



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

“Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor internado en el Hospital
San Juan de Lurigancho, 2017”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Cotaquispe Ibañez Dawni Angelica

ASESORA:

Mgtr. Arévalo Ipanaque, Janet Mercedes

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Cuidados de enfermería y de la salud en las diferentes etapas de vida

LIMA-PERÚ

2017

PÁGINA DEL JURADO



Dra. Obando Zegarra Roxana
Presidente



Mgr. Arévalo Ipanaqué Janet Mercedes
Secretaria



Mgr. Torrelli Arotaipe Gloria
Vocal

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo a DIOS por iluminarme y otorgarme su fortaleza, a mi madre por su apoyo incondicional, por los valores y motivación que me brindo a lo largo de mi formación profesional y a seguir adelante a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTO:

A mi asesora Mg. Janet Arévalo Ipanaqué por brindarme su apoyo y su tiempo al transmitirme sus conocimientos, y ser un ejemplo a seguir para llegar hacer buenos profesionales, también al hospital San Juan de Lurigancho por permitirme la autorización en la ejecución de mi tesis.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo Dawni Angelica Cotaquispe Ibañez con DNI N°42125069, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamentos de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Profesional de Enfermería, declaro bajo Juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y Auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, 20 Diciembre del 2017



Dawni Angelica Cotaquispe Ibañez

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo presento ante ustedes la tesis titulada “Nivel de riesgos de caídas en el adulto mayor hospitalizado en hospital San Juan de Lurigancho, 2017”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería.



Dawni Angelica Cotaquispe Ibañez

ÍNDICE

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Realidad Problemática	1
1.2. Trabajos previos	4
1.3. Teorías relacionadas al tema	10
1.4. Formulación del problema	24
1.5. Justificación del estudio	25
1.6. Hipótesis	26
1.7. Objetivos	26
II. MÉTODO	28
2.1 Diseño de investigación	28
2.2. Población, muestra y muestreo	30
2.3 Técnicas de instrumentos de recolección de datos	30
2.4. Validación y confiabilidad del instrumento	31
III. RESULTADOS	33
IV. DISCUSIÓN:	37
V. CONCLUSIÓN	42
VI. RECOMENDACIONES	44
VII. BIBLIOGRAFÍAS	44

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

ANEXO 2: INSTRUMENTO

ANEXO 3: JUICIO DE EXPERTOS:

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ANEXO 5: ANÁLISIS DE FIABILIDAD

ANEXO 6: LIBRO DE CÓDIGOS DE NIVEL DE RIESGOS DE CAÍDAS

ANEXO 7: CALCULO DE PUNTAJE SEGÚN HISTAMINOS DE NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS

ANEXO 8: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO 9: RESULTADO DE TURNITIN

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo principal determinar el nivel de riesgo de caídas que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho 2017; fue un estudio de nivel descriptivo de corte transversal de diseño no experimental. La población y muestra estuvo conformada por 70 pacientes internados de 60 años a más, las técnicas utilizadas fueron la encuesta, la observación y los instrumentos aplicados fueron el cuestionario y la ficha de recolección de datos. Se encontró que del total de 70 adultos mayores encuestados la mayoría presentan un nivel medio de riesgos de caídas 98.6%, según sexo el femenino presentan un nivel medio de riesgos de caídas 98.2% asimismo la mayoría que oscilan en las edades de 70 a 79 años presentan un nivel medio de riesgos de caídas 100%, y por factores extrínsecos presentan un nivel medio de riesgos de caídas (92.9). también se concluye que el nivel de riesgo de caídas es medio, esto se debe a que influye diversos factores de riesgo entre ellos el sexo, la edad, factores extrínsecos se debe de trabajar en ello para disminuir el riesgo .

Palabras claves: anciano, adulto mayor, persona de edad, persona mayor.

ABSTRACT

The main objective of the research was to determine the level of risk of falls presented by the older adult interned in the medical service of the Hospital San Juan de Lurigancho 2017. It was a descriptive study of a non-experimental design cross-section. The population and sample consisted of 70 inpatients aged 60 years and over, the techniques used were the survey, the observation and the instruments applied were the questionnaire and the data collection form. It was found that of the total of 70 older adults surveyed the majority have a mean level of risk of falls 98.6%, according to sex the female have a mean level of risk of falls 98.2% also the majority that oscillate in the ages of 70 to 79 years they present an average level of risk of falls 100%, and extrinsic factors present an average level of risk of falls (92.9). It is also concluded that the level of risk of falls is medium, this is due to the influence of various risk factors among them sex, age, extrinsic factors must be worked on to reduce the risk.

Keywords: elder, older adult, elderly person, elderly person.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que las personas adultas mayores de 60 a 74 años se consideran de edad superior, de 75 a 90 longevos y/o ancianos, y los que exceden los 90 años son denominados grandes viejos. En el año de 1970 la proporción de adultos mayores de 65 años pertenecían al 4%, en la actualidad hay 4.86 millones de longevos en nuestro país, pero hasta el año 2025, el porcentaje ira aumentando hasta el 10 %; con alrededor de 12.5 millones de personas mayores; y hasta el año 2050 con una cantidad de 132 millones de habitantes 1 de cada 4 ocupantes se considerara adultos mayores.¹

De acuerdo la OMS, se precisa las caídas desde sucesos en contra de su voluntad que provocan que pierdan la estabilización y dar con el cuerpo en la tierra u otro suelo solido que lo ataja. Otra descripción define como el resultado de cualquier hecho, que precipita a la persona mayormente al suelo involuntariamente, suele ser súbito, involuntaria.²

Los factores de riesgo vinculados con las caídas, se clasifican en Intrínsecos y Extrínsecos; se designan factores de riesgo intrínsecos a los que conforman parte de la persona, como las variaciones fisiológicas, patologías crónicas, agudas y la administración de medicamentos. Mientras que los Extrínsecos también denominados ambientales se pueden asociar en aquellos factores de riesgo que se encuentran en el hogar, medios de transporte y la vía pública.²

Los factores médicos que incrementan más el riesgo de caídas son enfermedades cardiovasculares, hipotensión ortostática, neurológicos, déficit neurológico sensitivo motor, confusión mental, vértigos, desviación lateral, metabólicos, hiponatremia, hipoglucemia, fármacos hipoglucemiantes y Consumo excesivo de bebidas alcohólicas.³

Las complicaciones de las caídas se pueden catalogar como inmediatas y tardías. Las primeras comprenden las fracturas y lesiones menores en partes blandas que se denominan las más comunes en fémur, cadera, húmero, costillas y las muñecas. El impedimento para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en la superficie del suelo por más de seis minutos, por el cual pueden ocasionar infecciones, deshidratación y alteraciones psicológicas, también en otros casos puede producir hipotermia capaz de generar el fallecimiento en el 90% de los casos. Las complicaciones tardías comprenden limitación funcional que puede conllevar a la inmovilidad con todas sus consecuencias. El síndrome post caída, caracterizado por la falta de confianza del adulto mayor en sí mismo, por temor a volverse a caer y la limitación de la marcha, ya se diera por el mismo sujeto, cuidadores o la familiares, llegan al abandono, tristeza y soledad.⁴

El rol del personal de salud de enfermería es elemental en la promoción y prevención de la salud de la persona de la tercera edad enfocada en la prevención de las caídas. En los distintos centros laborales como: asilos, hospitales, centros de día se puede valorar y reconocer los riesgos de caídas en esta población y contribuir en las actividades de promoción de estilos de vida saludable. Las funciones de enfermería deben estar encaminadas inicialmente a la evaluación de los factores de riesgos intrínsecos e extrínsecos.⁵

Por lo tanto las intervenciones de la enfermera es saber cómo fue la actividad física del paciente, los antecedentes de caídas previas, valorar el riesgo de caídas en el individuo hospitalizado observando su estado nutricional, mental, el empleo de medicamentos, la deambulacion, el entendimiento de prevención de laceraciones, los cuartos oscuros, y el incremento de muebles. También se debe de establecer precauciones en adultos mayores hospitalizados con mayor riesgo de lesiones como usar las barandillas en ambos laterales, de la cama de una adecuada longitud. Determinar el déficit físico o cognoscitivo del paciente hospitalizado que puede incrementar el riesgo de declinaciones en un ambiente determinado y Tener en cuenta los efectos adversos de fármacos durante la distribución de los mismos.⁶

En trabajos anteriores de investigación se utilizaron diversos instrumentos para evaluar el riesgo de caídas en el adulto mayor entre ellos como la escala de tinetti, la escala de Lawton y Brody, estos 2 últimos evaluaron el grado de independencia al realizar el adulto mayor sus actividades, estas escalas nos brinda puntajes absolutos pero solo considera a aquellos adultos mayores que son independientes, también la escala de DOWTON el cual es un poco confuso al realizar la suma para obtener el riesgo de caídas y también es antiguo, por ello en mi tesis se aplicó un nuevo instrumento que es un cuestionario y una ficha de recolección de datos en el cual se obtuvo datos más reales de los adultos mayores que se encontraron internados en el servicio de medicina y se aplicó a aquellos pacientes que fueron independientes y estuvieron aptos para la entrevista.

En el último año (2016) se hospitalizaron 827 pacientes en los diversos servicios de hospitalización, de los cuales presentaron 12 caídas en el servicio de medicina esta información se obtuvo por la supervisión del hospital. Por otra parte en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el servicio de Medicina, se observó que la mayor parte de los pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio fueron adultos mayores en igual proporción de género; la mayoría eran pacientes postrados dependientes con diversas patologías, como: ACV (accidente cerebro vascular), diabetes mellitus, neumonía, insuficiencia respiratoria, etc. otros estuvieron acompañados de sus familiares que andaban pendientes de las necesidades de ellos, y los demás solo se encontraban al cuidado del personal de salud, también se pudo observar que el personal es insuficiente para la demanda de pacientes que hay en el servicio y la satisfacción de las necesidades es insuficiente, asimismo el servicio de medicina donde se encuentran los pacientes internados es pequeño para la demanda de pacientes que se hospitalizan; cuenta con tres ambientes: medicina F donde se encuentran las pacientes del sexo femenino, medicina G donde se encuentran del sexo masculino, y otro ambiente que se encuentra aislado donde están los pacientes con TBC. Las ventanas de los cuartos se encuentran en la mayoría en malas condiciones rotas y oxidadas, la unidad del hospitalizado se encuentra deteriorado el inmobiliario en mal estado, las camas en la mayoría sin frenos ni barandillas, no

presenta timbres para el llamado, los baños y las duchas se encuentran resbaladizos y sin barandas, sin embargo tienen que ser utilizados en esas condiciones por estos factores son más predispuestos a sufrir riesgos de caídas.

A todo ello surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los factores de riesgo que son modificables en riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados? ¿Cuáles son las enfermedades identificadas como factores de riesgo que pueden provocar caídas en los pacientes hospitalizados? ¿Qué riesgos están relacionados con la atención y prestación de servicio con el personal de salud?

1.2. Trabajos previos

Antecedentes Internacionales

Freitas M, Goes M, Fátima A,(2014, Brasil) en su estudio titulado” Riesgo de caídas en el diagnóstico de enfermería, perfil clínico y prevalencia de pacientes internados” tiene como objetivo determinar la prevalencia del Diagnóstico enfermero, riesgo de caídas en los pacientes internados en centros quirúrgicos y clínicas, perfil clínico y reconocer los factores de riesgo de los enfermos con este diagnóstico, fue un trabajo de investigación transversal, la población fue 174 internados. La recolección de datos fue en un sistema de prescripción de enfermería informatizado y en las fichas médica online; realizando el análisis estadísticamente. Como resultado se encontró que la prevalencia de riesgo de caídas en el diagnóstico de enfermería se obtuvo un 4%. El perfil de los hospitalizados señalo para las personas de la tercera edad, hospitalizados en las unidades clínicas (63,2%), sexo masculino (57%), con un tiempo medio de hospitalización de 20 (10-24) días, hospitalizados en las unidades clínicas (63,2%), portadores de patologías cardiovasculares (74,1%), neurológicas (26%) y muchas patologías concomitantes ($3\pm 1,8$). Los factores de riesgo prevalentes son movilidad perjudicada (35,6%) alteraciones neurológicas (43,1%), y edad avanzada (10,3%) concluyendo los hallazgos contribuyen para demostrar el perfil de los hospitalizados con riesgo de caer que se encuentran en centros quirúrgicos y clínicas, lo que benefician la proyección de cuidados de enfermería para prevenir este suceso adverso.⁷

Lavedan A, Jurschik P, Viladrosa M, (2014, España) es un estudio titulado “Factores asociados a caídas y prevalencia en personas de la tercera edad que habitan en la comunidad” fue una investigación descriptiva transversal con una población de 640 individuos de 75 a más edad, con un muestreo aleatorizado, las técnicas empleadas de la encuesta de fragilidad en Lleida. Las variables usadas fueron factores socio demográficos, la ocurrencia de declinaciones en el último tiempos, calidad de vida, estado de salud relacionada a temor a desplomarse y la salud, como resultado se encontró La prevalencia de declinaciones fue del 25,0%. Tras el análisis multivariado, los síntomas depresivos (OR = 1,67; IC 95% 1,07-2,59), el temor a desplomarse (OR = 2,53; IC 95% 1,63-3,94), y la discapacidad básica (OR = 2,17; IC 95% 1,32-3,58), fueron solo esos factores asociados de forma independiente a las declinaciones en el último tiempos. La conclusión fue de que una de cuatro ancianos tuvieron una declinación en el año último. Esta investigación nos indica que los síntomas depresivos, el temor a caer y la discapacidad son variables independientes relacionadas a caídas. Estos tres factores pueden dar espacio a una espiral para favorecer las caídas, y puede ser posible la finalidad para la actuación eficaz en el contexto de caída¹²

Machado R, Bazan M, Izaguirre M, (2014, Cuba) en un estudio titulado “Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud guanabo” tuvo como objetivo determinar los factores asociado de riesgo a las caídas en los adultos mayores según sea el grado de dependencia, fue un investigación descriptiva de corte transversal de 57 internados que tuvieron atención ortopédica. se incluyeron personas de la tercera edad en las edades de 60 años a mas, de ambos sexos, para obtener la información se utilizó la entrevista, también la escala de Lawton y el índice de bather, se obtuvo como resultado predominando los gerontos de 80 -89 años (61.4%) con un nivel medio de las caídas en el sexo femenino (63,2%), entre los factores de riesgos intrínsecos tenemos: hipertensión arterial, osteoarticulares, alteraciones visuales, y en los factores extrínsecos presentan: mobiliario inestable, iluminación insuficiente, suelos irregulares, la conclusión fue que el riesgo de declinaciones fue mayor en el sexo femenino y se incrementó con la edad, intervino ambos

factores intrínsecos y extrínsecos, pero fue de nivel medio los factores extrínsecos 61.4% así como el grados de dependencia que tenían.³⁴

Martin I, Riveiro O, (2013 Portugal) en su estudio titulado “Miedo a caer y caídas en los ancianos de 75 años” fue un estudio cuantitativo transversal de naturaleza exploratoria, con una muestra no aleatoria. El rastreo se hizo en 240 personas muy mayores, La muestra global está compuesta por 146 personas mujeres (60,8 %) y 94 hombres (39,2 %); las técnicas y los instrumentos empleados fueron cuestionarios con diversas medidas e instrumentos de valoración (Escala de brody y Lawton en intervenciones Instrumentales de la Vida cotidiana). Tenemos como resultado de la muestra considerada el 40,4 % presentaron reciente historial de declinaciones, asimismo el 63,3 % dijeron tener mayor riesgo y temor a caerse, en la población muy mayor, sobre todo en las del género femenino. El 40,9 % de los adultos mayores relataron tener miedo a desplomarse contaron que hubo un accidente por declinaciones en los últimos 6 meses. El considerable porcentaje de desacuerdo (32,5 %) las personas en estudio refirieron miedo a caer sin reciente antecedentes de declinaciones. A su vez la alusión a circunstancia con caída sin asociación a la presencia del Temor a Caer representa solo en un 9,7 %, el 76,29% de los participantes dijeron que tienen miedo y en los casos en que sufrieron una caída en los seis meses últimos (n = 97). Se obtuvo como Resultado de este trabajo de investigación reiteran la prevalencia del temor a caer y de las caídas en la población de personas muy mayores, identificándose algunos indicios que remiten para su subnotificación.¹¹

Tapia M, Salazar M, Cortez G, Martínez H, (2012, México) en su estudio titulado “Factores que influyen en el riesgo de caída de las personas internados” tiene como objetivo reconocer los factores que predominan en las caídas de las personas internados, fue un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, la población estuvo conformada por individuos internados que tuvieron caídas, se realizó un instrumento para la recolección de datos del expediente clínico de los hospitalizados quienes padecieron caídas, de la base informática del Departamento de Calidad del Cuidado, las Variables como género, la edad, compañía, estado neurológico, medidas de seguridad, riesgo de caídas, aparición de lesiones, lugar donde se produjo la caída. Como resultado se encontró que

internaron 5,753 personas, pero 39 mostraron declinaciones durante su internación; el 72% fue mayor de 50 años de edad, prevaleciendo el género femenino con un 56%; 31% pertenecieron a caída del reposit; 100% de los hospitalizados estuvieron en estado de alarma y 74% estaban solos en su unidad, el 92% tenían alto riesgos de caídas. Llegando a la conclusión fue que la investigación reconoció como factores para las caídas la estancia del hospitalizado en el adulto mayor de 50 años, con una evaluación de riesgo de caída incrementada.⁸

Silva J, Suzele C, Wehbe F, (2012, Brasil) en su estudio titulado “Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional” fue un trabajo de investigación de epidemiología de base poblacional de corte transversal, con una muestra de 240 adultos mayores de ambos géneros, y con una edad mayor de 60 años, se utilizó la encuesta: evaluación de caídas; perfil social, Escala de Lawton y Brady y medida de independencia funcional y dio como resultado que el 25% con 80 años de edad y más, la edad promedio fue de 73,5 años de edad($\pm 8,4$), el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años, predominio del género femenino 68.75%, con más prevalencia en personas mayores más jóvenes 60 a 79 años (67.5%) el espacio más usual fue los servicios higiénicos y el patio. Hubo más correlación en el nivel de independencia funcional y las intervenciones instrumentales con los años del individuo y no se obtuvo relación entre las personas mayores que padecieron caídas, con las variables edad y género sexual, se llegó a la conclusión que hubo más predominio del sexo femenino que padecieron declinaciones asociados a la independencia funcional, y se puede prevenir con estrategias de la promoción de la salud a las personas adultas mayores, políticas para mejorar la condición de vida de personas durante el proceso de ancianidad.¹⁰

Castillo E, Paz E, Pinto L, Sánchez E, Rubio Z, (2011, México) En su estudio titulado “Perturbaciones de la estabilización como predictores de declinaciones en una muestra de personas adultas mayores”. Fue un trabajo de investigación prospectivo analítico, se adaptó la escala de tinetti con una totalidad de 101 individuos adultos mayores, y se hizo un persecución por un periodo de 30 días.

Se empleó el análisis de regresión lineal múltiple como herramienta estadística. Se obtuvo Como resultado El 35,6% demostró riesgo moderado de descender. Se demostró una asociación entre alteraciones del andar, riesgo de desplomarse y equilibrio con una $R^2= 0,674$, $F(2,93)$ $p=0,001$. $R= 0,825$; = 99.300. Se llegó a la conclusión que Las alteraciones del andar y el equilibrio en personas adultas mayores son predispuestos a caer y utilizando la escala Tinetti se pueden definir quiénes son las personas con considerable riesgo de mostrar declinaciones.⁹

Vera M, Campillo R, (2009, Cuba) en su estudio titulado “Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano” tuvo como objetivo evaluar parámetros relacionadas con el equilibrio y la marcha y determinar el riesgo de declinaciones según variaciones, fue un estudio de método descriptivo, se evaluó varios parámetros relacionados con el equilibrio, participaron 104 adultos mayores de ambos sexos, para la obtención de la información se usó la encuesta y se valoró varios parámetros relacionados con el equilibrio, se obtuvo como resultado que 48,3% fueron mujeres con mayor riesgo de sufrir caídas, en tanto con las edades tuvimos el 35% de 60 a 69 años con bajo riesgo de sufrir caídas, 70 a 79 años 46,9% con riesgo medio de sufrir caídas, y de 80 a más 66,7% con mayor riesgo de sufrir caídas. La conclusión fue que el riesgo de sufrir caídas en este grupo de ancianos fue del 43,3% siendo el grupo femenino y el grupo atareó de 80 años a más el de mayor riesgo³⁵.

Antecedentes nacionales

Torres J,(2015, Perú) en su estudio titulado” Autocuidado en la previsión de caídas que tiene la persona de la tercera edad que van al centro de salud del adulto mayor” tuvo como objetivo determinar el nivel de autocuidado en la previsión de declinaciones que tiene la persona de la tercera edad que va al Centro de salud del Adulto Mayor de Barranco, fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; con una población de 70 ancianos, para obtención de información se utilizó un cuestionario validado y elaborado por María del pilar camino, se obtuvo como resultado el nivel de autocuidado relacionado a los factores intrínsecos fue mayor con (54.3%), medio (24.3%) y bajo (21.4%), sobresaliendo acciones como el no consumo de alcohol (90%), uso

frecuente de zapatos cómodos (80%), realización de actividades físicas (65.7%), y el nivel de autocuidado relacionado a los factores externos alcanzando un nivel medio (27.1%), bajo (20%) y alto (52.9%), las acciones que promueven el autocuidado son objetos de uso diario al alcance de la mano (80%), mantener una buena iluminación en los cuartos del hogar (95.7%), pisos limpios no resbalosos (70%), pasillos libres de obstáculos (82.9%) y el empleo de pasamanos en los vehículos al transportarse fuera de casa (91.4%), la conclusión fue que el nivel de autocuidado en la prevención de caídas de las personas mayores fue alto para el control de los factores intrínsecos que extrínsecos.¹³

Silva J, Porras M, (2014, Perú) en su estudio “Riesgo de caída en la persona mayor que va a dos Centros durante el día” fue un estudio descriptivo cuantitativo y transversal; conformada por 150 personas adultos mayores de 60 años para adelante, de ambos géneros, que se dirigen a dos Centros durante el día. Para la recolección de la información se usó los instrumentos de perfil social, la Escala de Tinetti y Mini-Examen del Estado Mental, Predominando el género femenino 75.3%, en las edades de 80 años a mas (33.3%). A la valoración de la Escala de Tinetti se tuvo una puntuación promedio de 21.7 (=6.1), Se identificó que 20.7% presentaban estado cognitivo inadecuado, 54.7% tuvo más riesgo de caer 36.7% con relación al estado cognitivo. A la asociación se verificó que la persona más viajo, tiene más riesgo de caer. La conclusión fue que el equipo de profesionales de la salud promueva la actividad física para mantener postura adecuada y fuerza, también de ejercicios de memoria para mantener el estado conciencia, promoviendo una ancianidad saludable y activo.¹⁴

Maita A, (2008, Perú) en su estudio “Riesgos de accidentes en la persona de la tercera edad que hace funciones de rutina, usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega” - Perú. Tuvo como objetivo determinar los riesgos de accidentes en las personas mayores que realiza funciones de rutina, el estudio fue de corte transversal método descriptivo, tipo cuantitativo de nivel aplicativo, estuvo conformada por 63 adultos de la tercera edad. El instrumento que se uso fue un formulario y se realizó la entrevista, se aplicaron dos instrumentos que fueron validados:: la Escala de brody y Lawton y el índice de katz, para la

evaluación de la capacidad funcional al hacer actividades de la vida cotidiana e instrumentales. Los resultados fueron que el riesgo de experimentar accidentes y más si son domesticas en 54 (85.80%) en personas de la tercera edad. las conclusiones a las que se llegaron fueron: “Respecto al riesgo según tipo de accidente de 63(100,0%) 42(66.50%), presentaron riesgo a caer, 23(35.80%) intoxicaciones y quemaduras 25(39.70%).¹⁵

1.3. Teorías relacionadas al tema

Marco teórico

1.3.1 Caídas en el adulto mayor

El adulto mayor según refiere la OMS, son los individuos de 60 a 74 años de edad que se les considera de edad incrementada; de 75 a 90 ancianos o viejos, y los que pasan los 90 años son denominados grandes viejos o gran longevos. A todo adulto mayor de 60 años se le denominara de forma distinta individuo de la tercera edad. En la actualidad hay 4.86 millones de adultos mayores en el país. En el año 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al 4% para el año 2025 el porcentaje se incrementara hasta el 10% con alrededor de 12.5 millones de personas mayores; hasta el año 2050, con una cantidad de habitantes de 132 millones, 1 de cada 4 individuos se considerara persona mayor. Hay descripciones médicas, biológicas, geriátricas, científicas, psicológicas, de la ancianidad. Asimismo de todas las explicaciones que podamos encontrar, es también de suma importancia tener en cuenta las definiciones y percepciones de la sociedad; de los mismos adultos mayores, de sus cuidadores, de sus nietos, etc. varios autores refieren la tercera edad o la vejes a partir de los 60 años de edad, otros desde los 65-70 Y algunos argumentan que es un concepto social.¹

Las caídas Según la OMS determinan como sucesos inconscientes que producen la perdida de estabilización y hacen que el cuerpo caiga en el suelo u otra superficie plana que lo sostiene. Otro concepto dice que es el resultado de cualquier acontecimiento, que precipita a la persona a caer mayormente al suelo

involuntariamente, es usualmente insospechada, súbito, y suele ser afirmada o no por el adulto mayor o una persona que vio el hecho ocurrido, asimismo las caídas pueden ocasionar riesgos de lesiones en todas los individuos sin importar el género sexual, los años de la persona y el estado de salud pueden intervenir la gravedad y el tipo de lesión. Los años de la persona es uno de los primordiales factores de riesgo para estos accidentes. Los ancianos son los más predispuestos y corren mayor riesgo de morir o sufrir lesiones graves ya que el riesgo se incrementa con los años de la persona. Las caídas en individuos hospitalizados de 60 años a mas, cuya incidencia se incrementa con los años de la persona, es un problema clínico considerable por la mortalidad y morbilidad y los gastos para la familiares, paciente y la sociedad. ²

Según refiere la OMS en el 2012, las declinaciones son la 2 causa accidental o no premeditado a nivel mundial en la atención en salud, Se considera que 37,3 millones de caídas ocurren anualmente, de todas ellas 424.000 derivan en fallecimiento. Este suceso pone en alarma a los sistemas de la salud por aquellos quienes padecen estos sucesos y requieren atención médica inmediata y se vuelven dependientes por complicaciones o secuelas produciendo la discapacidad, personas ancianas de 65 años y de países de medianos ingresos y bajos recursos son los que están predispuestos de riesgos de caídas y fallecimiento por esta causa¹⁶

Las caídas se pueden presentar porque hay un síndrome geriátrico que se encuentra relacionado con la inestabilidad postural siendo la principal causa de este suceso, produciendo perdida del equilibrio postural en el adulto mayor.³⁷ También se comprenderá por caída a los sucesos que se producen en que el paciente hospitalizado cae en contra de su voluntad al piso o a un nivel inferior de la superficie.³⁸

Los pacientes que se encuentran internados tienen un riesgo incrementado de padecer caídas debido al ambiente que es desconocido para ellos, y a la situación clínica en que están, debido a las distintas patologías que presentan³⁹

Clasificación de las caídas

Las caídas en los adultos mayores se clasifican y pueden calificarse como “síndrome geriátrico de caídas”, que según la OMS se determina como la existencia de 2 o más caídas anualmente. Así mismo, se estima que una persona hospitalizada presenta caídas en varias ocasiones presentándose 3 o más sucesos durante un periodo de un mes. También con el tiempo de estancia en el suelo, las caídas se clasifican en 3. La caída fortuita es provocada por una causa diferente a la persona mayor con origen en un ambiente altamente de riesgo, como por ejemplos resbalones con un elemento o barrera arquitectónica² La Caída de reiteración “no justificada”. Es la persistencia de los factores predisponentes como patologías o polifarmacia, como por ejemplo la patología del Parkinsonismo y el incremento de medicamentos con benzodiazepinas y la caída continua es aquella en la que el anciano se mantiene en el piso con un tiempo mayor de 15 a 20 minutos con la insuficiente capacidad de poder pararse sin apoyo. Las declinaciones con estancia continua en el suelo, son indicadores de un mal pronóstico para la función y la vida. Estas caídas con mayor tiempo de permanencia en el suelo es considerada como indicios de una disminución de reserva fisiológica en aquellos adultos de la tercera edad que las padecen, y que pueden estar en relación con trastornos múltiples o únicos que reducen su tiempo de vida o alteran su función general del paciente²

En Los tipos de caídas tenemos las no accidentales que son los factores intrínsecos se producen cuando el adulto mayor presenta cambio de la percepción, desorientación súbita de conciencia, las accidentales que son ocasionadas por los factores extrínsecos, las Caídas accidentales: se producen cuando un factor externo interviene sobre un individuo que está en estado de alarma y sin ninguna incapacidad para deambular, produciendo un tropiezo que acaba en una caída. Y las Caídas que no son circunstanciales, pueden ser de 2 tipos, una de ellas en las que se presenta una situación de desorientación brusca de la conciencia en una persona activa y aquellas que ocasionan en adultos mayores que se encuentran por su condición clínica con alteración de la conciencia, efectos de fármacos o impedimento para el andar.³¹ Estas caídas son característicos en edades extremas mayores de 65 años considerando un

síndrome geriátrico siendo el motivo de más frecuencia de ida a urgencia y más aún la causa de muerte accidental entre los más viejos⁴⁰.

Complicaciones de las caídas

Entre las consecuencias de las caídas se pueden presentar lesiones de tejidos blandos, fracturas (muñeca, fémur, cadera, costillas, humero), hematoma subdural, síndrome post caída, Dentro de la Hospitalización se pueden presentar las siguientes consecuencias que conllevan a la inmovilización y riesgo de patologías iatrogénicas, también Dependencia como la restricción de la movilidad física por lesión, riesgo de institucionalización y fallecimiento²⁸

Asimismo entre otras complicaciones de las caídas tenemos las físicas, las más complicadas son las fracturas, como las de colles y de las articulaciones coxofemoral, que tiene una tasa de mortalidad del 12 y el 20%, más alta que para individuos de esa edad sin fractura, el 60% presentan disminución de la movilidad y el 25% se incrementa su dependencia funcional previo a la circunstancia de caídas, otros aspectos físicos incluye el riesgo de padecer consecuencias por la ausencia de movilidad como las úlceras por presión y el trombo embolismo pulmonar.²⁸

Otras consecuencias están las psicológicas porque luego de un accidente o caídas el paciente produce cambios tanto en él y en sus cuidadores, produciendo disminución de la movilidad e incremento de la dependencia por las actividades diarias, al inicio provocando dolor por el trauma y después por temor a caer llamado síndrome post- caída, los familiares y/o cuidadores en forma general sobreprotegen posteriormente de la primera lesión, incrementando la falta de movilidad y dependencia del hospitalizado; en la mayoría de los casos esto provoca la institucionalización. Una parte de los pacientes adultos mayores desarrollan un temor a la caída después de un accidente.²⁹

Y las consecuencias funcionales es la falta de capacidad para movilizarse a causa de un daño físico o por el temor de volverse a caer, la mitad que padecen una caída de cadera según Núñez tuvieron una satisfactoria recuperación los que

presentaban una óptima función afectiva y cognoscitiva, una buena relación familiar y carencia de soledad. Otra investigación indica que los daños provocados por caídas pueden terminar en el fallecimiento de un individuo, institucionalización y discapacidad, en el año 2003, 13 700 adultos mayores de 65 años fallecieron por caídas y 1.8 millones fueron tratados en los servicios de urgencias en los estados unidos de Norteamérica³²

En otra investigación refieren que los ancianos enfermos son más vulnerables y están más predispuestos a sufrir caídas y las consecuencias de estas pueden disminuir la calidad de vida del individuo hasta causándoles la muerte, También suelen enfrentarse a una lesión de por vida o a una larga y costosa recuperación, las lesiones que puedan presentar es una causa muy importante de discapacidad a amplio plazo y provocan un impacto mayor en la vida de los cuidadores y familiares. Pueden ocasionar lesiones como fracturas de rodilla, cadera, lesiones superficiales, heridas expuestas, traumatismos craneoencefálicos⁴

1.3.2 Riesgos de caídas

La NANDA-International describe el diagnóstico enfermero riesgo de caídas como la susceptibilidad incrementada por declinaciones que pueden ocasionar deterioro corporal. Los factores de riesgo descritos son los relacionados al estado de cognitivo, ambientales y fisiológicos de los individuos hospitalizados, también las causas de los fármacos así el establecimiento de este diagnóstico puede contribuir al personal de enfermería en la proyección de medidas de prevención para ese habitual evento adverso⁷.

Factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos

intrínsecos	extrínsecos
edad	Alumbrado disminuido
genero sexual	Pisos resbaladizos irregulares o húmedos
Antecedentes previas de caídas	Escaleras mal diseñadas
actividad física	Alfombras mal fijadas o mal colocadas
Enfermedades agudas y crónicas	Cables sin fijación
Reducción de la fuerza de extremidades	Ausencia de dispositivos de seguridad como barandillas en cama cinturones
Afecciones de pies y deformaciones, callos	Mal estado del inmobiliario
Alteraciones visuales	Tipo de calzado
Alteraciones vestibulares	Timbre en mal estado
Marcha equilibrio	Pijama demasiado largo
Alteraciones cognitivas/psicológicas	
Administración de medicamentos	

Factores de riesgo intrínsecos

Dentro de los factores de riesgo intrínsecos tenemos la edad a más edad es mayor el riesgo, actividad física, disminución de la movilidad, el género sexual, antecedentes previas de las caídas, en las patologías como el Parkinson, artritis, afecciones musculo-esqueléticas, descenso de la fuerza de las extremidades inferiores y de presión, demencia, infecciones en pies, deformaciones, callos, articulaciones dolorosas, alteraciones visuales, alteraciones vestibulares, percepción disminuida, en el equilibrio y/o andar, anomalías de la caminata, Descenso de la velocidad ,Balanceo postural, descenso del equilibrio dinámico, inconveniente para elevarse de la silla , reducción de la estabilización sobre un miembro inferior, dentro de causas cognitivas/psicológicas provocan demencia, aturdimiento, confusión, administración de medicamentos, y perturbación de la memoria, en la administración de psicótopos están los analgésicos, sedantes, hipotensores narcóticos, dentro de los diuréticos provocan reducción del estado de alarma, mareo, hipotensión postural y fatiga ²⁵

Por otra parte También encontramos factores de riesgo de las caídas que son múltiples y se asocian de la siguiente manera, causas intrínsecas están relacionadas con el paciente como la deambulacion y la marcha sin pedir ayuda en hospitalizados con deficiencia de movilidad, edad mayor a 65 años, estado de confucionismo, desconcierto y/o alucinaciones, alteración sensitiva u ocular, post operatorio inmediato, mutilación de miembros superiores e inferiores, parálisis, paresia, patologías como el Parkinson, artrosis, alcoholismos,, dogas, sedación o el consumo de medicamentos que producen mareos y depresión de nivel de la conciencia, hipoglicemia, hipotensión, patologías neurológicas como convulsiones y epilepsias, patologías cardiacas como arritmias y portadores de marcapasos, patologías del patrón respiratorio hipercapnia y disnea, antecedentes de declinaciones, pacientes con el uso de dispositivos como sondas vesicales, drenajes²⁵

Por ello hay múltiples factores de riesgo con influencia negativa en la calidad de vida de los adultos mayores, asimismo se debe de identificar y aplicar en la práctica clínica del profesional los cuidados y disminuir el riesgo de caídas.³

La edad: es una de las primordiales causas de caídas, los ancianos son los que tienen más riesgos a caer y padecer lesiones moderadas o graves como fracturas, hematomas, traumatismos craneoencefálicos o también riesgo de morir a consecuencia de una caída. Ese factor se incrementa con la edad,²⁶

Actividad física: el ejercicio físico disminuye la probabilidad de caer también puede generar una respuesta de protección frente a alguna fractura en caso de alguna caída, mediante un mejor equilibrio, tiempo de coordinación, reacción, fuerza muscular y movilidad.⁷

Sexo: según la OMS ambos géneros sexuales están predispuestos a padecer caídas, pero en otros países el sexo masculino tiene más probabilidad de sufrir caídas mortales, pero las del sexo femenino son en especial más propensas a caídas no mortales y a un aumento de gravedad de lesiones.⁸

Antecedentes previas de las caídas: es una de las causas más importantes para sufrir otra porque eso indica que ya hay antecedentes y son más propensos a caer nuevamente.⁶

Enfermedades agudas y crónicas: la comorbilidad es una causa para las caídas como las patologías cardíacas, osteomioarticulares, neurológicas, entre otras se mezclan en muchos casos. Patologías agudas como la anemia, deshidratación, procesos sépticos incrementan el riesgo de las caídas, también tenemos el Parkinson, cerebrovasculares, y demencias.^{8,9}

Reducción de la fuerza de extremidades: la reducción de la fuerza de agarre y de los cuádriceps y la mala percepción del estado de salud de los pacientes hospitalizados son otras causas a tener en cuenta.⁸

Afecciones de pies y deformaciones, callos: las siguientes Patologías como artrosis, deformaciones de las uñas, dedos en garra, procesos inflamatorios, enfermedades neurológicas o isquémicos etc. a consecuencias de estas patologías es frecuente que el adulto mayor tenga los pies dolorosos y una deambulación inestable. Asimismo se debe observar la forma de zapato, ya que muchas veces es inadecuado, incrementando el desequilibrio y por tanto el riesgo de caídas.¹⁰

Alteraciones visuales: el descenso de la visión contribuye en un 50% a la inestabilidad. Las alteraciones visuales se relacionan con el 25-50% de las declinaciones, en el proceso de ancianidad hay una reducción de la agudeza visual y la percepción, también la aparición de cataratas, descenso de la amplitud para discriminar colores, adaptación a la oscuridad, y trastornos en la tolerancia a la luz, se dice que un adulto mayor de 80 años de edad a disminuido un 80% de su agudeza visual.³⁰

Alteraciones vestibulares: con el incremento de los años se presenta el desgaste de los cilios en el oído interno, alteraciones bioeléctricas, angioesclerosis que producen una respuesta insuficiente del reflejo vestíbulo

ocular que ayuda al mantenimiento del equilibrio durante el movimiento y del reflejo de enderezamiento.³⁰

Marcha equilibrio: el desperfecto físico a causa del envejecimiento o incluso el miedo a tener alguna caída, en las personas de la tercera edad hace que éstos sea habitual y de muy diversa índole; el más usual a todos ellos es el descenso de la velocidad, en general, como consecuencia de alteraciones en los distintos componentes de la deambulacion.²⁶

Cognitivas/ psicológicas: las alteraciones de las funciones cognoscitivas y los trastornos de la esfera afectiva que repercuten negativamente en la capacidad funcional, es decir, en las actividades de la vida diaria, El envejecimiento cognitivo tiene una mayor repetición en los adultos mayores y condiciona situaciones de incapacidad grave, la demencia tiene una prevalencia superior a 20% a los ancianos mayores de 80 años, por ellos se presenta complicaciones en correspondencia con los denominados síndromes geriátricos (declinaciones, falta de movilidad, incontinencia, impactación fecal, úlceras por presión).¹¹

Administración de medicamentos: existen fármacos que pueden considerarse de alto riesgo generando declinaciones en los pacientes que se encuentren hospitalizados, ya que ciertos fármacos provocan reacciones adversas al ser administrados como hipotensión, vértigos, debilidad, mareos, vómitos, nauseas, visión borrosa, entre otros.¹²

Los medicamentos que incrementan el riesgo de caídas tenemos: las benzodiazepinas como el flurozepan y nitrazepan son los que más causan problemas en este sentido. Los antihipertensivos son los medicamentos que están en segundo lugar después de los sedantes, estos pueden influir en las caídas por provocar hipotensión postural, el Metildopa, beta bloqueadores etc. o reducir el flujo sanguíneo cerebral. Los diuréticos también producen hipotensión mayormente cuando son utilizados en patologías del corazón. En los fenotiacinas sus efectos adversos son las extra piramidales y el Parkinson. y el 20% de adultos mayores que consumen antiinflamatorios no esteroideos desarrollan

confusión e inestabilidad.²⁹

Factores de riesgo extrínsecas

Asimismo Como causas extrínsecas tenemos el alumbrado disminuido, pisos resbaladizos, irregulares o húmedos, escaleras mal diseñadas, alfombras mal fijados o mal colocados, alargaderas y cables sin fijación, Ausencia de barandillas en escaleras y pasillos, ausencia de dispositivos de seguridad como barandillas en cama, cinturones ,mal estado del inmobiliarios como sillas, también el tipo de calzado, Acceso dificultoso al llamado a través del timbre o a los servicios higiénicos y Pijama demasiado largo.¹⁹

Y en las causas extrínsecas están en relación con el entorno del hospitalizado por descuido del ambiente y las medidas de prevención entre ellas tenemos inadecuadas barandilla del lecho, frenos de la cama imperfecta, iluminación insuficiente, zapatos y ropas inapropiadas, habitaciones pequeños, pisos mojados resbaladizos, timbre de llamado muy alejado o inaccesible.²⁴

Alumbrado disminuido: se debe de evitar dejar lugares con poca iluminación o en penumbras ya que puede ocasionar declinaciones, por ello el alumbrado debe de ser adecuado, y se debe aprovechar la luz natural dejando las cortinas abiertas durante el día, la iluminación debe de ser lo adecuado, y las lámparas deben de ser translucidas, es recomendable tener alumbrado durante la noche, procurando que los interruptores se localicen con facilidad que estén adecuadamente a la altura y en la entrada de toda habitación.¹³

Pisos resbaladizos irregulares o húmedos: si se va a andar en estas superficies se debe de tener cuidado para la prevención de caídas como al andar dar pasos cortos y caminar lentamente, observar bien por donde se deambula, usar objetos o barandas para obtener apoyo si está al alcance, no caminar con las manos dentro de los bolsillos ya que se pierde el equilibrio, evitar movimientos bruscos y vueltas rápidas al momento de la deambulación .¹⁴

Escaleras mal diseñadas: las escaleras deben de estar bien diseñadas libres de

materiales y escombros, deambular despacio utilizando los pasamanos al subir o bajar.³⁴

Alfombras mal fijadas o mal colocadas: las alfombrillas pueden ser convenientes para que no se moje el piso (suceso que puede ocasionar una caída), pero suelen ser de peligro porque pueden hacer caer si se tropieza con una esquina. Por eso es recomendable que se retire las que no son necesarias, y asegurar las alfombras que son imprescindibles y que estén bien sujetas al piso sin que quede alguna punta que pueden ocasionar una caída.⁶

Cables sin fijación: es una de las causas de caídas, los cables sin entubar, sueltos o sin organizar adecuadamente pueden ocasionar caídas.¹⁵

Ausencia de dispositivos de seguridad como barandillas en cama cinturones: la falta de estos dispositivos de apoyo ocasionan un alto riesgo de caídas por ello las barandillas en el lecho facilita a los hospitalizados una barra segura para movilizarse de un lado para otro según sea la necesidad de moverse, con apoyo o por sí mismos si tienen la fuerza para realizarlo e indudablemente previenen una caída, pero en aquel paciente que se encuentre desorientado se puede incrementar el grado de agitación y ansiedad, también en aquellos hospitalizados con dolor, en aquellos que tienen la necesidad de ir a los servicios higiénicos intentan salir o saltar por los pies del lecho, cualquier intento puede acabar en una caída. Las barandillas deben de estar en perfecto estado en un óptimo funcionamiento y colocados en ambos lados del mobiliario, que sean firmes, que rebasen la altura del colchón de tal forma que brinden soporte adecuado al hospitalizado para evitar el riesgo de caídas.¹⁶

Mal estado del mobiliario: se debe eliminar el mobiliario en mal estado que no sea necesario que presente dificultades para su utilización y deambulación de la persona. El mobiliario es necesario ya que esto nos facilitara el traslado en la movilidad y el mantenimiento de la persona, debe de estar en orden y bien organizado en su localización ya que se evitara posibles accidentes y se facilitara la higiene en el hogar, teniendo así un hogar bien organizado y ordenado.¹³

Tipo de calzado: el tipo de calzado adecuado para utilizarlo en casa o en la calle es fundamental para asegurar la seguridad del adulto mayor y así poder evitar las caídas. En el hogar es recomendable que lleven zapatillas cerradas, para evitar tropezos y que no salgan fácilmente, para salir a la calle se recomienda no llevar zapatos con tacón demasiado bajo o demasiado alto, ya que pueden ocasionar inestabilidad en el pie. El tacón no debe ser mayor a 5 cm.⁶

Timbres en mal estado: es un dispositivo por el cual el paciente solicita ayuda, y se debe de encontrar instalado en la cabecera de la cama, debe estar al alcance del paciente y si se encuentra en mal estado va a evitar la comunicación con la enfermera evitando que acuda a la unidad y así poder responder a las necesidades que pueda requerir el hospitalizado, causando que el propio paciente realice sus propias necesidades y pueda sufrir una caída en el intento.¹⁶

Pijama demasiado largo: se debe de evitar los pantalones del pijama demasiados largos, la ropa debe de ser simple, holgada y de preferencia que se abroche por delante para prevenir el riesgo de caídas.¹⁷

1.3.3 Rol de enfermería en la prevención de caídas en adultos mayores hospitalizados

en el adulto mayor se debe de promover el autocuidado debe de tener estilos de vida saludable, como una buena y adecuada alimentación, la actividad física debe de ser moderada, fortalecer las potencialidades y destrezas individuales, también detectar oportunamente las patologías llevando un adecuado control de los mismos, vigilando los medicamentos prescritos y retraso de la aparición de consecuencias. También los adultos mayores participan en Programas domiciliario de equilibrio y fortalecimiento muscular con la intervención de un personal de salud Tai Chi. En la modificación y valoración de los inconvenientes ambientales del domicilio por personal de la salud para individuos de la tercera edad procedentes de post caídas. Retirar la medicación psicotrópica. Programas de cribado e intervención multifactorial y multidisciplinario en los factores de riesgo de salud y ambientales. Corrección visual, realizar ejercicios y adaptación domiciliaria conveniente y convincente²²

En la educación para la salud para llevar una vida saludable fomentar los cambios de hábitos y modificar los estilos de vida que pongan en peligro la salud de las personas de la tercera edad. Descubrir oportunamente sus debilitamientos y potencializar sus capacidades y destrezas. Deben de hacer ejercicios grupales, individualizados para que fortalezcan los miembros superiores e inferiores, también la modificación de la agudeza visual oportunamente de manera adecuada y vigilada por un especialista. Los suplementos que contengan vitamina D con o sin calcio serán administrados correctamente. Combinación de estrategias de modificación de los riesgos en el domicilio, se brindara sugerencias para una óptima administración de medicamentos y se brindara charlas educativas de ejercicios para la disminución del riesgo de declinaciones, también Programas de previsión de caídas en instituciones. Participaciones de aprendizaje y cambios comportamiento. La transformación de obstáculos en el hogar para individuos mayores sin precedentes de caídas. Algunos tratamientos con medicamentos como (estrógenos con/sin progestágenos). Beneficiar con el incremento de actividad física y ejercicios en los adultos mayores. Asistir a su consulta médica cada 3 meses para realizarse su chequeo de rutina, preguntar si presenta mareos y descenso de la visión. Si el personal de salud recomienda el uso de ortesis de la marcha educar al adulto mayor para una utilización correcta, ya que se incrementara la base de sustentación para prevenir las caídas. Dialogar con el doctor si se contempla algún efecto secundario al utilización de fármacos.²²

Para la prevención de caídas recurrentes es fundamental identificar los factores de riesgo que han producido caídas previas, y aplicar las intervenciones adecuadas de manera individualizada⁴¹.

Otra investigación nos refiere en las medidas preventivas en el riesgo de caídas como en el paciente encamado se debe de tener las barandillas de la cama elevadas, también constatar que los frenos de la cama este bien puesto, colocar o sentar al paciente en un sillón adecuado en los que pueden caminar, mantener una iluminación apropiada, sacar todo objeto que pueda provocar caídas, verificar que los pisos de los servicios hospitalarios no estén mojados y resbaladizos, acompañar o verificar que el paciente hospitalizado este acompañado por un cuidador en su deambulacion, si se indica el uso de instrumentos de apoyo como

muletas, andadores debe ser junto al personal de salud mediante el aprendizaje, los servicios higiénicos tienen que estar accesibles, apoyar en las necesidades del paciente como en su aseo, alimentación, vestir entre otros, fomentar el uso de zapato y ropa adecuada y los servicios higiénicos tienen que estar accesibles.¹⁸

Las intervenciones de seguridad en relación con el rol de enfermería, se da mediante las intervenciones dirigidas a quitar las amenazas del entorno del paciente hospitalizado que incluye una serie de actividades encaminadas en el descubrimiento de los riesgos de caídas, tanto mental, físico, así mismo se registra el riesgo de caídas en el reporte enfermero. Explicar el uso de barandillas para eludir la hostilidad del paciente hospitalizado y sus familiares, comprobando que el timbre se encuentre al alcance del enfermo, acompañarlos para ir al baño no dejarlo solo, así mismo regresarlo a su lecho, también alcanzar lo que requiera el paciente, también mantener ordenado las unidades de los hospitalizados y quitar el uso de objetos que obstaculicen el paso como sillones con el propósito de reducir el riesgo de declinaciones, brindar ciertas recomendaciones como evitar que se levante bruscamente lo ideal es que lo haga lentamente para evitar mareos, se brinda estas medidas de seguridad para la prevención de las caídas.³³

1.3.4 La teoría del autocuidado de Dorotea Orem

El autocuidado son las acciones que cada persona asume en beneficio de su salud, son los hábitos del ser humano y familia a través de los cuales fomentan conductas buenas de salud para la prevención de enfermedades.³⁶

Dorotea Orem refiere que es la responsabilidad de cada persona para la conservación, promoción y cuidado de su salud. Es un grupo de acciones premeditadas que realiza o ejecutaría cada individuo para controlar factores externos o internos que pueden complicar su vida y desarrollo posterior. Estas conductas aparecen en situaciones concretas de su vida, y la persona dirige hacia el mismo o hacia su entorno para normalizar los factores que dañan su propio desarrollo y actividad en beneficio de su salud, vida y bienestar. También menciona en su teoría que es necesario considerar tres condiciones básicas para

determinar las necesidades del autocuidado para la salud entre ellas tenemos la universalidad, el autocuidado de la salud es común para todos los individuos, el desarrollo, el autocuidado debe darse a lo largo de la vida y comprende como la prevención de enfermedades que pueden afectar la salud del individuo, la desviación de la salud, el autocuidado puede estar afectado por el propio estado de salud de la persona. Por lo tanto se requiere habilidad, motivación, conocimiento que se pueden desarrollar a lo largo de la vida y con el apoyo del personal de salud, se debe de tener en cuenta los factores que son condiciones externas e internas de los individuos que afectan la calidad de cuidados que requiere la persona, la capacidad de autocuidado, y las manifestaciones de los requerimientos, entre ellos se encuentran el género, la edad, sistema familiar, estado de salud (físico, psicológico), patrón de vida y estado de desarrollo. Así mismo las personas desarrollan y aprenden prácticas de autocuidado que se convierten en hábitos, para contribuir al bienestar y la salud.³⁶

La enfermera tiene un papel fundamental en la práctica hospitalaria ya que ayuda a los individuos a cubrir sus necesidades de autocuidado, para poner en práctica es importante evaluar los factores, realizar estrategias y planificar y ejecutar intervenciones, motivando al paciente a que participe en el manejo de su propia salud. Brindando una atención con valores éticos para una mejor atención y el bienestar del paciente.³⁶

1.4. Formulación del problema

Problema General

¿Cuál es el nivel de riesgo de caídas que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho 2017?

Problemas específicos

¿Cuáles son los riesgos de caídas según sexo que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017?

¿Cuáles son los riesgos de caídas según edad que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017?

¿Cuáles son los riesgos de caídas según factores intrínsecos y extrínsecos que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017?

1.5. Justificación del estudio

El presente estudio se desarrolló porque las caídas en el adulto mayor internado se ha ido incrementando, en el último año (2016) se presentaron 12 caídas en el servicio de medicina este es un indicador de una mala calidad en el cuidado de la salud, razón por la cual es motivo de preocupación creciente, esta información se obtuvo por la supervisión del hospital.

Esta investigación ha sido elaborada para la identificación del nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor que se encontraban internados en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Este estudio ha beneficiado a las personas adultas mayores que estuvieron internados en el hospital san juan de Lurigancho en el servicio de medicina, y así pudieron conocer e identificaron los riesgo de caídas y así tomar medidas de prevención para poder evitar diversas complicaciones desde traumas leves hasta la muerte, sin contar con el impacto psicológico a las familias y al mismo paciente. Los resultados de esta investigación sirvió para brindar al personal de salud, médicos, enfermeras y/o técnicos información actualizada con el propósito de promover estrategias de prevención en el riesgo de caídas de las personas mayores, así también dio a conocer al paciente y familiares dicha información para que puedan poner en práctica actividades de auto cuidado. Asimismo al conocer el resultado de estudio los adultos mayores identificaron los riesgos de caídas con el fin de prevenir y que esto no sea una causa más para que alarguen su estancia hospitalaria.

Este estudio tiene relevancia social ya que esta información debe ser alcanzada al hospital san Juan de Lurigancho para que capacite al personal de salud, sobre la prevención de caídas y el riesgo que está expuesto los adultos mayores hospitalizados. De esta forma poder reducir los riesgos de caídas en el adulto mayor.

En trabajos anteriores de investigación se utilizaron diversos instrumentos para evaluar el nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor entre ellos como la escala de tinetti, la escala de Lawton y Brody, estos 2 últimos evalúa el grado de independencia al realizar el adulto mayor sus actividades, estas escalas nos brinda puntajes absolutos pero solo considera a aquellos adultos mayores que son independientes, también la escala de DOWTON el cual es un poco confuso al realizar la suma para obtener el riesgo de caídas y también es antiguo, por ello en mi trabajo de investigación se aplicó un nuevo instrumento que es un cuestionario y una ficha de recolección de datos el cual se obtuvo datos más reales de los adultos mayores que se encontraron hospitalizados en el servicio de medicina se encuestó a aquellos pacientes que son independientes y dependientes y que estaban aptos para la entrevista.

1.6. Hipótesis}

Este estudio no presenta hipótesis.

1.7. Objetivos

Objetivo general

Determinar el nivel de riesgo de caídas que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho 2017.

Objetivos específicos

- Identificar los riesgos de caídas según sexo que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017.

- Identificar los riesgos de caídas según edad que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017.
- Identificar los riesgos de caídas según factores intrínsecos y extrínsecos que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

Tipo: es nivel descriptivo porque su propósito fue realizar un análisis del estado del objeto de estudio, también determino sus propiedades y características. Como su nombre lo indica, describe la realidad que se investiga, pero no profundiza en las causas de las relaciones internas o externas que lo condicionan.

Corte: es transversal porque implica obtener los datos en un periodo de tiempo determinado.

Diseño: es no experimental porque se estudió los fenómenos como tal se manifiesta en la realidad, el investigador no interviene en el comportamiento de las variables.

Variable: nivel de riesgo de caídas.

2.2. Población, muestra y muestreo

Población: estuvo conformada por 70 pacientes hospitalizados adultos mayores de 60 años a más que se encontraban internados en el servicio de Medicina del Hospital San Juan de Lurigancho; durante el periodo de setiembre del 2017.

Muestra: Se trabajó con toda la población.

Criterio de selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que tengan edades entre 60 años a más.
- Pacientes adultos mayores de ambos géneros.
- Pacientes que se encuentran internados en servicios de hospitalización de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho.
- Pacientes adultos mayores dependientes e independientes en el cuidado.
- Pacientes adultos mayores que se encuentren orientados para la entrevista.

Criterios de exclusión:

- Pacientes desorientados en tiempo, espacio y persona.
- Pacientes que no deseen ser participe y no firmen el consentimiento informado.

2.3. Técnicas de instrumentos de recolección de datos

Técnica: se realizó a través de la entrevista que nos permitió estar en contacto directo con los pacientes adultos mayores de 60 años a más y así se observó y despejo posibles dudas sobre las preguntas planteadas.

Instrumento: El Cuestionario se aplicó mediante una serie de preguntas que se realizó al adulto mayor y la ficha de recolección de datos se aplicó mediante la observación el cual estuvo conformado por 26 preguntas que se evaluó el nivel de riesgo de caídas que tienen las personas de la tercera edad que se

encontraban internadas en el servicio de hospitalización de medicina, estuvo dividido en 2 dimensiones: 14 preguntas evaluaron los factores intrínsecos y 12 preguntas los factores extrínsecos. (ver anexo 2)

2.4. Validación y confiabilidad del instrumento

La validación del instrumento se determinó mediante el juicio de expertos, la participación fue de cinco profesionales de la salud entre especialistas de investigación, del área asistencial y docentes universitarios. Se obtuvo como resultado de validez de 80% para el cuestionario y la ficha de recolección de datos. (Ver anexo 3)

Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto, se encuestó a 10 adultos mayores que se encontraban hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital militar central, los cuales no forman parte de la muestra. Luego se pasó al programa SPSS 20 para evaluarlo con el alfa de cron Bach cuyo resultado fue ,693 por 20 n° de elementos, lo cual indica que la encuesta aplicada es confiable. (Ver anexo 4)

MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se utilizó el libro de códigos para vaciar los datos utilizando el programa de SPSS 24, para la interpretación de los resultados se calcularon los puntajes según criterios obteniendo los calificativos alto medio y bajo. Finalmente los resultados se han obtenido las estadísticas descriptivas representadas en gráficos con porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación tuvo los siguientes principios éticos:

El Consentimiento informado: los pacientes que participaron en este estudio de investigación se les informó de los beneficios y objetivos que tuvieron por su participación.

Respeto a la persona: los pacientes adultos mayores fueron libres de decidir su participación en este estudio de investigación.

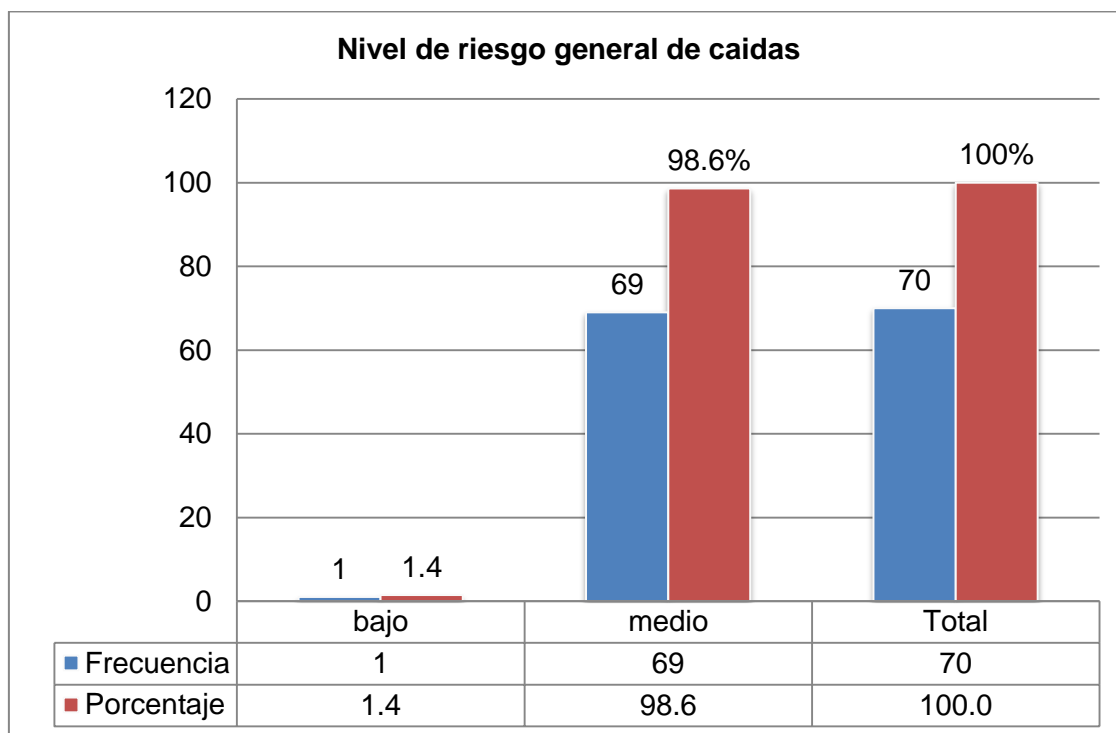
Respeto a la privacidad: todos los resultados que se obtuvieron de la encuesta y la ficha de recolección de datos aplicados no fueron divulgados.

Beneficencia: se vio reflejado en conocer el nivel de riesgo de caídas en los adultos mayores.

III. RESULTADOS

Gráfico 1

Nivel de riesgo de caídas que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho 2017

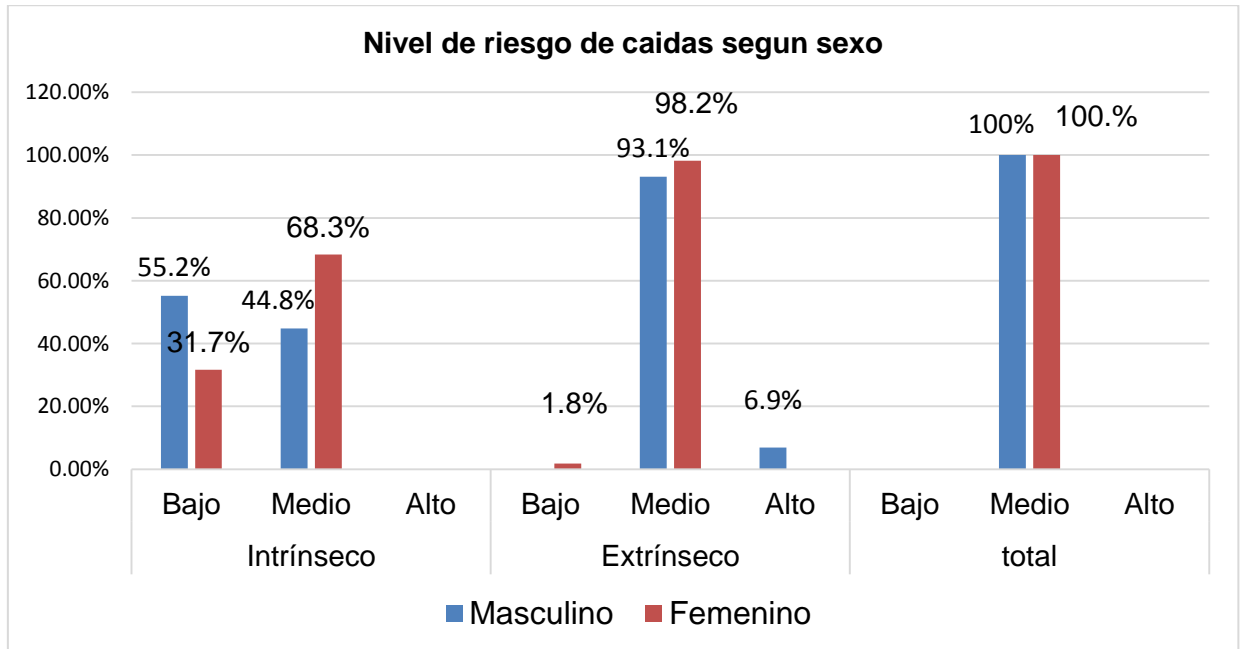


Fuente: cuestionario aplicado a adultos mayores que se encuentran hospitalizados en el servicio de medicina del hospital san juan de Lurigancho, cotaquispe-2017.

INTEPRETACION: según los gráficos podemos observar que de un total de 70 adultos mayores encuestados, la mayoría de adultos hospitalizados presentan un nivel medio de riesgos de caídas 98.6% (69)

Gráfico 2

Nivel de riesgo de caídas según sexo que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017.

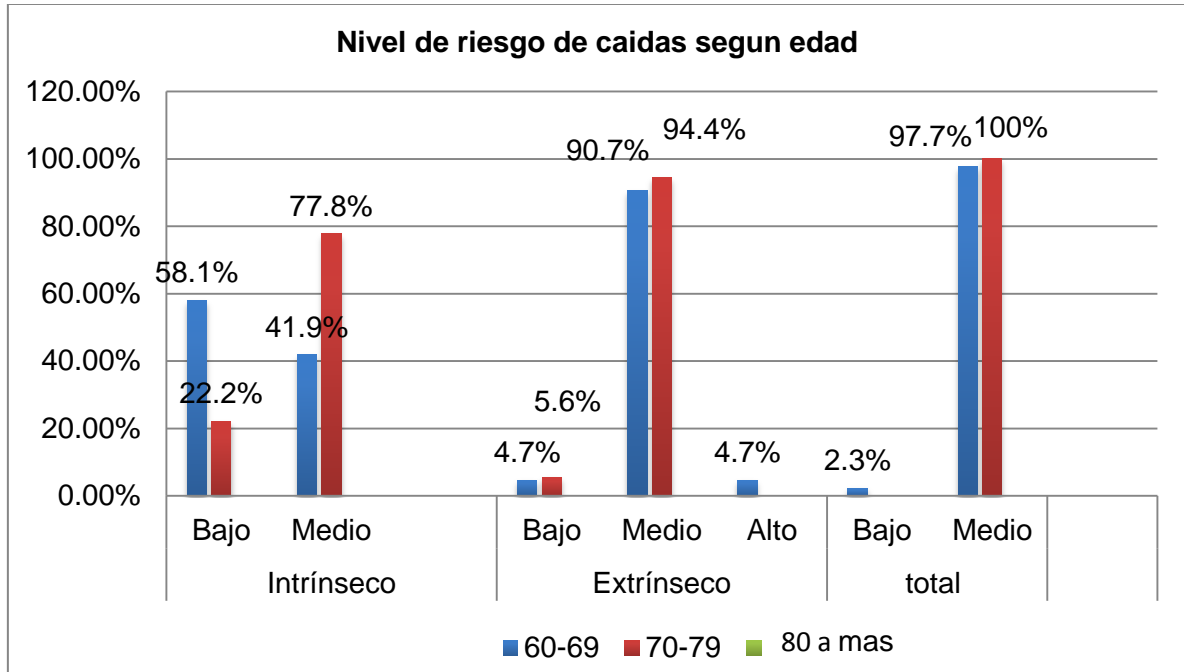


Fuente: cuestionario aplicado a adultos mayores que se encuentran hospitalizados en el servicio de medicina del hospital san juan de Lurigancho, cotaquispe-2017.

INTERPRETACIÓN: según el gráfico podemos observar que de 70 adultos mayores encuestados dentro de los factores extrínsecos el sexo femenino presentan un nivel medio de riesgos de caídas 98.2 (40) Y los factores intrínsecos el sexo femenino también presenta un nivel medio de riesgo de caídas 68.30% (28).

Gráfico 3

Nivel de riesgo de caídas según edad que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017.

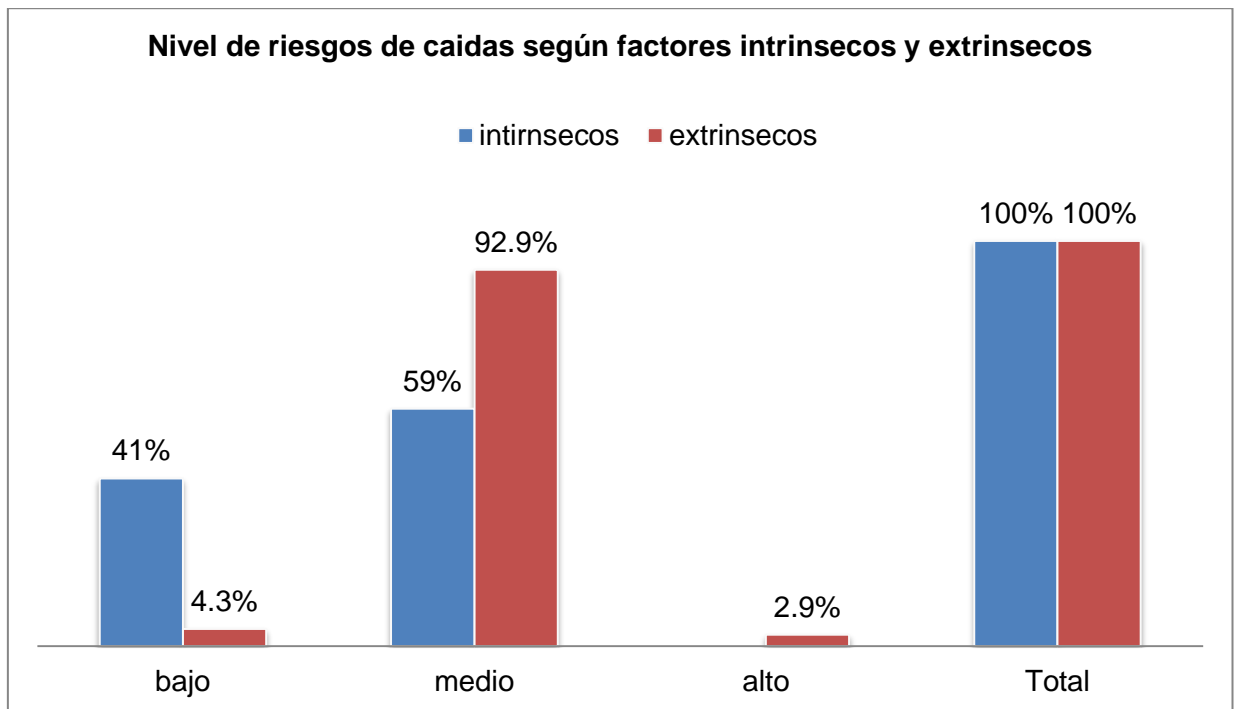


Fuente: cuestionario aplicado a adultos mayores que se encuentran hospitalizados en el servicio de medicina del hospital san Juan de Lurigancho, Cotaquispe-2017.

INTERPRETACIÓN: según el gráfico podemos observar que del total de 70 adultos mayores encuestados la mayoría que oscilan en las edades de 70-79 años presentan un nivel medio de riesgos de caídas 100% (18), en los factores extrínsecos también presentan un nivel medio de riesgos de caídas 94.4% (17) y en los factores intrínsecos también presentan un nivel medio de riesgo de caídas 77.8% (14).

Gráfico 4

Nivel de riesgos de caídas según factores intrínsecos y extrínsecos que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del hospital san Juan de Lurigancho 2017.



Fuente: cuestionario aplicado a adultos mayores que se encuentran hospitalizados en el servicio de medicina del hospital san Juan de Lurigancho, Cotaquíspe-2017.

INTERPRETACIÓN: según el gráfico podemos observar que del total de 70 adultos mayores encuestados la mayoría presentan un nivel medio de riesgos de caídas por los factores extrínsecos 92.9% (65)

IV. DISCUSIÓN:

De acuerdo a los resultados encontrados a cerca del nivel de riesgo de caídas del adulto mayor hospitalizado en el presente estudio se encontró que la mayoría de adultos internados en el servicio de medicina presentan un nivel medio de riesgos de caídas (98.6%) estos resultados coinciden con un estudio internacional es así que tenemos a Castillo E, Paz E, Pinto L, Sánchez E, Rubio Z, (2011, México)⁹ que nos indica que se obtuvo como resultado que el 35,6% demostró riesgo medio de caídas. Por otro lado los resultados de este presente estudio difieren con 2 estudios internacionales y dos estudios nacionales. A nivel nacional tenemos a Silva J, Porras M, (2014, Perú) ¹⁴ en su estudio realizado en lima sobre riesgo de caídas tuvo como resultado que el 54.7% presento mayor riesgo de caer, asimismo otro estudio de Maita A, (2008, Perú) ¹⁵ en su estudio también realizado en lima sobre riesgo de accidentes se obtuvo como resultado que el 66.50% presentaron riesgo a caer; y los estudios internacionales tenemos a Tapia M, Salazar M, Cortez G, Martínez H, (2012, México)⁸ en su estudio titulado factores que influyen en el riesgo de caídas sus resultados fueron que el 92% tenían alto riesgo de caídas, asimismo Vera M, Campillo R, (2009, Cuba) se obtuvo como resultado que el riesgo de sufrir caídas en este grupo de adultos mayores fue de 43,3. de acuerdo a la base teórica según la OMS nos refiere que el adulto mayor son individuos de 60 a a 74 años de edad que se les considera de edad incrementada de 75 a 90 ancianos o viejos, y los que pasan los 90 años son denominados grandes viejos o gran longevos. En la actualidad hay 4.86 millones de adultos mayores en el país. En el año 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al 4% para el año 2025 el porcentaje se incrementara hasta el 10% con alrededor de 12.5 millones de personas mayores; hasta el año 2050, con una cantidad de habitantes de 132 millones, 1 de cada 4 individuos se considerara persona mayor¹ Con respecto al riesgo de caídas según el NANDA es la susceptibilidad incrementada por declinaciones que puede ocasionar deterioro corporal, por diversos factores de riesgo descritos relacionados al estado cognitivo, ambientales y fisiológico de los individuos hospitalizados.⁷ en base de lo encontrado podemos decir que difieren la mayoría de estudios tanto nacionales como internacionales encontrándose que a nivel

general los adultos mayores presentan un alto riesgo de caídas; obteniéndose como resultados generales de la presente tesis un nivel medio de riesgos de caídas 98.6% (69), con 70 adultos mayores encuestados. En base a lo encontrado podemos decir que las caídas en el adulto mayor es un importante problema de salud pública, convirtiéndose en la segunda causa mundial de muerte, ya sea accidentales o intencionales, siendo los más susceptibles los adultos de la tercera edad, quienes corren más riesgo de morir o sufrir graves lesiones como hematomas, fracturas, traumatismo craneoencefálico por presentar caídas ya sea por diversos factores que puedan ocasionar dichos sucesos.

El profesional de enfermería desempeña un rol importante en el cuidado del adulto mayor internado cubriendo sus necesidades en el bienestar de su salud.

Sobre el nivel de riesgo de caídas según sexo se encontró que de 70 adultos mayores encuestados la mayoría del sexo femenino presenta un nivel medio de riesgos de caídas tanto en los factores intrínsecos 68.3% y extrínsecos 98.2%. Estos resultados coinciden con un estudio internacional, es así que tenemos a Machado R, Bazán M, Izaguirre M, (2014 Cuba)³⁹ que nos indica que el sexo femenino presentan un nivel medio de caídas (63,2%) Por otro lado los resultados de este presente estudio difieren de cuatro estudios internacionales y un estudio nacional. A nivel nacional tenemos a Silva J, Porras M, (2014, Perú)¹⁴ en su estudio realizado en lima sobre riesgo de caídas predomino el género femenino con un 73.5%, en los estudios internacionales tenemos a Tapia M, Salazar M, Cortez G, Martínez H,(2012, México)⁸ nos refiere que el género femenino prevaleció con un 56% con mayor riesgo de caídas en su internación, también se reconoció que los factores para las caídas era la estancia hospitalaria, asimismo Silva J, Suzele C, Wehbe F, (2012, Brasil)¹⁰ se encontró que el género femenino padeció más caídas (68.75%) por los factores extrínsecos produciéndose en los servicios higiénicos, también Martin I, Riveiro O, (2013 Portugal)¹¹ indica que el género femenino tienen mayor riesgo de caer por los factores intrínsecos 63,3% ya que presentan temor a caer y antecedentes de caídas en los últimos 6 meses, Asimismo Vera M, Campillo R, (2009, Cuba)⁴⁰ encontraron que 48,3%fueron mujeres con mayor riesgo de sufrir caídas por los factores intrínsecos que es la

edad siendo el grupo etario de 80 a más el de mayor riesgo. De acuerdo a la base teórica la OMS refiere que ambos géneros están predispuestos a sufrir caídas pero en otros países las adultas mujeres son más propensas a caídas no mortales pero tienen un gran aumento de gravedad de lesiones.⁸ En base de lo encontrado podemos decir que a nivel nacional e internacional difieren la mayoría de estudios encontrándose que las adultas mayores del sexo femenino tienen mayor riesgo de caídas, en el resultado de la presente tesis las adultas mayores tienen un nivel medio de riesgo de caídas; ambos géneros tienen riesgo de caídas pero las adultas femeninas padecen más caídas no mortales pero ocasionándoles lesiones de mayor gravedad esto podría deberse a que las adultas femeninas presentan cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento por ello más predispuestas de presentar riesgos de caídas ya sea por diversas patologías que pueda estar presentando durante su internación o diversos factores externos que podría ocasionarle una caída.

Sobre el nivel de riesgos de caídas según edad se encontró que del total de 70 adultos mayores encuestados la mayoría que oscilan en las edades de 70 a 79 años presentan un nivel medio de riesgos de caídas 100% en los factores extrínsecos en las edades de 70-79 años presentan un nivel medio de riesgos de caídas 94.4% y en los factores intrínsecos en las edades de 70-79 años presentan un nivel medio de riesgo de caídas 77.8% estos resultados coinciden con un estudio internacional es así que tenemos a Vera M, Campillo R, (2009, Cuba)⁴⁰ en su estudio titulado “Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas, se obtuvo como resultados que de 70 a 79 años presentan riesgo medio de sufrir caídas (49,9%), por otro lado los resultados del presente estudio difieren con tres estudios internacionales y un estudio nacional. A nivel nacional tenemos a Silva J, Porras M, (2014, Perú) en su estudio titulado riesgo de caídas se obtuvo como resultado que el grupo etario de 80 años a más presenta mayor riesgo de caídas (33.3%) relacionado por los factores intrínsecos presentando estado cognitivo inadecuado, desequilibrio en la marcha, falta de actividad física. Asimismo en los estudios internacionales que difieren tenemos a Silva J, Suzele C, Wehbe F, (2012, Brasil)¹⁰ se obtuvo como resultado que el grupo etario de 60- 79 años presenta alta prevalencia de caídas (67.5%)

relacionado por los factores extrínsecos ocasionándose estos sucesos en los servicios higiénicos y patio. También tenemos a Machado R, Bazan M, Izaguirre M, (2014, Cuba) en su estudio titulado principales factores de riesgo asociado a caídas se obtuvo como resultado que el grupo etario de 80-89 años tuvieron mayor riesgo de caídas (61.4%) asimismo relacionado por los factores intrínsecos por presentar enfermedades cardiovasculares, endocrinas, osteoarticulares, degenerativas, neuropsiquiatrias, alteraciones visuales, HTA, fármacos, y factores extrínsecos como iluminación insuficiente, pisos resbaladizos, mal estado de inmobiliario, calzado inadecuado, asimismo tenemos Vera M, Campillo R, (2009, Cuba) ⁴⁰ en su estudio titulado “Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas, se obtuvo como resultados que de 80 a más años de edad presentan mayor riesgo de sufrir caídas (66.7%). De acuerdo a la base teórica nos refiere que la edad se encuentra dentro de los factores de riesgo intrínsecos, la edad es una de las principales causas para caer, las personas adultas mayores son los que tienen más riesgos a caer y padecer una lesión grave o morir a consecuencia de una caída. Ese factor de riesgo se incrementa con la edad.⁶ obteniéndose como resultados generales de la presente tesis según la edad se encontró que del total de 70 adultos mayores encuestados la mayoría que oscilan en las edades de 70-79 años presentan un nivel medio de riesgos de caídas 100%, en los factores extrínsecos en las edades de 70-79 años presentan un nivel medio de riesgos de caídas 94.4% y en los factores intrínsecos en las edades de 70-79 años presentan un nivel medio de caídas 77.8%, En base de lo encontrado podemos decir que a nivel nacional e internacional difieren la mayoría de estudios, encontrándose que en las edades de 80 a más presentan mayor riesgo de sufrir caídas, esto podría deberse porque el riesgo aumenta con edad y son los que corren mayor riesgo de muerte o de padecer lesiones graves, la magnitud puede deberse a trastornos físicos, sensoriales, cognitivos relacionado con el envejecimiento.

Sobre el nivel de Nivel de riesgos de caídas según factores intrínsecos y extrínsecos se encontró que del total de 70 adultos mayores encuestados la mayoría presentan un nivel medio de riesgos de caídas por los factores extrínsecos (92.9%). Estos resultados obtenidos coinciden con 2 estudios uno

internacional y otro nacional es así que tenemos Machado R, Bazan M, Izaguirre M, (2014, Cuba)³⁹ que nos refiere que se obtuvo como resultado un nivel medio de caídas por los factores extrínsecos (61.4%) presentando mobiliario inestable, iluminación insuficiente, suelos irregulares. Asimismo Torres J, (2015, Perú)¹³ en su estudio autocuidado en la previsión de caídas se obtuvo como resultado un nivel medio relacionado a los factores extrínsecos (27.1%). Por otro lado se encontró 1 estudio que difieran es así que tenemos a torres J,(2015, Perú)¹³ en su estudio se obtuvo como resultado que los factores intrínsecos fue mayor con (54%).Según la base teórica, los factores extrínsecos son una serie de factores que pueden causar el riesgo de caídas al paciente hospitalizado entre ellos tenemos: el alumbrado disminuido, pisos resbaladizos, irregulares o húmedos, escaleras mal diseñadas, alfombras mal fijados o mal colocados, alargaderas y cables sin fijación, Ausencia de barandillas en escaleras y pasillos, ausencia de dispositivos de seguridad como barandillas en cama, cinturones ,mal estado del inmobiliarios como sillas, también el tipo de calzado, Acceso dificultoso al llamado a través del timbre o a los servicios higiénicos y Pijama demasiado largo.¹⁹ en base de lo encontrado podemos decir que coinciden 2 estudios tanto nacional como internacional encontrándose que los adultos mayores presentan un nivel medio de riesgo de caídas por los factores extrínsecos .en el resultado de la presente tesis los factores extrínsecos tienen un nivel medio de riesgo de caídas esto podría deberse que los factores extrínsecos son los que producen más riesgo de caídas en el adulto mayor esta investigación se realizó en un hospital de 2 nivel que no cuenta con el personal suficiente para que este en vigilancia del mismo y pueda proporcionar la ayuda correspondiente en las necesidades del cuidado, ya que el hospital presenta deficiencia en la infraestructura, inmobiliarios en mal estado camas sin frenos ni barandillas, falta de timbre para el llamado, por ellos es necesario identificar estos factores para poder intervenir y disminuir el riesgo.

V. CONCLUSIÓN

- La mayoría de adultos mayores hospitalizados presentan un nivel medio de riesgos de caídas.
- la mayoría de adultos mayores del sexo femenino presentan un nivel medio de riesgos de caídas.
- La mayoría de adultos mayores encuestados que oscilan en las edades de 70-79 años de edad presentan un nivel medio de riesgo de caídas.
- La mayoría de adultos mayores encuestados presenta un nivel medio de riesgos de caídas por factores extrínsecos.

VI. RECOMENDACIONES

- Para que los adultos mayores hospitalizados presenten un nivel bajo de riesgos de caídas, se recomienda que el servicio de medicina del hospital san juan de Lurigancho en conjunto con el personal de salud realice talleres y actividades educativas para fortalecer la promoción de la salud y prevención de enfermedades dirigida al adulto mayor, familia para mejorar la calidad de vida de este.
- Se recomienda que se proporcione mayor cuidado al adulto mayor internado, incrementando el personal de enfermería, mantener vigilancia rigurosa hacia los pacientes internados ya que están predispuestos a caer por diversos factores.
- Se recomienda mantener al adulto mayor internado lo más cerca posible de la staff de enfermería para que sea atendido oportunamente las necesidades que pueda presentar.
- se recomienda modificar y mantener en orden los inmobiliarios, buena iluminación, pisos bien diseñados, cama con frenos y barandas para disminuir el nivel de riesgo de caídas.
- Se recomienda que el adulto mayor internado utilice calzado antideslizante, cerrado y pijama adecuado corta para disminuir el nivel de riesgo de caídas.

VII. BIBLIOGRÁFIAS

1. Organización mundial de la salud . Envejecimiento y salud. [Accesado febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
2. Cruz E, González M, López M, Godoy ID, Pérez M. Caídas: revisión de nuevos conceptos Quedas: revisão de novos conceitos Falls: a review of new concepts [publicación periódica en línea] 2014.Junio [citada:2017 marzo12];13 (2): [aproximadamente10pp.]. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/266262563_Caidas_revision_de_nuevos_conceptos
3. Buendía P, Maldonado F. Caidas en el adulto mayor [publicación periódica en línea] 214.junio [citada: 2017 marzo 15]; [aproximadamente 4pp.]. Disponible en <http://salud.ccm.net/faq/2710-caidas-en-el-adulto-mayor>
4. Alvarez L, Síndrome de caídas en el adulto mayor [publicación periódica en línea] 2015. [citada:2017 marzo 20];617 (807-810):[aproximadamente 11pp.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>
5. Hernandez, Herrera D, Ferrer J, Prevención de caídas en el adulto mayor: intervenciones de enfermería [publicación periódica en línea] 2007. [citada:2017 marzo 25];15(47-50) [aproximadamente 7pp.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071h.pdf>
6. Guía de práctica clínica, Intervenciones de Enfermería para la Atención del Adulto Mayor con Síndrome de Inmovilidad. México, 2014. [Accesado el 22 de marzo del 2017]. Disponible: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-703-14-Enfermeria-Sxinmovilidad/703GRR.pdf>

7. Freitas M, Marco G, Fatima A, Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. [publicación periódica en línea] 2014 abril [citada:2017 abril 15] ;2 (262-268) [aproximadamente18pp.].
Disponible:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf
8. Tapia M, Salazar M, Cortés G, Martínez H, Factores que influyen en el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados. [publicación periódica en línea] 2012 enero [citada:2017 abril 16] ;20 (7-11) [aproximadamente16pp.].
Disponible:<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2012/en121b.pdf>
9. Castillo E, Paz E, Pinto L, Sánchez E, Rubio Z, Alteraciones del equilibrio como predictoras de caídas en una muestra de adultos mayores de Merida Yucatán, México [publicación periódica en línea] 2011 septiembre [citada:2017 abril 19] ;4 (320-326)[aproximadamente11pp.].Disponible:<http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-alteraciones-del-equilibrio-como-predictoras-S0048712011001307>
10. Silva J, Coelho S, Ramos T, Stackfleth R, Marques S,Partezani R,Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional [publicación periódica en línea] 2012 septiembre [citada:2017 abril 22] ;5 (9) [aproximadamente17pp.].
Disponible: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf
11. Martín I, Ribeiro Ó, Almeida R, Santos Â,Caidas y temor a caer en los mayores de 75 años [publicación periódica en línea] 2013 [citada:2017 abril 25] ;4 (158-163) [aproximadamente18pp.].
Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400003

12. Lavedán A, Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Viladrosa M, Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad [publicación periódica en línea] 2014 diciembre [citada:2017 abril 27] ;6(367-375) [aproximadamente17pp.].

disponible:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714003163>

13. Torres Blas P, Autocuidado en la prevencion de caidas que tiene el adulto mayor que asiste al centro integral del adulto mayor de barranco periodo enero a marzo 2015 [tesis para optar el titulo profesional de licenciada en enfermeria] Lima: Universidad de San Martin de Porres;2015. Disponible:http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1591/3/torres_j.pdf

14. Silva J, Porrás M, Adilberta Guevara G, Canales R, Coelho S, Partezani R, Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú [publicación periódica en línea] 2014 [citada:2017 mayo 4] ;3(12-18) [aproximadamente14pp.]. Disponible:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000300003

15. Maita A, Riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del centro de salud conde de la vega baja, lima 2008 [tesis para optar el titulo profesional de licenciada en enfermeria] Lima: Universidad Nacional Mayor de san Marcos; 2009 Disponible:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/500/1/Maita_ra.pdf

16. Gaviria A, Ruiz F, Muñoz N, Burgos G, Arias J, Garcia S, Proceso para la prevencion y reducción de la frecuencia de caidas [publicación periódica en línea] 2012 [citada:2017 mayo22] 2.0: [aproximadamente 38pp.]. Disponible:<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

17. Arakama K, Prevención de caídas en pacientes críticos: seguridad [trabajo de fin de grado en enfermería] E.U: Universidad Pública de Navarra;2013 Disponible:<http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8048/Grado%20Enfermeria%20Koldo%20Arakama.pdf?sequence=1>
18. Perez C, Las caídas, factor de riesgo de fractura. prevención y tratamiento [publicación periódica en línea] 2007Julio [citada:2017 mayo 24] ;122(5) [aproximadamente37pp.].Disponible:<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxviii-congreso-semi/Carmen%20Perez.pdf>
19. Protocolo de caídas[Publicación periódica en línea] 2007Julio [citada:2017 mayo 29] ; [aproximadamente 07pp.].
Disponible: <http://www.geriaticos.org/gestion/protocolos/caidas.pdf>
20. Lopez R, Mancilla E, Villalobos Alicia, Herrera Patricio, Manual de prevención de caídas en el adulto mayor [publicación periódica en línea] 2012 [citada:2017 junio 2]; [aproximadamente 66pp.].Disponible: <https://es.scribd.com/document/69215382/prevencion-de-caidas>
21. Leyva B, Movilidad, equilibrio y caídas en los adultos mayores [publicación periódica en línea] 2008. [citada:2017 junio 3]; 3(2): [aproximadamente 32pp.].Disponible:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/movilidad,_equilibrio_y_caidas_bibliografia.pdf
22. Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención [publicación periódica en línea] [citada:2017 junio 3]; 134(8): [aproximadamente 9pp.].
Disponible:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/134_ISSSTE_08_caidas_adultomayor/GRR_ISSSTE_134_08.pdf
23. Normas de seguridad del paciente y calidad de atención respecto de caídas en pacientes hospitalizados [publicación periódica en línea] [citada: 2017 junio 26]; 131: [aproximadamente 18pp.].

Disponible: <https://es.scribd.com/document/357033072/caidas-pdf>

24. Prevención de las caídas en las personas de edad avanzada [publicación periódica en línea] [citada:2017 junio 5]; 14: [aproximadamente 8pp.]. Disponible: www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/caidas.pdf
25. Casas L, Cerro C, Martinez F, Velasco E, Recomendaciones para la prevencion de caidas en pacientes hospitalizados [publicación periódica en línea] 2012. [citada:2017 mayo 11]; 3(2): [aproximadamente 24pp.]. Disponible: <https://es.scribd.com/document/294755226/Recomendaciones-Prevencion-de-Caidas>
26. Gonzales J, Salva A, Coll L, Informacion y consejos para promover la prevención de caídas en las personas mayores [publicación periódica en línea] 2014 sep [citada:2017 mayo 27] ;(1): [aproximadamente 54pp.]. Disponible: http://www.uab.cat/Document/968/252/Prevencion_caidas_es.pdf
27. Ponce J, Alvarez A, Pascual F, Rodriguez Salva A, Coll L, Informacion y consejos para promover la prevención de caídas en las personas mayores [publicación periódica en línea] 2014 sep [citada:2017 mayo 27] ;(1): [aproximadamente 54pp.]. Disponible: http://www.uab.cat/Document/968/252/Prevencion_caidas_es.pdf
28. Leyva B, Movilidad, equilibrio y caidas en los adultos mayores [publicación periódica en línea] 2008 [citada:2017 mayo 24] ;3(2): [aproximadamente 32pp.]. Disponible: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/geri_cuba/movilidad,_equilibrio_y_caidas_bibliografia.pdf
29. Gonzales R, Rodriguez M, Ferro Maria, Garcia Josue, Caídas en el anciano, consideraciones generales y prevención [publicación periódica en línea] 2008

[citada:2017 junio 29] ;15(1): [aproximadamente5pp.].

Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100011

30. Villar T, Mesa P, Esteban Ana, Sanjoaquin A, Fernandez E, Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas [publicación periódica en línea] 2008 [citada:2017 julio 12] ;19: [aproximadamente11pp.]
Disponible:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000300014
31. Resbalones, Tropiezos y Caídas [publicación periódica en línea] 2012. [citada:2017 julio 11]: [aproximadamente 18pp.]
Disponible:http://rutherfordcountyttn.gov/rm/documents/slip_trip_fall_safety_training_spanish.pdf
32. Puin J, Salinas J, Prevención de incidentes y accidentes de trabajo por causas de caídas [publicación periódica en línea] 2010 mayo [citada:2017 julio 26] : [aproximadamente9pp.]
Disponible:https://sig.unad.edu.co/documentos/sst/otros/prevencion_de_caidas_cartiila.pdf
33. Tapia M, Salazar M, Tapia L, Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero [publicación periódica en línea] 2003 mayo- agosto [citada:2017 julio 2];11(2) : [aproximadamente8pp.]
Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032b.pdf>
34. Machado R, Bazan M, Izaguirre M, Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud guanabo [publicación periódica en línea] 2014 diciembre [citada:2017 noviembre 28] ;2(156-161) [aproximadamente13pp.].

Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_2_14/san03214.htm

35. Vera M, Campillo R, Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de

riesgo en las caídas del anciano [publicación periódica en línea] 2009 octubre [citada: 2017 noviembre 28]; 19 (5) [aproximadamente 12 pp.]. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500007

- 36 Sillas D, Jordán L, Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería [publicación periódica en línea] 2011 marzo [citada: 2017 Sep 2]; 19(2) : [aproximadamente 3 pp.] Disponible: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
37. Duarte M, Rodrigues A, Rodrigues L, Pereira C, Variable associated with the occurrence of falls from the nursing diagnoses in elderly people attended out patiently [online publication] 2008 March, April [cited: 2017 Sep 28]; 15 (2): [approximately 3 pp.] Available: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000200018&script=sci_arttext&tlng=es
- 38 Luzia M , Victor M, Lucena A, Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients [online publication] 2014 March, April [cited: 2017 Sep 28]; 22 (2): [approximately 5 pp.] Available: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200262
39. Marques K, Alves C, Cohort study of institutionalized elderly people: fall risk factors from the nursing diagnosis [online publication] 2015 Nov-Dec [cited: 2017 Sep 29]; 23 (6): [approximately 9 pp.] Available: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/0104-1169-rlae-23-06-01130.pdf>
40. Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos F, Falls in hospital settings: a longitudinal study [online publication] 2012 March, June [cited: 2017 Sep 30]; 20(3): [approximately 3 pp.] Available: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300023&script=sci_arttext&tlng=es

41. Bella M, Esandi N, Carvajal A, The prevention of recurrent falls in the elderly patient[online publication] 2017 March [cited: 2017 Sep 29]; 28(1): [approximately3pp.]
Available:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100006

ANEXO

ANEXO I

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor internado en el hospital san juan de Lurigancho, 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
<p>Problema general: ¿Cuál es el nivel de riesgos de caídas que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho 2017?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuáles son los riesgos de caídas según sexo que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017? ¿Cuáles son los riesgos de caídas según edad que presenta el adulto</p>	<p>Objetivo General: Determinar el nivel de riesgo de caídas que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho.</p> <p>Objetivos Específicos: Identificar los riesgos de caídas según sexo que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017. Identificar los riesgos de caídas según edad que presenta el adulto mayor</p>	No presenta hipótesis	<p>Diseño y tipo de investigación El diseño es no experimental, de tipo descriptivo, corte transversal.</p> <p>Población: estuvo constituida por 70 pacientes adultos mayores que sus edades oscilan entre 60 años a mas internados en el servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho; durante el periodo de setiembre del 2017.</p> <p>Muestra: Se trabajó con toda la población.</p>	factores intrínsecos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Genero - Actividad física - Disminución de la movilidad - Antecedentes previas de las caídas - Temor - Enfermedades agudas y crónicas. - Disminución de la fuerza de extremidades. - Afecciones de pies y deformaciones, callos. - Alteraciones visuales. - Alteraciones vestibulares - Marcha equilibrio - Administración de 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13,14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p>

<p>mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017? ¿Cuáles son los riesgos de caídas según factores intrínsecos y extrínsecos que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017?</p>	<p>internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017. Identificar los riesgos de caídas según factores intrínsecos y extrínsecos que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Lurigancho 2017</p>		<p>Variables: Nivel de riesgo de caídas.</p>	<p>factores extrínsecos</p>	<p>medicamentos. - Alumbrado disminuido - Pisos resbaladizos, irregul aridades o húmedos. - Ausencia de barandillas - Inmobiliario - Tipo de calzado - Timbre en mal estado - pijama demasiado largo - Asistencia en el baño</p>	<p>21 22 23 24 25 26</p>
--	---	--	---	------------------------------------	--	--

ANEXO 2
INSTRUMENTO

Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado en el hospital san juan de Lurigancho, 2017

Buenos días Sr (a) soy estudiante de la carrera profesional de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo Lima este, en esta oportunidad estoy realizando mi tesis, por lo que se solicita su importante colaboración mediante las siguientes preguntas que se les presentara, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial, le agradezco anticipadamente su colaboración.

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTAS

CUESTIONARIO

1- Edad	a) 60-69 b) 70-79 c) 80 a mas
2- Genero	a) Masculino b) Femenino
3- ¿Cómo es su actividad física fuera del hospital?	a) Realizar caminatas b) Realizar ejercicio físico c) Para en cama d) Solo realiza actividades básicas de la vida diaria (comer, vestir; asearse)
4- Presenta usted alguna dificultad como:	<input type="checkbox"/> Sostenerse de pie <input type="checkbox"/> Recoger un objeto del piso <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Subir o bajar escaleras <input type="checkbox"/> Ninguna
5- ¿usted ha tenido alguna caída antes?	a) SI b) NO
6- ¿Usted tiene temor de sufrir una caída?	a) SI b) NO

7- Usted Presenta algunas enfermedades:	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Deshidratación <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Enfermedades psiquiátricas <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otros
8- ¿Cómo es su deambulación (caminar)?	a) Sin ningún problema b) No tiene fuerza para caminar c) Tiene dificultad en las piernas pero camina.
9- ¿Usted presenta problemas de los pies, como deformaciones o callos?	a) SI b) NO
10- ¿Usted Padece de alguna alteración de la visión?	<input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Disminución de la agudeza visual <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otros
11- ¿Usted escucha claramente?	a) SI b) NO c) Con dificultad
12- Usted puede mantenerse de pie con:	a) Asistencia del personal de salud b) Muletas, andador, bastón c) No puede mantenerse de pie d) Por sus propios medios
13- ¿Usted que medicamentos toma al día?	<input type="checkbox"/> Anticonvulsivos <input type="checkbox"/> Antihipertensivos <input type="checkbox"/> Antidepresivos <input type="checkbox"/> Antiinflamatorios <input type="checkbox"/> Ninguno de los antes mencionados <input type="checkbox"/> Otros
14- ¿Usted que malestares tiene cuando consume sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Nauseas/ vómitos <input type="checkbox"/> Ninguno

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1- La iluminación de la habitación es adecuado	a) SI b) NO
2- Los pisos de la habitación se encuentran húmedos, mojados	a) SI b) NO
3- Los pisos de la habitación se encuentran con irregularidades, mal diseñados	a) SI b) NO
4- El piso de la ducha se encuentra resbaladizo	a) SI b) NO c) NO usa la ducha
5- La cama presenta barandas	a) SI b) NO
6- Los servicios higiénicos tiene barandillas:	a) SI b) NO
7- La cama presenta frenos operativos	a) SI b) NO
8- En los pasadizos donde deambula el paciente se observa inmobiliarios que obstaculicen el paso:	a) SI b) NO
9- El tipo de calzado que tiene el paciente que deambula es:	a) Cerrado b) Abierto c) No deambula
10 El timbre para llamar al personal de salud	a) Está al alcance del paciente b) No está al alcance del paciente c) No presenta
11- El largo de la pijama del paciente que deambula es:	a) Por encima del tobillo b) Por debajo del tobillo c) No deambula
12- Cuando va al baño lo hace con ayuda	a) SI b) NO c) No va al baño

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

identificado con DNI

Acepto participar libremente en la aplicación de la encuesta “Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor Hospitalizado en el hospital san Juan de Lurigancho, 2017”, previa orientación de parte del investigadores, a sabiendas que la aplicación del cuestionario no perjudicará en ningún aspecto en mi bienestar y que los resultados obtenidos mejoraran mi calidad de vida.

ANEXO 3

RESUMEN DE JUICIOS DE EXPERTOS

INDICACIONES	VALORES DE JUECES					PROMEDIO
	J1	J2	J3	J4	J5	J1+J2+J3+J4+J5 /5
CLARIDAD	60%	80%	80%	80%	80%	87%
OBJETIVIDAD	80%	80%	80%	80%	80%	80%
PERTINENCIA	80%	80%	80%	80%	80%	80%
ACTUALIDAD	80%	80%	80%	80%	80%	80%
ORGANIZACIÓN	80%	80%	80%	80%	80%	80%
SUFICIENCIA	80%	80%	80%	85%	80%	80.5%
INTENCIONALIDAD	80%	80%	80%	80%	80%	80%
CONSISTENCIA	80%	80%	80%	80%	80%	80%
COHERENCIA	80%	80%	80%	80%	90%	82%
METODOLOGIA	80%	80%	80%	80%	90%	82%
TOTAL						80.25%
PROMEDIO TOTAL						

Fuente: Formatos de información de opinión de expertos de instrumentos de Investigación aplicado en 25 de julio del 2017

**UNIVERSIDAD
CESAR VALARIN**

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellido y nombre del informante: D. Mg. Elba Aguilar Padua
 1.2. Cargo e institución donde labora: Profesora Asistente
 1.3. Especialidad del experto: Neurología
 1.4. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: Instrumento de evaluación
 1.5. Autor del instrumento: Esteban Díaz y Juan Angulo

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:


INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado			✓		
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				✓	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.				✓	
ACTUALIDAD	Esta adecuado para velar aspectos y estrategias de mejora				✓	
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y cantidad.				✓	
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones				✓	
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responde al propósito de la investigación				✓	
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se está investigando.				✓	
REFERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento				✓	
LOGICIDAD	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.				✓	
PROMEDIO DE VALORACIÓN					78	

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?
Ninguno

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 78

en Juan de Luján el día 27 de junio del 2017


 Firma de experto informante
 DNI: 2.826.119.0

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg. Blas Durigaya Iru de Jeanette
 1.2. Cargo e Institución donde labora: Responsable del Área de Investigación
 1.3. Especialidad del experto: Entrevista Intensiva
 1.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: Juicio de Experto
 1.5. Autor del Instrumento: Dawn Angélica Corcuera Iru

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelent e 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				80%	
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				80%	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación				80%	
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora				80%	
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad				80%	
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones				85%	
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación				80%	
CONSISTENCIA	Considera que los items utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se está investigando				80%	
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento				80%	
METODOLOGÍA	Considera que los items miden lo que pretende medir				80%	
PROMEDIO DE VALORACIÓN					80.5%	

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			
21	✓			
22	✓			
23	✓			
24	✓			
25	✓			
26	✓			

I. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

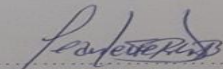
.....

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

80.5%

En Juan de Lurigancho, 27 de Junio del 2017


Firma de experto informante
DNI: 70.58.910.7

ANEXO 4

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ALFA DE CRONBACH

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
- k es el número de preguntas o ítems.

Anexo N°5

ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	10	76,9
Excluido ^a	3	23,1
Total	13	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,693	20

Elaborado por la misma autora, 2017

BASE DE DATOS DE PRUEBA PILOTO DE NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

CUESTIONARIO

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1	0
2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1
3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	0	2	1
4	2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	0	2	2
5	2	2	2	0	1	0	1	2	1	2	0	0	1	0
6	1	2	3	0	1	1	2	1	0	1	0	1	2	1
7	1	2	2	1	1	1	1	1	0	2	0	0	2	2
8	3	1	1	1	1	0	0	2	1	1	0	0	2	2
9	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
10	3	1	2	1	1	1	1	1	0	2	1	0	2	2

**BASE DE DATOS DE PRUEBA PILOTO DE NIVEL DE RIESGO DE CAÍDAS EN
EL ADULTO MAYOR**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	1
2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	2	0	2
3	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	1	0
4	0	1	0	0	1	1	1	1	1	2	0	1
5	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0
6	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	0	2
7	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	0	1
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1
9	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2
10	1	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	1
11	0	1	0	1	0	1	1	0	1	2	1	0
12	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	1	1

ANEXO 6

LIBRO DE CÓDIGOS DE NIVEL DE RIESGOS DE CAÍDAS

1- Edad	<ol style="list-style-type: none"> 1. a) 60-69 2. b) 70-79 3. c) 80 a mas
2- Genero	<ol style="list-style-type: none"> 1. a) Masculino 2. b) Femenino
3- ¿Cómo es su actividad física fuera del hospital?	<ol style="list-style-type: none"> 1. a) Realizar caminatas 0 b) Realizar ejercicio físico 3 c) Para en cama 2 d) Solo realiza actividades básicas de la vida diaria (comer, vestir; asearse)
4- Presenta usted alguna dificultad como:	<ol style="list-style-type: none"> 5 <input type="checkbox"/> Sostenerse de pie 2. <input type="checkbox"/> Recoger un objeto del piso 1 <input type="checkbox"/> Correr 4 <input type="checkbox"/> Caminar 3 <input type="checkbox"/> Subir o bajar escaleras 0. <input type="checkbox"/> Ninguno
5- ¿usted ha tenido alguna caída antes?	<ol style="list-style-type: none"> 1. a) SI 0. b) No
6- ¿Usted tiene temor de sufrir una caída?	<ol style="list-style-type: none"> 1. a) SI 0 a) No
7- Usted Presenta algunas enfermedades:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Deshidratación <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Enfermedades psiquiátricas <input type="checkbox"/> Infecciones 0 <input type="checkbox"/> Otros
8- ¿Cómo es su deambulaci3n (caminar)?	<ol style="list-style-type: none"> 0. a) Sin ning3n problema 2 b) No tiene fuerza para caminar 1 c) Tiene dificultad en las piernas Pero camina.
9- ¿Usted presenta problemas de los pies, como deformaciones o callos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. a) SI 0. b)NO
10 ¿Usted Padece de alguna alteraci3n de la visi3n?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Disminuci3n de la agudeza visual <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética 0 <input type="checkbox"/> Ninguna 1 <input type="checkbox"/> Otros

11. ¿Usted escucha claramente?	0. a) SI 2. b) NO 1. c) Con dificultad
12- ¿Usted puede mantenerse de pie con:	1. a) Asistencia del personal de salud 2 b) Muletas, andador, bastón 3 c) No puede mantenerse de pie 0. d) Por sus propios medios
13- ¿Usted que medicamentos toma al día?	<input type="checkbox"/> Anticonvulsivos <input type="checkbox"/> Antihipertensivos <input type="checkbox"/> Antidepresivos <input type="checkbox"/> Antiinflamatorios 0 <input type="checkbox"/> Ninguno de los antes mencionados 1 <input type="checkbox"/> Otros
14- ¿Usted que malestares tiene cuando consume sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Nauseas/ vómitos 0 <input type="checkbox"/> Ninguno

Libro de códigos de nivel de riesgos de caídas

1- La iluminación de la habitación es adecuado	0. a) Si 1. b) NO
2- Los pisos de la habitación se encuentran húmedos, mojados	1. a) Si 0. b) NO
3- Los pisos de la habitación se encuentran con irregularidades, mal diseñados	1. a) Si 0. b) No
4- El piso de la ducha se encuentra resbaladizo	1. a) Si 0. b) No 0. c) No usa la ducha
5- La cama presenta barandas	0. a) SI 1. b) No
6- Los servicios higiénicos tiene barandillas:	0. a) Si 1. b) No
7- La cama presenta frenos operativos	0. a) Si 1. b) No
8- En los pasadizos donde deambula el paciente se observa inmobiliarios que obstaculicen el paso:	1 a) Si 0. b) No
9- El tipo de calzado que tiene el paciente que deambula es:	0. a) Cerrado 1. b) Abierto 0. c) No deambula
10- El timbre para llamar al personal de salud	0. a) Está al alcance del paciente 1. b) No está al alcance del paciente 2. c) No presenta
11- El largo de la pijama del paciente que deambula es:	0. a) Por encima del tobillo 1. b) Por debajo del tobillo 0. c) No deambula
12- Cuando va al baño lo hace con ayuda	1. a) SI 2. b) NO 0. c) No va al baño

ANEXO 7

CALCULO DE PUNTAJE SEGUN HISTAMINOS DE NIVEL DE RIESGOS DE CAIDAS

Estadísticos

N	Válido	57
	Perdidos	0
Media		30,00
Desviación estándar		16,598

Interpretación:

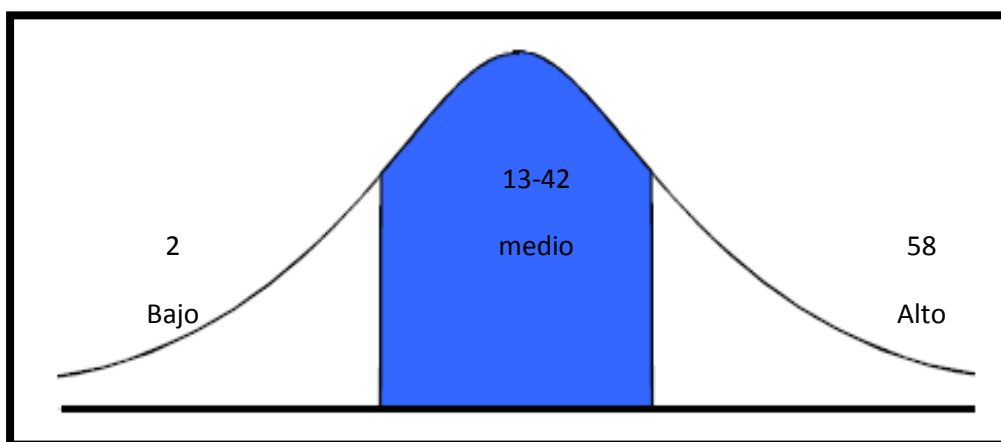
$$A = X - 0.75 (D.S.)$$
$$A = 30 - 0.75 (16.598)$$
$$A = 12.4485$$

$$B = X + 0.75 (D.S.)$$
$$B = 30 + 0.75 (16.598)$$
$$B = 42.4485$$

Alto= 45-58

Mediano= 13-42

Bajo= 2-12



Dimensión 1: factores intrínsecos de nivel de riesgo de caídas

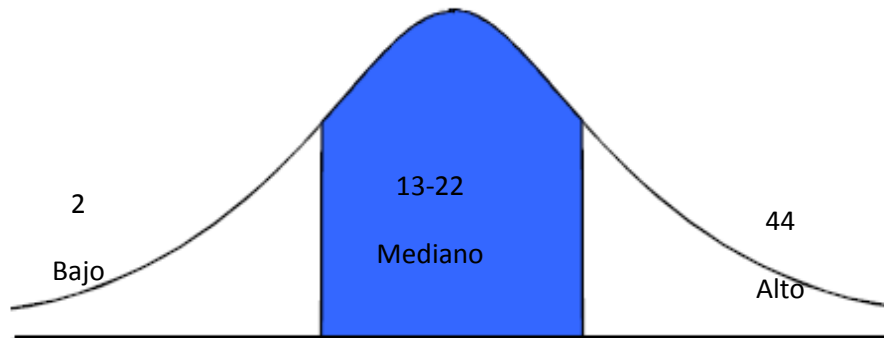
Estadísticos

N	Válido	43
	Perdidos	0
Media		23,00
Desviación estándar		12,557

$$A = X - 0.75 (D.S)$$
$$A = 23 - 0.75 (12.557)$$
$$A = 13.58225$$

$$B = X + 0.75 (D.S)$$
$$B = 23 + 0.75 (12.557)$$
$$B = 32.41775$$

Alto: 33-44
Mediano: 14-32
Bajo: 2-13



Dimensión 2: factores extrínsecos de nivel de riesgo de caídas

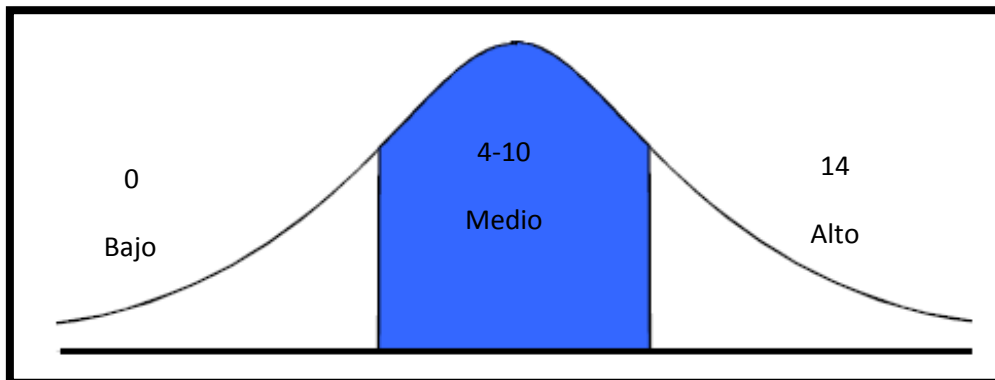
Estadísticos

N	Válido	15
	Perdidos	0
Media		7,00
Desviación estándar		4,472

$$A = X - 0.75 (D.S)$$
$$A = 7 - 0.75 (4.472)$$
$$A = 3.646$$

$$B = X + 0.75 (D.S)$$
$$B = 7 + 0.75 (4.472)$$
$$B = 10.354$$

Alto= 11-14
Mediano= 4-10
Bajo= 0-3



ANEXO 8

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital San Juan de
Lurigancho

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

NOTA INFORMATIVA N° 433-2017 -UADI- HSJL

CARGO

A : **Mg. ROCIO DEL PILAR MALQUI VILCA**
Jefe del Departamento de Enfermería

ASUNTO : PROYECTO DE INVESTIGACION

FECHA : Canto Grande, 19 de Octubre del 2017



Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que con la finalidad de Optar el Título de Licenciada en Enfermería se ha presentado la Tesis titulada "**NIVEL DE RIESGOS DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2017.**" el cual ha sido revisado por el Comité de Ética e Investigación.

Por lo expuesto solicito a Usted, se brinde las facilidades a la Tesista **COTAQUISPE IBAÑEZ DAWNÍ ANGELICA** de la **UCV** para aplicar el instrumento del presente estudio de investigación.

Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

Med. SANYO EFRAÍN ASENSIOS TRUJILLO
#MP. N° 068783 - RNE. N° 020397
Jefe de la Unidad de Atención e Investigación

SEAT/blp
CC
Archivo

ANEXO 9

RESULTADO TURNITIN



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

“Nivel de riesgo de caidas en el adulto mayor hospitalizado en el hospital san Juan de Lurigancho, 2017”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Cotaquispe Ibañez Dawni Angelica

ASESORA:

Mgr. Arévalo Ipanaqué, Janet Mercedes

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Cuidados de enfermería y de la salud en las diferentes etapas de vida

LIMA-PERÚ

Resumen de coincidencias

24 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	6 %
2	www.researchgate.net Fuente de Internet	1 %
3	cybertesis.unmsm.edu... Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	www.uaeh.edu.mx Fuente de Internet	1 %
7	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
8	www.elsevier.es Fuente de Internet	1 %
9	cdigital.uv.mx Fuente de Internet	1 %
10	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %
11	www.repositorioacade... Fuente de Internet	1 %