



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA DE
EDUCACIÓN ESTATAL
DIRECCIÓN DE
EDUCACIÓN SUPERIOR



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CLAVE: 07PSU0150M

RVOE: PSU-51/2011 | VIGENCIA: A PARTIR DEL 06 DE NOVIEMBRE DE 2009

TESIS

"MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN
PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS AL
HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE FRA.
COMALAPA "

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

MARIA DEL PILAR ROBLERO GONZALEZ
MARIA JOSE ROBLEDO CARDENAS
LIBIN ALBERTO LOPEZ GORDILLO

ASESOR DE TESIS:
ING. ANGELA ZAVALA VILLATORO

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS; JULIO 2020

PORTADILLA

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN

DEDICATORIA

Esta tesis y mi profesión la dedico a dos personas importantes en mi vida, esas persona que con sus consejos, me ha sabido guiar por el camino del bien, mostrándome siempre lo que es bueno y malo, la persona que desde mi primer día de clases hasta el último día de la culminación de mi carrera, siempre estuvo conmigo dándome valor para seguir adelante y luchar por alcanzar los sueños y metas en la vida, que son mama y papa a quienes amo con todo mi ser. Gracias por lo que juntos hemos logrado.

“María del pilar”

Dedico el desarrollo de esta tesis, y toda mi carrera universitaria al pilar fundamental, mi madre quien me guío por el buen camino, me dio fuerzas, palabras de aliento, regaños, para seguir y no desmayar ante las dificultades que se presentaban, enseñándome que yo sí puedo y lo haré si me lo propongo. A mi padre por su apoyo incondicional, comprensión, amor, han hecho de mí, una persona de bien, mis valores, mis principios, y todo lo que soy, se los debo a ustedes, papá y mamá.

“María José”

Esta tesis se los dedico a mis seres más queridos, los que siempre me apoyaron, los que siempre estuvieron conmigo en cada tropiezo, en cada llanto, mis papas a los que amo con todo mi corazón, que por ellos yo estoy cumpliendo mis mas grandes sueños, gracias por cada palabra de ánimo y cada abrazo de impulso que me daban gracias por todo que juntos logramos esta meta, los amo

“Libin Alberto”

INDICE

INTRODUCCION	9
CAPÍTULO I	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1.-Descripción del problema	11
1.2.-Formulación del problema	14
1.3.-OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	15
1.3.1.-Objetivo general	15
1.3.2.-Objetivo especifico	15
1.4.-HIPÓTESIS	16
1.5.-JUSTIFICACIÓN	16
1.6.-DELIMITACIÓN TEMÁTICA.....	18
CAPITULO II.....	18
MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO-FILOSÓFICO.....	18
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	26
2.3 MARCO TEORICO	39
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	42
CAPITULO III.....	44
DISEÑO METODOLOGICO	44
3.1 TIPO DE INVESTIGACION	44
3.1.1 INVESTIGACION APLICADA.....	44
3.1.2 INVESTIGACION DOCUMENTAL.....	44
3.1.3.-DE TIPO BIBLIOGRAFICA	45
3.1.4. DE TIPO EXPLICATIVA.....	45
3.1.5. DE TIPO CUANTITATIVO.....	46
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	46
3.2.1 DE CAMPO.....	46
3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL.....	47
3.3 POBLACIÓN.....	47
3.3.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	47
3.3.1.1 MACRO LOCALIZACIÓN.....	47
3.3.1.2 MICRO LOCALIZACIÓN	50
3.3.2 UNIVERSO O POBLACIÓN	50
3.4 MUESTRA	50
3.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.5.1 INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA.....	51

3.5.2 APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN	53
3.5.3 APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A EXPERTOS	56
CAPÍTULO IV	59
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA TESIS “PREVENCION DE CAIDAS EN PACIENTES GERIATRICOS INGRESADO EN EL HOSPITAL BASICO COMUNITARIO FRONTERA COMALAPA” ..	59
RESULTADOS DE ENCUESTAS APLICADAS A LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN	59
4.2 PRESENTACION DE RESULTADOS	59
4.2.2.-RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS APLICADAS A EXPERTOS	64
4.2.2.1.- DEL PRIMER EXPERTO	64
ENTREVISTA APLICADA A UN MEDICO	64
4.2.2.2.- DEL SEGUNDO EXPERTO.....	66
4.2.3.- RESULTADOS Y LOGROS DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	68
4.2.3.1.- DEL OBJETIVO GENERAL	69
4.2.3.2.- DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	69
MARCO METODOLOGICO: sugerencias o propuestas de mejora	70
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAFIA	72

INTRODUCCION

El adulto mayor es un ser humano que integra un grupo de riesgo para múltiples enfermedades y disfunciones orgánicas derivados del proceso natural del envejecimiento. Siendo así, este hecho, hace del adulto mayor una persona más frágil o más vulnerable, ya que su integridad física, se ve en constante riesgo de ser afectado por factores externos, como su entorno.

Dentro de las enfermedades y lesiones a los que se ve expuesto y afectado el adulto mayor, uno de ellos son las caídas.

Las caídas en un paciente mayor constituyen uno de los grandes síndromes geriátricos, estas no solamente existen si no que con base a la información que disponemos hoy en día, afirmamos que las caídas en pacientes de este tipo constituyen uno de los más graves problemas, generando muchas consecuencias de diferente índole, como psicológicos, pero son más físicos.

Además, las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424,000 personas debido a caídas y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajo y medianos ingresos.

Así mismo, uno de los entornos donde ocurren las caídas, son instituciones de salud como los hospitales. La caída en los adultos mayores se asocia a una gran comorbilidad y a un aumento de dependencia, contribuyen significativamente el aumento de la morbimortalidad en la población geriátrica.

Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas, ocasionado mucho daño físico e incluso puede llegar hacer mortal.

Debido a todo lo expuesto anteriormente creemos que es de vital importancia analizar este tema sobre caídas y con más razón en pacientes geriátricos. Ya que son más aptos a sufrir una caída, en esta tesis se dará a conocer las medidas de prevención, para que los pacientes adultos mayores de 65 años en adelante, dentro de su estancia en un hospital sea la mejor, llevando acabo la mejor atención del personal de enfermería y los cuidados necesarios para que esto no ocurra.

Por ello se verá implicado el uso de actividades para brindar información a los enfermeros, médicos, camilleros, con el fin de fomentar su conocimiento acerca del riesgo de caídas en este tipo de usuarios. Sin embargo, de esta manera se dará información a los cuidadores principales, es decir de la persona o familiar que esté a cargo del paciente, para que ellos de igual forma tengan conocimiento sobre este tema y ayudar a prevenir este problema.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-Descripción del problema

Esta afirmación se basa en que, por citar un caso muy particular, sumado a los riesgos y complicaciones propias de cada enfermedad, existen en los hospitales y clínicas diversas situaciones de riesgo para los pacientes, tales como: riesgos por RPBI (Residuos Peligroso Biológicos Infecciosos), riesgos de contagio de otras morbilidades, riesgos de la aparición de UPP (úlceras por presión) e incluso, riesgos de caídas.

Las caídas en pacientes pueden ocurrir en distintas áreas y en todo momento, por citar algunos: cambios de servicios (pasillos), baños, suelos mojados, falta de iluminación, calzado inapropiado, técnica inadecuada del personal de salud, etc.

Por dicha razón, la presente tesis estudia las medidas de prevención para evitar las caídas en pacientes en áreas de hospitalización.

Por ello, se busca promover en el personal de enfermería y en el cuidador principal, la cultura de la prevención de caídas: esto se refiere al conjunto de acciones que deben ser proporcionadas al paciente a fin de evitar la precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras este hospitalizado.

Según (salud):

Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 646 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos.

Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

- Las caídas son la causa predominante de lesiones en personas de edad avanzada (65 o más años de edad)

Durante esta etapa, la principal fuente de prevención del paciente geriátrico, será medida para prevenir el riesgo de caídas, que consiste en el proceso:

Cuidados generales

La incidencia de caídas de pacientes en el área de hospitalización se relaciona con la existencia de diversos factores de riesgo o en su caso de que no se cuente con las instalaciones adecuadas, por citar algunos ejemplos:

- No se realiza un buen seguimiento del estado de salud y el control de la medicación del paciente
- Que el personal de enfermería “vayan con prisa” o dejen solos a los pacientes y no les presten atención que requiere cada paciente.
- Que tengan las áreas con muy mala iluminación.
- No tener interruptores cerca de las puertas y de la cama, o que no estén accesibles.
- Que no tengan la instalación de “luces nocturnas”, que son pequeños pilotos que se encienden durante la noche.
- Que el baño no tenga barandales, pasamanos y falta de sillas ruedas para trasladar a los pacientes

- Los suelos estén en muy malas condiciones, resbaladizos, mojados, desnivelados y desperfectos donde el paciente puede sufrir una caída.
- Que se encuentren obstáculos como aquellos elementos que puedan entorpecer la marcha, sobre todo en las zonas de paso.
- Los tipos de calzado en malas condiciones.
- El pasillo no disponga de pasamanos/barandillas (al menos a un lado), en los laterales, para que los pacientes puedan sujetarse y mantener más la estabilidad.
- No utilizar dispositivos de ayuda, tales como bastones y andadores, que ayudan a aumentar la base de sustentación y de apoyo
- No dejar frenadas las sillas de ruedas
- No tener barandales firmes y seguros en la cama
- No evaluar la necesidad de la utilización de dispositivos visuales y auditivos (gafas y audífonos) y no revisar su buen estado.

La gravedad del tema “caídas en pacientes geriátricos en el área de hospitalización”, radica en que, por sí solo, la edad avanzada del paciente, representa un factor de riesgo para la aparición de diversas complicaciones en su salud, pero sumado a ello, existen incontables complicaciones como lo son:

- Salud del paciente: Fracturas, Contusiones, Heridas, Trauma, craneoencefálico (hematoma subdural, epidural)
- Legal o administrativa con el personal de salud: en caso de dar malos cuidados a los pacientes geriátricos les llegase a ocurrir una caída dentro del servicio de hospitalización según como ocurran los hechos el personal de salud sufriría una sanción como ser suspendido en sus labores y retirada sus licencias de médico o ser enjuiciado y pagar condena en prisión.

Una importante labor del personal de enfermería, es prevenir las caídas en pacientes geriátricos, dado que, en caso de ocurrir una caída dentro de un centro hospitalario, la salud y bienestar del paciente se encontrará altamente comprometido y eso representa un riesgo que debemos evitar.

Por dichas razones, la presente tesis se realiza con pacientes geriátricos del área de hospitalización del Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa, Chiapas.

1.2.-Formulación del problema

1.- ¿Cuáles son las medidas de prevención para evitar caídas en pacientes geriátricos ingresados en el área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa, Chiapas?

2.- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a caídas en pacientes geriátricos ingresados en el área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa, Chiapas?

3.- ¿Cuáles son las principales complicaciones por caídas en pacientes geriátricos en el área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa, Chiapas?

4.- ¿Cuál es la clasificación de caídas en pacientes geriátricos ingresados en un hospital?

5.- ¿Cuáles son las repercusiones para el personal de salud si existen caídas de pacientes durante su servicio?

1.3.-OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1.-Objetivo general

Fomentar en el personal de enfermería, camilleros, y cuidador principal, mediante un plan informativo integral, la prevención para eliminar el riesgo de caídas en pacientes geriátricos ingresados al área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa, Chiapas.

1.3.2.-Objetivo específico

- Definir cuáles son las medidas de prevención para evitar caídas en pacientes geriátricos ingresados en el área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa, Chiapas
- Explicar cuáles son los principales factores de riesgo asociados a caídas en pacientes geriátricos ingresados en el área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa, Chiapas
- Indicar cuáles son las principales complicaciones por caídas en pacientes geriátricos en el área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa, Chiapas
- Identificar cuál es la clasificación de caídas en pacientes geriátricos ingresados en un hospital

- Analizar cuáles son las repercusiones para el personal de salud si existen caídas de pacientes durante su servicio

1.4.-HIPÓTESIS

Cuanto mayor sea la edad del paciente, mayor será el riesgo de caídas en el área de hospitalización.

Cuanto menor sea los conocimientos que tengan los cuidadores principales, los camilleros y enfermeros, mayor será el riesgo de caídas.

1.5.-JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta tesis es proporcionar la información necesaria para desarrollar un plan informativo para el personal de enfermería, con la finalidad de prevenir el riesgo de caídas en pacientes geriátricos del área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa.

Se seleccionó este rango de edad, debido de la alta frecuencia de ingresos de pacientes geriátricos a los diversos servicios hospitalarios de primero, segundo y tercer nivel de atención.

Así mismo, se realiza la recolección estadística de la cantidad de personas en ese rango de edad.

(INEGI, 2019) Determina lo siguiente:

Según los datos del INEGI elaborados con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2019, en México, residen 15.4 millones de personas de 60 años o más.

- Cuatro de cada diez personas de 60 años o más que viven solas (41.4%) son
- económicamente activas.
- Siete de cada diez (69.4%) personas de edad que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación.

Se precisan datos a nivel estatal, encontrándose en Chiapas, los siguientes indicadores,

De acuerdo a (INAPAM, 2015):

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores en Chiapas, la población total de adultos mayores son 81,255 corresponde al 23.5% de la población total del estado, siendo así Frontera Comalapa 7.4% de adultos mayores

De esta forma, se realiza la investigación acerca de la incidencia de esta problemática “caídas de pacientes geriátricos en el área de hospitalización”, y se encuentran los siguientes datos:

(Ghebreyesus, 2018)

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales no intencionales.

Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 646 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos.

Por ese propósito de esta tesis es implementar información al personal de enfermería del hospital básico de Frontera Comalapa, para aumentar las

medidas de prevención acerca del tema del riesgo de caídas en pacientes geriátricos en el área que corresponda.

1.6.-DELIMITACIÓN TEMÁTICA

El tema “caídas en pacientes geriátricos” tiene una gran amplitud de perspectivas desde las que puede ser abordado, la presente tesis, centra su enfoque en la “prevención”, es decir, en las acciones para eliminar los factores de riesgo y en las adecuadas intervenciones del personal de enfermería para evitar las caídas dentro de las instituciones hospitalarias.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO-FILOSÓFICO

A continuación se presentan algunos antecedentes históricos respecto a las camas en general hasta llegar a los tiempos presentes.

Las camas han acompañado a la humanidad desde sus mismos orígenes, se han modificado constantemente, sus inicios fueron humildes, se iniciaron en ambientes rudimentarios, más que una pieza de mobiliario fue un lugar para reposar y protegerse del medio, eran sitios creados instintivamente, parecían nidos o pesebres hechos de hojas, ramas, palmas, heno, paja, varas, zacate o musgo, materiales en ocasiones sueltos, en otras entre tejidos, también se usaron hechos de pieles y cueros.

Surgen algunas preguntas: ¿serían camas tal como se conciben en la actualidad?, ¿serían jergones, almohadones, sillones, colchonetas o literas?

En otras civilizaciones fundamentales, la de los antiguos griegos y romanos, se utilizaban camas austeras: marcos de madera sobre el piso, cruzados por cáñamo o cintas de cuero, que se cubrían con pieles de animales, también se recurrió a una especie de cajas largas, descubiertas por la parte superior, rellenas de musgo.

Según (Acropolis, 2000)

En Europa, durante la Edad Media, el pueblo recurrió a camas toscas de madera pino, álamo, prensó, caoba, sauce, abedul, etcétera que ofrecían fortaleza, no se pintaban ni barnizaban; por otra parte, para separar las camas entre sí se utilizaron cortinas mamparas y pabellones que protegían contra el viento, frío e insectos voladores, y otras miradas.

Con la entrada de la Primera Revolución Industrial en Inglaterra, en el siglo XVIII, en la manufactura de las camas se hizo más aparente el uso de metales fierro, cobre, latón y empezaron a fabricarse en serie.

A la Nueva España, los colonizadores y conquistadores ibéricos trajeron las camas; los indígenas con frecuencia se oponían a su uso.

En La civilización maya, los usaban; mencionan “hamacas, camastros bajos hechos de palos, camas de varillas y entarimados sostenido de cuatro patas”.

La hamaca es un lecho colgante, una red o malla de cordones, raíces o ramas entrelazadas; en Oaxaca están hechas de jarcia.

De acuerdo a (Flores, 1886-1982)

Al finalizar el siglo XIX, el historiador de la medicina mexicana Francisco de Asís Flores y Troncoso refirió al tipo de camas y lechos que tenían los mayas y los habitantes del antiguo México durante tiempos coloniales; sus palabras parecen recordar la historia de las camas en general hasta ese entonces.

Pero, ¿quiénes llevaron la cama a los hospitales? Es una pregunta que a pesar de los muchos avances en los conocimientos no se ha logrado contestar.

Es probable que la aparición de camas en los “hospitales” fue simultánea al surgimiento de otros tipos sociales de alojamiento con los que se confundían los hospitales: asilos, hospederías y hospicios, a los que acudían hombres pobres, hambrientos, viajeros, huérfanos, etcétera. Debe recordarse que en su origen los hospitales no eran instituciones de atención médica, no se ocupaban explícitamente del tratamiento de enfermos.

En la evolución de la cama de hospital se pueden considerar cuatro etapas: instintiva, artesanal, técnica y electrónica, no claramente diferenciadas en tiempos y espacios.

En la etapa instintiva, inicio de los hospitales, en realidad no había camas sino lugares para retirarse, para recostarse, cobijarse, conformados por vegetales o pieles de animales.

En los hospitales de Egipto había esteras de vegetal o palma; en otros lugares se utilizaron tablones que evitaban el frío, la humedad y cierta fauna. La vida del hombre de entonces era agrícola.

En la etapa artesanal, las camas de los hospitales eran rústicas, hechas de madera no tratada, pesadas, de diferente tamaño; el marco era atravesado por cintas o correas, sobre las que se colocaban telas o pieles. Los

hospitales romanos tenían “camas” contrastantes: sencillas y decoradas, individuales y colectivas; rectangulares y de forma irregular.

(Ramon, 1957) Declaró lo siguiente:

En la etapa técnica, que abarcaría del siglo XV al XVIII, surgieron otras prácticas y se iniciaron otros saberes; los hospitales principiaron a identificarse más con el tratamiento de enfermos que con el alojamiento de seres marginados.

En Iberoamérica, en esos tiempos en las zonas tropicales las camas eran de tejamanil y carrizo. Por otra parte, en lugares distantes geográficamente se construyeron literas empotradas en las paredes: las hubo en hospitales de Escandinava y de América del Sur como el de Hospital San Juan de Dios en Quito, Ecuador.

En esta etapa técnica se hizo más notoria la separación de internados por enfermedades, edades, sexos y condición social; las camas empezaron a identificarse con más claridad con las necesidades de los enfermos, empezaron a “tecnificarse”. Lo anterior no fue ajeno a la Primera Revolución Industrial, a movimientos de secularización y de alejamientos del medio agrícola. La cuarta etapa se inició con la Segunda Revolución Industrial, a fines del siglo XIX, y se caracteriza por una mayor mecanización y, en su caso, “robotización” o automatización de las camas de hospital, dando lugar a una variedad de estilos de camas: camas para cuidados intensivos, camas de Fowler para obesos, camas con doble elevación telescópica, camas ortopédicas, camas geriátrica

(Francisco, 25 abril de 1881) En 1881, en el famoso Hospital de San Pedro ciudad de Puebla, el doctor Francisco Marín, reconocido cirujano, mencionó que existían camas de piedra en el establecimiento.

Diversos artistas pintores se han ocupado de las camas de hospital. En la pintura del holandés Vincent van Gogh (1853-1890) titulada “Dormitorio de hospital”, las camas aparecen separadas por cortinas de tela.

Desde inicios del siglo XX, los fabricantes de camas de hospital han tenido que cumplir con normas técnicas específicas en cuanto a dimensiones y altura, para satisfacer preferencias, necesidades y seguridad de los pacientes y del personal de salud.

En 1951, las autoridades públicas de Inglaterra normaban que las camas tuvieran las siguientes dimensiones: “3 pies de ancho y en promedio 6 pies y 6 pulgadas de largo”.

En la actualidad, en promedio una cama de hospital tiene pulgada 0.90 m de ancho, 1.80 a 2.00 m de largo y 0.70 m de altura, sin colchón. En la séptima década del siglo pasado, en México principiaron a “normarse” oficialmente las características de las camas con el propósito de dar mejor atención médica y seguridad al paciente; en diversos documentos (Diario Oficial de la Federación, Normas del Consejo General de Salubridad, etcétera) se determinaron varios aspectos en cuanto a dimensiones, materiales y funcionamiento.

En diversos países de América Latina, hasta hace unos años, cuando iba a ser inaugurado un nuevo hospital por autoridades públicas y la institución no contaba con camas necesarias, para hacer notar su cuantía surgieron

“expertos” en el arte de ocultar y disimular: las camas eran prestadas por otro hospital o alquiladas por unas horas a un vendedor de dicho mobiliario.

Evolución de las sillas de rueda

(Lane, 2018)Indica que:

Aunque los nombres de sus inventores no estén claramente definidos, lo que sí podemos asegurar es que la silla de ruedas es un gran invento que facilita la movilidad y hace la vida más fácil a miles de personas en todo el mundo.

Muchos años han pasado desde los primeros prototipos (una ilustración en un grabado chino sugiere que en el lejano oriente algunos privilegiados pudieron usar una especie de silla de ruedas ya en el siglo VI a. C.) hasta llegar a los modelos de sillas de ruedas actuales, plegables, ligeras, ergonómicas y fabricadas con materiales resistentes de última generación.

En estos años y en este proceso, han quedado en el camino muchas ideas que merece la pena recordar y reconocer.

Superar los retos y dificultades es algo innato del ser humano. Por eso, intentar suplir la ausencia o la falta de movilidad pone el inicio de la historia de la silla de ruedas hace cientos de años. En todo caso, los avances en técnicas y tecnologías y el conocimiento y el control de los materiales retrasaron su aparición, como tal, prácticamente hasta el siglo XVI.

Es aquí, concretamente en el año 1595, donde diversas fuentes ubican la primera silla de ruedas auténtica. El “invento” consistió en acoplar una rueda a un sillón y un reposapiés para facilitar la movilidad al rey español Felipe II, inmovilizado durante más de una década a causa de la gota y la artrosis.

El siguiente hito en la historia de la silla de ruedas es la invención de la silla “Bath”. Tenía dos ruedas traseras de gran tamaño y una tercera, mucho más pequeña, en la parte delantera. A este prototipo, que será la primera silla de ruedas patentada, se le fueron añadiendo mejoras como los aros de propulsión y ruedas de goma.

Estos avances están muy relacionados con los de otro vehículo que comenzó a despuntar en el siglo XIX: la bicicleta. De esta forma, la incómoda silla Bath fue incorporando no sólo mejoras en la movilidad sino también en la comodidad del usuario, como el asiento ajustable o el reposapiés.

El siglo XX, plagado de novedades a nivel tecnológico, también supuso la introducción de las ruedas radiadas. Sorprendentemente, poco después de empezar el siglo, en plena Guerra Mundial (1916), se fabricó en Londres la primera silla de ruedas motorizada.

Sin embargo, si tenemos que buscar en la historia de la silla de ruedas un referente puro, ese es la silla de ruedas plegable de Harry Jennings, un ingeniero afincado en Los Ángeles. Del invento que diseñó para su amigo Herbert Everest, nació una patente y una compañía que monopolizó la venta de silla de ruedas durante muchos años. Aunque las sillas posteriores fueron mejorando, la base sobre la que trabajaban era la de Jennings.

Todo esto es importante mencionar ya que estos fueron los primeros, materiales o recursos que utilizaban los hospitales de la antigüedad. Esto tiene mucha relación con el tema acerca de caídas, porque como ejemplo las camas antes no eran tan seguras como las de ahora.

(Eugenia Quintar, 2014) Define como:

Las caídas son un fenómeno frecuente en los adultos mayores, que ha comenzado ser estudiado en la segunda mitad del siglo xx. En 1948, nos indicaba que una tercera parte de los adultos mayores sufre al menos una caída en el transcurrir de un año y que las caídas son más frecuentes en las mujeres (43%) que en los hombres (21%). Después comprobó que el riesgo de caerse era de mayor medida que aumentaba la edad, hasta los 85 años.

Por tanto, podemos concluir que las caídas son un hecho frecuente en los adultos mayores, que ha comenzado a ser estudiado en la segunda mitad el siglo xx disponemos de estudios internacionales y algunos nacionales aportándonos ambos tipos de estudios gran variabilidad en la prevalencia, factores de riesgo y consecuencia en las caídas.

Según (INEGI, 2019):

Los estudios demográficos en nuestro país muestran una clara tendencia a la disminución de la tasa de natalidad, paralelamente a un aumento de la esperanza de vida general.

De acuerdo con el censo realizado en 1993, un 7% de la población general tiene 60 años a más. Según trabajos de proyección de crecimiento poblacional, este grupo etéreo se incrementará a 12% para el año 2025.

Dentro de esta realidad, una adecuada evaluación del paciente adulto mayor, debe considerar un enfoque integral del paciente, considerando aspectos físicos psíquicos y sociales, y remarcar el rol preventivo como una prioridad sobre el rol organicista-reparativo que con frecuencia se utiliza.

El problema de las caídas en los adultos mayores engloba toda una compleja situación, teniendo sus propios factores de riesgo, consecuencias físicas en términos de morbilidad, e incluso mortalidad. Esas complicaciones de las caídas no solamente son físicas sino psicológicas, sociales y económicas.

En países como Estados Unidos de Norteamérica, la frecuencia de caídas alcanza hasta los 30% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, cada año. La frecuencia se incrementa a 40% entre los mayores de 80 años, siendo la sexta causa de fallecimiento entre los adultos mayores.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Anteriormente, a nivel mundial, se han realizado otras investigaciones relacionadas al tema “Medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos ingresados a Hospitales”, por lo que, a continuación, se incluyen datos esenciales de tres tesis elaboradas por estudiantes del área de salud.

2.2.1.-Tesis: “Prevalencia de Caídas en Adultos Mayores y Factores Asociados en la Parroquia Sidcay”

En Cuenca Ecuador 2014, Lucia Isabel Alvarado Astudillo, Christian Esteban Astudillo Vallejo y Janneth Cristina Sánchez Becerra, de la Universidad de Cuenca Facultad De “Ciencias Médicas Escuela de Medicina, elaboraron la tesis “Prevalencia de Caídas en Adultos Mayores y Factores Asociados en la Parroquia Sidcay” para la obtención del Título de médico y médica.

De dicha tesis, se mencionan en seguida los resultados sobresalientes:

Objetivo General: Determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos: enfermedades crónicas, estado mental, deambulación; extrínsecos: fármacos, alcohol, calzado, actividades diarias, lugar, condición del suelo, intervalo del día, y no clasificables: caídas previas, temor a caer, tipos de caídas; en la Parroquia Sidcay, Cantón Cuenca.

Hipótesis: La prevalencia de caídas en los adultos mayores de la Parroquia Sidcay es superior al 26,1% y se asocia a factores como enfermedades crónicas, estado mental, deambulación, fármacos, alcohol, calzado, actividades diarias, lugar, condición del suelo, intervalo del día, caídas previas, temor a caer y tipos de caídas.

Población: Adultos mayores de la parroquia de Sidcay

Muestra: Para la obtención de la muestra se realizaron las siguientes restricciones muestrales mediante el empleo de EPI DAT:

Prevalencia: 15%

Error: 5%

IC: 95

El tamaño de la muestra fue $n = 489 + 10\%$ pérdida (54.3)

Tamaño de la muestra: 543 que representa al total del universo.

Tipos de Investigación: Se trató de un estudio Transversal

Preguntas de Investigación:

- ¿Cuáles son los factores extrínsecos del entorno?
- ¿Cuáles son los factores intrínsecos del adulto mayor?
- ¿Cuáles es estado nutricional del adulto mayor?

Preguntas de la encuesta a la población

- ¿Presenta algún tipo de enfermedad crónica?
- ¿Consume algún tipo fármaco?
- ¿Consume alcohol?

Resultado: El estudio comprendió 489 adultos mayores de la Parroquia Sidcay. La prevalencia de caídas fue del 33,9%. Presentaron mayor prevalencia de caídas los >74 años (43,1%), de sexo femenino (40,9%), sin pareja (45,1%), y con alteraciones nutricionales (64,8%).. El riesgo de caída según la escala de Dawton fue: riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%. Las caídas fueron mayores en pacientes: con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, con bajo riesgo por consumo de alcohol, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas.

2.2.2.-Tesis: “CAPACIDAD FUNCIONAL Y RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTO GERIÁTRICO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO. EN EL DISTRITO DEL RIMAC, 2018”

En Lima-Perú, 2018. Abrego Chipana, Carmen Josselyn Y Ruiz Caballero, Zoila Mariella, UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. Elaboraron la tesis “Capacidad Funcional Y Riesgo De Caídas En Pacientes Adultos Mayores Atendidos En El Centro De Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro. En El Distrito Del Rimac, 2018”, para optar el título de licenciada en Enfermería.

Objetivo General: Determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rimac, 2018.

Hipótesis: Hi: existe relación la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

Ho: No existe relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

Población y muestra:

La población estuvo conformada por los 320 ancianos entre hombres y mujeres, la muestra fue intencional constituida por 100 adultos mayores que se encuentran albergados en el centro de atención residencial Geronto geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro.

Tipos de Investigación:

El siguiente estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional. Ya que sostiene que el planteamiento del estudio es cuantitativo porque se utilizó la recolección de datos para probar la hipótesis. Con base a la

medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos y probar teorías.

Así mismo García; expresa que es descriptivo porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se imponga a un análisis y correlacional debido a que tiene como propósito entender la relación o grado de asociación que exista entre dos o más criterios.

Preguntas de Investigación:

En cuanto a la variable de riesgo de caídas, se utilizó el instrumento de escala de riesgo, el tipo de instrumento es un cuestionario que consta de 5 dimensiones tales como; caídas previas (2 ítems), medicamentos (7 ítems), déficit sensorial (4 ítems), estado mental (2 ítems), deambulaci3n (3 ítems), este instrumento ha sido validado y creado J. H. Downton, en el a3o 1993.

Preguntas a la Poblaci3n:

Se utiliz3 el instrumento de 3ndice de Barthel, el tipo de instrumento es un cuestionario que consta de 10 dimensiones tales como; comer (3 ítems), ba3arse (2 ítems), vestirse (3 ítems), arreglarse (2 ítems), deposiciones(3 ítems), micci3n(3 ítems), usar el retrete(3 ítems), trasladarse(4 ítems), deambular(4 ítems), escalones)3 ítems), si el puntaje es igual a 100 entonces significa que el adulto mayor puede hacer sus actividades diarias del autocuidado, a menor puntuaci3n mayor dependencia.

Resultados:

Existe relaci3n entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores, se utiliz3 la prueba de (Chi cuadrado o valor: = 0,002), cuyos resultados fueron que el 63% (63) tiene una dependencia ligera, el 21% (21) tiene dependencia moderada con respecto a las

actividades básicas de la vida diaria, de los primeros, el 50.7% (35), del segundo el 27.5% (19) presentaron alto riesgo en caídas y la dimensión más afectada la íntegra aquellas que necesitan mínima ayuda física para trasladarse con un 50%, luego deambular y subir escalones con un 53% y 55% respectivamente.

2.2.3 tesis: “FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS DE CAÍDAS EN SERVICIO DE EMERGENCIA”

En Nuevo León, mayo 2017, LIC. Linda Daniela Mendoza Padrón, de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN. Elaboro la tesis “Factores De Riesgo Y Medidas Preventivas De Caídas En Servicio De Emergencia”, como requisito parcial para obtener el grado de MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA.

De dicha tesis se menciona lo siguiente:

Objetivo general:

Determinar la relación de los factores de riesgo del sistema organizativo, del lugar de trabajo y las barreras de seguridad no realizadas con la incidencia de caídas, en el servicio de emergencia.

Hipótesis:

Entre mayor cuidado se le brinde al paciente, menor será el riesgo de caídas.

Población y muestra:

La población del estudio estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años con atención del personal de enfermería que acudieron al servicio de

emergencia de un hospital público de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue aleatorio y sistemático de uno en tres; es decir, se tomó en cuenta como sujetos de estudio a los pacientes a quienes ingresaron al servicio de emergencia y se les realizó la evaluación de factores y barreras de seguridad del riesgo de caídas, con un inicio del segundo paciente que ingresó al servicio de emergencia en forma diaria de lunes a domingo en un horario de 7:00 a 24:00 horas.

Tipo de investigación:

Revisión sistemática de literatura de artículos de corte transversal sobre intervenciones de enfermería para minimizar el riesgo de caída en pacientes hospitalizados.

Preguntas de investigación:

- Identificar los factores de riesgo de caídas en el servicio de emergencia.
- Identificar las barreras de seguridad no realizadas en el servicio de emergencia.
- Identificar la incidencia de caídas en el servicio de emergencia en relación a los factores de riesgo del sistema organizativo, del lugar de trabajo y las barreras de seguridad no realizadas durante el primer trimestre del año 2015.

Preguntas a la población:

Para recolectar la información se procedió la invitación al personal de enfermería obteniendo a la autorización para el estudio de manera escrita a través de la Carta de Consentimiento Informado del personal de enfermería,

explicándoles el objetivo de la investigación, el anonimato de la información y la libertad de retirarse del estudio cuando lo decidieran.

Posteriormente, se registraron los datos sociodemográficos en la Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS) los cuales se registraron la edad en años cumplidos, sexo y motivo de consulta del paciente.

Se valoró de forma observacional en la Cédula de Factores y Barreras de Seguridad del Riesgo de Caídas (CFBSRC) en el primer apartado se valoraron los factores de riesgo del sistema organizativo: las camillas contaba con barandales y frenos, el piso tenía superficies antideslizantes, las áreas del baño contaba con barandillas de apoyo, la existencia de derrames, obstáculos y la luz se encontraba adecuada durante la atención del paciente en el servicio de emergencia, el personal de enfermería se encontraba bajo las supervisión durante la valoración de riesgo de caída del paciente y el servicio contaba con el folleto de información de prevención de caída

Resultados:

En el presente capítulo se muestran los resultados, en primer lugar se presenta los datos sociodemográfico de la población, los factores de riesgo del sistema organizativo, del lugar de trabajo, las barreras de seguridad no realizadas en relación con la incidencia de caídas, en el servicio de emergencia. Posteriormente, se muestra estadística descriptiva e inferencial, los análisis mediante pruebas no paramétricas; el Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables factores de riesgo y barreras de seguridad no realizadas con las caídas y la Prueba U de Mann-Whitney para identificar las asociaciones de los factores de riesgo del sistema organizativo, lugar de trabajo y las barreras de seguridad no realizadas, grupos relacionados de acuerdo con la presencia de caídas.

2.2.4 tesis: “SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN CUENTO AL RIESGO DE CAIDAS, EN EL AREA DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL PADRE CARROLLO “UN CANTO A LA VIDA”.

En el año 2017, Michelle Estefanía Jácome Caiza , de la Facultad Ciencias de la Salud, elaboro la tesis, “Seguridad De Los Pacientes En Cuento Al Riesgo De Caídas, En El Área De Hospitalización Del Hospital Padre Carrollo “Un Canto A La Vida”. Para optar por el título de Licenciada en Enfermería.

De la tesis se da a conocer lo siguiente:

Objetivo General:

Elaborar el protocolo de prevención de caídas en el área de hospitalización, del hospital Padre Carrollo, “Un Canto a la Vida”.

Hipótesis:

Cuanto mayor conocimiento tengan el personal de enfermería, menor será el riesgo de caídas.

Población y muestra:

Población: en pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carrollo “Un Canto a la Vida”.

Muestra: pacientes observados durante, durante el periodo de recolección de datos hospitalización de la institución Padre Carrollo “Un Canto a la Vida”.

Tipos de investigación:

- Transversal, ya que la recolección de datos abarcaría un periodo de 6 meses.
- Exploratorio, ya que se explorara los factores por los cuales se pueden producir caídas, para llevar acabo la elaboración del protocolo.
- Explicativo, se elaborara un protocolo, el cual deberá ser puesto en manifiesto en el área para conocimientos de todos.

Preguntas de investigación:

- Determinar el número de pacientes con alto riesgo de caídas en el área de hospitalización.
- Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre protocolos de seguridad.
- Implementar tarjetas de identificación de acuerdo al riesgo del paciente.

Preguntas a la población:

- ¿Conoce alguna escala de que permita valorar el riesgo de caídas en un paciente?
- ¿Dispone de ayuda a la hora de movilizar a un paciente?
- ¿Cuenta el área con suficiente personal para cubrir las necesidades de los pacientes?

Resultados:

La mayoría del personal de enfermería como los auxiliares, no conoce una escala para medir el riesgo de caídas y por ende no aplican ninguna escala para medir el riesgo, además de que disponen de un protocolo de prevención de caídas.

Además la capacitación que recibe el personal de enfermería en cuanto a la seguridad del paciente es de un 67.9 %, una vez por trimestre.

2.2.5 tesis: “GESTIÓN DE LA CALIDAD SOBRE PREVENCIÓN DE ERRORES EN CAÍDAS, DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS, PROVINCIA DE IMBABURA, 2015”.

En Ibarra- Ecuador 2015, Bracho Esteban Garzón Shirley, de la Universidad Técnica Del Norte Facultad Ciencias De La Salud Carrera De Enfermería, elaboro la tesis de tema: “GESTIÓN DE LA CALIDAD SOBRE PREVENCIÓN DE ERRORES EN CAÍDAS, DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS, PROVINCIA DE IMBABURA, 2015”. Para La Obtención Del Título De Licenciado(A) En Enfermería.

De la cual se menciona lo siguiente:

Objetivo general:

Analizar la Gestión de la Calidad sobre prevención de errores, en úlceras por presión y caídas, en los hospitales públicos, provincia de Imbabura 2015; mediante la investigación bibliográfica, aplicando la encuesta y guía observacional; para mejorar la calidad y seguridad del usuario.

Hipótesis:

Los hospitales públicos de la provincia de Imbabura, con relación a la gestión de calidad sobre prevención de errores en caídas, alcanza los estándares internacionales, según la Acreditación Canadá. (Hipótesis alternativa = H1).

Los hospitales públicos de la provincia de Imbabura, con relación a la gestión de calidad sobre prevención de errores en caídas, no alcanza los estándares internacionales, según la Acreditación Canadá. (Hipótesis nula = Ho).

Población y muestra:

Población: La población de estudio estuvo constituido por los cuatro hospitales públicos de la provincia de Imbabura, seleccionando tres áreas específicas: Hospitalización, Emergencia y Pediatría; considerando que se toma en cuenta 2 profesionales de enfermería de cada servicio, teniendo 6 por cada hospital, obteniendo una población de 24 profesionales de salud encuestados.

Muestra: La muestra en relación a los profesionales se conformó por el total, que son 24 profesionales; que es la población sujeta a investigación. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó aleatoriamente a los profesionales, que laboraban el día en que se realizó la encuesta, y de igual forma a aquellos que aceptaron colaborar con la información requerida.

Tipos de investigación:

El estudio realizado fue observacional, descriptivo de cohorte transversal, no experimental y retrospectivo por las variables de estudio, con una metodología de enfoque multi modal (cualicuantitativo), es cualitativo porque describe las cualidades, actitudes y prácticas relacionadas al cuidado y prevención de caídas en el paciente, es cuantitativo porque utilizamos valores y porcentajes para medir las variables e indicadores de prevención de caídas.

El tipo de Investigación es observacional, porque el investigador observa los hechos y registra, mide pero no interviene en ellos; descriptivo, ya que se describen los sucesos como son observados; transversal, el estudio se realizó en un marco de tiempo previamente definido; es no experimental porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables, es decir se basa fundamentalmente en la observación de hechos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. Según el grado de

abstracción, es de tipo aplicada, debido a que revela problemas prácticos, en relación a los cuidados de enfermería

Preguntas de investigación:

- A) Verificar en los servicios de los cuatro hospitales, la existencia y aplicación de protocolos de valoración y/o atención en la prevención de úlceras por presión y caídas.
- B) Identificar factores intrínsecos y extrínsecos más relevantes, que influyen en el desarrollo de úlceras por presión y caídas.
- C) Mejorar los protocolos elaborados por los profesionales de salud del Hospital San Vicente de Paúl, sobre úlceras por presión y caídas, para brindar una atención basada en la prevención, evitando la incidencia de eventos adversos.

Preguntas a la población:

En este caso se realizó investigaciones en los siguientes lugares.

El estudio se realizó en los cuatro hospitales públicos de la provincia de Imbabura:

- a) Ibarra Hospital San Vicente de Paúl Hospital de segundo nivel
- b) Otavalo Hospital San Luis de Otavalo Hospital de primer nivel
- c) Cotacachi Hospital Asdrubal de la Torre Hospital Básico
- d) Antonio Ante Hospital Básico de Atuntaqui Hospital Básico

Resultados:

Según los resultados, se identifica que los factores extrínsecos se debe a la falta de cuidado directo integral por parte de enfermería, infraestructura e

insumos hospitalario como: camas sin barandales, timbres de llamada en mal estado o ausentes, ausencia de barreras de apoyo en el baño y limitación en el espacio físico, suelos mojados, deslizantes o irregulares, iluminación deficiente, vestimenta y tipo de calzado inadecuado, ausencia de personal auxiliar o familiar y se demuestra el desconocimiento del profesional de enfermería al hablar de escalas de valoración y factores en caídas.

2.3 MARCO TEORICO

Según (Tedros, 2018) director de la OMS define caída como:

La Organización Mundial de la Salud define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria. Puede ser referida por el paciente o por un testigo. Las caídas forman parte de lo que denominamos Grandes Síndromes Geriátricos o Gigantes de la Geriatria. Como todos ellos, son muy frecuentes (aunque a menudo no son considerados como “problema “), afectan a los mayores más vulnerables, y tienen importantes repercusiones sobre la mortalidad y morbilidad de nuestros pacientes mayores. Como veremos, su etiología es multifactorial y requieren un abordaje geriátrico, tanto en la evaluación multidimensional y multidisciplinar del mayor que cae como en la adopción de medidas preventivas y rehabilitadoras. La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los distintos hospitales.

Las cifras de caídas tienden a minusvalorarse. A menudo existe cierta pasividad ante el anciano que cae repetidamente, tanto en el entorno familiar como en ámbitos profesionales. Así se reportan, fundamentalmente, aquellas que han provocado lesiones físicas, quedando sin referenciar las que no han requerido atención sanitaria urgente.

En el transcurso de la historia, en todas las sociedades siempre ha habido personas que han vivido muchos años, pero éstas han sido la excepción; hasta hace poco, la mayor parte de la población moría antes de llegar a la edad media de la vida. Hoy día, en cambio, en los países desarrollados, lo que antes era excepcional es ahora habitual. En estos países el hecho demográfico más relevante de la época actual es el notable envejecimiento de la población. Para definir una nación que tiene una población vieja, la ONU (Organización de Naciones Unidas), propuso un porcentaje del 8% o mayor de personas mayores de 65 años. Sin embargo, en los países subdesarrollados, o en vías de desarrollo, se toma el porcentaje a partir de los 60 años debido a la esperanza de vida.

El paciente geriátrico es un sujeto en el que la valoración médica es más compleja dada la mayor frecuencia de presentación atípica de enfermedades, de comorbilidad y de polifarmacia asociada. Tanto es así que problemas como el infarto, la sepsis o el abdomen quirúrgico en ocasiones son difíciles de identificar. Además, es frecuente no encontrar un único diagnóstico, sino que habitualmente encontraremos diferentes procesos clínicos independientes. Todo ello se traduce en la necesidad de evaluaciones médicas más prolongadas, con un mayor número de pruebas complementarias y consultas a otros especialistas, lo que contribuye a aumentar la estancia media en urgencias y el número de ingresos. De hecho, no es infrecuente el ingreso en salas de observación de los ancianos con quejas no específicas.

Característica del paciente Geriátrico:

- Pluripatologías
- Formas atípicas
- Complicaciones frecuentes
- Cronicidad e incapacidad
- Pérdida de función
- Polifarmacia
- Dificultad en diagnóstico
- Frecuente agravamiento

La prevención de caídas puede no parecer un tema animado, pero es importante. A medida que envejecemos, los cambios físicos, las afecciones de salud y, en ocasiones, los medicamentos utilizados para tratar esas afecciones, hacen que las caídas sean más probables. De hecho, las caídas son una de las causas principales de lesiones entre los ancianos. Aun así, el miedo a caerte no debe regir tu vida. En cambio, considera seis estrategias simples para prevenir las caídas.

Lo fundamental en este tema, es su prevención, pues, de hecho, al evitar una caída estamos evitando sus consecuencias. El trabajo del médico de familia deberá estar encaminado fundamentalmente a prevenir las caídas accidentales, ya que constituyen el mayor porcentaje; o detectar las causas orgánicas de las mismas con el consiguiente tratamiento, o interconsulta de los casos que lo ameriten. Por ello el médico debe recomendar que es importante mantener una iluminación adecuada en el área donde se mueve el anciano, evitar colocación de objetos de baja altura con los que el anciano

pueda tropezar, las alfombras deben estar bien colocadas, no dejar en el suelo herramientas o juguetes, los animales domésticos no deben circular por las habitaciones, colocar barandas a ambos lados de las escaleras, etcétera.

Otro elemento importante es la corrección, es decir, el ajuste de las actividades del paciente para compensar sus incapacidades, tales como: el uso de espejuelos, bastón, collarín cervical, andadores, etc. Se debe recomendar rehabilitación con ejercicios que mejoren el tono muscular, la flexibilidad y la agilidad del anciano sobre todo después del encamamiento; al igual que la rehabilitación psicológica para intentar devolver al anciano la confianza en sí mismo, tras una caída.

Se deben controlar las enfermedades crónicas que presente el paciente y brindar educación sanitaria sobre la correcta utilización de los medicamentos, así como conocer las principales formas de prevención y tratamiento de las caídas en el anciano.

2.4 MARCO CONCEPTUAL.

Austeras:

Que es sencillo y sin alardes ni adornos superfluos.

Abedul:

Árbol de corteza lisa, de color blanco plateado, copa ovoide, ramas separadas y flexibles dirigidas hacia arriba y hojas caducas en forma de rombo y con el borde doblemente dentado; puede alcanzar hasta 30 m de altura; crece en zonas de clima fresco y exige iluminación intensa.

Corinas mamparas:

Es una estructura divisoria de dos espacios.

Tejamanil:

Tabla delgada y cortada en listones que se colocan como tejas.

Hospicios:

Establecimiento destinado a albergar pobres y peregrinos a cambio de limosna.

Tecnificar:

Dotar de recursos técnicos a una actividad determinada para mejorarla o modernizarla.

Normar:

Una norma es una regla que debe ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas o actividades.

Deambulaci3n:

A la acci3n que realiza una persona cuando camina sin rumbo fijo.

Correlacionar:

Poner en relaci3n mutua o recíproca dos o más cosas.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

TIPOS DE INVESTIGACION

3.1.1 INVESTIGACION APLICADA

Este tipo de investigación también recibe el nombre de práctica o empírica. Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren.

Se trata de un tipo de investigación centrada en encontrar mecanismos o estrategias que permitan lograr un objetivo concreto, como curar una enfermedad o conseguir un elemento o bien que pueda ser de utilidad. Por consiguiente, el tipo de ámbito al que se aplica es muy específico y bien delimitado, ya que no se trata de explicar una amplia variedad de situaciones, sino que más bien se intenta abordar un problema específico.

Nuestro tema “Medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos ingresados al hospital básico comunitario de Fra. Comalapa”. Se trata de enfocarnos si se realizan las medidas adecuadas de prevención de una caída dentro del Hospital, en pacientes geriátricos que ingresen en el área de hospitalización.

3.1.2 INVESTIGACION DOCUMENTAL.

Este tipo de investigación es la que se realiza, como su nombre lo indica apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es documentos de cualquier especie.

Por lo tanto, esta investigación es documental porque necesitamos acceder a consultas en internet, documentos como libros, revistas, archivos, guías de practica clínica, normas oficiales para poder obtener información acerca del tema de Caídas, con base en distintos autores, para poder llevar acabo la realización del marco de referencia bibliográfica.

3.1.3.-DE TIPO BIBLIOGRAFICA

Es aquella etapa de la investigación científica donde se explora que se ha escrito en la comunidad científica sobre un determinado tema o problema.

Esta investigación es de tipo bibliográfica, porque fue necesario investigar en distintas fuentes bibliográficas acerca de nuestro tema, así poder recolectar información para poder obtener un concepto más claro del tema.

3.1.4. DE TIPO EXPLICATIVA.

Se trata de uno de los tipos de investigación más frecuentes y en los que la ciencia se centra. Es el tipo de investigación que se utiliza con el fin de intentar determinar las causas y consecuencias de un fenómeno concreto. Se busca no solo el qué sino el porqué de las cosas, y cómo han llegado al estado en cuestión.

Nuestra investigación es de tipo explicativo, ya que se abordan aspectos específicos como el determinar las caídas y las consecuencias de I en pacientes geriátricos, como también el por qué se produce una caída.

3.1.5. DE TIPO CUANTITATIVO.

La investigación cuantitativa se basa en el estudio y análisis de la realidad a través de diferentes procedimientos basados en la medición. Permite un mayor nivel de control e inferencia que otros tipos de investigación, siendo posible realizar experimentos y obtener explicaciones contrastadas a partir de hipótesis. Los resultados de estas investigaciones se basan en la estadística y son generalizables.

Nuestra información es cuantitativa porque se trabajará con un cierto número de pacientes geriátricos, de edades específicas en una sola área de hospitalización con el fin de poder ver cuántos pacientes ingresan durante los turnos para poder llevar un control de cada paciente que ingresado.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.2.1 DE CAMPO.

Este tipo de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otros, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones.

Nuestra investigación es de campo, ya que, durante el proceso, se realizarán encuestas y entrevistas a los enfermeros, camilleros, familiares que están a cargo y a los pacientes geriátricos del hospital básico comunitario de Frontera Comalapa, dentro del área de hospitalización. Y así mismo la observación de los pacientes que ingresan, en los tres turnos y poder cuantificarlos.

3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL

Un estudio longitudinal requiere que un investigador observe a los participantes en diferentes intervalos de tiempo.

Es un tipo de diseño de investigación que consiste en estudiar y evaluar a las mismas personas por un periodo prolongado de tiempo.

Nuestra investigación es de tipo longitudinal, ya que se observarán la cantidad de pacientes geriátricos que se ingresen en el hospital al área de hospitalización durante los tres turnos, en el periodo de una semana.

3.3 POBLACIÓN

3.3.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

La investigación se realizará en el Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa Chiapas.

3.3.1.1 MACRO LOCALIZACIÓN

El municipio de Frontera Comalapa se encuentra entre los límites de la Sierra Madre y entre la Depresión Central en el estado de Chiapas (Chis). Referente a su distribución territorial, dicho municipio colinda al norte con la Trinitaria, al oeste con el municipio de Chicomuselo, al sur con los de Bella Vista y Amatenango de la Frontera y al este con la República Mexicana. Es preciso saber que debido a las diferentes elevaciones que se pueden

encontrar en el municipio de Frontera Comalapa, se ubica a una altitud promedio de 640 metros sobre el nivel del mar.

El mapa de México indica que el municipio de Frontera Comalapa se encuentra entre los meridianos 15° 39' latitud norte y entre 92° 09' longitud oeste. Su extensión territorial es de 717.90 kilómetros cuadrados.

Historia:

Aparece desde el siglo XVI, atendido por doctrineros del convento dominico de Comitán. En 1665 Comalapa pertenecía al curato de Yayagüita del convento de Comitán. En 1921 era Cabecera Municipal.

1670 Se ubica en la llamada provincia de los Llanos, cuyos habitantes por codicia y abusos del hacendado y cacique Diego de Salazar, emigran a la zona del Soconusco. Pocos años más tarde aparece, con el nombre de San Juan Comalapa. 1774 Son un anexo del pueblo Chicomuselo ("Lugar de los siete jaguares"), dentro de la llamada provincia de Llanos. 1854 Resurge nuevamente la población que se establece sobre Cushú, como consecuencia de la dotación de tierras ejidales, que hacen factibles su permanencia en Chiapas y en México por la delimitación de la frontera. 1883 El 13 de noviembre, se divide el estado en 12 departamentos siendo este municipio parte de Comitán. 1915 Desaparecen las jefaturas políticas y se crean 59 municipios libres, estando este dentro de esta primera remunicipalización como una delegación de Motozintla. En 1919 Se vuelve a despoblar por motivos de la revuelta revolucionaria. En 1921 Se registra ya el establecimiento de la primera autoridad civil, siendo presidente municipal don Andrés García. 1925 Se establece la primera escuela pública federal. En 1943 Se le eleva a municipio de segunda clase. 1943 El 18 de noviembre, se cambia el nombre de la localidad de El Ocotal por motivo de la construcción de la carretera Panamericana, que en México inicia en ciudad Juárez Chihuahua y termina en ciudad Cuauhtémoc, frontera Comalapa, Chiapas. 1956 Sobrevolaron el territorio aviones de guerra de la República de Guatemala, provocación que no tuvo serias consecuencias. 1959 Fue visitado por el investigador Gareth W. Love, como parte de los estudios que

hizo en la zona. 1970 - 1979 El vaso de la hidroeléctrica Dr. Belisario Domínguez, afecta parte del territorio. 1983 Para efectos del sistema de planeación se les ubica en la región III Fronteriza. 1985 Con motivo del 175 aniversario de la Independencia y 75 de la Revolución Mexicana, durante el recorrido nacional, se reciben en la cabecera municipal los símbolos patrios.

Orografía e hidrografía

Se encuentra ubicado en la transición entre la Sierra Madre de Chiapas y la Depresión Central de Chiapas, por lo que su relieve es diverso, siendo montañoso al sur y desciende en medida que se avanza hacia el norte.

El principal río del municipio es el río Grijalva que en su corriente alta atraviesa el municipio en sentido este-oeste, así mismo tiene números afluentes entre los que se encuentran los ríos San Gregorio, Grande, Cushu, Jocote, Sabinada y San Caralampio. Pertenece a la *Cuenca del río Grijalva-La Concordia* y a la *Región hidrológica Grijalva-Usumacinta*. En el municipio se encuentra el extremo sur del embalse de la Presa Angostura o "Belisario Domínguez".

Clima y ecosistemas

El clima que se registra en todo el territorio de Frontera Comalapa es *Cálido subhúmedo con lluvias en verano*, la temperatura media anual registrada en la mayor parte del territorio fluctúa entre los 24 y 26°C, la zona sur del territorio, ocupada por la Sierra Madre de Chiapas, registra una temperatura media de 26 a 28°C, la precipitación media anual se encuentra entre los 2,000 y los 1,000 mm.

La vegetación del municipio es diversa, la mayoría se dedica a la agricultura de temporal, que constituye una de las principales actividades económica, dos sectores ubicados al norte se encuentran cubiertos por pastizales, mientras que al sur del municipio, en las montañas, se encuentra un bosque templado.

3.3.1.2 MICRO LOCALIZACIÓN

Hospital Básico Comunitario Frontera Comalapa, con clave 07034, carretera Comalapa-pasó hondo, km 1, Barrio Vista Hermosa, Frontera Comalapa.

Se realizó entrevistas a médicos generales y a personal de trabajo social para recabar información sobre los cuidados que se toman para prevenir el riesgo de caídas, a lo que también se les entrevistó a los pacientes y familiares que se encontraban en las distintas áreas del hospital.

3.3.2 UNIVERSO O POBLACIÓN

La población de la investigación denominada “Medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos ingresados al Hospital Básico Comunitario, Frontera Comalapa “está conformada por: adultos mayores del hospital básico comunitario en frontera Comalapa. Hospital básico comunitario de Frontera Comalapa, Chiapas. El tamaño de la población es pacientes geriátricos (Adulto mayor). 1554

3.4 MUESTRA

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Existen técnicas de recolección de datos, que una vez ejecutadas nos permiten realizar el análisis de datos hasta que estos se conviertan en información.

Estas técnicas nos permiten comprobar la hipótesis, si será rechazada y aceptada. La investigación utilizada en esta tesis denominada “Medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos ingresados al Hospital Básico Comunitario, Frontera Comalapa”, fueron obtenidas a través de las siguientes fuentes:

3.5.1 INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA

Obtuvimos información de libros, manuales, guía de práctica clínica, páginas de INEGI, información de la OMS, revistas, libros e información de distintos autores.

Nombre de la tesis.

Medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos ingresados al Hospital Básico Comunitario de Fra. Comalapa.

1. Comunidad donde se realizará la intervención

El lugar donde se llevara a cabo la investigación o la recopilación de datos será en:

Hospital Básico comunitario de Frontera Comalapa.

2. Descripción de la población de estudio.

La investigación se enfocará en “pacientes geriátricos hombres y mujeres de 65 años en adelante, ingresados en el área de hospitalización del HBC de Frontera Comalapa.

3. Descripción inicial del estudio.

La caída en pacientes puede ocurrir en distintas áreas y en todo momento, sin embargo, en esta ocasión nos enfocaremos en el área de hospitalización. Como sabemos las caídas son las causas más predominantes que causa lesiones y aún más en personas de edad avanzada. Al sufrir ellos una caída puede traer consecuencias desde lesiones como fracturas de cadera o de cualquier parte del cuerpo, hasta traumatismo craneo encefálico leve a moderado e incluso hasta la muerte.

Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 646 000 personas debido a caídas y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos.

Por esa razón se realizará una investigación de campo, donde se acudirá al hospital básico comunitario de Frontera Comalapa, donde se buscará promover en el personal de enfermería, camilleros y el cuidador principal, la cultura de prevención de caídas, con el fin de evitar estos incidentes y mantener cubierta la seguridad del paciente durante su estancia en el área de hospitalización. Se realizará encuestas a los cuidadores principales acerca de caídas, para valorar el nivel de información que tienen acerca de este tema. Así mismo poder observar las condiciones del área que puedan provocar una caída, como ejemplo, los suelos mojados, la falta de iluminación del cuarto donde este, el no subir los barandales de las camillas, todo esto puede producir una caída. Por eso se dará a conocer información a los personales de salud. Ya que como objetivo de este proyecto es fomentar información al personal de enfermería, camilleros y cuidador principal, mediante un plan informativo, la prevención para eliminar el riesgo de caídas en pacientes geriátricos ingresados al área de hospitalización en el HBC de Frontera Comalapa.

5. Propuesta de mejora

Realizaremos un plan informativo hacia los enfermeros, camilleros y cuidador principal, mediante lonas e implementando trípticos para dar información al familiar a cargo del paciente para que él también pueda tomar medidas necesarias, para que la persona que esté a cargo de su cuidado no pueda sufrir una caída. Las lonas se utilizarán con el fin de exponerlas hacia el personal de enfermería y camilleros y ofrecerles información sobre la prevención de caídas en pacientes geriátricos ya que ellos son más vulnerables por su edad y la condición física.

3.5.2 APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN

ENTREVISTA

“Medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos ingresados en el hospital básico comunitario de frontera Comalapa”

Los alumnos de 9º cuatrimestre de Lic. Enfermería de la universidad del sureste, estamos realizando una investigación con motivo de la elaboración de nuestra tesis.

La siguiente encuesta tiene como propósito recopilar información acerca de los conocimientos que tiene el cuidador principal acerca del tema de caídas que pueden sufrir los pacientes geriátricos.

Por lo cual solicitamos a usted pueda colaborar respondiendo las siguientes preguntas:

Aspectos generales marque con una X y responda las preguntas en la respuesta que usted considere correcta.

Edad_____ ocupación_____

procedencia_____

Estado civil () soltero () casado () divorciado () unión libre () viudo

Escolaridad () primaria () secundaria () preparatoria () universidad

Conocimiento del tema “Medidas De Prevención De Caídas”

1.- ¿A qué edad considera usted que es un paciente geriátrico?

- a) 40 años
- b) 50 años
- c) 60 años
- d) 65 años

2.- ¿ha recibido información sobre el riesgo de caídas? (en pacientes geriátricos “adulto mayor”)

- a) si
- b) no
- c) de ninguna parte

3.- ¿de quién la ha recibido?

- a) medico
- b) enfermera
- c) promotor
- d) trabajo social
- e) otro

4.- ¿Qué entiende usted por caídas dentro del hospital?

(defina con sus propias palabras)

5.- ¿Qué consecuencias tendría un paciente geriátrico al sufrir una caída? a) fractura

b) traumatismo craneal

c) muerte

d) todas las anteriores

e) ninguna

6.- ¿a su punto de vista que puede causar que el paciente geriátrico sufra una caída?

a) mala atención del personal de enfermería

b) no subir los barandales de la cama

c) depende del diagnóstico del paciente

d) todas las anteriores

e) otros_____

7.- ¿Qué medidas de prevención considera que debe tener en el área de hospitalización?

(responda con sus propias palabras)

8.- ¿Qué entiende usted por cuidador principal?

(defina con sus propias palabras)

9.- ¿Cuáles son los impactos que repercutirá el convertirse en el cuidador principal de su familiar?

a) impacto social

b) impacto económico

c) impacto emocional y físico

d) todas las anteriores

e) otros _____

10.- ¿Cómo considera la atención que ofrecen los médicos, enfermeros y camilleros en el hospital básico comunitario de frontera Comalapa?

a) muy bien b) bien c) regular d) malo

3.5.3 APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A EXPERTOS

Aplicación de entrevistas a expertos del tema “**Medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos ingresados al Hospital Básico Comunitario, Frontera Comalapa**”. Durante el periodo junio-julio, aplicamos entrevistas semi estructuradas a especialistas en el área de la salud para conocer con mayor profundidad el tema.

Enseguida se muestra el formato de entrevista aplicada a los expertos.

A continuación, se presenta el cuestionario realizado en la entrevista al médico general del Hospital Básico Comunitario, Frontera Comalapa.

PREGUNTAS A UN MÉDICO GENERAL

1.- ¿Para usted como se define una caída en el paciente geriátrico?

- 2.- ¿Qué factores de riesgo predisponen en las caídas del adulto mayor?
- 3.- ¿Cuál es la importancia de prevenir la caída en el paciente geriátrico?
- 4.- ¿Cuáles son las medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos?
- 5.- ¿Quiénes conforman el equipo de salud en la prevención de caídas en el adulto mayor, en el Hospital Básico Comunitario, Frontera Comalapa?
- 6.- ¿De qué rango de edad se considera un paciente geriátrico?
- 7.- ¿Cuáles son las causas de una caída?
- 8.- ¿Qué consecuencias tiene un paciente geriátrico al sufrir una caída?
- 9.- ¿Qué importante es la capacitación para la familia, personal de salud y comunidad en la prevención de caídas en el adulto mayor?
- 10.- De la hipótesis “Cuanto mayor sea la edad del paciente, mayor será el riesgo de caídas en el área de hospitalización” a su perspectiva ¿considera usted que será aceptada o rechazada?

¿Por qué?

PREGUNTAS A UN TRAJADOR SOCIAL

- 1.- ¿Qué entiendes por caídas en pacientes geriátricos (adultos mayores)?

- 2.- ¿A qué rango de edad consideras que es un paciente geriátrico (adulto mayor)?

- 3.- ¿Qué cargos tendría un personal de salud cuando un paciente geriátrico sufre alguna caída?

- 4.- ¿El trato del personal de enfermería hacia un paciente geriátrico es la adecuada?

- 5.- ¿Crees que el personal de salud da las indicaciones adecuadas para que un paciente geriátrico no sufra alguna caída?

- 6.- Cuando el paciente geriátrico sufre una caída, ¿consideras que el personal de salud se hace responsable por el paciente geriátrico?

- 7.- ¿Qué importante es la capacitación para la familia, personal de salud y comunidad en la prevención de caídas en el adulto mayor?

- 8.- ¿El hospital aporta algo cuando el paciente geriátrico sufre una caída?

- 9.- ¿una caída pasa por negligencia médica?

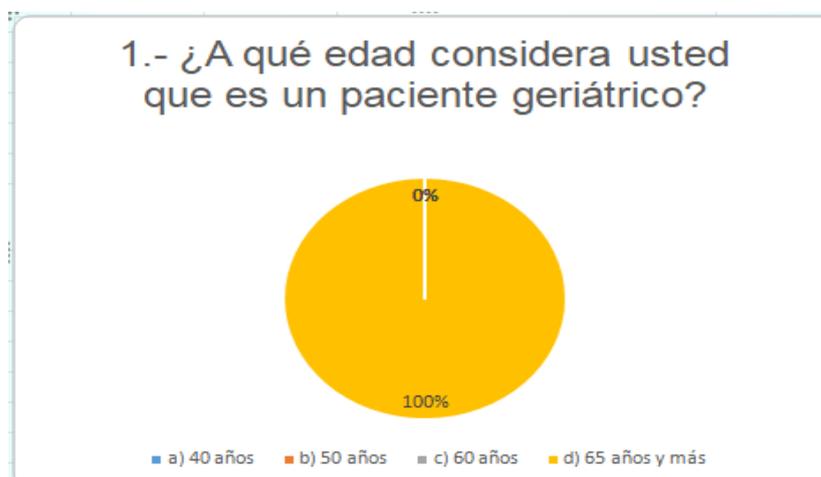
10.- De la hipótesis “Cuanto mayor sea la edad del paciente, mayor será el riesgo de caídas en el área de hospitalización” a su perspectiva ¿considera usted que será aceptada o rechazada?

CAPÍTULO IV

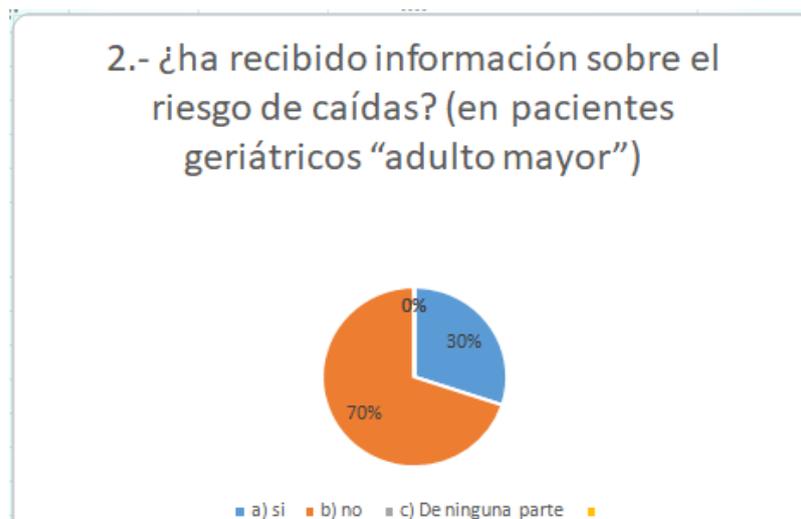
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA TESIS “PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADO EN EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO FRONTERA COMALAPA”

RESULTADOS DE ENCUESTAS APLICADAS A LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN

4.2 PRESENTACION DE RESULTADOS



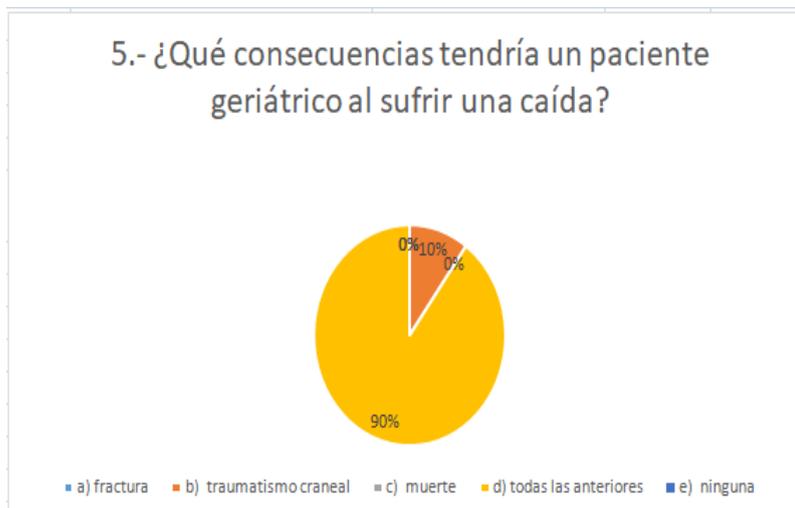
Una vez encuesta a 10 familiares (de diferente genero) de pacientes geriátricos que están ingresados en el hospital básico comunitario Frontera Comalapa, observamos que todos los familiares conocen la edad donde comienza la etapa de un geriátrico (adulto mayor) por lo cual no hay ningún problema porque así el familiar se preocupa por el cuidado de un paciente geriátrico y prevenir alguna caída.



De acuerdo a la siguiente encuesta observamos que un 70% de los familiares encuestados no han recibido información sobre el riesgo de caídas en pacientes geriátricos y el 30% de ellos si han recibido información que como resultado dimos que muchas de las personas al no tener una dicha información, es cuando no se dan los cuidados correspondientes y los pacientes sufren caídas, por lo tanto de igual manera es una lástima de parte de un personal de salud al no dar alguna información porque se está descuidando a un paciente geriátrico y de sufrir alguna caída y llevarlo a un problema más grave, por lo cual es una de las causas que un paciente sufre alguna caída por no dar información a familiares.

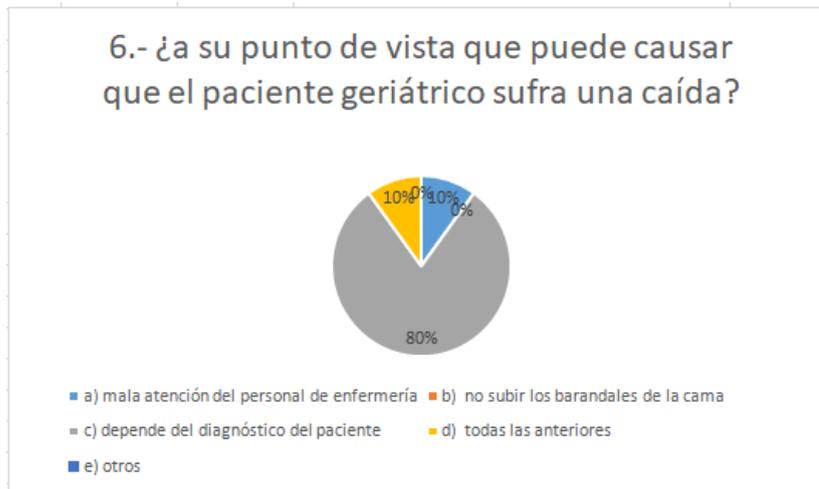


Basándonos en la pregunta anterior del 30% que han recibido información de algún personal de salud en el tema de prevención de caídas en pacientes geriátricos, 33% la han recibido del personal de enfermería, 33% de un promotor y 34% de un trabajador social, dando como resultado y observando que son el personal de salud que tiene el cuidado hacia el paciente geriátrico tomando en cuenta la prevención hacia el paciente geriátrico, y entre mas información se le da a los familiares de pacientes geriátricos mayor será el cuidado y el riesgo de sufrir caídas el paciente geriátrico

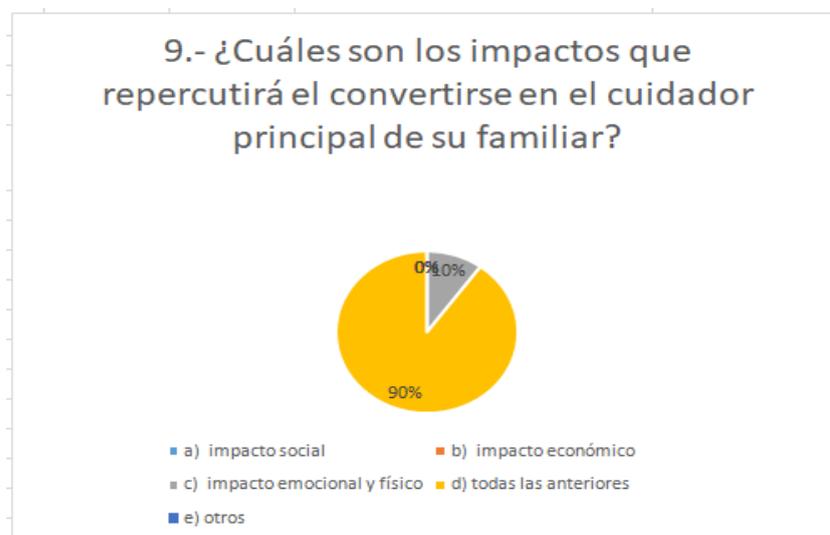


En la encuesta realizada a los familiares de pacientes geriátricos las consecuencias que tendría al sufrir una caída, observando en la grafica en una de las respuestas marca todas la anteriores contando con un 90% por la cual las consecuencias serian, una fractura, traumatismo craneal incluso la muerte y como personal de salud (enfermería) nos damos cuenta que si no se da un buen cuidado al paciente, sufriría de una caída y la gravedad sería

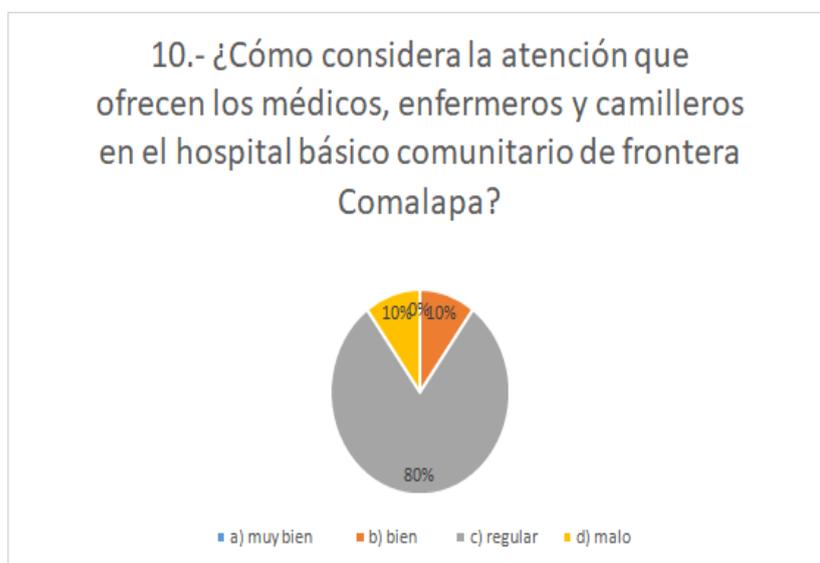
muy alta por lo cual debemos de brindar cuidados al paciente para prevenir consecuencias mayormente graves.



En esta pregunta que se le hizo a 10 familiares de pacientes geriátricos ingresados en el hospital básico comunitario Frontera Comalapa, observamos que muchas de las personas aportaron que la causa más alta de que un paciente geriátrico sufra una caída es, depende del diagnóstico del paciente, por lo cual 80% de ellos dijeron eso, 10% mostraron todas las respuestas y 10% una mala atención de enfermería, como personal de salud las causas de una caída de un paciente geriátrico si depende del diagnóstico que tenga, porque puede suceder por mareo, cefalea, presión arterial alta o baja, alguna anestesia, o puede venir de una cirugía, etc.



En esta grafica observamos que el 90% de los familiares dijeron que lo que repercute mas es el impacto social, emocional y físico y económico, y el 10% de ellos el impacto emocional y físico por lo cual muchos de los familiares sufrirán en desgaste físico, emocional y físico por lo cual comentamos que sería bueno el cambio de turno para un cuidador hacia el paciente geriátrico.



De la encuesta realizada a los 10 familiares de pacientes geriátricos, el 80% de ellos dijeron que la atención que ofrecen el personal de salud del hospital básico comunitario Frontera Comalapa es regular 10% de ellos dijeron que el trato es bien y 10% dijeron que el trato es malo, observando cómo personal de salud (enfermería) el trato hacia los pacientes es regular porque existe preferencia ante, amigos, familiares, por dinero, y simplemente porque a veces se les pasa el cuidado pero en el área de salud no debe de existir preferencias porque todos somos iguales y así lograr una buena atención ante los pacientes geriátricos

4.2.2.-RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS APLICADAS A EXPERTOS

4.2.2.1.- DEL PRIMER EXPERTO

ENTREVISTA APLICADA A UN MEDICO

Nombre del entrevistado: DOC. Alexander Vásquez Pineda.

Profesión: licenciado en médico cirujano.

Egresado de la escuela: Universidad Autónoma de Chiapas.

Su trayectoria personal: licenciatura en médico cirujano que la estudio en la universidad autónoma de Chiapas dando su internado rotatorio de pregrado en SSA hospital general, Tapachula Chiapas, su servicio social en Centro de Salud Nuevo Milenio, Tapachula Chiapas, Jurisdicción Sanitaria VII Tapachula. Terminando la carrera en el año 2017 y diplomado básico en urgencias médicas estudiado en la escuela: urgencias médicas de Chiapas que tuvo como duración del 13 de enero al 25 de agosto del 2018.

1.- ¿Para usted como se define una caída en el paciente geriátrico?

Caída de su propio plano de sustentación secundarias a trastornos propios de la edad avanzada

2.- ¿Qué factores de riesgo predisponen en las caídas del adulto mayor?

La propia edad avanzada, comorbilidades como disminución de fuerza, pérdida de la visión, alteraciones óseas

3.- ¿Cuál es la importancia de prevenir la caída en el paciente geriátrico?

La importancia es para evitar daños importantes en el paciente como fracturas, evitar costos, e hospitalizaciones

4.- ¿Cuáles son las medidas de prevención de caídas en pacientes geriátricos?

Cambios en su entorno que favorezcan su deambulaci3n, constantes valoraciones clínicas para identificar factores que puedan provocar o favorecer alguna caída, educaci3n a los familiares para que puedan apoyar a su familiar a la deambulaci3n

5.- ¿Quiénes conforman el equipo de salud en la prevenci3n de caídas en el adulto mayor, en el Hospital B3sico Comunitario, Frontera Comalapa?

A mi punto de vista, los de control de calidad, los supervisores, los de trabajo social y sobre todo el buen cuidado de los enfermos hacia los pacientes y más si son personas mayores.

6.- ¿De qué rango de edad se considera un paciente geriátrico?

A personas mayores de 60 años

7.- ¿Cuáles son las causas de una caída?

Dentro de una instituci3n como hospital, sería las condiciones del suelo, la iluminaci3n, no subir los barandales de las camillas, las condiciones de las camas que no estén en buen estado.

8.- ¿Qué consecuencias tiene un paciente geriátrico al sufrir una caída?

Fracturas, traumatismos craneoencefálicos, secuelas como imposibilidad a la deambulaci3n, estancia hospitalaria prolongada, costo elevado en su tratamiento

9.- ¿Qué importante es la capacitaci3n para la familia, personal de salud y comunidad en la prevenci3n de caídas en el adulto mayor?

10.- De la hipótesis “Cuanto mayor sea la edad del paciente, mayor será

**el riesgo de caídas en el área de hospitalización” a su perspectiva
¿considera usted que será aceptada o rechazada?**

A mi punto de vista, Si

¿Por qué?

Porque a mayor edad mayor probabilidades de comorbilidades.

4.2.2.2.- DEL SEGUNDO EXPERTO

PREGUNTAS A UN LICENCIADO EN ENFERMERIA

Nombre del entrevistado: Lic. Ervin silvestre castillo

Profesión: Licenciado en enfermería.

Escuela de procedencia: Universidad Del Sureste Campus Comitán.

licenciado en enfermería, egresado de la Universidad Del Sureste campus Comitán de Domínguez, ofreció su servicio social en el hospital general “Maria Ignasia Gandulfo” de la misma ciudad, laboro en el sanatorio “Genoveva” como personal de enfermería en el turno vespertino, actualmente se encuentra trabajando como docente y administrativo en la Universidad del Sureste campus de la Frontera y al mismo tiempo como meritorio en el hospital general de Comitán en el área de terapia intensiva, turno nocturno A.

Cuenta con los siguientes diplomados:

- Diplomado en farmacología básica para enfermería.
- Diplomado en el perfeccionamiento de suturas
- Diplomado en docencia.
- Diplomado en Enfermería crítica y terapia intensiva
- Actualmente se encuentra cursando el 3er cuatrimestre de la Maestría en Administración en los Sistemas de Salud.

1.- ¿Qué entiendes por caídas en pacientes geriátricos (adultos mayores)?

Se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al

individuo al suelo contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo.

2.- ¿A qué rango de edad consideras que es un paciente geriátrico (adulto mayor)?

Generalmente un paciente se considera geriátrico cuando tiene más de 70 años de edad

3.- ¿Qué cargos tendría un personal de salud cuando un paciente geriátrico sufre alguna caída?

Primeramente hay que ver si la caída ocasiona alguna alteración y la gravedad de esta, entonces dependiendo de esta situación así serán las actividades que se le harán al paciente, pero de manera general es importante no movilizar la zona afectada, darle primeros auxilios, trasladar al paciente a un lugar adecuado, administrarle analgésicos si precisa, vendajes si es necesario, entre otras.

4.- ¿El trato del personal de enfermería hacia un paciente geriátrico es la adecuada?

Esto dependerá mucho del personal que está a cargo del paciente y básicamente esta pregunta debería ser respondida por el propio paciente o en su caso por el familiar del paciente.

5.- ¿Crees que el personal de salud da las indicaciones adecuadas para que un paciente geriátrico no sufra alguna caída?

Se supone que todo personal de enfermería tiene la función de docencia y principalmente funge como personal de prevención, entonces nosotros como personal de esta área, debemos enseñar o dar consejería sobre la importancia de esta problemática para que se pueda evitar ciertas complicaciones en pacientes geriátricos; ahora bien en lo personal si creo que se le dan las indicaciones pero por otro lado existen compañeros que se les olvida o simplemente no lo quieren realizar.

6.- Cuando el paciente geriátrico sufre una caída, ¿consideras que el personal de salud se hace responsable por el paciente geriátrico?

Para esta situación lo primero es especificar si la caída es dentro del área hospitalaria o en la vía pública o en el propio domicilio. En el caso de las caídas dentro del área hospitalaria por supuesto que el personal asume la

responsabilidad, siempre y cuando se encuentre hospitalizado, ya que hay veces que la persona sufre caída dentro del área hospitalaria sin estar ingresados, entonces son muchas situaciones que hay que especificar antes de realizar esta pregunta.

7.- ¿Qué importante es la capacitación para la familia, personal de salud y comunidad en la prevención de caídas en el adulto mayor?

Muy importante brindar información y consejería a este grupo de personas ya que nos ayudara a reducir el índice de caídas y sobre todo a reducir posibles complicaciones en este tipo de paciente.

8.- ¿El hospital aporta algo cuando el paciente geriátrico sufre una caída?

Pues básicamente se supone que aporta la atención médica y de enfermería, así como algunos materiales o insumos siempre y cuando la institución cuente con ello.

9.- ¿una caída pasa por negligencia médica?

Por un lado puede considerarse negligencia médica por la falta de atención e información al paciente pero por otro lado no, ya que también existen pacientes que no toman las medidas adecuadas a pesar de las indicaciones que se les está dando.

10.- De la hipótesis “Cuanto mayor sea la edad del paciente, mayor será el riesgo de caídas en el área de hospitalización” a su perspectiva ¿considera usted que será aceptada o rechazada?

De acuerdo a mi punto de vista esta hipótesis es rechazada

¿Por qué? Porque no precisamente entre más grande sea una persona más riesgo tendrá de caerse, si en efecto es un factor de riesgo pero recordemos que también los menores de edad tienen alto riesgo de caídas en los centros hospitalarios. Por estas razones sería importante considerar que el factor más importante es la falta de información y el estado de consciencia.

4.2.3.- RESULTADOS Y LOGROS DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

4.2.3.1.- DEL OBJETIVO GENERAL

4.2.3.2.- DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

MARCO METODOLOGICO: sugerencias o propuestas de mejora

Realizaremos un plan informativo hacia los enfermeros, camilleros y cuidador principal, mediante lonas e implementando trípticos para dar información al familiar a cargo del paciente para que él también pueda tomar medidas necesarias, para que la persona que esté a cargo de su cuidado no pueda sufrir una caída. Las lonas se utilizarán con el fin de exponerlas hacia el personal de enfermería y camilleros y ofrecerles información sobre la prevención de caídas en pacientes geriátricos ya que ellos son más vulnerables por su edad y la condición física.

CONCLUSION

Esta investigación se realizó con el fin de evitar el riesgo y prevenir las caídas en los pacientes geriátricos y disminuir la tasa de mortalidad ya que en los últimos años ha sido de alrededor de 80% en la investigación se agrega los principales cuidados que se realizan en el área de enfermería para evitar que esto ocurra en las distintas áreas hospitalarias y evitar las sanciones correspondiente por el dicho acto ya que esto cuenta como negligencia médica, se realizan encuestas tanto como personal de salud, pacientes y familiares para tener un resultado efectivo y tener mayor control de los cuidados de los pacientes mayores.

En cuanto a las características clínicas de las caídas en los adultos mayores, se evidenció una mayor frecuencia en el tipo de caída accidental, según tipo de lesión presentaron contusión seguido de herida y fractura, y las áreas más afectadas por lesión, fueron la cabeza con herida, el tronco en contusión y el área de miembros inferiores con fractura que complican más la salud del paciente con el fin de evitar todo tipo de accidentes se realiza el estudio y mejorar los cuidados en las áreas del hospital.

BIBLIOGRAFIA

Acropolis, M. V. (2000). *La grande epopea di atene* . Milano,Italia: Arnuldo Mondadon. p. 52.

Eugenia Quintar, F. G. (2014, FEBRERO 22). *CONSENSOS Y EDUCACIÓN EN OSTEOLÓGIA*.

Retrieved FEBRERO 22, 2014, from CONSEJOS Y EDUC. OSTEOLOGIA:
http://osteologia.org.ar/files/pdf/rid39_quintar.pdf

Flores, F. (1886-1982). *Historia de la medicina en mexico, desde la epoca de los indios hasta el presente*. mexico: Facsimilar del IMSS. p. 330.

Francisco, M. (25 abril de 1881). *Libertad y constitucion* . Puebla de Zaragoza: TRILLAS.

Ghebreyesus, D. T. (2018, ENERO 16). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Retrieved JUNIO 07, 2020, from OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

INAPAM. (2015, DICIEMBRE 20). *INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES*.

Retrieved DICIEMBRE 20, 2015, from INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES:
<https://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>

INEGI. (2019, 08 05). *ENCUESTA NACIONAL DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA*. Retrieved 06 10, 2020, from ENCUESTA N. DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA: <https://www.inegi.org.mx/datos/>

Lane, P. (2018, 08 18). *SunriseMedical* . Retrieved 05 10, 2020, from la historia de la sillas de rueda : <https://www.sunrisemedical.es/blog/historia-silla-de-ruedas>

Ramon, C. (1957). *Teoria del hospital*. Argentina: Universitaria de Buenos Aires.

salud, o. m. (n.d.). *enfermeriacantabria* . Retrieved from
http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO_2.pdf

Tedros, A. G. (2018, ENERO 16). *ORGANZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Retrieved ENERO 1, 2018, from ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

