de <https://www.saludactual.cl/geriatria/enfermedades-mas-comunes-tercera-edad.php>
- Judge, J. (s.f.). Trastornos de la marcha en los ancianos. *Manual MSD versión para profesionales*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/geriatr%C3%ADa/trastornos-de-la-marcha-en-los-ancianos/trastornos-de-la-marcha-en-los-ancianos>

- Lavedán, A. (2013). Estudio de seguimiento de las caídas en la población mayor que vive en la comunidad. *47(6)*, 367-375. Minsalud. (2017). *Envejecimiento y Vejez*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Moyano, A. (s.f.). Las caídas en los adultos mayores y sus consecuencias. *Sanatorio Allende*. Obtenido de http://www.sanatorioallende.com/web/ES/las_caidas_en_adultos_mayores_y_sus_consecuencias.aspx
- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (Septiembre de 2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, *19(03)*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- OMS. (12 de Diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (16 de Enero de 2018). *Caídas*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Peña, N., & Castro, S. (Junio de 2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*(19). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (Diciembre de 2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, *36(06)*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- ¿Qué es el envejecimiento humano? (13 de Agosto de 2014). *La Nación*. Obtenido de <https://www.nacion.com/opinion/foros/que-es-el-envejecimiento-humano/YZFQ2PBIIJDGDF6MFWSVX56T7U/story/>
- Quiñonez, J. (2017). Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016. (*Tesis para título profesional*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6156/Qui%C3%B1onez_tj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramirez, L. (2017). Factores de riesgo de caídas y valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, Octubre-2016. (*Tesis para título profesional*). Universidad privada San Juan Bautista, Ica. Obtenido de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1255/T-TPLE-Liz%20Maribel%20Ramirez%20Reyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Silva, Partizani, Miyamura, y Fuentes (2019), estudiaron las causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor en Brasil (*Tesis para título profesional*). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100031
- Valoración Nutricional del adulto mayor. (s.f.). *Modulos de valoración clínica*. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf>
- Varela, L. (Julio de 2013). Nutrición en el Adulto Mayor. *Revista Medica Herediana*, *24(03)*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300001

- Tarma. Obtenido de http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/361/Espinoza_Tinoco_tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Torres, J. (2015). Autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor Centro Integral del adulto mayor de Barranco Enero-Marzo 2015. *Revista peruana de Obstetricia y Enfermeria*. Obtenido de <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/740>

ANEXOS

Anexo 01: Consentimiento informado




**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. ENFERMERIA.
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento acepto participar voluntariamente en esta investigación, la cual está siendo presidida por: *Jazmín Milagros Ángeles Diestra*, egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad San Pedro. Previa coordinación con el Hospital III.EsSalud, me es grato dirigirme a Ud. para hacerle conocer que estoy desarrollando un estudio sobre *Prevalencia y Factores de riesgo de caída del adulto mayor en el Hospital III EsSalud, Chimbote-2019*.

Reconozco que la información que sea concedida por mi persona en el transcurso de esta investigación es confidencial y no será utilizada sin mi autorización para otros propósitos que no corresponda a esta investigación. Además si por motivos adicionales mi persona tuviera preguntas que realizar sobre la participación en esta investigación puedo contactar con la autora al número telefónico: 956173239.

Por consiguiente, firmo al pie dejando constancia de mi participación.


Chimbote, Septiembre 16 del 2019.


Firma del Participante

Anexo 02: Instrumento para recolección de la información

#22

**CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO DE PREVALENCIA DE CAÍDAS
Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR, BASADO
EN CUESTIONARIO DE OMS.**



Estimada(o) Sr. (a).

Es grato dirigirnos a Ud. para hacerle conocer que estamos desarrollando un estudio sobre la prevalencia y factores de riesgo de caída del adulto mayor. Para ello solicitamos su participación en el desarrollo de este cuestionario. Cabe mencionar que es anónimo y que los resultados obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación. Le agradecemos anticipadamente su participación.

INSTRUCCIÓN

A continuación, se presenta una serie de preguntas donde se debe marcar en el paréntesis con un aspa (X) o una cruz (+) la alternativa que considere su respuesta. Llene los espacios en blanco según corresponda.

I. DATOS PERSONALES

1. Sexo: Masculino Femenino

2. Año de nacimiento: 1934 83

3. Estado civil:
Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente

II. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

4. Talla: 1.72 cm Peso: 85 kg IMC: 28.8 Sobrepeso

III. ANÁLISIS FUNCIONAL

5. ¿Padece usted alguna enfermedad? SI NO
 Cuál: Diabetes

6. Consumo de fármacos: SI NO
 Cuál: Metformina

7. ¿Consume alcohol? SI NO
 En caso de ser afirmativa:
 Frecuencia de consumo: _____
 Cantidad: _____ Tipo: _____

IV. LA CAIDA

8. ¿Se ha caído usted en los últimos seis meses? SI NO

9. Si se ha caído ¿Cuántas veces?
 Algunas caídas Caídas repetitivas

1

10. Lugar de la caída:

- Domicilio (en el interior) Domicilio (en el exterior, terraza...)
En la calle En un lugar público (en el interior)
En un lugar público (en el exterior)

11. Tipo de caída:

- Tropiezo Resbalón Mareo
Aparentemente accidental No puedo decirlo
Provocada por terceros (animal, empujado por otra persona...) Otros: _____

12. Intervalo del día que sucedió la caída:

- Mañana Tarde Noche

13. ¿Existió un objeto que favoreció la caída? SI NO

14. Tipo de calzado

- Descalzo Zapatillas Zapatos No recuerda Otros: _____

15. Condiciones del suelo:

- Liso Resbaladizo Irregular Pendiente
Escalera Ninguna de las anteriores

16. Actividad en el momento de la caída:

- Al caminar De pie Al levantarse
Al usar escaleras Al estar sentados En la cama

17. ¿Tiene usted miedo de volver a caerse? SI NO

Gracias por tu colaboración.

Anexo 03: Confiabilidad del instrumento

Fórmula de Kruder Richardson:

$$Kr20 = \frac{n}{n-1} * \frac{Vt - \sum pq}{Vt}$$

Donde:

N: N° de ítems

Vt: Varianza Total

$\sum pq$: Sumatoria de las proporciones

$$Kr20 = \frac{7}{6} * \frac{14.32}{17.21}$$

$$Kr20 = (1.16) * (0.83) = 0.92$$

$$Kr20 = 0.96$$

Confiabilidad del instrumento: 96%

Anexo 04: Informe de conformidad del asesor



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Programa de Estudios de Enfermería

INFORME SOBRE CULMINACIÓN DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

Para : *Dra. Doraliza Correa Huamán*
Directora del Programa de Enfermería

De : *Dr. Eber W. Zavaleta Llanos*
Asesor de Tesis

Resolución : Ref. Resolución de Dirección de Escuela N°161-2019-USP-EPE/D

Título : **“Prevalencia y factores de riesgo de caída del adulto mayor – Hospital III. Essalud, Chimbote, 2019”**

Autor : Ángeles Diestra, Jazmín Milagros

Fecha : Lima, Julio 31 de 2020

Mediante la presente reciba mi cordial saludo y a la vez, manifestarle en atención a la resolución de la referencia de la Dirección de del Programa de Enfermería, cumpro con informar la culminación asesoramiento del informe denominado **“Prevalencia y factores de riesgo de caída del adulto mayor – Hospital III. Essalud, Chimbote, 2019”**, de la tesista *Ángeles Diestra, Jazmín Milagros*. El informe ha sido elaborado en cumplimiento con los lineamientos de la Facultad de Ciencias de la Salud y está listo para ser evaluado por el jurado correspondiente.

Atentamente,

Dr. Eber Wilfredo Zavaleta Llanos
Docente Asesor

Anexo 05: Carta de aceptación del EsSalud



“Año de la lucha contra la corrupción e impunidad”

Chimbote, Septiembre 16 del 2019

*Señor
Dr. Oswaldo García Torres
Director Ejecutivo
Hospital III.ESSALUD
Presente.-*

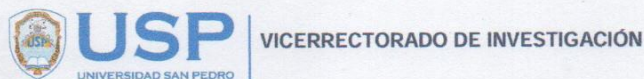
*Es grato dirigirme a Usted para saludarlo y presentar a la alumna **JAZMIN MILAGROS ANGELES DIESTRA** quien se encuentra desarrollando su trabajo de investigación intitulado **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE CAIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE-2019**; por lo que solicito tenga bien brindar el permiso de ingreso y las facilidades que el caso amerita a fin de poder desarrollar el mencionado trabajo, en servicios de consulta externa, aplicando una encuesta a los pacientes; comprometiéndonos al termino del estudio hacer llegar los resultados y conclusiones correspondientes.*

Conocedores de su espíritu de apoyo al desarrollo investigativo y al aporte de la salud pública, agradecemos anticipadamente su gentil deferencia.

Atentamente,



Anexo 06: Constancia de similitud



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**Prevalencia y factores de riesgo de caída del adulto mayor en el Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019**" del (a) estudiante: **Jazmin Milagros Angeles Diestra**, identificado(a) con **Código N° 1111200519**, se ha verificado un porcentaje de similitud del 28%, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 18 de Diciembre de 2020

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dr. CARLOS URBINA SANJINES
VICERRECTOR

VIRIN-1758

NOTA:


Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

www.usanpedro.edu.pe

pe

H-11 Teléfono: 043 - 483070
vicerrectorado.investigacion@usanpedro.edu.pe
<https://investigacion.usanpedro.edu.pe>

Anexo 07: Formato de repositorio institucional de la USP



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
Angeles Diestra Jazmin Melagros	70106871	mila_24_16@hotmail.com	
Apellidos y Nombres	DNI	Correo Electrónico	
2. Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional ¹			
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
"Prevalencia y factores de riesgo de caída del adulto mayor en el Hospital III EsSalud, Chimbote - 2019"			
5. Programa Académico			
Enfermería			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input type="checkbox"/> Abierto o Público ² (info:eu-repo/semantics/openAccess)	<input type="checkbox"/> Acceso restringido ³ (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) ⁴		
[*] En caso de restringido sustentar motivo			


A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

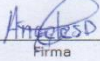
B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS⁵

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.⁶

Huella Digital



Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	28	06	21



Firma

Importante

1. Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2018-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 6.2
2. Ley N° 30605, Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 008-2015-PCM
3. Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
4. En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2018-DDNCYTEC-DEDC (Numerales 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
5. Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
6. Según el inciso 12.2 del artículo 10 del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales, precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio AUCIA".

Nota: - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, núm. 32.3)

Anexo 08: Base de datos

	CAÍDAS	EDAD	ENFERMEDAD	IMC	CONSUMO DE FÁRMACOS	CONSUMO DE ALCOHOL
1	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
2	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
3	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
4	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
5	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
6	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	SI
7	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	NO
8	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
9	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
10	SI	60 - 80 años	SI	OBESIDAD	SI	NO
11	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
12	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	SI
13	SI	81 a más	SI	NORMAL	SI	NO
14	NO	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	NO	NO
15	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
16	SI	81 a más	SI	SOBREPESO	SI	NO
17	SI	81 a más	SI	NORMAL	NO	NO
18	NO	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	SI
19	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
20	NO	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	NO
21	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
22	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
23	NO	60 - 80 años	SI	OBESIDAD	SI	NO
24	SI	81 a más	SI	SOBREPESO	NO	NO
25	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
26	SI	81 a más	SI	SOBREPESO	SI	NO
27	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
28	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	SI
29	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
30	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
31	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
32	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
33	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
34	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	SI
35	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
36	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	NO
37	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
38	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
39	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
40	NO	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	NO
41	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
42	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO

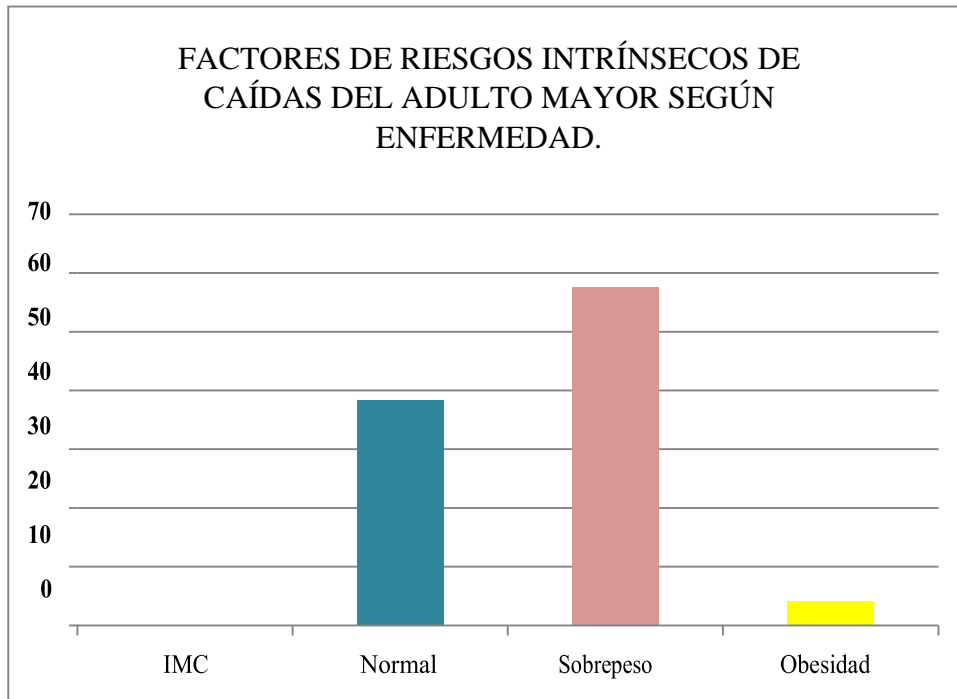
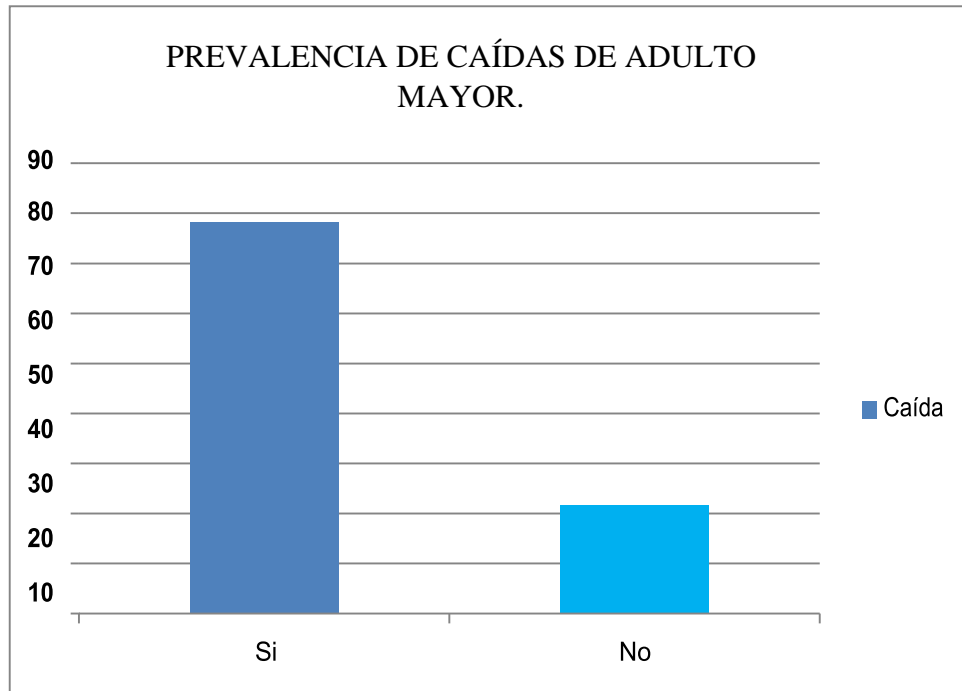
43	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	NO
44	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
45	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
46	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
47	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
48	SI	81 a más	SI	SOBREPESO	SI	NO
49	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
50	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
51	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
52	SI	81 a más	SI	SOBREPESO	SI	NO
53	SI	60 - 80 años	NO	NORMAL	NO	NO
54	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
55	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	NO	NO
56	SI	81 a más	SI	OBESIDAD	SI	NO
57	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	NO	NO
58	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
59	SI	60 - 80 años	NO	NORMAL	NO	NO
60	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
61	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
62	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
63	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
64	SI	81 a más	SI	SOBREPESO	SI	NO
65	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
66	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
67	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
68	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
69	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
70	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
71	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
72	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
73	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
74	NO	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
75	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
76	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
77	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
78	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
79	NO	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
80	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
81	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
82	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
83	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
84	SI	81 a más	SI	SOBREPESO	SI	NO
85	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
86	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	NO
87	SI	81 a más	SI	NORMAL	SI	NO

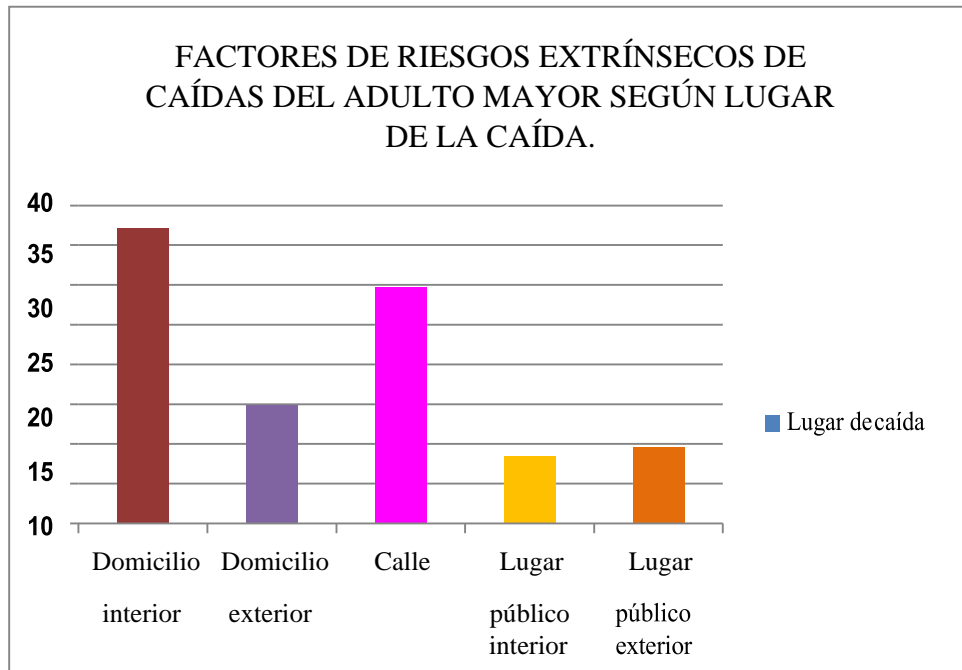
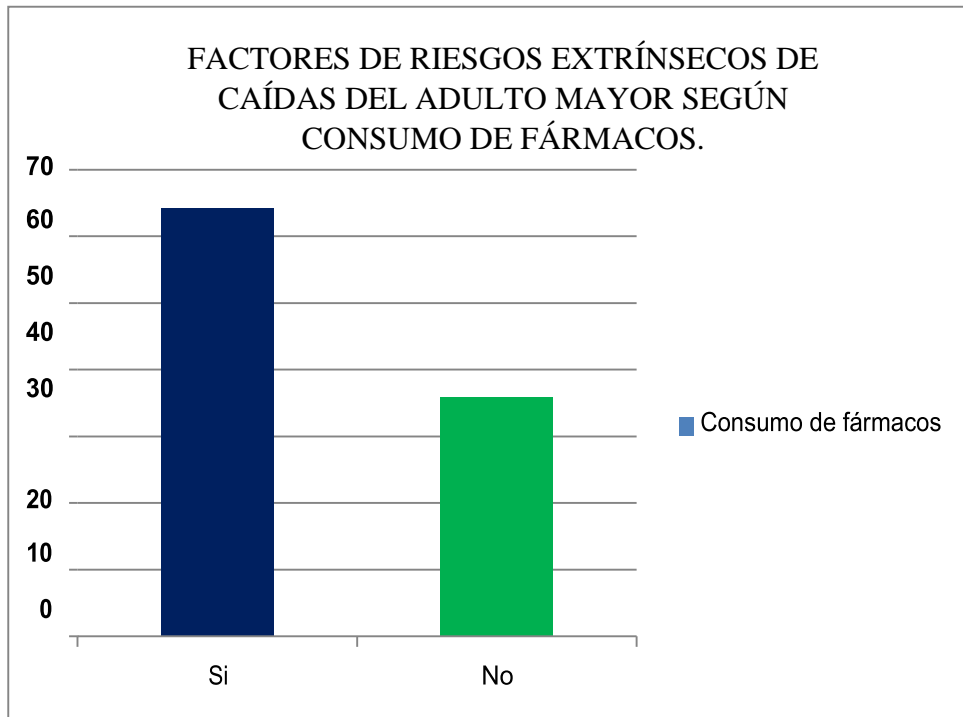
88	SI	81 a más	SI	SOBREPESO	NO	NO
89	SI	60 - 80 años	SI	OBESIDAD	SI	NO
90	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	NO
91	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
92	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
93	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
94	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
95	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
96	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
97	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
98	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
99	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
100	SI	81 a más	SI	NORMAL	NO	NO
101	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
102	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
103	SI	81 a más	SI	NORMAL	SI	NO
104	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	SI	NO
105	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
106	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
107	SI	81 a más	SI	NORMAL	NO	NO
108	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
109	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
110	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
111	SI	81 a más	SI	NORMAL	NO	NO
112	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	SI	NO
113	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
114	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
115	SI	60 - 80 años	NO	SOBREPESO	NO	NO
116	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	SI	NO
117	SI	60 - 80 años	SI	OBESIDAD	SI	NO
118	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO
119	SI	60 - 80 años	SI	SOBREPESO	NO	NO
120	SI	60 - 80 años	SI	NORMAL	NO	NO

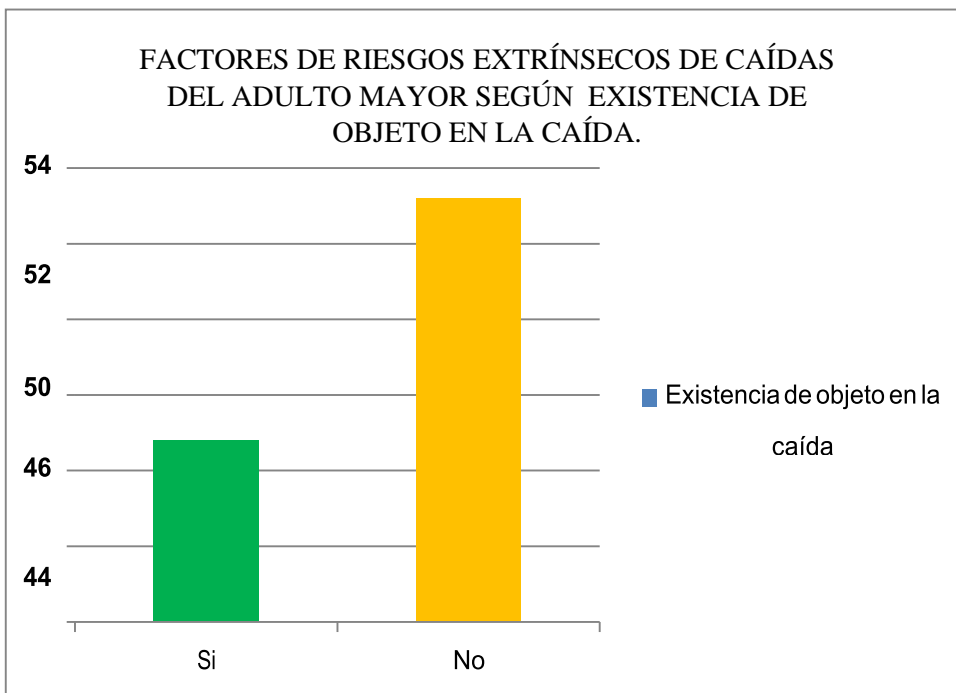
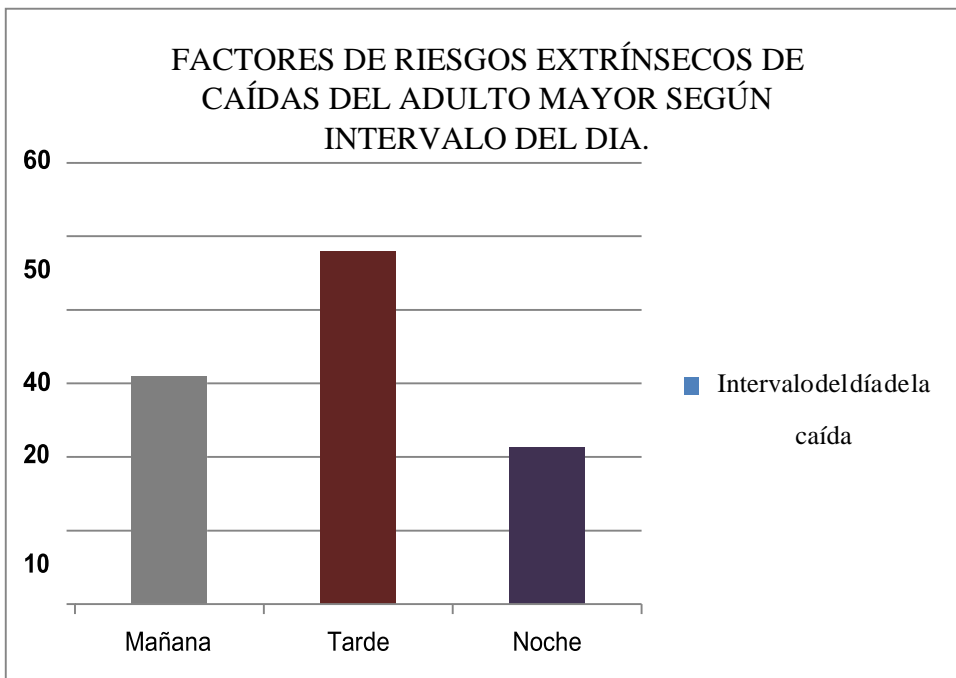
	LUGAR DE CAÍDA	INTERVALO DEL DIA DE LA CAIDA	EXISTENCIA DEL OBJETO EN LA CAÍDA	TIPO DE CALZADO	CONDICIONES DEL SUELO
1	CALLE	MAÑANA	SI	OTRO	IRREGULAR
2	DOMICILIO EXTERIOR	NOCHE	NO	ZAPATILLA	IRREGULAR
3	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	SI	OTRO	LISO
4	CALLE	TARDE	SI	NO RECUERDA	LISO
5	LUGAR PÚBLICO IEXTERIOR	TARDE	SI	ZAPATILLA	RESBALADIZO
7	CALLE	NOCHE	NO	OTRO	LISO
8	DOMICILIO EXTERIOR	MAÑANA	SI	ZAPATO	IRREGULAR
9	LUGAR PÚBLICO INTERIOR	MAÑANA	SI	OTRO	IRREGULAR
10	CALLE	NOCHE	SI	ZAPATILLA	PENDIENTE
11	CALLE	NOCHE	SI	ZAPATO	LISO
12	DOMICILIO EXTERIOR	TARDE	NO	NO RECUERDA	LISO
13	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	SI	NO RECUERDA	RESBALADIZO
16	LUGAR PÚBLICO INTERIOR	MAÑANA	SI	ZAPATILLA	PENDIENTE
17	CALLE	MAÑANA	NO	ZAPATILLA	IRREGULAR
22	CALLE	NOCHE	NO	OTRO	LISO
24	DOMICILIO INTERIOR	MAÑANA	NO	NO RECUERDA	LISO
26	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	ZAPATILLA	RESBALADIZO
28	DOMICILIO EXTERIOR	TARDE	SI	ZAPATO	IRREGULAR
29	CALLE	NOCHE	SI	ZAPATO	LISO
30	CALLE	TARDE	SI	ZAPATILLA	IRREGULAR
31	LUGAR PÚBLICO INTERIOR	NOCHE	NO	ZAPATILLA	LISO
33	DOMICILIO EXTERIOR	TARDE	NO	ZAPATO	LISO
35	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	OTRO	LISO
36	LUGAR PÚBLICO INTERIOR	MAÑANA	NO	NO RECUERDA	LISO
38	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	ZAPATO	RESBALADIZO
39	CALLE	TARDE	NO	OTRO	LISO
41	DOMICILIO INTERIOR	NOCHE	NO	ZAPATO	PENDIENTE
43	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	SI	OTRO	IRREGULAR
46	CALLE	TARDE	NO	ZAPATILLA	IRREGULAR
47	LUGAR PÚBLICO IEXTERIOR	MAÑANA	NO	ZAPATO	LISO
48	CALLE	MAÑANA	SI	OTRO	IRREGULAR
49	LUGAR PÚBLICO INTERIOR	NOCHE	NO	NO RECUERDA	LISO
50	DOMICILIO EXTERIOR	TARDE	SI	ZAPATILLA	RESBALADIZO
51	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	NO RECUERDA	LISO
52	LUGAR PÚBLICO INTERIOR	MAÑANA	NO	ZAPATILLA	RESBALADIZO
53	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	ZAPATILLA	LISO
54	CALLE	MAÑANA	SI	DESCALZO	RESBALADIZO

55	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	OTRO	LISO
56	DOMICILIO INTERIOR	NOCHE	SI	OTRO	LISO
57	CALLE	TARDE	NO	OTRO	PENDIENTE
59	DOMICILIO EXTERIOR	TARDE	NO	NO RECUERDA	LISO
60	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	SI	ZAPATO	IRREGULAR
62	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	OTRO	LISO
64	LUGAR PÚBLICO INTERIOR	NOCHE	NO	ZAPATO	LISO
66	DOMICILIO INTERIOR	MAÑANA	SI	ZAPATO	LISO
68	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	ZAPATO	LISO
69	LUGAR PÚBLICO INTERIOR	TARDE	NO	ZAPATO	LISO
70	DOMICILIO INTERIOR	MAÑANA	SI	OTRO	LISO
72	CALLE	TARDE	NO	ZAPATO	IRREGULAR
75	CALLE	MAÑANA	SI	OTRO	LISO
76	DOMICILIO INTERIOR	MAÑANA	SI	OTRO	IRREGULAR
77	DOMICILIO EXTERIOR	NOCHE	NO	ZAPATILLA	LISO
78	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	ZAPATILLA	IRREGULAR
80	CALLE	TARDE	NO	OTRO	LISO
81	DOMICILIO INTERIOR	NOCHE	NO	ZAPATO	IRREGULAR
82	CALLE	TARDE	NO	OTRO	RESBALADIZO
83	LUGAR PÚBLICO IEXTERIOR	TARDE	NO	ZAPATO	LISO
84	DOMICILIO INTERIOR	NOCHE	SI	OTRO	IRREGULAR
85	DOMICILIO EXTERIOR	TARDE	SI	OTRO	LISO
86	CALLE	TARDE	NO	ZAPATO	IRREGULAR
87	LUGAR PÚBLICO IEXTERIOR	MAÑANA	NO	ZAPATO	IRREGULAR
88	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	SI	ZAPATO	LISO
89	CALLE	MAÑANA	SI	ZAPATO	IRREGULAR
90	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	NO	ZAPATILLA	IRREGULAR
91	DOMICILIO INTERIOR	MAÑANA	NO	ZAPATO	LISO
92	DOMICILIO EXTERIOR	NOCHE	NO	ZAPATILLA	RESBALADIZO
93	DOMICILIO INTERIOR	TARDE	SI	ZAPATO	LISO
94	CALLE	NOCHE	SI	ZAPATILLA	IRREGULAR

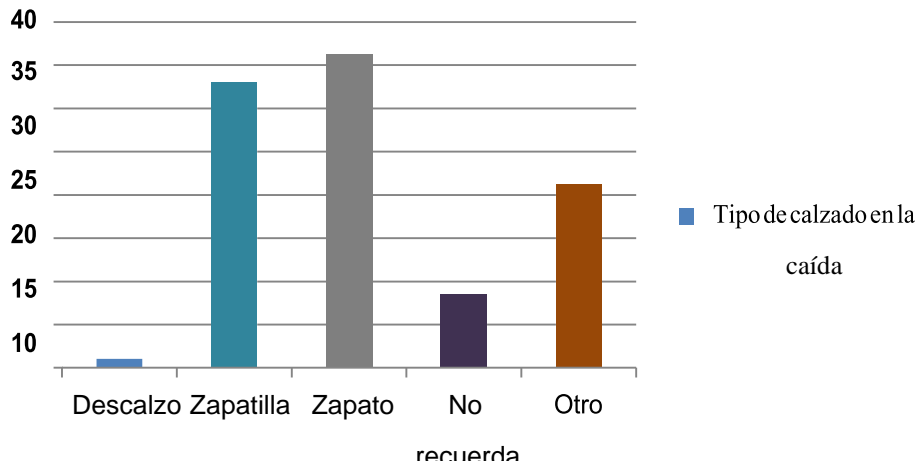
Anexo 09: Figuras







FACTORES DE RIESGOS EXTRÍNSECOS DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL TIPO DE CALZADO DURANTE LA CAIDA



FACTORES DE RIESGOS EXTRÍNSECOS DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CONDICIONES DEL SUELO.

