



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO DE TEMA:
FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL
BARRIO PARAÍSO, PARROQUIA ANCONCITO 2022**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:
FLORES FRANCO GINGER LISBETH**

**TUTORA:
LIC DORIS CASTILLO TOMALÁ, MSC**

**PERÍODO ACADÉMICO
2022 – 1**

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
**MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS**

Lic. Milton González Santos, Mgt
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



Firmado electrónicamente por:
**NANCY MARGARITA
DOMINGUEZ
RODRIGUEZ**

Lic. Nancy Domínguez Rodríguez, MSc.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**



Firmado electrónicamente por:
**ISOLED DEL
VALLE HERRERA
PINEDA**

Lic. Isoled Herrera Pineda PhD.
DOCENTE DE ÁREA

**DORIS MARCELA
CASTILLO
TOMALA**

Firmado digitalmente
por DORIS MARCELA
CASTILLO TOMALA
Fecha: 2022.06.21
15:08:02 -05'00'

Lic. Doris Castillo Tomalá MSc.
TUTORA



Firmado electrónicamente por:
**VICTOR MANUEL
CORONEL ORTIZ**

Ab, Víctor Coronel Ortiz MSc.
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutora del Proyecto de Investigación: "FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO PARAÍSO, PARROQUIA ANCONCITO 2022", perteneciente a la estudiante Flores Franco Ginger Lisbeth, portadora de la cédula de identidad 2450476490 estudiante de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención de título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, **APRUEBO** en todas sus partes.

Atentamente

DORIS
MARCELA
CASTILLO
TOMALA

Firmado digitalmente
por DORIS MARCELA
CASTILLO TOMALA
Fecha: 2022.05.27
21:47:36 -04'00'

Lic. Doris Castillo Tomalá MSc.

TUTORA

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de investigación primero a Dios, por permitirme gozar de salud, fortaleza y sabiduría necesaria en mi proceso de formación. Por mantenerme firme en mis convicciones y siempre perseverante para poder culminar esta etapa.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, por la educación que recibí en la carrera de Enfermería, lugar en el que me formé de la mano de excelentes profesionales y hoy puedo ver el resultado de todos mis esfuerzos.

A cada uno de los docentes que, a lo largo de mi formación académica, además de impartirme conocimientos necesarios para mi profesión, me han guiado y alentado en este camino.

A mis padres, quienes me han dado todo, brindándome su apoyo incondicional y confiando siempre mí, y a mis hermanos por ayudarme y motivarme en cada etapa.

Ginger Lisbeth Flores Franco

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios, por permitirme vivir este momento, y haberme brindado durante toda mi etapa de formación, salud, perseverancia y motivación necesaria que hoy se ve reflejada en la culminación de este proceso.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena por haberme permitido instruirme en tan loable profesión y a los docentes de la carrera de Enfermería que a largo de los semestres me impartieron los conocimientos necesarios, y de manera especial agradezco a cada uno de los docentes que en su momento me brindaron palabras de aliento y confiaron en mi capacidad, gracias con toda sinceridad por ver mi potencial. Y a mi tutora Lic. Doris Castillo Tomalá MSc, quien me ha guiado con sus conocimientos para el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

A cada uno de los profesionales de salud con los que he podido compartir y me han brindado conocimiento a lo largo de mi formación.

A mis padres Eliecer Flores y Omaira Franco por ser mi pilar fundamental y haberme criado con valores y principios que hoy me permiten ser quien soy. A mis demás familiares que de algún modo me han motivado a lo largo de mis estudios y finalmente a mis amigas, futuras colegas con las que he compartido las etapas de la carrera.

Ginger Lisbeth Flores Franco

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena



Firmado electrónicamente por:
GINGER LISBETH
FLORES FRANCO

Flores Franco Ginger Lisbeth
2450476490

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS	IV
DECLARACIÓN.....	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema	1
1.1 <i>El planteamiento del problema</i>	1
1.2 <i>Formulación del problema</i>	3
2. Objetivos	4
2.1 <i>Objetivo general</i>	4
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	4
3. Justificación	5
CAPÍTULO II.....	6
2. Marco Teórico	6
2.1 <i>Fundamentación referencial</i>	6
2.2 <i>Fundamentación teórica</i>	7
2.2.1 Generalidades del adulto mayor.....	7
2.2.2 Cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento	8
2.2.3 Patologías más comunes en el adulto mayor	9
2.2.4 Síndromes Geriátricos	9
2.2.5 Caídas	9
2.2.6 Factores de riesgo de caídas	10
2.2.7 Consecuencias de las caídas	12

2.2.8 Valoración del riesgo de caídas	13
2.2.9 Medidas de prevención.....	15
2.2.10 Teorías de enfermería.....	16
2.3 <i>Fundamentación Legal</i>	18
3. Formulación de la Hipótesis	20
3.1 <i>Hipótesis</i>	20
3.2 <i>Identificación y clasificación de las variables</i>	20
3.3 <i>Operacionalización de variables</i>	21
CAPÍTULO III	23
3. Diseño metodológico	23
3.1 <i>Tipo de investigación</i>	23
3.2 <i>Método de investigación</i>	23
3.3 <i>Población y muestra</i>	24
3.4 <i>Tipo de muestreo</i>	24
3.5 <i>Técnicas de recolección de datos</i>	24
3.6 <i>Instrumentos de recolección de datos</i>	25
3.7 <i>Aspectos éticos</i>	25
CAPITULO IV	26
4. Presentación de resultados	26
4.1 <i>Análisis e interpretación de resultados</i>	26
4.2 <i>Comprobación de hipótesis</i>	36
5. Conclusiones	37
6. Recomendaciones	38
7. Referencias bibliográficas.....	39
8. ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores de riesgo intrínsecos documentados para caídas.	10
Tabla 2 Medidas de seguridad en el hogar	15
Tabla 3 Matriz de Operacionalización de Variables	21
Tabla 4 Edad, sexo, estado civil de los encuestados	26
Tabla 5 Nivel de riesgo de caída relacionado con el sexo del adulto mayor	27
Tabla 6 Nivel de riesgo de caídas relacionado con la edad del adulto mayor	28
Tabla 7 Caídas previas y miedo de volver a caer.....	29
Tabla 8 Iluminación y condición del suelo	33
Tabla 9 Nivel de riesgo de caída según la Escala de Tinetti	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Edad, sexo y estado civil de los encuestados</i>	26
Gráfico 2. Nivel de riesgo de caídas relacionado con el sexo del adulto mayor	27
Gráfico 3. Nivel de riesgo de caídas relacionado con la edad del adulto mayor	28
Gráfico 4. Caídas previas y miedo de volver a caer.....	29
Gráfico 5. Número de medicamentos.....	30
Gráfico 6. Déficits sensoriales	30
Gráfico 7. Deambulaci3n.....	31
Gráfico 8. Lugar de la caída	32
Gráfico 9. Mecánica de la caída.....	32
Gráfico 10. Consecuencias de las caídas	33
Gráfico 11. Iluminaci3n y condici3n del suelo	34
Gráfico 12. Tipo de calzado.....	34
Gráfico 13. Nivel de riesgo de caída seg3n la escala de Tinetti	35

RESUMEN

Los adultos mayores debido al proceso del envejecimiento y las enfermedades que han desarrollado a lo largo de la vida quedan expuestos a diversos condicionantes que en conjunto deterioran su estado de salud, de modo que requieren de una atención integral y continua. Las caídas, al ser un síndrome geriátrico constituyen un riesgo real y frecuente, que provocan graves consecuencias en el adulto mayor, puesto que predisponen a sufrir incapacidad, dependencia e inclusive el fallecimiento, por tal motivo el objetivo de la investigación consistió en determinar los factores de riesgos de caídas de los adultos mayores del Barrio Paraíso, 2022, para lo cual se empleó el enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal con diseño no experimental. La población estuvo conformada por 40 adultos mayores que habitan en el barrio Paraíso y la muestra elegida por criterios de inclusión y exclusión fue de 29. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó el programa SPSS Statistics v- 22, y Microsoft Excel con la finalidad de sistematizar la información. Los resultados mostraron como factores de riesgo: la edad avanzada, la presencia de un déficit sensorial (72%), caídas previas (66%), miedo de volver a caer, número de fármacos y la condición del suelo al ser resbaladizo (20,5%) o irregular (14%) y de acuerdo a la cantidad de factores que presentaron los adultos mayores un 55,18 % mostraron un alto riesgo de caídas, y un 31.03% bajo riesgo, y se recalcó que las mujeres son las que están más expuestas a los factores de riesgo. Se concluyó que una valoración oportuna de los factores que predisponen caídas, es fundamental para reducir las implicaciones que pueden tener en la salud del adulto mayor.

Palabras clave: factores de riesgo, caídas, adulto mayor, nivel de riesgo

ABSTRACT

Older adults, due to the aging process and the diseases they have developed throughout their lives, are exposed to various conditions that together deteriorate their state of health, so that they require comprehensive and continuous care. Falls, being a geriatric syndrome, constitute a real and frequent risk, which cause serious consequences in the elderly, since they predispose them to suffer disability, dependency and even death, for this reason the objective of the investigation was to determine the factors of risks of falls of the elderly of Barrio Paraíso, 2022, for which the quantitative, descriptive and cross-sectional approach with non-experimental design was used. The population was made up of 40 older adults who live in the Paraíso neighborhood and the sample chosen by inclusion and exclusion criteria was 29. For the analysis and interpretation of the results, the SPSS Statistics v-22 program was used, and Microsoft Excel with the purpose of systematizing the information. The results showed as risk factors: advanced age, the presence of a sensory deficit (72%), previous falls (66%), fear of falling again, number of drugs and the condition of the floor to be slippery (20, 5%) or irregular (14%) and according to the number of factors that older adults presented, 55.18% showed a high risk of falls, and 31.03% low risk, and it was emphasized that women are the ones who are more exposed to risk factors. It was concluded that a timely assessment of the factors that predispose falls is essential to reduce the implications they may have on the health of the elderly.

Key words: risk factors, falls, older adults, level of risk

INTRODUCCIÓN

Las caídas forman parte de los denominados síndromes geriátricos, y cuando se producen tienen gran repercusión en el estado de salud de los adultos mayores debido a que en múltiples ocasiones no se valoran apropiadamente. En la actualidad debido al crecimiento acelerado de este grupo etario, por el aumento de la esperanza de vida, los requerimientos para poder brindar una atención integral aumentan, por lo tanto, evaluar los factores que pueden provocar caídas es fundamental para que mantengan una mejor calidad de vida y reducir los porcentajes de morbilidad y mortalidad.

Para lo cual, en la presente investigación se plantea como objetivo principal determinar los factores de riesgo de caídas en los adultos mayores, mediante la identificación del nivel bajo o alto que presenten, y de las consecuencias y demás condicionantes que pueden incidir en este síndrome geriátrico frecuente. Para ello el presente estudio es de enfoque cuantitativo, transversal y no experimental, porque las variables a estudiar no se manipularán, más bien se observarán y evaluarán mediante escalas.

Este estudio se centrará en la descripción de las variables mediante los factores de riesgo que pueden ser intrínsecos o extrínsecos ya que comúnmente se evalúa la caída en el momento del suceso, pero no se identifican las condiciones que pueden propiciar que se produzcan, y en enfermería es esencial promover la salud y prevenir enfermedades desde una actuación oportuna.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1 El planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud define a las caídas como “sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga, ..., lo que convierte a este problema en la segunda causa mundial de defunción por traumatismos involuntarios” (OMS, 2021). Las caídas forman parte de los síndromes geriátricos, y como lo indican Romano, Rodríguez & Hernández. (2017) constituyen un riesgo real, que puede ocurrir en el medio hospitalario y en el hogar, afectando gravemente a la población anciana, ya que supone un importante problema de salud pública, con consecuencias biopsicosociales y económicas notables (p.78).

Los adultos mayores por la etapa del envejecimiento experimentan cambios en su estado de salud, como resultado de la acumulación de daños en las células y tejidos por las conductas de salud que se han mantenido y que, con el tiempo alteran las funciones de los aparatos y sistemas del organismo. Todos estos cambios, propios de la edad hacen que se vuelva más susceptible y vulnerable a sufrir una caída, que es uno de los síndromes geriátricos con mayor repercusión en esta población. Este suceso predispone a los ancianos a sufrir incapacidad, dependencia y múltiples enfermedades.

A su vez, las caídas se caracterizan por su multicausalidad, es decir, existen diversos factores de riesgo tanto intrínsecos que son propios del adulto mayor, como extrínsecos que forman parte del entorno, y que influyen para que se produzcan. Un factor de riesgo como indica Senado (1999), citado por Echemendía (2011) es “cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido” (p. 475).

Si bien es cierto, cualquier persona que sufre una caída puede tener como consecuencia alguna lesión, sin embargo, factores como la edad, que entre más avanzada mayor vulnerabilidad genera; el sexo, varias enfermedades tienen más prevalencia en hombres que en las mujeres o viceversa, y las condiciones de salud pueden influir considerablemente en la magnitud y gravedad de la lesión (OMS, 2021).

Las caídas pueden ocurrir como un único evento o de forma recurrente, y van a depender exclusivamente de las condiciones de salud del adulto mayor. No obstante, la incidencia de caídas varía entre los diferentes países, así como en la magnitud de las lesiones que se pueden producir, como se evidencia en los Estados Unidos, ya que, “un 20% a un 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones de moderadas a graves, tales como contusiones, fracturas de cadera y traumatismos craneoencefálicos” (OMS, 2021)

En España mediante un estudio realizado por Petronilla, Aragón & Calvo (2017) se determinó que el 37% de los adultos mayores sufrieron caídas, y de estas el 52 % ocurrieron en mujeres, y en su mayoría caídas únicas con un 55%; el resto, de repetición. En gran parte la causa principal fue la pérdida de equilibrio, con un porcentaje del 65,63% (p. 4).

En México, según las estimaciones de Thompson & Quevedo (2019), el 100% de adultos mayores no institucionalizados en una comunidad tuvieron al menos una caída, de estos el 82% lo reportó como primera vez y el 18% como un evento repetitivo (p. 190). En Brasil, de acuerdo a los datos obtenidos por Filho, et al. (2019), la prevalencia de caídas fue del 27% con estimaciones significativamente más altas en mujeres que en hombres, en el grupo de edad ≥ 80 años, en comparación con el grupo de edad de 60-69.

En el Ecuador, mediante un estudio realizado por Orces (2014), en algunas zonas costeras y andinas determinó que, de los adultos mayores que residen en la comunidad el 11,4 % sufren alguna lesión por caída. De igual forma, en la guía para la atención al Adulto Mayor, se reporta que aproximadamente al año los nuevos casos de caídas “en el anciano joven (65-70 años) es de 25% y llega a 35-45% al tener edad más avanzada (80-85 años), pero superados los 85 años el número de caídas reportadas disminuye” (Alvárez & Guapizaca, 2008) (p. 46).

En la provincia de Santa Elena, a través de una investigación realizada en la parroquia Anconcito por Díaz, Pavajeau, Santos & Juez. (2018), se determinó que, de los adultos mayores evaluados, el 21% presentan un alto riesgo de caídas, en su mayoría mujeres. Asimismo, en este grupo el 40% corresponde a personas mayores de 80 años (p. 176).

Aunque, en esta provincia esta problemática se ha estudiado, es indiscutible que las caídas siguen siendo un problema de salud por las secuelas que producen. Como se ha evidenciado en el barrio Paraíso, ubicado en la parroquia Anconcito, cantón Salinas, provincia de Santa Elena que cuenta con una población aproximada de 40 adultos mayores según la directiva barrial.

Este es uno de los tantos sectores, en donde aún existen falencias, por la escasa gestión pública, siendo notorio por las dificultades en la accesibilidad al sitio, la falta de asfaltado en las calles secundarias, el inadecuado alumbrado público, insalubridad, espacios inseguros, el tipo y condición de la vivienda, lo que crea un entorno desfavorable para los adultos mayores. Además, algunos viven en hacinamiento o solos, y si tienen familiares en algunas ocasiones son excluidos del núcleo familiar, esto sumado a su edad, ya que, entre más avanzada, mayores son los riesgos y sus patologías preexistentes, hacen que sean más vulnerables a sufrir una caída.

Incluso en aquellos que ya han sufrido alguna, su entorno sigue siendo inseguro, razón por la cual dejan de realizar sus actividades básicas para mantener su salud, lo que produce un déficit en su autocuidado y que requieran un cuidado dependiente, por lo tanto, identificar los factores de riesgo para impedir que sufran lesiones por caídas, es fundamental para mantener su salud con independencia y autonomía el máximo tiempo posible, asegurando de esta forma una mejor calidad de vida, ya que se minimizan las consecuencias de uno de los sucesos más frecuentes en este grupo poblacional.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo de caídas en los adultos mayores del Barrio Paraíso, parroquia Anconcito 2022?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo de caídas en los adultos mayores del Barrio Paraíso, Parroquia Anconcito, 2022

2.2 Objetivos específicos

- Indagar el perfil sociodemográfico del adulto mayor que habita en el Barrio Paraíso.
- Evaluar el nivel de riesgo bajo o alto de caída, mediante el empleo de Escala de Caídas de Downton
- Evaluar el equilibrio, la fuerza y la marcha del adulto mayor mediante el empleo de la Escala de Tinetti
- Promover medidas de prevención para reducir los riesgos y evitar las caídas

3. Justificación

Las caídas pueden provocar graves consecuencias en el adulto mayor como la incapacidad, dependencia e inclusive el fallecimiento, por este motivo es fundamental que reciban una atención integral, como se establece en las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores que tiene como objetivo “lograr que el personal que atiende a las personas adultas mayores, conozcan y apliquen el proceso asistencial, continuo y progresivo, con el fin de contribuir a alargar los años de independencia y autonomía y mejorar su calidad de vida, adaptando el sistema de salud a las necesidades de esta población” (Álvarez, Pazmño, Villalobos, & Villacís, 2010).

En este contexto el presente trabajo investigativo pretende determinar los factores de riesgo de caídas de los adultos mayores en el Barrio Paraíso, comunidad en la que se ha evidenciado condicionantes que pueden alterar su estado de salud, y que pueden provocar déficit en su autocuidado, lo que a su vez puede generar un cuidado dependiente

A nivel institucional, la Universidad Estatal Península de Santa Elena obtendrá una investigación con datos actualizados sobre los factores de riesgos de caídas, además servirá de base para los estudiantes de enfermería, que realizan sus prácticas en la comunidad, ya que podrán abordar esta problemática del adulto mayor, involucrando a la familia y ponderando su cuidado e implementando estrategias que permitan fortalecer la atención primaria en salud.

A nivel profesional, mediante esta investigación se fortalecerá el primer nivel de atención que se enfoca en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades, que a su vez se articula con la Atención Primaria en Salud y en conjunto responden a las necesidades de salud del individuo, familia y la comunidad.

A nivel social, los resultados de la investigación beneficiaran a los adultos mayores, sus familiares, y cuidadores, porque podrán identificar con mayor claridad los factores, el nivel de riesgo, las causas, consecuencias y las medidas de prevención que se pueden implementar, para contrarrestar las consecuencias de este síndrome geriátrico, contribuyendo a que el adulto mayor se encuentre en un entorno seguro, con el apoyo social y familiar adecuado.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Fundamentación referencial

En España se realizó una investigación sobre las caídas en la población anciana, en el cual se pretendía obtener datos actualizados sobre la frecuencia, sus repercusiones y los factores de riesgo, mediante un estudio longitudinal prospectivo sobre una cohorte de 772 personas mayores de 64 años, no institucionalizadas y residentes, seguidos durante un año. La muestra se recogió siguiendo un proceso de muestreo aleatorizado, cuyos resultados demostraron que el 28,4% presentó una o más caídas anuales. El 9,3% de las personas que cayeron tuvieron fracturas, siendo las de cadera la más predominante y el 55,4% requirió asistencia médica. (Rodríguez et al., 2015).

Los factores de riesgo identificados fueron: edad avanzada (>79 años), no tener pareja, consumir más de 2 fármacos, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), disminución de fuerza o equilibrio y marcha con ayuda técnica (Rodríguez et al., 2015).

Mientras que, en otra ciudad española Samper et al. (2016), realizaron una investigación para analizar las caídas producidas en una residencia en Zaragoza, describiendo los factores del entorno y la asociación de las caídas con el riesgo de caídas, a través de la escala de Tinetti. Aplicaron un estudio descriptivo retrospectivo con el que se obtuvo una muestra de 160 casos recogidos en los partes de caídas del centro. De acuerdo a sus resultados el 73,1% de las personas que caían eran mujeres. El 73,1% de estas caídas coexistía con un riesgo alto según la escala de Tinetti. Como un factor de riesgo se identificó el tipo de suelo, no antideslizante con un 79,4%. Respecto a las consecuencias, en un 27,5% produjeron contusiones, en un 19,4 % herida abierta, y en un 11,3% fracturas.

En Perú, se realizó un estudio para determinar las características, los factores y reportes nuevos de caídas en 183 adultos mayores que acudían a un hospital público en la ciudad de Lima, mediante un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, se determinó que la prevalencia de caídas fue del 24%, con predominio en el sexo masculino (61.4%). En el hogar, la sala y el dormitorio fueron los sitios más frecuentes en los que se produjeron caídas, sin embargo, en la calle también se registró un porcentaje

significativo. De estos un 9.1% tuvieron que ser hospitalizados. En cuanto a las consecuencias más relevantes se identificaron la necesidad de ayuda para caminar, miedo a sufrir una nueva caída y cambio de domicilio. (Silva-Fhon et al., 2019).

De igual forma Smith et al. (2017), en el municipio de João Pessoa, Paraíba, Brasil ejecutaron un estudio para evaluar el riesgo de caídas de 240 adultos mayores que viven en el hogar, mediante un estudio transversal y cuantitativo. Estos autores determinaron que los factores que aumentan la prevalencia de caídas son: ser de sexo femenino, ser un adulto mayor de edad avanzada, déficit cognitivo, y caídas previas en los últimos seis meses.

En Ecuador, en la provincia de Santa Elena, se realizó una investigación para evaluar el riesgo de caídas en los adultos mayores de la parroquia Anconcito, mediante el diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal con una muestra obtenida por muestreo no probabilístico por conveniencia y estuvo conformada por 75 personas. El método usado fue la observación complementada con la recopilación de datos mediante la aplicación de la Escala de Tinetti. Los resultados obtenidos corroboraron que del total de adultos mayores evaluados el 71% muestran bajo riesgo de caídas, y el 21% un alto riesgo, de los cuales más de la mitad son mujeres (Díaz, Pavajeau, Santos & Juez, 2018).

2.2 Fundamentación teórica

2.2.1 Generalidades del adulto mayor

A nivel mundial se experimenta un proceso de envejecimiento poblacional acelerado, vinculado a la transición demográfica, que es evidente por el aumento de la esperanza de vida siendo igual o superior a los 60 años, y según las estimaciones de la OMS “entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%, ..., y en 2050, cerca del 65% vivirá en países de ingresos bajos y medianos” (OMS, 2021).

Estos cambios además se relacionan con el desarrollo económico. Si bien es cierto, las regiones actualmente desarrolladas fueron las primeras en pasar por esta etapa, no obstante, hoy en día son los países menos desarrollados o en vías de desarrollo los que experimentan dicho cambio.

Un adulto mayor, según la Organización Mundial de la Salud es aquella persona con una edad superior a los 60 años, y entre más avanzada sea la edad se lo clasifica de la siguiente forma: Tercera edad: 60 – 74 años, Cuarta edad: 75 – 89 años, Longevos: 90 – 99 años y Centenarios: >100 años (Mejía, et al., 2014) (pág. 2). Pero es importante recalcar, que en Ecuador se considera como adulto mayor a toda persona con una edad igual o superior a los 65 años.

2.2.2 Cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento

El adulto mayor, en el proceso del envejecimiento atraviesa diversos cambios, que son propias de la edad, y son el resultado de distintos factores. Se define como “el resultado de interacciones complejas entre factores genéticos y ambientales, ..., al ser un fenómeno universal, va a afectar a todos los individuos y a todos sus órganos y sistemas” (Torres González, 2008, p. 31).

Sin embargo, todos estos cambios tienen variaciones individuales, porque no todas las personas experimentan este proceso de la misma forma, ni al mismo tiempo, e incluso en el organismo los órganos y sistemas no envejecen a la misma velocidad, por eso se establece como un proceso dinámico. Entre los cambios que se pueden producir están: la disminución de la masa ósea y muscular, además en los huesos empieza el proceso de desmineralización principalmente del calcio, volviéndose más frágiles y con mayor frecuencia se pueden fracturar. Las articulaciones se desgastan produciéndose deformidades, dolor local y finalmente limitación funcional. (Penny & Melgar, 2012) (pág. 38).

Los músculos del corazón pierden fuerza contráctil, lo que puede producir reducción del gasto cardíaco. Existe una disminución de la respuesta inmunitaria, frente a los gérmenes causantes de enfermedades, es decir de virus, bacterias y hongos. Debido a esto, la persona mayor es más propensa a presentar infecciones (Eliopoulos, 2019) (págs. 127, 142). En el sistema nervioso, se reduce el número de neuronas que explica de algún modo la disminución cognitiva, además de alteraciones del sueño y de la sensibilidad sobre todo al calor, al frío y al dolor. Asimismo, se generan alteraciones de los reflejos posturales manifestado por inestabilidad y caídas (Penny & Melgar, 2012) (pág. 42).

En los órganos de los sentidos como manifiesta Eliopoulos (2019) se disminuye la agudeza visual. También existe pérdida de la agudeza auditiva y debido a que la mayor parte de la agudeza del sentido del gusto depende del olor, la disminución del sentido del olfato altera también el sentido del gusto, al igual que la reducción en la producción de saliva. De la misma forma, la sensación táctil, térmica y dolorosa se reduce (págs. 140-141).

2.2.3 Patologías más comunes en el adulto mayor

Existen múltiples cambios en la fisiología del adulto mayor que se producen en el proceso del envejecimiento, y que se relacionan con padecimientos acumulados a largo de la vida y el desarrollo de diversas enfermedades, y dentro de estas, entre las más comunes están: hipertensión arterial, enfermedad prostática, cardiopatías, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, depresión, demencia, patología cerebrovascular, tumores, párkinson, pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis y las neumopatías obstructivas crónicas, siendo estas a su vez, enfermedades crónicas o degenerativas, y que incluso los adultos mayores a medida que envejecen pueden padecer varias de estas afecciones a la vez, lo que influye en los índices de mortalidad y morbilidad. (OMS, 2021).

2.2.4 Síndromes Geriátricos

El adulto mayor además de las diversas enfermedades que puede padecer, también es susceptible a desarrollar síndromes geriátricos que de acuerdo a Mercado (2013) son “un conjunto de cuadros clínicos habitualmente originados por la interacción de los cambios en los órganos y sistemas por el envejecimiento y las enfermedades con alta prevalencia en esta edad, que con frecuencia originan incapacidad funcional o social” (pág. 121).

Los principales síndromes geriátricos son: la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, úlceras por presión, delirium o síndrome confusional, abatimiento funcional, inmovilidad, deterioro cognitivo crónico, constipación y déficit sensorial (OMS, 2021).

2.2.5 Caídas

Las caídas se definen como “una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo” (Marañón Fernandez & Mesas Sotos, 2008, p. 497).

Son además un marcador de fragilidad y por ser un accidente frecuente y grave, este autor recalca que cuando existe mayor susceptibilidad de sufrir una caída, esto se debe a una serie de razones vinculadas con la presencia de enfermedades que alteran la estabilidad, de los cambios del proceso del envejecimiento que modifican la marcha, el control postural, la agudeza visual y auditiva.

Cuando se produce una caída la mecánica puede ser: hacia delante, hacia atrás, hacia un lado, sentado y sobre las manos.

2.2.6 Factores de riesgo de caídas

La causa de una caída es multifactorial, por tal motivo, se establecen diversos riesgos para comprender su origen y establecer medidas que permitan controlarlos y evitar las complicaciones que se producen. Es fundamental identificarlos porque “el riesgo de caída se incrementa con el número de factores de riesgo, y se estima que es del 8% cuando no hay ningún factor de riesgo y alcanza el 78% si aparecen cuatro o más factores” (Marañón Fernández & Mesas Sotos, 2008, p. 497). Los factores asociados a las caídas pueden clasificarse como intrínsecos y extrínsecos.

2.2.6.1 Factores de riesgo intrínsecos

Los factores de riesgo de intrínsecos son aquellos relacionados directamente con la persona, es decir las características físicas de un individuo, en este caso del adulto mayor, como el consumo de fármacos, el sexo, la edad, cambios fisiológicos y las enfermedades agudas y crónicas.

Tabla 1 Factores de riesgo intrínsecos documentados para caídas.

Factores fisiológicos del envejecimiento que favorecen las caídas

Pérdida del poder de acomodación y disminución de la agudeza visual
Alteraciones en la conducción nerviosa vestibular
Angioesclerosis del oído interno
Disminución de la sensibilidad propioceptiva
Enlentecimiento global de los reflejos
Atrofia muscular y de partes blandas
Degeneración de las estructuras articulares

Enfermedades que favorecen las caídas

Patología cardiovascular:

Síncope

Trastornos del ritmo
Lesiones valvulares
Enfermedad vascular periférica
Hipotensión ortostática
Cardiopatía isquémica
Insuficiencia cardiaca

Patología neurológica/psiquiátrica:

Accidente cerebrovascular
Enfermedad de Parkinson
Hidrocefalia normotensiva
Extrapiramidalismo
Crisis epilépticas
Tumores intracraneanos
Deterioro cognitivo
Depresión
Ansiedad

Patología del aparato locomotor:

Patología inflamatoria
Artrosis
Osteoporosis
Trastornos podológicos

Patología sensorial:

Engloba toda patología ocular, propioceptiva y del equilibrio

Patología sistémica:

Infecciones, trastornos endocrino-metabólicos y hematológicos

Grupos de fármacos que más frecuentemente se asocian a caídas

Anhipertensivos: calcio antagonistas, beta bloqueadores, IECAS, diuréticos
Antibióticos: aminoglucósidos, tetraciclina, macrólidos, glucopéptidos, anfotericina B
Tóxicos cerebelosos: alcohol, fenitoína
Psicotrópicos, neurolépticos, antidepresivos, benzodiazepinas

Fuente: Cruz-Arenas, González-Lara, López-Teros, Godoy-Castellanos, & Pérez-Zepeda. (2014). Caídas: revisión de nuevos conceptos. Revista HUPE, Rio de Janeiro;13(2):86-95 doi:10.12957/rhupe.2014.11522

2.2.6.2 Factores de riesgo extrínsecos

Los factores de riesgo extrínsecos son los que se relacionan con el entorno o ambiente del individuo y se pueden agrupar en aquellos que se encuentran en la vivienda, vía pública y medios de transporte. A su vez, se pueden dividir en factores socioeconómicos y ambientales. Entre los socioeconómicos según Terra, et al (2014) están “renta baja, bajo nivel de escolaridad, condiciones inadecuadas de vivienda, interacción social perjudicada y acceso limitado a la salud y a la asistencia social” (pág. 14).

Entre los ambientales se encuentran: desconocimiento del lugar por donde deambula; mala iluminación; mobiliario inestable; camas altas o estrechas; pisos irregulares, resbaladizos y desnivelados; alfombras o tapetes arrugados; escaleras inseguras con peraltes elevados; aceras estrechas, desniveladas o con obstáculos; calzado inadecuado; bastones o andaderas muy cortos o muy largos; y sillas de ruedas inestables o difíciles de manejar. (Calleja et al., 2013) (pág.7).

2.2.7 Consecuencias de las caídas

Las caídas producen afecciones que pueden ser graves o no, esto también se debe a su vinculación con otros factores, que conllevan a una serie de consecuencias, tales como lesiones, fracturas, incapacidades funcionales, pérdida de la independencia, ingreso en instituciones sanitarias, e incluso la muerte. Por lo tanto, supone limitaciones que afectan no solo al adulto mayor si no también a sus familiares o al cuidador, dentro de las cuales tenemos:

Lesiones: las caídas pueden causar heridas, desgarros, contusiones, fracturas y traumatismos craneoencefálicos, torácicos y abdominales. Entre las fracturas, las más frecuentes son las que afectan a la cadera (50%), el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas (Marañón Fernandez & Mesas Sotos, 2008) (pág. 500). De acuerdo al tipo de lesión: las escoriaciones (59.1%) se presentan con mayor frecuencia, seguidas de heridas con necesidad de sutura (20,5%), luxación (13.6%) y fracturas (6.8%) (Silva-Fhon et al., 2019) (pág. 34).

Hospitalización: un 55,4% de adultos mayores que presentan caídas requieren asistencia sanitaria. De estos, el 29% acude a urgencias hospitalarias y el 7,3% son ingresos urgentes (Rodríguez, et al. 2015) (pág.277).

Síndrome poscaída e incapacidad: después de sufrir una caída, la posibilidad de que se produzca una incapacidad secundaria a una lesión, es alta. De igual manera se debe valorar la aparición del denominado síndrome poscaída, que es el miedo o temor por volver a caerse.

Institucionalización: tal como muestran algunos estudios según Marañón Fernandez & Mesas Sotos (2008), “hasta un 50% de los pacientes que experimentan

caídas, sobre todo si requieren hospitalización, son posteriormente institucionalizados en residencias” (pág.501)

Muerte: las evidencias demuestran que “las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden a los mayores de 60 años en todas las regiones” (OMS, 2021).

2.2.8 Valoración del riesgo de caídas

Las caídas deben ser valoradas de forma sistemática, de acuerdo a Marañón Fernández & Mesas Sotos (2008) indican que “una correcta valoración de las caídas puede reducir hasta en un 26% las hospitalizaciones secundarias” (pág.507). En la valoración existen diversos instrumentos que pueden utilizarse. Dentro de las cuales están:

2.2.8.1 Escala de Tinetti

Valora la marcha y el equilibrio mediante observación directa, es apropiada y completa para la valoración de caídas recurrentes en ancianos. En la marcha, se camina detrás del paciente y se le solicita que responda las preguntas relacionadas con la deambulación. La marcha es “una serie de movimientos rítmicos del tronco y extremidades que determinan un desplazamiento hacia delante” (Cerdeira, 2014) (pág.266).

Se inicia a partir de una situación de estabilidad mecánica en bipedestación, en ella se encuentran implicados todo el sistema musculoesquelético y diversos reflejos posturales. En la marcha se pueden caracterizar distintos aspectos como: su inicio, trayectoria y postura además de la longitud, altura, simetría y continuidad de los pasos.

Para valorar el equilibrio, se permanece de pie junto al paciente, enfrente y a la derecha mientras él se sienta, se levanta y está de pie. El equilibrio de acuerdo a García-López & Rodríguez -Marroyo (2015) es la “capacidad del hombre de mantener su propio cuerpo, otro cuerpo (u objetos) en una posición controlada y estable, por medio de movimientos compensatorios” (pág. 100).

La máxima puntuación para la marcha es 12 puntos y para el equilibrio 16; la suma total de la escala es de 28 puntos. Se considera riesgo alto de caídas: menos de 19 puntos; riesgo medio de caídas: de 19 a 23 puntos, y riesgo bajo o leve: de 24 a 28 puntos. (Carballo-Rodríguez et al., 2018) (pág. 112)

2.2.8.2 Escala de Downton

Evalúa factores de riesgo agrupados en cinco aspectos y estos a su vez están divididos en diferentes ítems. Para la puntuación se asigna un punto en cada aspecto cuando cumple con alguno de los ítems señalados. Pero cuando se cumple con dos o más ítems en una misma dimensión, estas no se deben sumar, solo se asigna un punto, ya que no es sumatoria de puntaje en cada aspecto. La puntuación total de la escala es entre 0 y 6, marcando riesgo de caída a partir de los 3 puntos. Los aspectos a evaluar son:

Caídas previas

Uso de medicamentos: por el envejecimiento en los adultos mayores, se produce un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que implica un mayor consumo de fármacos y producto de ello, incrementan los problemas relacionados con los medicamentos. Así mismo, existe la tendencia a la automedicación y al incumplimiento terapéutico. Dos grandes grupos farmacológicos (psicofármacos y antihipertensivos) intervienen en la etiología de muchas caídas. (Quiñonez, 2017) (págs. 30-31)

Déficit sensorial: evaluado a través de la alteración visual y auditiva. También puede presentar problemas para mantener el equilibrio cuando se sienta, se para o camina. (Quiñonez, 2017) (págs. 32-33)

Estado mental: se determina si el adulto mayor está orientado en tiempo, espacio y lugar o confuso, producto de la demencia y de acuerdo a Quiñonez (2017) puede “acrecentar el número de caídas por tener alterada la capacidad de percepción visuoespacial y comprensión de la orientación geográfica” (pág. 34).

Deambulación: en los adultos mayores la capacidad locomotora disminuye, iniciando de esta forma un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social. Como lo manifiesta Quiñonez (2017), “a los 60 años, un 15% de los individuos presentan alteraciones en la marcha, 35% a los 70 años y aumenta hasta cerca del 50% en los mayores de 85 años” (pág. 34). Dentro de la escala de J.H. Downton encontramos los siguientes ítems: Marcha normal, marcha segura con ayuda, marcha insegura con/sin ayuda y marcha imposible.

2.2.8.3 Cuestionario de caída de la OMS

Mediante este cuestionario se establece el perfil del adulto mayor que sufre caídas, y está dividido en diferentes aspectos que son: datos personales; análisis funcional; caída; lugar de la caída; actividad de la persona en el momento de la caída y el contacto con el sistema sanitario.

2.2.9 Medidas de prevención

Para la prevención es fundamental sensibilizar al adulto mayor, así como a sus familiares o cuidadores de la vulnerabilidad que le confiere la edad avanzada para que se presente una caída. Del mismo modo, se deben detectar los factores de riesgo y realizar una intervención dirigida a corregirlos. Entre las medidas de prevención se encuentran:

1. Realizar actividad física y mantener una alimentación correcta de acuerdo a la edad y estado de salud de la persona adulta mayor; si bien no se consigue ganar masa muscular, está comprobado que estas acciones disminuyen la pérdida del músculo estriado y en consecuencia se mantiene la funcionalidad del individuo. (Calleja et al., 2013) (pág. 12)
2. El entrenamiento de la fuerza y el equilibrio
3. Recomendar suplementos de vitamina D y calcio a la mayoría de los ancianos, porque beneficia a la función muscular, y disminuye la atrofia muscular.
4. Utilización de aparatos auxiliares de la marcha, como bastón, andador y entrenar en su utilización.
5. Valorar el estado de los pies y, en caso necesario, corregir el estado de las uñas y recomendar la utilización de zapatos bajos y cómodos.
6. Prueba visual y valoración por parte del oftalmólogo. Usar gafas o prótesis auditivas, en el caso de que las necesiten, para mejorar la percepción sensorial.
7. Ajustar las dosis y el número de fármacos que se consumen y valorar posibles formas de automedicación. En lo posible se debe disminuir los psicofármacos.
8. Enseñar al paciente y a los familiares qué acciones deben realizar ante una caída.
9. En el lugar de residencia de las personas mayores, se deben eliminar las barreras que puedan suponer un riesgo. Se deben evitar los suelos resbaladizos, luz inadecuada, alfombras, muebles inestables, en la Tabla 2 se detallan las medidas de acuerdo a las divisiones del hogar.

Tabla 2 *Medidas de seguridad en el hogar*

Interior de la casa

Evaluar la adecuada situación y fijación de alfombras
Evitar la luz insuficiente o que deslumbre
Evitar desniveles en el suelo
Recomendar el uso de cera antideslizante
Evitar cables u otros obstáculos en lugares de deambulación
Asegurar la accesibilidad del teléfono
Asegurar la adecuada altura y firmeza de los asientos

Cocina

Asegurar la accesibilidad cómoda de los utensilios
Evitar el uso de escalerillas inestables
Recomendar un suelo antideslizante
Recomendar la ausencia de líquidos en el suelo

Lavabo-baño

Recomendar el uso de una alfombrilla de baño de goma antideslizante
Asegurar altura adecuada del inodoro, adaptadores de altura
Recomendar barras asideras para transferencia en el inodoro y la bañera o la ducha
Recomendar el uso de una silla de ducha
Asegurar iluminación nocturna entre el dormitorio y el lavabo

Dormitorio

Asegurar una altura adecuada de la cama
Asegurar la accesibilidad de luz y teléfono
Asegurar la transferencia segura de la cama al sillón

Escaleras

Recomendar barandillas hasta más allá del último escalón
Asegurar iluminación adecuada
Interruptores de luz arriba y debajo de la escalera
Recomendar la señalización de los bordes de escalones y del último escalón

Fuente: Marañón Fernández, E., & Mesas Sotos, R. (2008). Caídas en el anciano. En F. Guillén Llera, J. Pérez del Molino, & R. Petidier Torregrosa, Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico (págs. 497-512). Barcelona, España: Elsevier Masson, D. L.

2.2.10 Teorías de enfermería

Las teorías y modelos de enfermería que se han venido desarrollando desde que Florence Nightingale expresó sus ideas acerca de la enfermería, han permitido guiar y facilitar la práctica de las/los enfermeros. Las diferentes teorías que existen se aplican de

acuerdo a necesidades específicas, que se encuentran y relacionan con la misma, razón por la cual, en la presente investigación existen varias teorías que se relacionan a la problemática, entre las que destacan:

2.2.10.1 Teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Orem

Dorothea Orem desarrolló la teoría del déficit de autocuidado para manifestar los cuidados que debe realizar una persona por sí misma, para mantener la salud y el bienestar, y al evidenciar que no todos son capaces, por diversos factores estableció sus distintas teorías, con la finalidad de proveer al individuo de las acciones necesarias para cumplirlos. Esta teoría general está conformada por cuatro teorías relacionadas entre sí: teoría de autocuidado, teoría del cuidado dependiente, teoría del déficit autocuidado y la teoría de sistemas enfermeros.

En los adultos mayores, estas teorías permiten abordar la problemática a desarrollar, porque se hace énfasis en el autocuidado que requieren o necesitan y que se debe cumplir a través de la aplicación las mismas. De acuerdo a Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga (2017) “el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento, desarrollo y estados de salud” (pág. 2).

En este sentido, por la condición de salud del adulto mayor, relacionado con el envejecimiento, las múltiples enfermedades y síndromes geriátricos como las caídas es más evidente la necesidad de un cuidado dependiente, que “se refiere al cuidado que se ofrece a un persona que, debido a la edad o factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar” (Berbiglia, & Banfield, 2018), y en su gran mayoría son proporcionados por un miembro de la familia, quien es el que está a cargo de la demanda de los requisitos de autocuidado universales en la persona dependiente, en este caso del adulto mayor.

2.2.10.2 Modelo de promoción de la salud: Nola Pender

Este modelo desarrollado por Nola Pender explica la conducta de promoción de salud que es “un resultado o consecuencia de una acción orientada a conseguir un efecto positivo sobre la salud, como un bienestar óptimo, la satisfacción personal o una vida

productiva” (Sakraida & Wilson, 2018) (pág.327). En el adulto mayor, este modelo de promoción de salud, se aplica en el primer nivel de atención que se enfoca en actividades que permitan mantener la salud, y en relación a la problemática es fundamental la identificación temprana de los factores de riesgo en este caso de caídas para establecer intervenciones a tiempo y poder reducir el desarrollo de enfermedades o complicaciones, logrando así, un estilo de vida más saludable en el adulto mayor.

Cabe recalcar que, realizar actividades de promoción es primordial para mantener la independencia y autonomía del adulto mayor, mediante la inclusión en programas que le permitan mantenerse activo.

2.3 Fundamentación Legal

Constitución de la República del Ecuador

Capítulo III, Derechos de las personas y grupos de atención

Sección primera. Adultos y adultos mayores.

Art. 38.- “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas” (Constitución de la República del Ecuador, 2008) (pág. 35-36). Para ello, el Estado tomará medidas en las que destacan:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. (Constitución de la República del Ecuador, 2008) (pág. 36).

Ley Orgánica de la Salud

Capítulo II.

De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: numeral 3. “Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares” (Ley Orgánica de Salud, 2015) (pág.2)

Ley del Anciano

Capítulo I, Disposiciones fundamentales

Art 2.- “El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa”. (Ley del anciano, s.f.) (pág.3)

Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores

Título II. Deberes del Estado y Corresponsabilidad de la Sociedad y la Familia

Capítulo III. Corresponsabilidad de la Familia

Art. 11.- Obligación de la Familia. Los miembros de la familia de las personas adultas mayores son responsables de su cuidado y protección; para lo cual, deberán:

1. Procurar un entorno afectivo libre de violencia que posibilite la vida digna de las personas adultas mayores, sin importar su grado de autonomía y nivel de vulnerabilidad;
3. Procurar la estabilidad emocional y psíquica de las personas adultas mayores;
4. Procurar, en el marco de sus posibilidades económicas, una alimentación adecuada a las necesidades nutricionales de las personas adultas mayores, fomentando una vida saludable;
6. Prever, en el contexto de sus posibilidades económicas, espacios de ocio y recreación específicos para las personas adultas mayores que hacen parte de su núcleo familiar. (Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, 2020) (pág. 6)

3. Formulación de la Hipótesis

3.1 Hipótesis

Los factores de riesgo influyen en el nivel de riesgo de caídas en los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito, 2022.

3.2 Identificación y clasificación de las variables

Variable independiente: Factores de riesgo

Variable dependiente: Caídas

3.3 Operacionalización de variables

Tabla 3 Matriz de Operacionalización de Variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Técnicas
Los factores de riesgo influyen en el nivel de riesgo caídas en los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito, 2022.	V. Independiente	Característica o condición que puede estar relacionada directamente con el individuo o su entorno y que aumentan su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Edad	65-74 75-89 90-99 >100	
	Factores de riesgo		Tipo de déficits sensoriales Tipo de medicación	Auditivo Visual Sedante/ tranquilizantes Diuréticos Hipotensores Antiparkinsonianos Antidepresivos	Escala de riesgo de caída de Downton
			Tipo de deambulación	Normal Segura con ayuda. Insegura con/sin ayuda Imposible	
			Marcha	Inicio de la marcha Longitud y altura del paso Simetría del paso Continuidad de los pasos Trayectoria Postura en la marcha	Escala de Tinetti
			Equilibrio	Sentarse Levantarse	

Elaborado por; Ginger Flores Franco

Hipótesis	VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	
			Dimensión	Indicadores
Los factores de riesgo influyen en el nivel de riesgo caídas en los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito, 2022.	V. Independiente	Característica o condición que puede estar relacionada directamente con el individuo o su entorno y que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Condición de la vivienda	Adecuada Inadecuada
	Factores de riesgo		Condición del suelo	Liso Resbaladizo Irregular Pendiente
			Iluminación	Adecuada Inadecuada
			Tipo de calzado	Descalzo Zapatillas Zapatos
	V. Dependiente		Caídas previas: cantidad	Número
			Lugar de la caída	Domicilio Calle Lugar público
	Caídas	Una precipitación al suelo, repentina e involuntaria con o sin lesión secundaria.	Tipo de lesiones por caída	Heridas Contusiones Fracturas
			Mecánica de la caída	Hacia delante Hacia atrás Hacia un lado Sentado Sobre las manos
			Nivel de riesgo	Sin riesgo Bajo riesgo Alto riesgo
				Escala de riesgo de caída de Downton

Elaborado por: Ginger Flores Franco

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1 *Tipo de investigación*

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque permite recolectar los datos a través de una medición que se representa en forma numérica mediante la aplicación de la Escala de riesgo de Downton, Escala de Tinetti que evalúa la marcha y el equilibrio, Cuestionario de caídas de la Organización Mundial Salud para posteriormente ser analizados estadísticamente. Es un tipo de investigación no experimental, debido a que, las variables no serán manipuladas, y se basará en la observación de los factores de riesgo de caídas en los adultos mayores que viven en el Barrio Paraíso

De corte transversal, ya que, se recolectó la información en un solo momento mediante instrumentos seleccionados previamente. El diseño del estudio es descriptivo, debido a que, se pretende identificar los factores de riesgo intrínsecos de acuerdo a las enfermedades, déficits sensoriales, medicación, deambulación, marcha y equilibrio; y los factores de riesgo extrínsecos mediante observación directa de la vivienda, condición del suelo, iluminación y calzado para ser descritos, según su presencia en el entorno o como característica propia del individuo y posteriormente determinar el nivel de riesgo bajo, medio o alto que presentan los adultos mayores, en función de la cantidad de factores que posean. También se caracterizó las caídas a través de el antecedente de haber sufrido una, lugar de la caída, tipo de lesión que produjo, la mecánica y el miedo de caer.

3.2 *Método de investigación*

La investigación se orienta a la modalidad del método deductivo, porque permite analizar y deducir los hechos de generales a particulares, de cada variable, al caracterizar, cada uno de los factores identificados, según sea este extrínseco o intrínseco. Para finalizar la tabulación de los datos obtenidos, se empleó el programa SPSS Statistics v-22, con la finalidad de sistematizar la información y Microsoft Excel para la representación gráfica de los resultados.

3.3 Población y muestra

La población seleccionada para el desarrollo del proyecto de investigación, está conformada por 40 adultos mayores que habitan en el barrio Paraíso de la parroquia Anconcito, cantón Salinas. La muestra elegida en función de los criterios de inclusión y exclusión es de 29 adultos mayores.

3.4 Tipo de muestreo

En la presente investigación se aplicó un tipo de muestreo no probabilístico por juicio, puesto que, se seleccionaron 29 adultos mayores de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión, para poder realizar un análisis de manera realista y ajustado a la problemática con los recursos que se disponen, debido a que uno de los instrumentos a utilizar requiere que el adulto mayor pueda movilizarse con o sin ayudas técnicas.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores con una edad igual o superior de 65 años, de ambos sexos.
- Adultos mayores que puedan caminar, con o sin ayudas técnicas
- Adultos mayores que firmen el documento de consentimiento informado, con la predisposición para participar.
- Adultos mayores que habiten en el barrio Paraíso

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que presenten algún déficit cognitivo, pero que, en el momento de recopilar los datos, no se encuentre un familiar o cuidador que facilite la información.
- Adultos mayores encamados
- Adultos mayores que no acepten firmar el consentimiento informado.

3.5 Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se aplicó es la encuesta, para indagar el perfil sociodemográfico del adulto mayor mediante escalas validadas, además se empleó la observación directa, para identificar los factores de riesgo.

3.6 Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos en la presente investigación se utilizó la Escala de riesgo de Downton que evalúa factores de riesgo agrupados en cinco aspectos que son: caída previa, uso de medicamentos, deambulacion, estado mental y déficit sensorial; y estos a su vez están divididos en diferentes ítems. Luego se aplicó el cuestionario de caídas de la OMS, para detallar más los datos obtenidos sobre caídas previas.

A continuación, se usó la escala de Tinetti para valorar la marcha y el equilibrio. En la marcha, se evalúa su inicio y postura, asimismo la longitud, altura, simetría, continuidad y trayectoria de los pasos. Para valorar el equilibrio, se evalúa al sentarse y levantarse. La máxima puntuación para la marcha es 12 puntos y para el equilibrio 16; la suma total de la escala es de 28 puntos. Se considera riesgo alto de caídas: menos de 19 puntos; riesgo medio de caídas: de 19 a 23 puntos, y riesgo bajo o leve: de 24 a 28 puntos. Lo que nos permite identificar si existe alguna alteración en la marcha, o equilibrio del adulto mayor.

3.7 Aspectos éticos

Para el desarrollo del presente estudio, primero se contó con la aprobación del tema investigativo por parte del consejo de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, luego se presentó una solicitud, al dirigente barrial, con el propósito de conseguir el permiso para la recolección de datos, de igual forma para que los adultos mayores participen en la investigación se les presentó, tanto a ellos como al familiar con el que se encontraban el consentimiento informado, que posteriormente fue firmado, cumpliendo con un requerimiento necesario para el desarrollo del estudio.

En cuanto a los aspectos éticos, los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta y observación serán de carácter confidencial, en ese sentido se explicó a los participantes y familiares que el uso de la información es únicamente con fines educativos e investigativos y no se usará para ningún otro propósito. Al mismo tiempo que el estudio se orienta por los principios de la bioética, es decir, la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia.

CAPITULO IV

4. Presentación de resultados

4.1 Análisis e interpretación de resultados

Con los datos recogidos, mediante la aplicación de los instrumentos previamente seleccionados, se procedió a sistematizar la información, para el análisis correspondiente, mediante gráficos y tablas que se detallan a continuación. En relación con el primer objetivo específico, que consiste en indagar el perfil sociodemográfico del adulto mayor, se establece lo siguiente.

Tabla 4

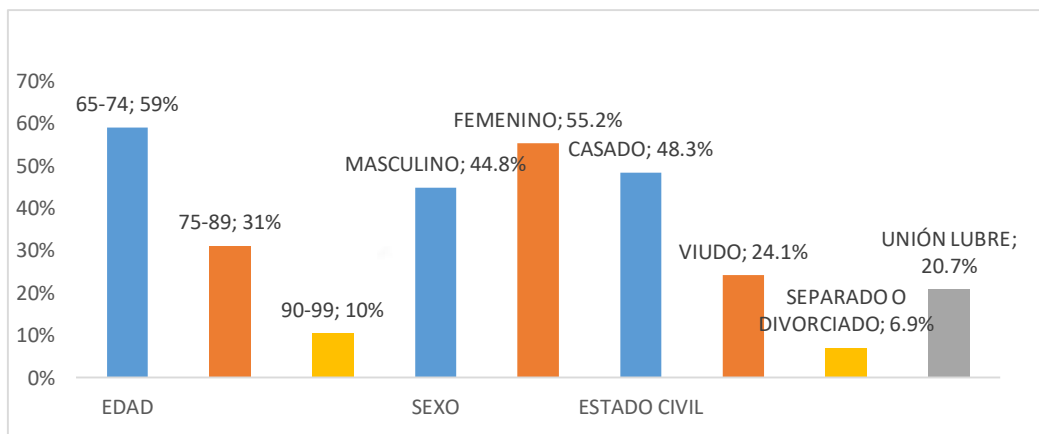
Edad, sexo, estado civil de los encuestados

ÍTEM	VALORACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	65-74	17	59%
	75-89	9	31%
	90-99	3	10%
	TOTAL	29	100%
SEXO	Masculino	13	44,8%
	Femenino	16	55,2%
	TOTAL	29	100%
ESTADO CIVIL	Casado	14	48,3%
	Viudo	7	24,1%
	Separado o divorciado	2	6,9%
	Unión libre	6	20,7%
	TOTAL	29	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022

Gráfico 1.

Edad, sexo y estado civil de los encuestados



Análisis e interpretación: Del total de adultos mayores encuestados del barrio Paraíso un 44,8% son de sexo masculino y el 55,2% de sexo femenino, esto puede atribuirse a que generalmente la mujer es la que se encuentra más en el hogar, sobre todo por la realización de las actividades domésticas. Con respecto a la edad, el 59% oscila entre los 65 y 74 años, el 31% entre 75 y 89 años y el 10% entre 90 a 99 años, es claro que, más de la mitad son ancianos jóvenes o están empezando la tercera edad. En cuanto al estado civil el 48,3 % están casados, el 20,7 % en unión libre, el 24,1 % son viudos y en una proporción menor divorciados, lo que indica que han formado un núcleo familiar.

Tabla 5

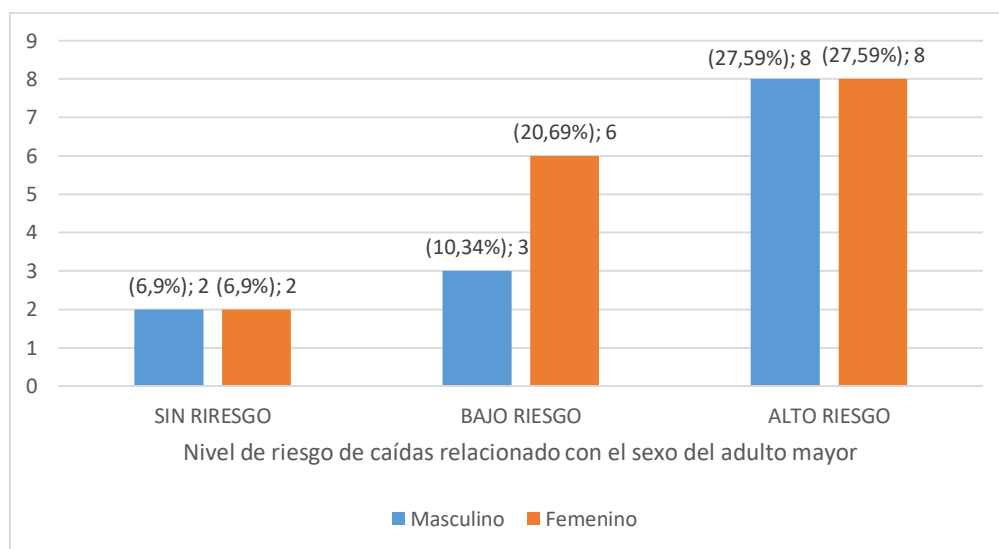
Nivel de riesgo de caída relacionado con el sexo del adulto mayor

SEXO	NIVEL DE RIESGO						
	SIN RIESGO	%	BAJO RIESGO	%	ALTO RIESGO	%	
Masculino	2	6,9%	3	10,34%	8	27,59%	
Femenino	2	6,9%	6	20,69%	8	27,59%	
TOTAL	4	13,8%	9	31,03%	16	55,18%	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022

Gráfico 2.

Nivel de riesgo de caídas relacionado con el sexo del adulto mayor



Análisis e interpretación: Evaluando el nivel de riesgo, mediante el empleo de Escala de Caídas de Downton, los resultados demuestran que un 55,18% presentan un alto riesgo de caídas, es decir que se encontraron tres o más factores que pueden influir,

a diferencia de España en donde Petronilla, Aragón & Calvo (2017) reportaron un 82,4%. En cuanto, a los que registraron un bajo riesgo de caídas con un 31,03%, es evidente la prevalencia en las mujeres, en este sentido se debe destacar que, a pesar de mantener un riesgo mínimo, están más expuestas a factores de riesgos e incluso, como lo evidencia Smith et al. (2017), en su estudio en Brasil, ser de sexo femenino ya constituye un factor que aumentan la prevalencia de caídas.

Tabla 6

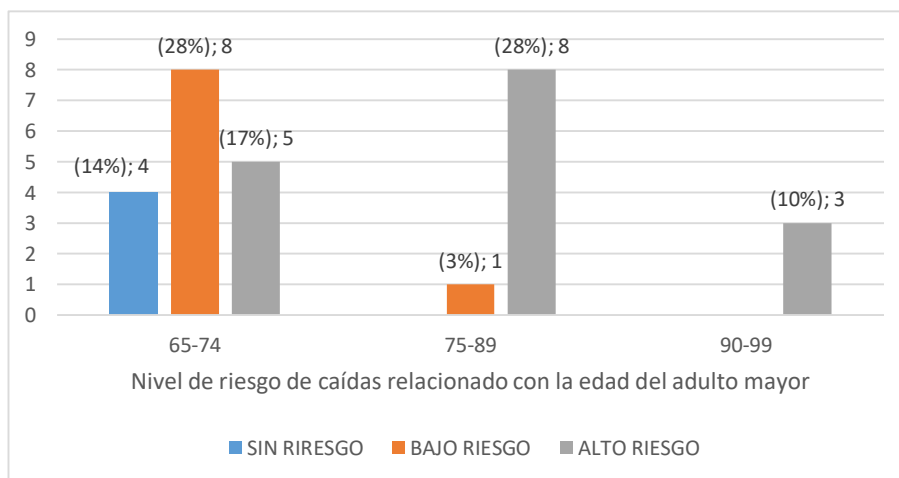
Nivel de riesgo de caídas relacionado con la edad del adulto mayor

EDAD	NIVEL DE RIESGO						
	SIN RIESGO	%	BAJO RIESGO	%	ALTO RIESGO	%	
65-74	4	14%	8	28%	5	17%	
75-89	0	0	1	3%	8	28%	
90-99	0	0	0	0	3	10%	
TOTAL	4	14%	9	31%	16	55%	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022

Gráfico 3.

Nivel de riesgo de caídas relacionado con la edad del adulto mayor



Análisis e interpretación: De los adultos mayores con una edad comprendida entre los 65 y 74 años, un 28% tiene bajo riesgo y un 17% presenta un alto riesgo de caídas. A diferencia de los que tienen edades que oscilan entre los 75 y 89 años, en donde un 28% tiene un alto riesgo y solo un 3% mantiene un bajo riesgo. Lo que indica que a medida

que aumenta la edad, mayor es el nivel de riesgo, realidad que también refleja Rodríguez et al., (2015) al determinar como factor de riesgo la edad avanzada (>79 años), Además del nivel de riesgo identificado mediante la Escala de Downton, se pudieron determinar los factores de riesgos que influyen en las caídas.

Tabla 7

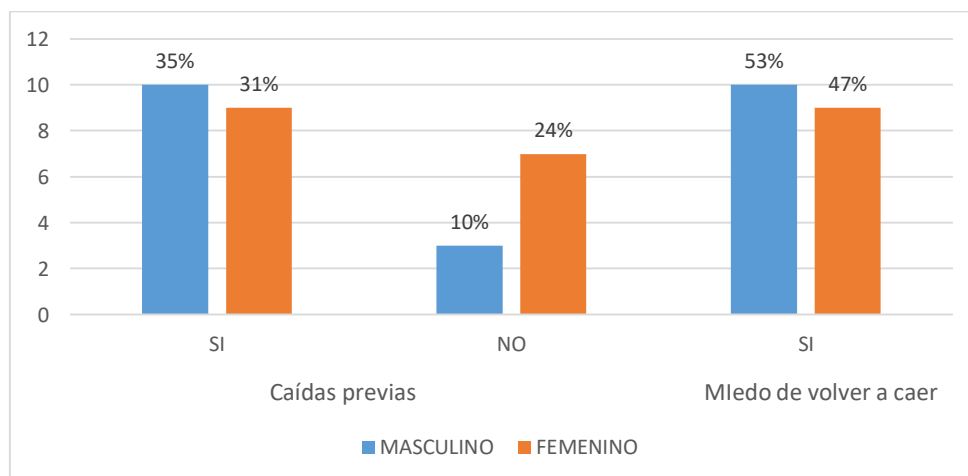
Caídas previas y miedo de volver a caer

SEXO	CAÍDAS PREVIAS				Total	MIEDO DE VOLVER A CAER	
	SI	%	NO	%		SI	%
MASCULINO	10	35%	3	10%	13	10	53%
FEMENINO	9	31%	7	24%	16	9	47%
TOTAL	19	66%	10	34%	29	19	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito. Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Gráfico 4.

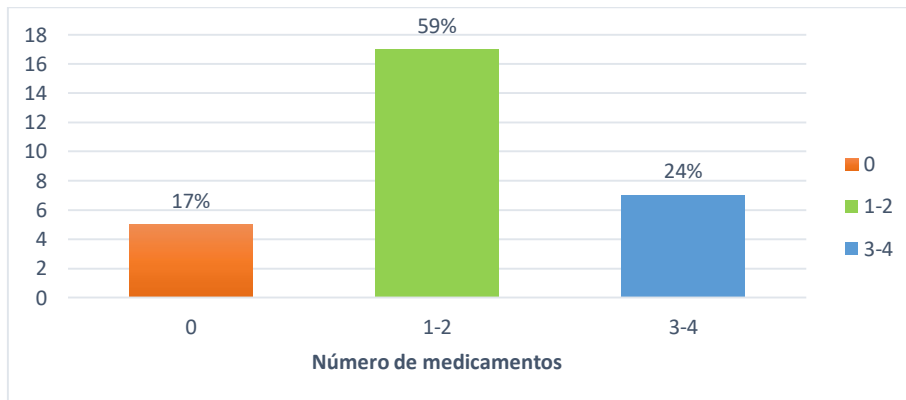
Caídas previas y miedo de volver a caer



Análisis e interpretación: En cuanto a las caídas previas, un 34% de adultos mayores mencionaron no haber sufrido alguna, mientras que un 66% indicaron que sí, y de estos el 35% ocurrieron en hombres y el 31% en mujeres, a pesar de que existe un leve predominio en los hombres, en ambos constituye un factor de riesgo. Por el contrario, a lo que sucede en España en donde Petronilla, Aragón & Calvo (2017), determinaron que de los adultos mayores que sufrieron caídas, el 52 % ocurrieron en mujeres, realidad que se repite en otra ciudad española, con un 73,1% (Samper et al., 2016). De los adultos mayores que sufrieron caídas, el 100% afirmaron miedo de volver a caer.

Gráfico 5.

Número de medicamentos

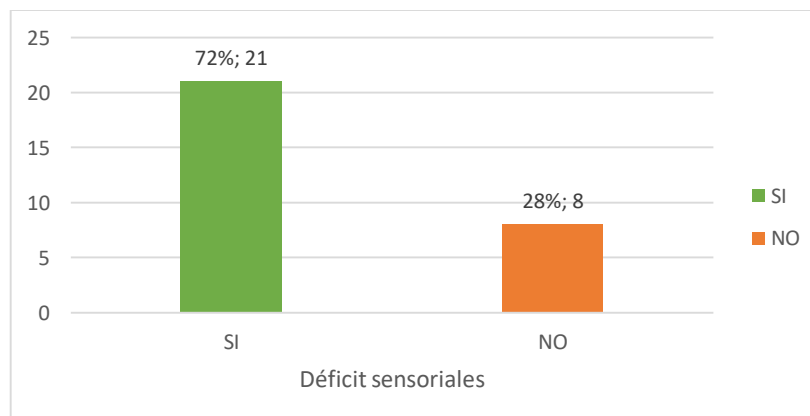


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Análisis e interpretación: Con respecto a la cantidad de medicamentos que ingieren los adultos mayores, un 59% indicó que toman de 1 a 2, a diferencia de un 24% que ingieren de 3 a 4, lo que constituye otro factor de riesgo, que a su vez se asocia con las enfermedades que padecen, porque son los fármacos indicados para cumplir con los tratamientos de dichas patologías, situación que coincide con Rodríguez et al. (2015), el cual identificó el consumir más de 2 fármacos como un factor de riesgo. No obstante, es preciso mencionar que solo un 17% no toma ningún tipo de medicación.

Gráfico 6.

Déficits sensoriales

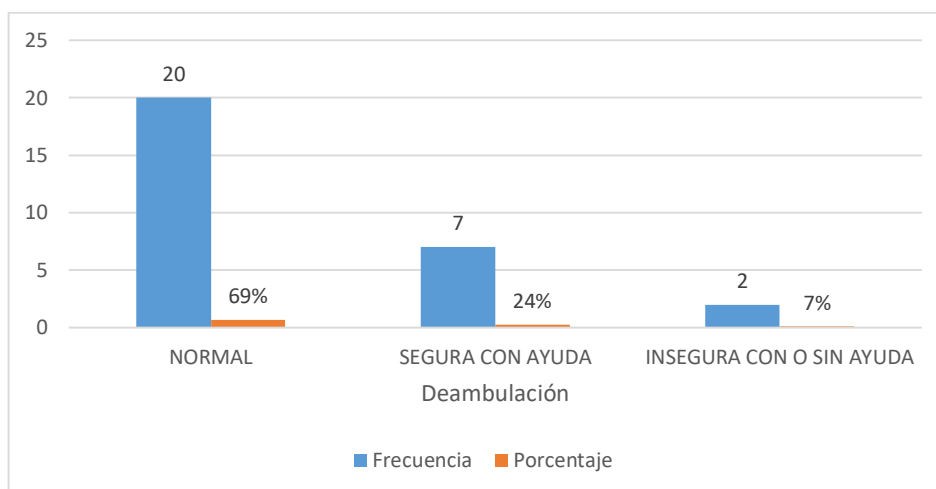


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Análisis e interpretación: Los resultados denotan que el 72 % de los adultos mayores encuestados presentan un déficit sensorial, sea este auditivo, visual o en alguna extremidad, mientras que solo el 28 % no. Es decir, que en la gran mayoría de los adultos mayores padecer un déficit sensorial, es otro factor que puede condicionar el sufrir una caída, cifras similares refleja Smith et al. (2017), con un 68,6% para el déficit visual y un 74,4% para el auditivo.

Gráfico 7.

Deambulación

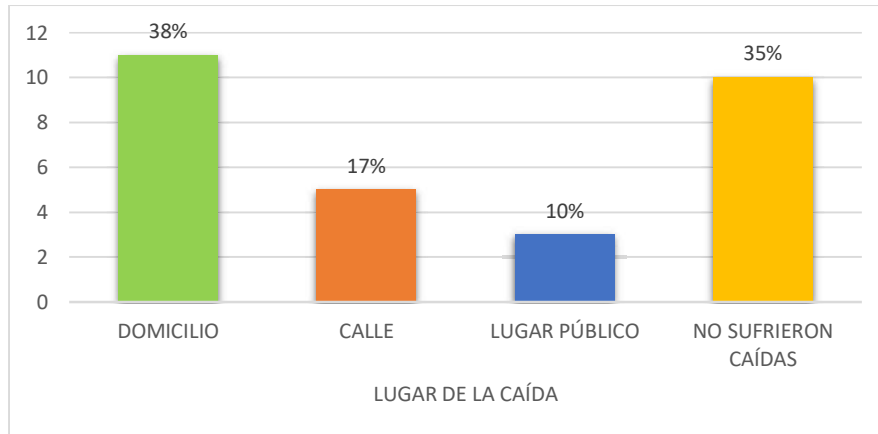


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Análisis e interpretación: Los datos evidencian que el 69% de adultos mayores mantienen una marcha normal, en un 24 % es segura con ayuda y solo en un 2% es insegura. Aunque la alteración de la marcha constituye otro factor de riesgo, en los evaluados no es un factor preponderante, debido a que en su mayoría no se observó alguna variación. Muy al contrario de la realidad que refleja Silva-Fhon et al., (2019), en su estudio en Perú, en el cual el 45,5% de adultos mayores presentó una alteración en el equilibrio, lo que afecta significativamente la deambulación.

Gráfico 8.

Lugar de la caída

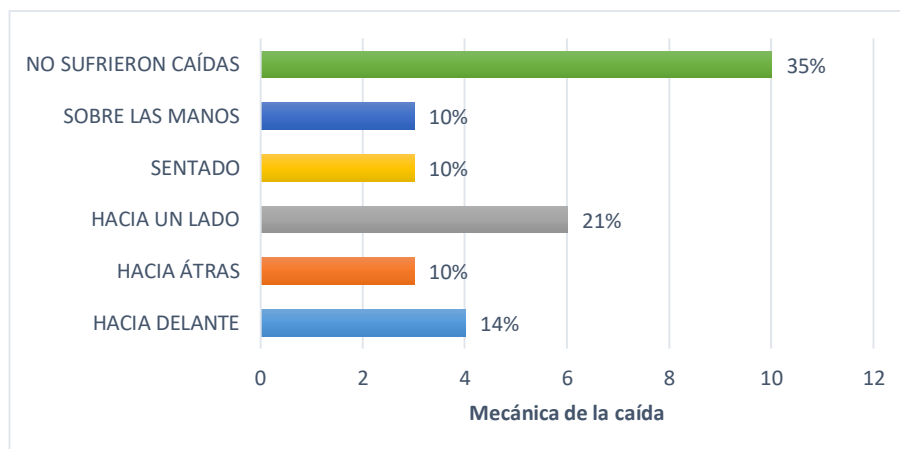


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Análisis e interpretación: En aquellos adultos mayores que indicaron haber sufrido una caída previa, el sitio más frecuente en donde ocurrió es en el domicilio con un 38%, en la calle fue de un 17% y finalmente un 10% reportó caídas en un lugar público. Estos resultados indican que en el hogar existen condicionantes que pueden propiciar una caída, existiendo similitud con los datos obtenidos por Samper et al. (2016), en los cuales la gran mayoría de caídas de los adultos mayores se produjeron en la habitación con un 39,4% y en las zonas comunes con un 39%, con lo que se puede inferir que el domicilio es el sitio más habitual en el que se producen.

Gráfico 9.

Mecánica de la caída

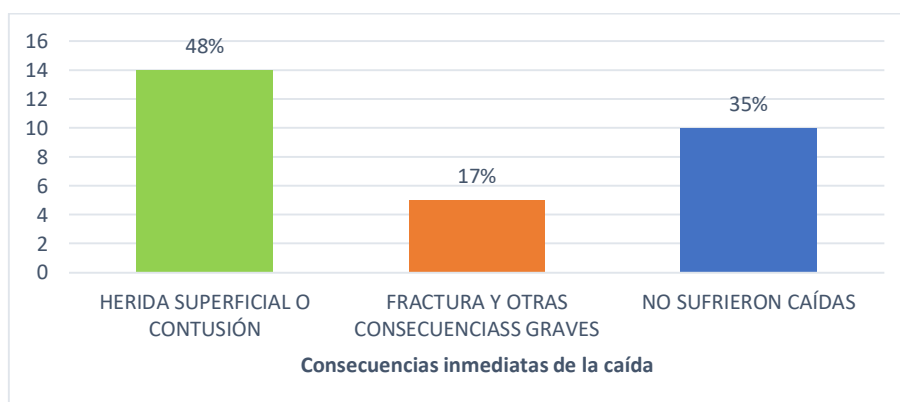


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Análisis e interpretación: De acuerdo a la mecánica de caídas producidas en los adultos mayores, el 21% fue hacia un lado, el 14% ocurrieron hacia adelante, mientras que en aquellos que cayeron sentados, hacia atrás o sobre las manos presentaron un 3% cada uno. Cabe recalcar que la mecánica de la caída, es decir, la forma en cómo se tiene contacto con el suelo, puede influir en el tipo de lesión que se puede producir.

Gráfico 10.

Consecuencias de las caídas



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Análisis e interpretación: Los resultados demuestran que de aquellos adultos mayores que sufrieron caídas, el 48% tuvo como principal consecuencia una herida superficial o contusión, a diferencia del 17% que indicaron haber sufrido una fractura u otra consecuencia grave, lo que requirió atención médica y en algunos casos hospitalización. Muy por el contrario, a lo que detallan en otros estudios con similares características, en donde 15,63% presentaron heridas, el 13,54% contusiones y tan solo el 1,04% sufrieron fracturas, específicamente de cadera (Petronilla, Aragón & Calvo, 2017).

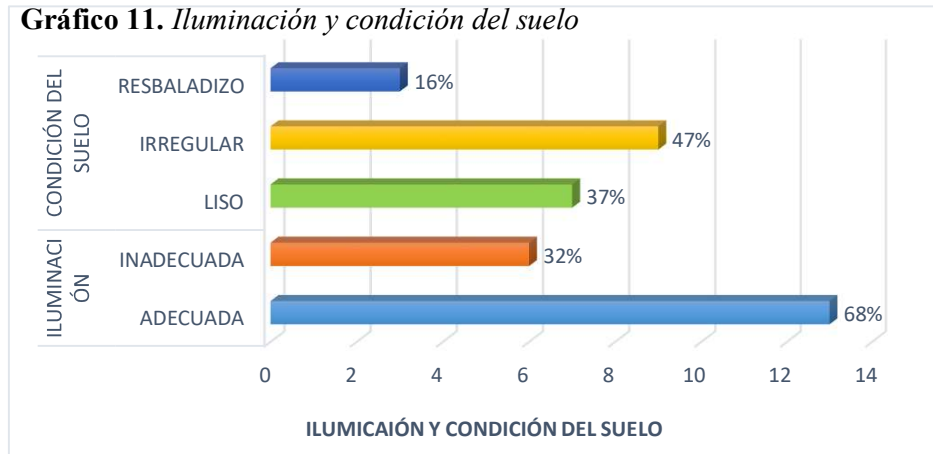
Tabla 8

Iluminación y condición del suelo

	ILUMINACIÓN		CONDICIÓN DEL SUELO		
	Adecuada	Inadecuada	Liso	Irregular	Resbaladizo
FRECUENCIA	13	6	7	9	3
PORCENTAJE	68%	32%	37%	47%	16%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

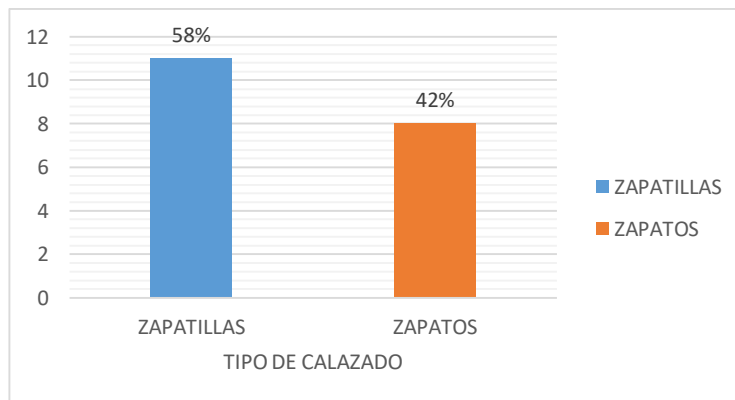
Gráfico 11. Iluminación y condición del suelo



Análisis e interpretación: En relación a la iluminación del lugar en el que se produjeron caídas y la vivienda, el 68% indicaron que es adecuada, y el 32% que es inadecuada, además mediante la observación se constató dichos resultados, ya que este es otro factor que puede influir en la generación de una caída. De igual forma se evaluó la condición del suelo, en donde se evidenció que en el 47% es irregular y el 16 % resbaladizo, lo que constituye otro riesgo para el adulto mayor; encontrándose similitud con los valores que identificaron Silva-Fhon et al. (2019), en Perú en donde la presencia de piso resbaladizo es de 20,5% y el irregular de un 14%.

Gráfico 12.

Tipo de calzado



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito. Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Análisis e interpretación: El tipo de calzado que utilizan comúnmente los adultos mayores pueden influir en las caídas, en este sentido los resultados demuestran que el 58% zapatillas y el 42% zapatos, que a su vez se relacionada con el tipo de suelo de su

vivienda, ya que ambos factores fueron identificados en aquellos que tuvieron caídas previas.

Tabla 9

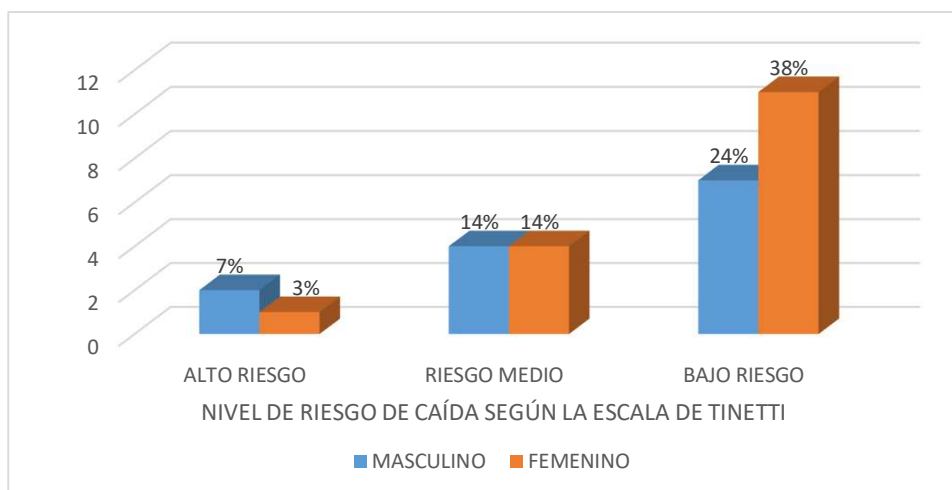
Nivel de riesgo de caída según la Escala de Tinetti

SEXO	NIVEL DE RIESGO						Total
	ALTO RIESGO	%	RIESGO MEDIO	%	BAJO RIESGO	%	
Masculino	2	7%	4	14%	7	24%	13
Femenino	1	3%	4	14%	11	38%	16
TOTAL	3	10%	8	28%	18	62%	29

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito.
Elaborado por: Ginger Flores, 2022.

Gráfico 13.

Nivel de riesgo de caída según la escala de Tinetti



Análisis e interpretación: Con respecto a la evaluación del equilibrio, la fuerza y la marcha del adulto mayor mediante el empleo de la Escala de Tinetti, los resultados obtenidos se agruparon de acuerdo al nivel de riesgo, de esta forma el 68% presentó un bajo riesgo, el 28% riesgo medio y el 10% un alto riesgo, es decir no mostraban alteraciones en la marcha y equilibrio, lo que se relaciona con los datos obtenidos en la valoración de la deambulación mediante la escala de Downton, en el **Gráfico 7**.

4.2 Comprobación de hipótesis

Mediante el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se plantea la comprobación de la hipótesis, la cual afirma que los factores de riesgo influyen en el nivel de riesgo de caídas en los adultos mayores del barrio Paraíso, parroquia Anconcito, 2022. Para ello se identificaron los riesgos y de acuerdo a la cantidad que presentaban los adultos mayores, se estableció si tenían un nivel de riesgo alto o bajo de caídas. Entre los factores de riesgo identificados están: edad avanzada, caídas previas, miedo de volver a caer, número de fármacos, déficits sensoriales, condición del domicilio y condición del suelo al ser irregular o resbaladizo.

En este sentido, los resultados demuestran que un 55,18% que corresponden a 16 adultos mayores presentan un alto riesgo, es decir que en ellos se encontraron más de 3 factores, mientras que en un 31,03% que presentaban un bajo riesgo de caídas, se identificaron solo dos factores, a diferencia del 13,8% en los cuales no se identificó ningún factor. Con estos datos se comprueba la hipótesis, ya que los factores de riesgo si influyen en el nivel de riesgo de caída del adulto mayor.

5. Conclusiones

El estado de salud de los adultos mayores está expuesto a diversos factores que pueden comprometer su salud, en este caso se determinaron los que pueden influir en las caídas, este al ser un síndrome geriátrico frecuente requiere de una valoración apropiada, para reducir las consecuencias que pueden ocasionar. El análisis de los resultados previamente obtenidos permite establecer las siguientes conclusiones:

Los adultos mayores que habitan en el barrio Paraíso y que fueron evaluados, en un 55,8 % se identificó un alto nivel de riesgo de caídas y tan solo en unos pocos no se determinó ningún riesgo (13,8%). En relación al sexo, en las mujeres es donde se identificaron más factores de riesgo, es decir son las que están más propensas a sufrir caídas, esto puede atribuirse a que generalmente son las que se encuentra más en el hogar, sobre todo por la realización de las actividades domésticas, lo que explica en cierto modo que el sitio más frecuente de caídas sea el domicilio.

Los factores de riesgo determinados se clasifican en intrínsecos que se relacionan con la persona y extrínsecos con el entorno. Entre los factores intrínsecos se encontraron: la edad avanzada, ya que, a partir de los 75 años de edad, en la gran mayoría de adultos mayores evaluados, mostraron un alto riesgo; en cuanto al desarrollo de algún déficit sensorial el 72 % presenta alguno ya sea auditivo, visual o en una extremidad; asimismo el 66% indicó haber sufrido caídas previas y de estos, en su totalidad (100%) refirieron miedo de volver a caer, en cuanto al número de fármacos en aquellos que ingieren de 3 a 4 para el tratamiento de sus enfermedades los datos son representativos (24%). Entre los factores extrínsecos identificados el principal es la condición del suelo que al ser resbaladizo o irregular incrementa el nivel de riesgo de caída del adulto mayor

La consecuencia inmediata más frecuente en aquellos que reportaron una caída, es la herida superficial y contusión (48%), en algunos casos indicaron haber requerido alguna atención médica, pero la gran mayoría no. A su vez un porcentaje significativo si sufrió una fractura u otra consecuencia grave (17%) requiriendo en algunos casos hospitalización, es por ello que se debe identificar los factores que predisponen caídas, para reducir las implicaciones que pueden tener en la salud del adulto mayor.

6. Recomendaciones

De forma general, se recomienda la continua evaluación y seguimiento del grupo de estudio, es decir de los adultos mayores con riesgo de caídas y no solamente en esta localidad, sino que se fortalezca la atención primaria en salud en esta población, resaltando que la identificación temprana de los factores de riesgo, permitirá que mantengan una mejor calidad de vida y se logrará reducir de forma oportuna varias de las consecuencias que pueden generar un aumento de la morbilidad y mortalidad.

En este sentido los adultos mayores siempre deben formar parte del núcleo familiar y del entorno social, es allí en donde se debe priorizar su cuidado, en todos los ámbitos, tanto en su salud física, psicológica, social, para ello debe ser incluido en programas que le permitan mantenerse activo y que sean liderados por los centros de salud y la comunidad.

Cumpliendo con el último objetivo específico planteado que consiste en promover medidas de prevención para reducir los riesgos y evitar las caídas con algunos de los factores de riesgo identificados se pueden modificar ciertos aspectos que permitan al adulto mayor estar en un entorno más seguro, como colocarlos en los lugares de la casa en donde las condiciones del suelo o la iluminación no puedan influir y provocar caídas, es decir que sus habitaciones no sean en espacios en donde tengan que usar escaleras, desniveles, muebles inestables o alfombras ya que en algunas ocasiones no están construidas o adaptadas acorde a sus necesidades.

Asimismo, si ellos utilizan alguna ayuda técnica como los bastones o andadores, para movilizarse, los familiares o cuidadores siempre deben verificar que están en las mejores condiciones para su uso. De forma similar se debe estar pendiente en aquellos que utilizan lentes o prótesis auditivas y verificar si están cumpliendo con el objetivo de mejorar la audición y percepción sensorial.

Educar a la familia y/o sus cuidadores, sobre la importancia de que los adultos mayores acudan a sus citas médicas, para que puedan recibir una atención integral, también que cumplan sus tratamientos farmacológicos, no obstante, es fundamental estar pendiente de las posibles reacciones adversas de los medicamentos y que pueden influir en su estado de salud.

7. Referencias bibliográficas

- Alvárez, P., & Guapizaca, F. (2008). Guías Clínicas Geronto - Geriáticas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor, Caídas. Ministerio de Salud Pública. Quito: MSP. Obtenido de <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
- Álvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. Ministerio de Salud Pública. Quito: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 7 de Mayo de 2022, de https://www.academia.edu/24822111/MSP_Normas_y_protocolos_de_atenci%C3%B3n_integral_de_salud_de_los_adultos_mayores
- Berbiglia, V., & Banfield, B. (2018). Teoría del déficit de autocuidado en enfermería. En M. Raile, A. Marriner. (Ed), *Modelos y teorías en enfermería* Novena Edición (pp 198-210). Barcelona, España: Elseiver
- Calleja, J., Lozano, M., Muñoz A., Olivares, A., & Osio, Y. (2013) Guía de consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Prevención y Atención de las Caídas en la persona adulta mayor. Secretaria de Salud. México. ISBN 978-607-406-075-9
- Carballo-Rodríguez, A., Gómez-Salgado, J., Casado-Verdejo, I., Ordás, B., & Fernández, D. (2018) Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Barcelona, *Gerokomos*, 29(3):110-116. Recuperado en 27 de mayo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000300110&lng=es&tlng=es.
- Cerda, L. (2014) Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2): 265-275. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70037-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70037-9)
- Constitución de la República del Ecuador (2008) (pág. 35-36). Ecuador. Recuperado de: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Cruz-Arenas, E., González-Lara, M., López-Teros, M., Godoy-Castellanos, I., & Pérez-Zepeeda, M. (2014). Caídas: revisión de nuevos conceptos. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro;13(2):86-95 <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.11522>
- Díaz Alay, Z., Pavajeau Hernandez, J., Santos Holguin, S., & Juez Morán, T. (2018). Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores de la parroquia Anconcito, Santa Elena. *Revista electrónica Ciencia Digital*, 2(1), 176-188. <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v2i1.12>
- Eliopoulos, E. (2019). *Enfermería geriátrica y gerontológica*. Barcelona, España: Wolters Kluwer
- Echemendía Tocabens, B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 470-481. Recuperado en 27

de mayo de 2022, de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lng=es&tlng=es.

- Filho, J., Porfirio, W., Mata, J., Carvalho, A., Rodrigues, R., & Carvalho, D. (2019). Prevalencia de caídas y factores asociados en ancianos brasileños residentes en una comunidad: revisión sistemática y metaanálisis. Brasil. *Cad.Saúde Pública* 35 (8) 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115718>
- Gallo, M., & Morillo, J. (2016). *Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que reciben intervención con un programa multifactorial de prevención comparado con adultos mayores que reciben indicaciones en consulta médica del centro de salud número 9 comité del pueblo en los meses de septiembre a noviembre de 2016* (tesis de posgrado). Postgrado de medicina familiar y comunitaria. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador,
- García, M. Sánchez, S. Juárez, T. Granados, V. (Eds.) (2013). *Envejecimiento saludable y productivo*. Ciudad de México, México: Editoriales FT, S. A. de C. V.
- García-López, J., & Rodríguez -Marroyo, J. (2015). Capítulo5: Equilibrio y estabilidad del cuerpo humano. En P. Pérez, S. Llana. (Ed.), *Biomecánica básica aplicada a la actividad física y el deporte* (pp. 99-130). Barcelona, España: Paidotribo
- Guillén, F. Pérez, J. Petidier, R. (2008). *Síndrome y cuidados en el paciente geriátrico*. Madrid, España: Elsevier Masson.
- Ley del Anciano. Codificación de la ley del anciano, Quito, Ecuador (s.f.), Recuperado de: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_Ley-Anciano-Reglamento.pdf
- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. Suplemento del Registro Oficial 241, Quito, Ecuador. (8 julio, 2020). Recuperado de: https://www.regulacionagua.gob.ec/%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdownloads%2F2020%2F12%2Freglamento_lopam0382842001601663401.pdf&usg=AOvVaw3b79DD-GP28RXYzYAg55QI
- Ley Orgánica de Salud. Ley 67. Registro Oficial Suplemento 423, Quito, Ecuador (18 diciembre, 2015). Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F03%2FLEY-ORG%25C3%2581NICA-DE-SALUD4.pdf&usg=AOvVaw0cJYu0Ks1C5cL8v4aTcJsv>
- Marañón Fernandez, E., & Mesas Sotos, R. (2008). Caídas en el anciano. En F. Guillén Llera, J. Pérez del Molino, & R. Petidier Torregrosa, *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (págs. 497-512). Barcelona, España: Elsevier Masson, D. L.
- Marañón, E., & Mesas, R. (2008). Caídas en el anciano. En F. Guillén, J. Pérez, R. Petidier. (Ed.), *Síndrome y cuidados en el paciente geriátrico* (pp. 497-512). Madrid, España: Elsevier
- Mejía, M., Rivera, P., Urbina, M., Alger, J., Maradiaga, E., Flores, S., Rápalo, S., Zúñiga, L., Martínez, C., y Sierra, L. (2014). Discapacidad en el adulto mayor:

características y factores relevantes. Biblioteca Virtual en Salud Honduras. http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo2_RFCMV011-2-2014-5.Revision.Discapacidad.Adulto.Mayor.pdf

- Mercado, M. (2013). Síndromes geriátricos en el Instituto Mexicano del Seguro Social: necesidad de un abordaje complementario. En M. García, S. Sánchez, T. Juárez, V. Granados. (Eds.) *Envejecimiento saludable y productivo* (pp. 117-113) Ciudad de México, México: Editoriales FT, S. A. de C. V.
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado en 27 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tIng=es..
- OMS. (26 de Abril de 2021). Caídas. Recuperado el 25 de Mayo de 2021, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Orces, CH. (2014). Prevalence and Determinants of Fall-Related Injuries among Older Adults in Ecuador. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2014, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2014/863473>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de Octubre de 2021). Envejecimiento y salud. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Factores de riesgo*. Recuperado de: http://origin.who.int/topics/risk_factors/es/
- Penny, E. Melgar, F. (Eds.) (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: Grupo Editorial La Hoguera.
- Petronila Gómez, L., Aragón Chicharro, S., & Calvo Morcuende, B. (2017). Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. *Gerokomos*, 28(1), 2-8. Recuperado en 16 de abril de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100002&lng=es&nrm=iso&tIng=es
- Quiñonez, J. (2017) *Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Rodríguez-Molinero, A., Narvaiza, L., Gálvez-Barrón, C., José de la Cruz, J., Ruíz, J., Gonzalo, M., Valldosera, E., & Yuste, A. (2015). Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Revista Española Geriatría y Gerontología*; 50(6): 274–280. Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caidas-poblacion-anciana-espanola-incidencia-S0211139X15000931>
- Romano Durán, E., Rodríguez Camarero, GF., & Martínez-Esparza, EH. (2017). Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona. *Gerokomos*, 28(2), 78-82. Epub 09 de noviembre de 2020.

Recuperado en 27 de mayo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200078&lng=es&tlng=es.

- Sakraida, T., & Wilson, J. (2018). Modelo de promoción de la salud. En M. Raile, A. Marriner (Ed), *Modelos y teorías en enfermería* Novena Edición (pp. 323-332). Barcelona, España: Elseiver
- Silva-Fhon, J.R., Partezani-Rodrigues, R., Miyamura, K., & Fuentes-Neira, W. (2019). Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 16(1), 31-40. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>
- Smith, A., Silva, A., Rodrigues, R., Moreira, M., Nogueira, J. & Tura, L. (2017). Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2754. Epub April 06, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>
- Terra Jonas, L., Diniz Lima, KV., Inácio Soares, M., Mendes, MA., Silva, JV., & Ribeiro, MP. (2014). Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? Barcelona. *Gerokomos*. 25 (1):13-16. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100004>
- Thompson Hernández, JA., & Quevedo Tejero, EC. (2019). Caídas múltiples y factores asociados en adultos mayores funcionales no institucionalizados de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte sanitario*, 18(2), 185-193. Epub 00 de mayo de 2019. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n2.2659>
- Torres González, M. (2008). Fisiología del envejecimiento. En F. Guillén Llera, J. Pérez del Molino, & R. Petidier Torregrosa, *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (págs. 31-45). Barcelona: Elsevier Masson, D. L.

8. ANEXOS

Anexo 1 Autorización



Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

Oficio No.269-CE-UPSE-2022.

La Libertad, 20 de Mayo de 2022.

Sra
Clemente Jacinta
PRESIDENTA DEL BARRIO PARAISO
En su despacho: –

De mi consideración:

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería a la estudiante:

No.	TEMA	ESTUDIANTE	CEDULA	DOCENTE TUTOR
1	FACTORES DE RIESGO DE CAIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO PARAISO DE LA PARROQUIA ANCONCITO, 2022.	FLORES FRANCO GINGER LISBETH	2450476490	Lic. Doris Castillo Tamala, MSc

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que la Srta. FLORES FRANCO GINGER LISBETH, proceda al levantamiento de información dentro de la institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima



Lic. Nancy Domínguez Rodríguez
DIRECTORA DE LA CARRERA

CC: ARCHIVO
NDR/POS

Anexo 2 Consentimiento informado



Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación de una clara explicación sobre la naturaleza de la misma, así como de su rol como participantes.

La presente investigación es conducida por **FLORES FRANCO GINGER LISBETH**, de la **Universidad Estatal Península de Santa Elena**, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Carrera de Enfermería. El objetivo de este estudio es “**Determinar los factores de riesgo de caídas en los adultos mayores del Barrio Paraíso, Parroquia Anconcito, 2022**”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a preguntas contenidas en tres escalas. Esto tomará aproximadamente 30 minutos. La información que se recolectará ayudará de tal forma a que el investigador pueda transcribir las respuestas que usted haya colocado. También se tomará un registro audiovisual de la encuesta que una vez se cuente con su autorización se utilizarán algunas de las imágenes para anexos como evidencia y parte de la investigación y ser publicado con fines académicos.

La participación en este estudio es **estrictamente voluntaria**. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritos los resultados de las encuestas esta evidencia se destruirá o eliminará. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna duda sobre las preguntas planteadas puede pedir ayuda a la persona a cargo de la encuesta.

Gracias por su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducido por **FLORES FRANCO GINGER LISBETH**

He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio. Me han indicado también que tendré que responder preguntas en tres escalas a profundidad, lo cual tomará aproximadamente **30 minutos**.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a la investigadora al teléfono **0990680946**

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono antes mencionado.

Nombre del Participante
Fecha

N° cédula
Dirección: Campus matriz, La Libertad - prov. Santa Elena - Ecuador
Código Postal: 240204 - Teléfono: (04) 2-781732
www.upse.edu.ec

Firma

Anexo 3 Instrumentos - Encuestas



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



TEMA: FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO PARAÍSO, PARROQUIA ANCONCITO, 2022”

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo de caídas en los adultos mayores del Barrio Paraíso, Parroquia Anconcito, 2022”.

INSTRUCCIONES: Leer cuidadosamente y responder con sinceridad las siguientes preguntas (los datos recolectados se manejarán de forma confidencial, pues serán utilizados exclusivamente para la elaboración de la investigación).

DATOS PERSONALES:

Edad: () 65-74 () 75-89 () 90-99 () >100

Sexo: () masculino () femenino

Estado civil: () Casado () Unión libre () Viudo () Separado o divorciado () Soltero

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J, H DOWNTON			PUNTUACIÓN
CAÍDAS PREVIAS	No	0	
	Si	1	
INGESTA DE MEDICAMENTOS	Ninguno	0	
	Tranquilizantes/sedantes	1	
	Diuréticos	1	
	Hipotensores	1	
	Antiparkinsonianos	1	
	Antidepresivos	1	
	- Otros medicamentos	1	
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguna	0	
	Alteración visual	1	
	Alteraciones auditivas	1	
	Alteraciones de las extremidades causadas, por ejemplo, por haber sufrido un ictus, una enfermedad neurológica, etc.	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	
	Confuso	1	
DEAMBULACIÓN	Normal	0	
	Segura con ayuda	1	
	Insegura con o sin ayuda	1	
	Imposible	1	
Total			
La escala tiene un rango de 1 a 6		RIESGO ALTO	3
riesgo de caída >3		RIESGO BAJO	2
		SIN RIESGO	0

NOTA: Llenar solo si en el primer ítem de CAÍDAS PREVIAS de la escala anterior, la respuesta fue SI

CUESTIONARIO DE CAÍDAS (OMS)

LA CAÍDA

<p>1. ¿Es la primera caída?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No lo sabe</p> <p>2. ¿Se ha caído en los últimos 6 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No lo sabe</p> <p>Si se ha caído ¿Cuántas veces?</p>	<p>3. ¿Ha cambiado su modo de vida a consecuencia de la caída?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p>Si lo ha hecho, explique por qué:</p> <p>4. ¿Tiene usted miedo de volver a caerse?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No lo sabe</p>
--	--

5. Información sobre las características de la caída:

<p>5.1. Lugar de la caída</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Domicilio (en interior)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Domicilio (exterior, terraza, patio...)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. En la calle <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 4. En lugar público (en el interior)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. En lugar público (en el exterior)</p> <p>5.1 Se trata de un lugar familiar/habitual Se trata de un lugar no familiar</p>	<p>5.2. Iluminación del lugar de la caída</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Bien iluminado</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mal iluminado</p> <p>5.3. Momento de la caída</p> <p>Momento del día:</p> <p><input type="checkbox"/> Mañana</p> <p><input type="checkbox"/> Tarde</p> <p>Noche (a qué hora)</p>
<p>5.4. Condiciones meteorológicas</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Lluvia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Nieve</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Viento</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Hielo</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muy soleado</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Ninguno de los anteriores</p> <p>(especificar):</p> <p>5.5. Condiciones del suelo</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Liso</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Resbaladizo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Irregular</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Pendiente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Escaleras</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Ninguno de los anteriores</p> <p>(especificar):</p> <p>5.6. Tipo de calzado</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Descalzo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. zapatillas</p> <p><input type="checkbox"/> 3. zapatos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Otro (precisar)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. No recuerda</p> <p>5.7. ¿Había algún objeto que favoreció la caída?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p>5.8 Mecánica de la caída</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Hacia delante</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Hacia atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Hacia un lado</p>	<p>5.9 ¿Presenció alguien la caída?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿quién?:</p> <p>5.10 ¿Tropezó con algo?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sabe:</p> <p>5.11 ¿Cómo era el suelo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Duro</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Blando</p> <p>3. Si se cayó sobre un objeto, precisar cuál:</p> <p>5.12 ¿Cuánto tiempo ha permanecido en el suelo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Se levantó inmediatamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Unos minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos de una hora</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Más de una hora</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Más de 12 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 6. No puede decirlo</p> <p>5.15 ¿Pudo levantarse?</p> <p>0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sí, con ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sí, solo</p> <p>5.16 Consecuencias inmediatas de la caída</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Herida superficial o contusión</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Fractura y otras consecuencias graves</p>

<input type="checkbox"/> 4. De cabeza	<input type="checkbox"/> 4. Traumatismo craneal
<input type="checkbox"/> 5. Sentado	<input type="checkbox"/> 5. Defunción
<input type="checkbox"/> 6. Sobre las manos	
<input type="checkbox"/> 7. Sobre los brazos	

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

<i>EQUILIBRIO SENTADO</i>		<i>PUNTUACIÓN</i>
Se inclina o desliza en la silla.....	0	
Firme y seguro.....	1	
<i>LEVANTARSE</i>		
Incapaz sin ayuda.....	0	
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1	
Capaz sin utilizar los brazos.....	2	
<i>INTENTOS DE LEVANTARSE</i>		
Incapaz sin ayuda.....	0	
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1	
Capaz de levantarse con un intento.....	2	
<i>EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE</i>		
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco) ...	0	
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	1	
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	2	
<i>EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION</i>		
Inestable.....	0	
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	1	
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	2	
<i>EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).</i>		
Tiende a caerse.....	0	
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.....	1	
Firme.....	2	
<i>OJOS CERRADOS (en la posición anterior)</i>		
Inestable.....	0	
Estable.....	1	
<i>GIRO DE 360°</i>		
Pasos discontinuos.....	0	
Pasos continuos.....	1	
Inestable (se agarra o tambalea)	0	
Estable.....	1	
<i>SENTARSE</i>		
Inseguro.....	0	
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	1	
Seguro, movimiento suave.....	2	

TOTAL-EQUILIBRIO / 16

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con “paso rápido, pero seguro” (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)

<i>COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir “camine”</i>		<i>PUNTUACIÓN</i>
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0	
No vacilante.....	1	
<i>LONGITUD Y ALTURA DEL PASO</i>		
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	0	
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.....	1	
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo	0	
El pie derecho se levanta completamente.....	1	
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0	
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	1	
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo	0	
El pie izquierdo se levanta completamente.....	1	
<i>SIMETRIA DEL PASO</i>		
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente	0	
Los pasos son iguales en longitud.....	1	
<i>CONTINUIDAD DE LOS PASOS</i>		
Para o hay discontinuidad entre pasos.....	0	
Los pasos son continuos.....	1	
<i>TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. De distancia)</i>		
Marcada desviación.....	0	
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.....	1	
Derecho sin utilizar ayudas.....	2	
<i>TRONCO</i>		
Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	0	
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos	1	
No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	2	
<i>POSTURA EN LA MARCHA</i>		
Talones separados.....	0	
Talones casi se tocan mientras camina.....	1	

TOTAL-MARCHA / 12 TOTAL GENERAL / 28

Anexo 4 Evidencia fotográfica



Socialización de consentimiento informado



Aplicación de escala de riesgo de Caídas de Downton



Aplicación de Cuestionario de caídas de la OMS



Evaluación del equilibrio-Escala de Tinetti



Evaluación de la marcha- Escala de Tinetti

Tutoría

Anexo 5 Certificado Antiplagio - Reporte URKUND



CERTIFICADO ANTIPLAGIO

La Libertad, 29 de mayo del 2022

003-DMCT-2022

En calidad de tutora del trabajo de titulación denominado, "FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO PARAÍSO, PARROQUIA ANCONCITO 2022," elaborado por FLORES FRANCO GINGER LISBETH, estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación se encuentra con el 1% de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Atentamente,

DORIS MARCELA
CASTILLO
TOMALA

Firmado digitalmente
por DORIS MARCELA
CASTILLO TOMALA
Fecha: 2022.05.29
12:12:14 -05'00'

Lic. Doris Castillo Tomalá, MSc.
Cédula: 0200896462

Tutora





Original

Document Information

Analyzed document	FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES-GONZALEZ JUSMETH FLORES FRANCO.docx (213815642)
Submitted	2022-05-27T10:12:00.0000000Z
Submitted by	
Submitter email	ikrusu@upse.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	icorbo.upse@analisis.upse.edu.ec

Sources included in the report

SA	TESIS ULTIMA EDICION - borrador para revision de plagio.docx Document TESIS ULTIMA EDICION - borrador para revision de plagio.docx (140252074)	
W	URL: https://revistasantistalemaninvestigacion.com/inestabilidad-y-caidas-en-el-anciano/ Fecha: 2022-02-28T21:40:02.3900000Z	