



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**

**RIESGO DE CAÍDAS EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE UCEM, DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA DE
VILLA EL SALVADOR LIMA, 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

PRESENTADO POR:

Lic. MAÑUECO VILLANUEVA LIZETT MARIELA

ASESOR:

MG. JAIME ALBERTO MORI CASTRO

LIMA-PERÚ

2020

DEDICATORIA

A mi pequeño angelito que me enseñó la fuerza para seguir en la vida.

A mi tío Octavio y mi abuelo Benigno mis dos ángeles que me guiaron en mi vida personal y profesional.

A mis padres Antonio y Gloria por su constante apoyo hasta el día de hoy por el esfuerzo que pusieron en mí.

A mi esposo Eddy por su constante apoyo y dedicación a pesar de la distancia.

AGRADECIMIENTO

A la Mg Rosario Mocarro Aguilar, por contribuir en nuestra formación profesional, guiándonos y motivándonos permanentemente para la culminación del presente estudio.

ASESOR:
MG. JAIME ALBERTO MORI CASTRO

JURADO

Presidente: Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

Secretario: Mg. Milagros Lizbeth Uturnco Vera

Vocal: Mg. Rosa Maria Pretell Aguilar

Índice General

	Pág.
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
JURADO	V
INDICE GENERAL	VI
INDICE DE ANEXOS	VII
I INTRODUCCIÓN	8
II MATERIALES Y METODOS	13
2.1 Enfoque y diseño de investigación	13
2.2 Población muestra y muestreo	13
2.3 Variables de estudio	13
2.4 Técnica e instrumento de medición	14
2.5 Procedimiento para recolección de datos	14
2.6 Método de análisis estadístico	14
2.7 Aspectos Éticos	¡Error! Marcador no definido.
III ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIOS	¡Error! Marcador no definido.
3.1 Cronograma de actividades	¡Error! Marcador no definido.
3.2 Recursos financieros	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIA BIBLIOGRAFIA	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS	21

Índice de Anexos

Anexo A.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo B.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo C	¡Error! Marcador no definido.

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento a nivel mundial aumentó día tras día. Organización mundial de la salud (OMS) refiere que en Latino América será la región que más envejecerá en los próximos 50 años, debido a la disminución de la natalidad y a la mejora en calidad de vida (1). En 2000 y 2050, la proporción de población mundial de 60 años de edad o más se doblará, y pasará 11% a 22%, se pronostica que el número de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en el 2015 a 1400 millones para 2030 y 2100 millones para el 2050 y podría llegar a 3200 millones en el 2100 (2). Las caídas son una de las primordiales causas de morbilidad en los adultos mayores, y se considera uno de los síndromes geriátricos más importantes dentro de la población mayor y uno de los indicadores fiables en hora de identificar al adulto mayor frágil. La prevalencia es diferente si habla de personas que viven en la colectividad o se localizan institucionalizados (3).

Los adultos mayores institucionalizados presentan un incremento en el número de caídas que se producen al año. Aproximadamente el 30% de los adultos mayores de 65 años que acuden al Hospital Universitario Arnau de Vilanova, cae al menos una vez al año. De estos, el 50% volverá a sufrir una nueva caída, mostrando un incremento progresivo de las mismas al aumentar la edad del mayor (4). Para el año 2020 su costo económico será de unos 60,000,000 millones de dólares aproximadamente el 30% de adultos mayores de 60 años independientes y valiosos sufren caída una vez al año. La mortalidad por caídas aumenta exponencialmente con el aumento de la edad en ambos sexos y en todos los grupos raciales por encima de los 75 años (5). En el contexto mundial, las caídas establecen una alta proporción de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor, Existe un 28% a 35% de las personas mayores de 65 años tiene una caída al año y a los 70 años acrecienta una proporción del 32% al 42%. las caídas son debido a la falta de valoración propicia, falta de protocolos y prácticas de seguridad, orientación deficiente por parte del personal de salud y un ambiente físico inadecuado (6).

En Latinoamérica, los adultos mayores con caídas oscilaron entre el 21.6% en Barbados y el 34% en Chile. En Canadá, las caídas son dispendiosas para el sistema médico, es la causa principal de decesos por lesiones, hospitalizaciones, incapacidades totales insolubles y otras, con gasto de 8.7 billones de dólares canadienses por año, haciendo un programa obligatorio de prevención y tratamiento de caídas en canadienses (7). Por lo tanto, en los Estados Unidos, los accidentes implican un elevado costo sanitario en tratamiento, rehabilitación y ámbito social, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención, y las caídas son la primera causa de accidentes fatales en el adulto mayor con un 38% conjuntamente un 20% a 30% de los adultos mayores que se desplomaron sufrieron lesiones moderadas o graves, requiriendo estadías dilatadas con un costo elevado por caídas (8). En México, Santiago y colaboradores (2019) señalan que fenecieron 14,036 personas adultas mayores por lesiones ocasionadas por caídas, lo que personifica habitualmente el 43.5% del total de decesos por esta causa. De ellas el 68.1% fueron varones. El número de decesos por caídas en la población adulta mayor ha expuesto una predisposición ascendente, pasando de 966 defunciones en el año 2000 a 1,178 en 2013, es decir se incrementaron un 21.9% (9).

A nivel internacional, Aramburu (2017), en España, Una de las principales causas de las caídas es la pérdida del equilibrio estático y dinámico a causa del sedentarismo, que en Chile alcanza el 80% de la población adulta de mayor edad, para considerar a un paciente con riesgo de caídas son los siguientes: adulto mayor, que se encuentra recibiendo quimioterapia, desorientado, bajo efecto de psicotrópicos, anémico o trombocitopénico. (10). Bueno y col., (2017), en Colombia, su trabajo características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados, Los datos sobre incidencia de caídas (0, 51%) son parecidos a los encontrados en otros trabajos. Los resultados obtenidos en las características de la Escala Downton deberían ser una llamada de atención para las Instituciones Sanitarias (11). Caiza (2016), en Ecuador, dice que del total pacientes presentes en el área de hospitalización durante el periodo de observación, 30% tras aplicar la escala de John Downton presentaban un alto riesgo de sufrir una caída (12). Silveira y col., (2015) en Brasil, dice que la prevención de las caídas puede ser una manera de minimizar

el aumento de morbilidad entre los adultos mayores institucionalizados. Esta acción preventiva inicia por evaluación del adulto mayor del ambiente que rodea, identificando factores de riesgos para caídas y proponiendo modificaciones. (13)

A nivel nacional, Villón (2018), refiere que uno de cada tres adultos mayores de 65 años resiste una caída y uno de cada dos mayores de 80 años caerán cada año de los cuales un 75% volverán a caer en los siguientes 12 meses, advirtió el médico geriátrico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (14). Cotaquispe y Arevalo (2017), Al evaluar el riesgo de caídas del adulto mayor, mediante la comparación de los factores cognitivos y sociodemográficos, antecedentes de caídas y comorbilidades auto-reportadas, reportaron que existe una asociación significativa del riesgo de caídas, medido por el Fall Risk Score, con el sexo (<0.001), la edad (0.054), el desempeño cognitivo (<0.001) y los antecedentes de caídas (<0.001). (15). Espinoza y Tinoco, (2016), en un estudio realizado en Perú, aplicó un análisis estadístico descriptivo y/o inferencial; analizado con el programa Stata 11.2, los resultados del análisis se pueden aseverar que, de la muestra evaluada, queda en certidumbre que existe relación entre la edad y el riesgo de caídas en las personas adultas mayores con un valor de $p < 0.05$, arrojando como edad promedio de tener alto riesgo de caídas 76.4 años de edad (16). Zegarra (2017), en su trabajo "Prevalencia, riesgo y consecuencia de las caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Goyeneche de Arequipa, Las caídas en las personas mayores constituyen un síndrome geriátrico que tiene sus propios factores de riesgo, que varían según las características específicas del mayor que se cae y medio en el que tiene lugar la caída (17).

Existen diferentes escalas que permiten valorar el riesgo de caídas de una persona atendiendo a distintos criterios. Este es el caso de la escala de Downton, que se utiliza para evaluar el riesgo que presenta a una persona de sufrir una caída con el fin de en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas (18). Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 o 1 cuando el resultado de la escala es de tres o más punto se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída (19). La enfermera tiene no solo la responsabilidad de contribuir a la

seguridad del paciente, si no realizarlo con las herramientas propias de la disciplina, como lo es la implementación del proceso enfermero y el uso del lenguaje estandarizado a través de las taxonomías como los diagnósticos enfermeros (20). La NANDA-I12 contiene diagnóstico de enfermera riesgo de caídas según el contexto, enfermera en salud se vincula con la seguridad del paciente para prestar cuidados y tener ambiente hospitalario seguro y disminuir riesgos en la asistencia e identificar riesgo de caídas y realizar intervenciones para no dejar caer al paciente. El conocimiento y uso de acciones adaptando en las taxonomías que van a depender de su formación y experiencia (21).

El propósito principal de este trabajo fue analizar evidencia a nivel nacional e internacional que nos ayuden a determinar el riesgo de caída de los adultos mayores mediante los instrumentos validados, durante mi ejercicio profesional día a día con pacientes adultos mayores que ingresan por patologías propias de la edad sufren caídas continuas llevándolos a la muerte. La caída debe ser presentada al personal del área de salud y a la sociedad para que estos se conviertan en agentes de cambio tomando decisiones en medidas de prevención, en población en riesgo de caer y atenderla con ámbito familiar y social (22). El personal de enfermería es la primera línea de cuidados en paciente y se convierte en principal responsable de ejecutar intervenciones para prevenir que los pacientes no se caigan en su estancia en el hospital es importante que el personal de enfermera emplee estrategias de identificación de riesgos de caídas mediante teorías aprendidas e instrumentos validados de esta manera los hospitales adopten políticas de salud (23)

Por tal motivo, el presente trabajo de investigación tiene importancia para la salud del adulto mayor porque consentirá cuantificar el riesgo de caída de este grupo etario, acarrear a tener cifras de cuál es actual riesgo de caída de nuestra población adulta mayor, contando con información, valorar cual sería el riesgo de caída en próximos años, realizar política de salud preventivo-promocional para reducirse el nivel de riesgo de caída y prevenir la aparición de afecciones que causen deficiencias y discapacidades en el adulto mayor, lo que podría generar un ahorro para invertir en otras áreas de salud pública. El objetivo es determinar el riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del servicio de UCEM del Hospital de Emergencia de Villa el Salvador- Lima, 2020.

II MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Enfoque y diseño de investigación

La presentación de investigación es de enfoque cuantitativo porque la variable principal es expresada numéricamente. En cuanto al diseño metodológico es una investigación descriptiva de corte transversal, porque se describe el riesgo de caídas de los pacientes adultos mayores tal como se da el contexto de la realidad y la recolección de los datos se dio en determinado momento en el hospital de emergencia de Villa El Salvador haciendo un corte en el tiempo.

2.2 Población muestra y muestreo

La población estará constituida por 54 adultos mayores del servicio de UCEM, la población es finita, se trabajará con totalidad de la población, siendo seleccionadas las unidades de análisis mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicando criterios de inclusión y exclusión planteados en la investigación.

Criterios de Inclusión: Adulto mayor de 60 años que asista al servicio de UCEM, del hospital de emergencia de Villa El Salvador. Adulto mayor de 60 años a más de ambos sexos. Adulto mayor en uso de sus facultades cognitivas. Adulto mayor de 60 años a más que de su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de Exclusión. Adulto menor de 60 años. Adulto con deterioro cognitivo. Adulto Mayor que se niegue a participar de la entrevista para la investigación.

2.3 Variables de estudio

El estudio tiene una variable que es riesgo de caídas de pacientes adultos mayores, según su naturaleza, es variable cuantitativa y su escala de medición es la discreta.

Definición conceptual de variable principal, se entiende por riesgo de caídas aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico, las caídas frecuentes deben tenerse en cuenta como indicadores de una circunstancia de debilidad o de incapacidad que tiene como resultado el principio de diversas patologías, incluso pudiendo sospechar que es la causa directa de muerte para el adulto mayor (24)

Definición operacional de variable principal, se entiende por riesgo de caídas la posibilidad de una cada del paciente adulto mayor hospitalizado al piso de forma repentina causando lesiones que pueden llevar a la muerte. Se tendrán los siguientes valores: Valor Fial Riesgo bajo, Mediano riesgo, Alto riesgo. Los Criterios para asignar valores 1) bajo riesgo (0-1 pts.), 2) mediano riesgo (2 pts.) 3) alto riesgo (3 o más).

2.4 Técnica e instrumento de medición

La técnica a utilizar en el trabajo de campo será la aplicación de la encuesta con la que se obtendrá una cantidad importante de datos de forma óptima y eficaz, se empleará en el estudio fue un cuestionario elaborado por el investigador, el que incluyó la escala de riesgo de Downton para evaluar el riesgo de caídas este comprende 19 ítems agrupados en 5 dimensiones. **(ver anexo B)**

2.5 Procedimiento para recolección de datos

Para la elaboración del presente estudio en el hospital de emergencia de villa el salvador, ubicado en Av. 200 millas Villa el Salvador, se solicitará la aprobación del Director médico, Dr. Percy Balabarca Cristóbal, a quien se le informará sobre los objetivos de la investigación y el instrumento a emplear la escala de Downton para evaluar el riesgo de caídas, posterior a ello previa autorización verbal, se procedió a recolectar los datos.

2.6 Método de análisis estadístico

En esta investigación participarán adultos mayores del servicio de UCEM del hospital de emergencia de Villa El Salvador los datos serán organizados y procesados a una tabla elaborado en el software estadístico SPSS 24.0, este proceso se realizará cuidadosamente para así evitar errores y valores perdidos al momento del análisis,

siguiendo el orden de la codificación establecida por cada paciente y teniendo en cuenta los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones que contempla el instrumento. Se procederá a describir el riesgo de caídas en los adultos mayores mediante los parámetros establecidos en la escala del instrumento y se medirá de la siguiente forma, 1) bajo riesgo (0-1 pts.), 2) mediano riesgo (2 pts.) 3) alto riesgo (3 o más).

En cuanto a la variable de riesgo de caídas, se utilizará el instrumento de escala de riesgo, dentro de la escala de J.H. Downton encontramos los siguientes ítems: Marcha normal: Persona que se desplaza sin asistencia. Puede observarse disminución de longitud y velocidad del paso, aumentando la base de sustentación, facilitando el equilibrio de la marcha. Marcha segura con ayuda: personas que se desplacen con ayuda biomecánica o sin ella, pero que conserva las condiciones de equilibrio. Marcha insegura con/sin ayuda: marcha con sensación de pérdida de equilibrio de pie o caminado. Implica la necesidad de esfuerzo continuo para prevenir caídas. Marcha imposible: personas que estén limitadas por condiciones físicas a poder desplazarse de un lugar a otro. Título Escala de riesgo. Autor. J. H. Downton. Participantes Adultos mayores de 60 años a más. Finalidad. Valorar el riesgo que presenta un individuo de tolerar una caída con fin de implementar medidas preventivas para evitar nuevas caídas. Confiabilidad 0.88.

2.7 Aspectos Éticos

Se tomará en cuenta los aspectos de protección de los pacientes de la investigación y los principios de bioéticos.

Principio de autonomía. El principio de autonomía será aplicado en el estudio, al abordar al paciente se respetará sus decisiones y libre voluntad de participación. A cada uno de ellos se hará conocer los por menores del estudio y luego se solicitarán su consentimiento informado para que su participación sea adecuada y regular en el estudio.

Principio de beneficencia. A los familiares se les explicará sobre los beneficios indirectos que se obtendrán con los resultados de este estudio. Al final del estudio,

nos permitirá orientar mejores estrategias educativas y sanitarias para este grupo vulnerables.

Principio de no maleficencia. Se le explicara a cada uno de los entrevistados que su participación en este estudio no implicara ningún riesgo de salud e integridad individual

Principio de justicia. Todos los participantes serán tratados con respeto y cordialidad, se tratará a todos por igual, sin discriminación ni preferencias.

III ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIOS

3.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2020																			
	AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del problema							X	X												
Búsqueda bibliográfica								X	X	X	X	X	X							
Elaboración de la sección introducción: situación problemática, Marco teórico referencial y antecedentes											X	X	X	X						
Elaboración de la sección de introducción: importancia y justificación de la investigación											X	X	X	X						
Elaboración de la sección introducción: objetivos de la investigación											X	X	X	X						
Elaboración de la sección material y métodos: enfoque y diseño de la investigación			X	X	X	X	X	X	X	X										
Elaboración de la sección material y métodos: población, muestra y muestreo				X	X	X	X	X	X	X										
Elaboración de la sección material y métodos: técnica e instrumentos de recolección de datos					X	X	X	X	X	X										
Elaboración de la sección material y métodos: aspectos bioéticos						X	X	X	X	X										
Elaboración de la sección material y métodos: métodos de análisis de información							X	X	X	X										
Elaboración de aspectos administrativos de estudio							X	X	X											
Elaboración de los anexos							X	X	X											
Aprobación del proyecto									X	X										
Trabajo de campo										X	X	X	X	X	X					
Redacción del informe final: versión 1											X	X	X	X	X	X	X			
Sustentación del informe final																				

3.2 Recursos financieros

MATERIALES	2020			TOTAL	
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	S/.
EQUIPOS					
1 laptop	2000				2000
USB	20				20
UTILES DE ESCRITORIO					
Lapiceros	5		5		10
Hojas bond a 4		30		20	50
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO					
Libros	50	50	100	20	220
Fotocopias	30	30		40	100
Impresiones	50	20		30	100
Espiralado	10			10	20
OTROS					
Movilidad	50	30	50	20	150
Alimentos	50	30	100	20	200
Llamadas	20	10	40		70
RECURSOS HUMANOS					
Digitadora	100				100
Imprevistos		100			100
Total	2385	300	295	160	3140

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Día Mundial de la Salud 2012 La buena salud añade vida a los años [consultado 16 Dic 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud. 2020 [consultado 11 de Mar de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
3. Carballo A., Gómez J., Casado I., Ordás B., Fernández D. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2020 Sep 25]; 29 (3): 110-116. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000300110&lng=es.
4. Santamaría A. "Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad." Atención primaria 47.6 (2016): 367-375.
5. Cañas N. Caídas en la persona alcalde un problema de salud [Internet]. Salud.gob.sv. 2020 [consultado 14 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2017_presentaciones/presentacion25012017/PREVENCION-Y-ATENCION-DE-LAS-CAIDAS-EN-LOS-ADULTOS-MAYORES.pdf
6. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2007. [Links]
7. Mijangos D., la Cruz P., Alfaro L., Ribón S. Factores de riesgo de caídas e índice de masa corporal en el adulto mayor hospitalizado. Rev Cuid [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Sep 26]; 10(1): e621. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100213&lng=en. Epub Nov 04, 2019. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.621>.
8. Alert, Sentinel Event. "Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities." *The Joint Commission* 55 (2015): 1-5.
9. Santiago A., González de la Cruz P, Solís Alfaro L, Santiago Ribón T. Vista de Factores de riesgo de caídas e índice de masa corporal en el adulto mayor hospitalizado | Revista Cuidarte [Internet].

- Revistacuidarte.udes.edu.co. 2020 [Consultado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/621/1085>.
10. Aramburu Gallego, Clàudia. Valoración y prevención del riesgo de caídas en Cataluña (España) y Temuco (Chile): Descripción y análisis. 2017. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10459.1/59942>.
 11. Bueno M. Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* 27.4 (2017): 227-234.
 12. Caiza J., Michelle S. Seguridad de los pacientes en cuanto al riesgo de caídas en el área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un canto a la vida durante el segundo semestre del año". BS thesis. Quito: Universidad de las Américas, 2017., 2017.
 13. Silveira D., Costa S., Rodrigues F., Tomaschewski J., Porto D., Devos E. Proceso de enfermería orientado a la prevención de caídas en los ancianos residentes en instituciones: investigación-acción. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100010&lng=es.
 14. LR. Uno de cada tres adultos mayores de 65 años sufre una caída [Internet]. *Larepublica.pe*. 2020 [Consultado 14 Mar 2020]. Disponible en: <https://larepublica.pe/salud/1375383-tres-adultos-mayores-65-anos-sufre-caida/>
 15. Cotaquispe D., Arévalo J. Riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería* 2.1 (2017): 13-18. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/334236983_Riesgo_de_caidas_en_el_adulto_mayor_hospitalizado
 16. Smith A., Silva A., Partezani R., Paredes M., Nogueira J., Rangel L. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2754. [Access. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>].

17. Espinoza L., Tinoco S.. Relación entre riesgo de caídas y principales factores sociodemográficos en pacientes de geriatría, Hospital Félix Mayorca Soto, Tarma-Junio 2016. (2017).
18. Sanitas. Escala Downton ante el riesgo de caídas. 2020[Consultado 24 Set 2020]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton.html>
19. Who.int. 2020. Caídas. [online] [Consultado 30 Jun 2020]. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>>
20. León C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 Sep [Consultado 26 Sep 2020] ; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es.
21. Freitas L., de Goes M., Amália F. Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Abril de 2014 [Consultado 11 Mar 2020]; 22 (2): 262-268. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692014000200262&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3250.2411>.
22. Zegarra D. Prevalencia, riesgo y consecuencias de las caídas en adultos mayores atendidos en el Hospital Goyoneche de Arequipa 2017. (2017).
23. Altamirano C. "Riesgo de caídas en adultos mayores pertenecientes a un Servicio del Hospital Geriátrico San José de la Policía Nacional del Perú, en el año 2014." (2015).
24. Quiñonez G. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016. (2017). [Consultado 22 Set 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321448224_Riesgo_de_caidas_e_n_adultos_mayores_perteneciente_a_un_servicio_del_Hospital_Geriatico_San_Jose_de_la_Policia_Nacional_del_Peru_en_el_ano_2014

ANEXOS

Anexo A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES								
TITULO: RIESGO DE CAIDAS EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SERVICIO DE UCEM DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA DE VILLA EL SALVADOR, 2020								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo de caídas	Tipo de variables según su naturaleza: Cuantitativa Escala de medición: Discreta	Riesgo de caídas aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.	Se entiende por riesgo de caídas la posibilidad de una caída del paciente adulto hospitalizado al piso de forma repentina causando lesiones que pueden llevar a la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> • Caídas previas • Medicación • Déficit sensorial • Estado mental • Deambulación 	No Si Ninguno Tranquilizantes o sedantes Diuréticos Hipotensores no diuréticos Antiparkinsoniano Antidepresivo Otros medicamentos Ninguno Alteraciones de la vista Alteraciones auditivas Alteraciones de las extremidades causadas: por ejemplo, haber sufrido un ictus, una enfermedad neurológica. Orientado Confuso Normal Segura con ayuda Insegura con o sin ayuda imposible	1 2 3 4 5	Riesgo bajo Mediano riesgo Alto riesgo	1) bajo riesgo (0-1 pts.), 2) mediano riesgo (2 pts.) 3) alto riesgo (3 o más).

Anexo B
VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES
ESCALA DE J.H. DOWNTON

SERVICIO: UCEM

EDAD:

SEXO:

CAIDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICACION	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsoniano	1
	Antidepresivo	1
	Otros medicamentos	1
DEFICIT SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones de la vista	1
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones de las extremidades causadas: por ejemplo haber sufrido un ictus, una enfermedad neurológica.	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACION	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

RESULTADOS	
BAJO RIESGO	0-1
MEDIANO RIESGO	2
ALTO RIESGO	3 o mas

Anexo C

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

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

La presente investigación es conducida por Lic. MAÑUECO VILLANUEVA LIZETT MARIELA, de la UNIVERSIDAD PRIVADA NOBERT WIENER. La meta de este estudio es RIESGO DE CAÍDAS EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE UCEM, DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA DE VILLA EL SALVADOR LIMA, 2020

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya indicado.

La participación en este estudio es rigurosamente voluntaria. La información que se acopie será confidencial y no se empleará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lic. MAÑUECO VILLANUEVA LIZETT MARIELA. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es RIESGO DE CAÍDAS EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE UCEM, DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA DE VILLA EL SALVADOR LIMA,2020

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 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.

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 996010574 al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha