



Visión de Enfermería sobre el riesgo de caídas de los ancianos institucionalizados

Alumna: Fátima Díaz Díaz

Tutora: María Mercedes Arias Hernández

Cotutor: Jorge Díaz Acosta

Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia
Sede Tenerife
Universidad de La Laguna
Junio 2018

RESUMEN

Las caídas en ancianos, enmarcadas dentro de los denominados síndromes geriátricos, suponen un problema frecuentemente infravalorado, siendo causa de deterioro funcional, depresión e incluso muerte del anciano.

Esta investigación tiene por objetivo conocer la visión de Enfermería sobre el riesgo de caídas de las personas mayores institucionalizadas, siendo estas las que presentan una mayor incidencia de caídas.

Es un estudio descriptivo, transversal, donde la recogida de los datos se realiza mediante un cuestionario de elaboración propia dirigido a los profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriatría del Hospital del Norte.

Los resultados muestran que los profesionales de Enfermería de esta unidad consideran la valoración del riesgo de caídas como labor propia de la Enfermería y prioritaria.

Las escalas de valoración de Tinetti y Downton no son empleadas por los profesionales de la unidad y las medidas de prevención más utilizadas son la valoración del riesgo de caídas en el momento del ingreso, el uso de barandillas y la sujeción mecánica.

En cuanto a los factores de riesgo de caídas destacan, en los relacionados con el entorno, la presencia de suelo resbaladizo y la ropa o calzado inadecuado del anciano. En relación con el paciente son destacables la dependencia moderada, alteraciones de la marcha, alteraciones sensoriales, deterioro cognitivo, consumo de fármacos y pluripatología.

Con los resultados de este estudio se pretende remarcar la importancia de los profesionales de Enfermería en las caídas de los ancianos residentes en instituciones, determinando cuáles son las medidas de prevención y factores de riesgo asociados.

PALABRAS CLAVES: caídas, ancianos, enfermería, instituciones, escalas de valoración.

ABSTRACT

Falls in the elderly, framed within the commonly named as geriatric syndromes, are a frequent undervalued problem, causing functional deterioration, depression and even death of the elderly.

This research's aim is to study the vision of the nursing staff about the risk of institutionalized elders because they have a higher incidence of falls.

It is a descriptive, cross-sectional study, where the data collection is done through a self-prepared and self-administered questionnaire addressed to the nursing professionals of the Geriatrics Unit of the Hospital del Norte.

The analysis of results shows that the nursing professionals of this unit consider the risk assessment of falling danger as a priority and important labour of nursing.

The valuation scales of Tinetti and Downton are not used by the professionals of the unit and that as preventive measures they use the falling risk assessment on admission, the use of handrails and the mechanical subjection.

The risk factors found related to the environment would be the presence of slippery soil and the use of inappropriate clothing or footwear of Elder patients. About factors related to the patient moderate dependence, gait alterations and sensory alterations, cognitive deterioration, medicine/drug consumption and multi-pathology.

The results of this study aim to highlight the importance of nursing professional to avoid falls of institutionalized old people, especially in prevention measures and associated risk factors.

KEY WORDS: falls, elderly, nursing, institution, valuation scales.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	MARCO TEÓRICO	3
2.1.	Situación actual del tema.....	3
2.2.	Factores de riesgo.....	4
2.3.	Consecuencias de las caídas	5
2.4.	Uso de la sujeción mecánica	6
2.5.	Herramientas de apoyo a la valoración enfermera del riesgo de caídas	7
2.6.	Prevención del riesgo de caídas en ancianos.....	9
3.	JUSTIFICACIÓN	10
4.	OBJETIVOS	11
4.1.	Objetivo general	11
4.2.	Objetivos específicos.....	11
5.	METODOLOGÍA.....	11
5.1.	Tipo de estudio.....	11
5.2.	Población de estudio	11
5.3.	Cálculo de la muestra.....	12
5.4.	Variables e instrumentos de medida.....	13
5.5.	Herramienta de recogida de la información	13
5.6.	Método de recogida de la información	14
5.7.	Análisis de los datos.....	14
5.8.	Aspectos éticos	14
6.	RESULTADOS	15
7.	DISCUSIÓN.....	23
8.	CONCLUSIONES.....	24
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
10.	ANEXOS.....	30

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida que se ha ido produciendo a lo largo de las últimas décadas es digno de considerarse todo un éxito para nuestra sociedad. Sin embargo, supone también uno de los mayores retos a los que esta se enfrenta, especialmente para el ámbito sociosanitario.

Este aumento de la esperanza de vida va ligado a un término de actualidad como es el envejecimiento saludable, siendo este definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”¹.

En una cantidad ingente de casos, el envejecimiento saludable se ve mermado por diversos problemas y/o alteraciones que aquejan al adulto mayor, pudiendo encontrar muchos de estos problemas incluidos dentro de los síndromes geriátricos. Se entiende por síndrome geriátrico un conjunto de signos y síntomas causados por una o más patologías y que son causa de discapacidad funcional y social, pérdida de autonomía e incluso la muerte. Además, impiden el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor.

Los síndromes geriátricos son las caídas, la depresión, fragilidad, delirium, inmovilidad, alteraciones de la marcha, deterioro cognitivo, pérdida de autonomía, desnutrición, polimedicación, déficit visual y auditivo, incontinencia urinaria y fecal².

Esta investigación se centra en un síndrome geriátrico frecuentemente infravalorado, las caídas o síndrome de inestabilidad, siendo a menudo considerado como un episodio normal a consecuencia de la edad y que, por el contrario, representa un fenómeno de gran relevancia que puede acarrear graves consecuencias, incluida una lesión mortal.

La OMS define el término caída como un suceso involuntario que incluye la pérdida de equilibrio y el impacto del cuerpo con una superficie firme que lo detenga. Estas constituyen un problema importantísimo de salud pública, siendo la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales³. Pueden ser indicativas de un problema aún no identificado o bien una necesidad de cambios en el entorno que no ha sido satisfecha, siendo por este motivo muy importante la valoración del riesgo de caídas en el paciente mayor, así como la prevención de dicho riesgo.

Las caídas suponen un riesgo de lesión en todas las personas; no obstante, uno de los principales factores de riesgo para que ocurran es la edad, siendo los ancianos los que tienen un mayor riesgo de sufrir una lesión grave o mortal. Este riesgo se atribuye a factores como la posible presencia de alteraciones físicas, sensoriales y/o cognitivas, además de la ingesta de ciertos tipos de fármacos y elementos ambientales (barreras arquitectónicas, iluminación insuficiente, suelo resbaladizo...). Resulta destacable que la

incidencia y prevalencia de caídas en los ancianos que se encuentran institucionalizados es hasta tres veces mayor que en la comunidad, debido a que los pacientes de las instituciones suelen presentar con mayor frecuencia fragilidad y alto nivel de dependencia⁴.

El síndrome de inestabilidad o caídas se trata de una de las múltiples consecuencias de la fragilidad del anciano, entendiendo por este concepto, una mayor vulnerabilidad y un mayor riesgo de presentar eventos adversos para su salud, se trata, por tanto, de un predictor de discapacidad⁵.

Un concepto íntimamente ligado con la aparición de estos eventos adversos es la seguridad del paciente, uno de los aspectos más relevantes de la atención sanitaria y con el que Enfermería tiene un importante papel. La seguridad del paciente es definida como el conjunto de instrumentos destinados a reducir el riesgo de padecer un evento adverso derivado de las actividades de atención de la salud y/o reducir sus consecuencias⁶.

Enfermería tiene un importante compromiso en el ámbito de la seguridad del paciente, incluyendo actividades como la prevención y reducción de los eventos adversos, en este caso concreto, de las caídas. Estas, constituyen tal como se ha mencionado, uno de los síndromes geriátricos por excelencia, y el riesgo de padecerlas está recogido por la American Nursing Diagnosis Association (NANDA), definido como la vulnerabilidad a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, pudiendo acarrear daños físicos y comprometer la salud⁷. Es con ello con lo que se justifica que los profesionales de enfermería poseen un amplio campo de trabajo relacionado con este síndrome, especialmente en el ámbito de la prevención del riesgo de caídas, no reduciéndose solo a esto, sino incluyendo también actividades encaminadas a la detección de complicaciones inmediatas y tardías ocasionadas por las caídas, otras actividades orientadas a la limitación de la movilidad, la dependencia y las dificultades de las actividades de la vida diaria.

Las caídas pueden acarrear graves consecuencias para el adulto mayor, entre ellas las fracturas, siendo improbable la recuperación de la funcionalidad que poseían previamente, además de que estas frecuentemente son causa de discapacidad en el anciano⁵. Es por ello, por lo que no se debe prescindir de atribuirle a este problema la importancia que conlleva y por lo que se hace tan necesaria la sensibilización de los profesionales sanitarios, teniendo estos un papel fundamental, pues un porcentaje elevado de las caídas podría ser prevenible con las herramientas de valoración del riesgo de caídas.

La Organización Mundial de la Salud ha previsto que para el año 2050 habrá aproximadamente 2.000 millones de adultos mayores de 60 años. Esta es una cifra significativa para el ámbito sanitario, prediciendo que su punto de vista debe enfocarse a este grupo de población con actividades encaminadas a la prevención de situaciones que generan o aumentan la morbi-mortalidad de las personas mayores⁸.

Una de estas situaciones son las caídas, las cuales constituyen un importantísimo problema de salud pública, especialmente en adultos mayores de 65 años. Una característica fundamental de este problema es que en un porcentaje elevado de casos podría ser previsible, debido a que los principales factores de riesgo son factores extrínsecos y, por tanto, modificables, siendo para ello necesario, entre otras cosas, determinar la población diana que padece este riesgo y las causas por las que se produce la caída.

En España hay una elevada incidencia de caídas, lo que hace pensar que se necesita un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo y actuación sobre los mismos, así como sobre las consecuencias físicas, psicológicas y socioeconómicas⁴.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Situación actual del tema

Las caídas que ocurren en el paciente mayor se encuentran dentro del grupo de los denominados síndromes geriátricos, siendo este problema hasta tres veces superior en los ancianos institucionalizados.

El hecho de que la incidencia de caídas sea mayor en los ancianos institucionalizados que en los de la comunidad está justificada con que el perfil de estos pacientes suele ser mayor fragilidad, presencia de comorbilidades y un mayor nivel de dependencia⁴.

Una de cada 3 personas mayores de 65 años se cae al menos una vez al año, y dos terceras partes de los que se caen vuelven a presentar caídas en un periodo de tiempo de 6 meses. En mayores de 75 años el porcentaje de caídas es del 35%, mientras que en mayores de 80 años asciende hasta el 50%.

A consecuencia de las caídas, los ancianos pueden requerir asistencia sanitaria, utilizándose los servicios de urgencias en un 10% por personas mayores tras una caída y precisando de ingreso hospitalario. Asimismo, entre el 5 y el 20% de las caídas provocan lesiones graves, tales como fracturas, traumatismo craneoencefálico y lesiones de partes blandas⁹.

Es de señalar que la incidencia de caídas puede ser mayor a la que se evidencia por los diferentes estudios dado que en múltiples ocasiones se trata de un acontecimiento que no se comunica o bien no se realiza su registro.

Alrededor de un 22% de estas caídas se producen como consecuencia de factores extrínsecos, pudiendo ser estos en la mayoría de los casos evitables. Es por ello por lo que

las caídas suponen un desafío para los profesionales sanitarios dedicados a la labor asistencial de adultos de edad avanzada.

Por otro lado, en cuanto al sexo, las mujeres son las que más se caen, aunque esta diferencia entre sexos está tendiendo a desaparecer¹⁰.

Con respecto al factor edad existe controversia en la determinación de la edad en la que hay mayor incidencia de caídas, hallándose estudios en los que se determina que están más predispuestos los pacientes mayores de 80 años con motivo de que suelen presentar un mayor número de patologías, y estudios en los que se describe que la incidencia aumenta en mayores de 75 años dado que tienen mayor movilidad y tienen menor consciencia de que sus capacidades físicas han ido empeorando.

En lo que sí existe cierto consenso en los diferentes estudios es en que los ancianos que más caídas padecen son aquellos pacientes que presentan un riesgo alto al aplicar el Test de Tinetti, resolviendo esto que resultaría relevante evaluar el equilibrio y la marcha utilizando este test mencionado, con la intención de poder predecir este problema en caso de que el paciente presente un riesgo alto.

El estudio de Samper et al (2016)¹¹ afirma que el turno en el que se produce una mayor incidencia de caídas es durante el de mañana por el hecho de que los pacientes reciben un menor número de visitas de sus familiares, es decir, aumenta cuando el anciano se encuentra solo. En relación al lugar, cabría destacar que suele producirse un mayor número de caídas en la habitación del paciente, por el mismo motivo que el anterior, y es que es donde el anciano suele estar solo.

2.2. Factores de riesgo

Las caídas tienen un origen multifactorial, interviniendo tanto factores intrínsecos como extrínsecos.

Entre los factores extrínsecos se destacan los mencionados a continuación:

- Factores socioeconómicos: Vivienda inadecuada, escasa posibilidad de acceso a los recursos sanitarios, bajo poder económico.
- Factores ambientales: Suelo deslizante o resbaladizo, iluminación inadecuada, barreras arquitectónicas, presencia de obstáculos.
- Factores comportamentales: Ingesta de fármacos que aumentan el riesgo de padecer una caída, ingesta de alcohol.

Con respecto a los factores intrínsecos se mencionan los siguientes:

- Factores biológicos: Edad, sexo, patologías crónicas, alteraciones del equilibrio y la marcha, déficits sensoriales, físicos, entre otros.

Cabe señalar que el haber sufrido una caída con anterioridad predispone a sufrir caídas repetidas, motivo por el cual se las incluye también dentro de los factores predisponentes¹².

La ingesta de fármacos es uno de los factores de riesgo para padecer una caída con mención especial debido a que los ancianos en los países desarrollados toman una media de 6 fármacos al día, siendo muy frecuente que entre ellos se encuentren los psicofármacos. Particularmente son las benzodiazepinas las que diferentes estudios relacionan con un mayor riesgo de sufrir una caída, tanto en pacientes de la comunidad como en aquellos que están institucionalizados.

Conforme aumenta la edad se producen cambios en la metabolización de los fármacos, así como en la farmacocinética de los mismos, pudiendo ocurrir que se acumulen en el organismo y desencadenen reacciones adversas tales como somnolencia y aumento de la sedación predisponiendo a un mayor riesgo de caídas. Este es uno de los grandes factores de riesgo a los que están expuestos los ancianos institucionalizados por el aumento de la prescripción de psicofármacos en residencias de ancianos, siendo este un riesgo potencialmente reducible¹³.

Sería conveniente, por tanto, la valoración del patrón del sueño del paciente mayor para conocer la necesidad real de la administración de sedantes, dada la gran relación que estos tienen con la probabilidad de sufrir una caída¹⁴.

2.3. Consecuencias de las caídas

Las caídas, frecuentemente infravaloradas e infradiagnosticadas, suponen la segunda causa de muerte mundial a causa de lesiones accidentales. Se estima que al año se producen 37,3 millones de caídas que por su gravedad precisan de atención sanitaria³.

Las consecuencias del síndrome geriátrico de caídas podrían clasificarse en dos grupos, atendiendo al momento de su aparición, pudiendo ser inmediatas o tardías. Dentro de las consecuencias *inmediatas* se encuentran lesiones menores en partes blandas y fracturas, siendo las más frecuentes las de cadera, fémur, húmero, muñecas y costillas. Además, como consecuencia inmediata pueden producirse infecciones y trastornos psicológicos a raíz de la caída.

Dentro de las consecuencias *tardías* se encuentra la limitación funcional, un problema relevante que a su vez puede desencadenar multitud de complicaciones, entre ellas las derivadas de la inmovilidad¹⁵.

Las caídas también pueden desencadenar consecuencias psicológicas y sociales como la reducción de la actividad física habitual, consecuencias socioeconómicas por el gasto económico, social y sanitario que suponen, así como que se trata de la 6ª causa de muerte en los ancianos mayores de 75 años¹⁴.

Dentro de las consecuencias psicológicas de las caídas, la más importante que se recoge es el miedo a caer o “síndrome postcaída”, que se caracteriza por el temor del paciente a sufrir una nueva caída, ocasionando esto que él mismo limite la deambulaci3n, desencadenándose consecuencias más importantes a raíz de esto como el aislamiento y la depresi3n. No solo se trata de una consecuencia de las caídas, sino también de un factor de riesgo para padecerlas¹⁰.

Este miedo a caer ha ido ganando la atenci3n de la investigaci3n durante las últimas décadas, dado que se presenta en un porcentaje del 30% de los ancianos que no han sufrido ninguna caída previa, pero se duplica en aquellos que tienen antecedentes de caídas.

Se trata de una sensaci3n de temor que no debe ser subestimada debido a las consecuencias que puede arraigar tales como deterioro funcional, disminuci3n o p3rdida de bienestar y de autonomía¹⁶.

2.4. Uso de la sujeci3n mecánica

La contenci3n mecánica se define como la terapia que emplea la supresi3n de las posibilidades de movimiento de una parte o del total del organismo con el fin de favorecer la curaci3n. Se emplea fundamentalmente en la agitaci3n psicomotora o en la falta de control de impulsos¹⁷.

“Las sujeciones mecánicas o físicas y las farmacológicas o químicas constituyen uno de los temas más controvertidos de la asistencia geriátrica por las repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas que conllevan”¹⁸.

Su uso está justificado para salvaguardar la integridad y disminuir las lesiones y caídas de las personas mayores con alteraciones conductuales; sin embargo, existe controversia alrededor de este uso dado que estudios avalan que no reducen las caídas, sino que por el contrario las aumentan.

Por una parte, pueden atentar contra el derecho de la libertad de las personas reconocido en los artículos 1,10, 15 y 17 de la Constituci3n Española 1978, además de

contra la dignidad y, por otra parte, pueden producir complicaciones como lesiones, laceraciones, isquemias, entre otros.

Para evitar todo ello se necesita una racionalización del uso de las mismas, pues existen centros en los que se emplea la sujeción mecánica en más del 50% de los usuarios con objetivos diferentes a su uso terapéutico como disminuir la supervisión de personas con alteraciones de la deambulación o por horarios ajustados y cargas laborales.

Con motivo de la doble cara de las sujeciones mecánicas, se ha intentado llegar a un consenso que garantice, por un lado, los derechos de libertad y dignidad de los pacientes y, por otro lado, la seguridad de los mismos en los centros gerontológicos. Este consenso se ha puesto en marcha por medio del Comité Interdisciplinar de Sujeciones constituidos por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), sirviendo como guía de buena práctica clínica para los profesionales sanitarios.

En relación a esto, el uso de la sujeción mecánica deberá emplearse garantizando la libertad y dignidad de los pacientes y utilizarse con el objetivo de asegurar la integridad y seguridad de los mismos, previniendo problemas como las caídas en pacientes con alteraciones conductuales¹⁹.

2.5. Herramientas de apoyo a la valoración enfermera del riesgo de caídas

El paso primordial de la valoración de caídas en el paciente anciano es una anamnesis que incluya preguntar al anciano sobre sus antecedentes de caídas. Además, se debe indagar sobre las circunstancias de la caída, el motivo, las consecuencias o daños que desencadenó, entre otros.

Una herramienta de valoración muy útil es la valoración geriátrica integral, la cual permite valorar la esfera biomédica, que incluye antecedentes, hábitos tóxicos y medicación habitual, la esfera funcional que valora el grado de dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pues a mayor grado de dependencia mayor riesgo de caídas, la esfera mental y psicoafectiva, que evalúa la presencia de deterioro cognitivo y estados depresivos como factores predisponentes para sufrir una caída, y por último, la esfera social, que evalúa el apoyo socio-familiar y las características del domicilio. También será necesaria la valoración del entorno con el objetivo de prevenir el riesgo de caídas, evaluando, por ejemplo, que no existan barreras arquitectónicas ni presencia de obstáculos, falta de iluminación, suelos deslizantes, entre otros.

A modo general, también serán útiles otro tipo de exploraciones como la exploración cardiovascular en busca de episodios de hipotensión que pueden precipitar al anciano al suelo, la exploración neurológica con el fin de descartar alteraciones relacionadas con un mayor riesgo de caídas como el parkinsonismo, la exploración del

sistema locomotor con el objetivo de valorar la fuerza muscular y el movimiento de las articulaciones, y por último, la exploración de los órganos de los sentidos como la pérdida de agudeza visual que puede ser un factor de riesgo¹⁰.

De forma más específica, existen diferentes herramientas de valoración del riesgo de caídas que son las siguientes:

- **Test de Tinetti:** Esta escala fue diseñada por la Dra. Tinetti en la Universidad de Yale en 1986. Se emplea para valorar el equilibrio y la marcha con el fin de descubrir qué ancianos tienen riesgo de caídas, valorándolo el examinador por medio de una serie de actividades como permanecer de pie, permanecer sentado en una silla sin apoyabrazos, empujar levemente al paciente por el esternón, entre otras.

La escala consta de nueve ítems correspondientes al equilibrio y siete correspondientes a la marcha. Las respuestas varían de 0 a 2, siendo 0 que la persona carece de estabilidad o tiene un patrón de marcha alterado (anormal), siendo 1 que tiene estabilidad para los cambios de posición y patrón de marcha con compensación postural (adaptativa), y 2 que la persona puede llevar a cabo las tareas recogidas en las escalas sin ninguna alteración (normal).

Al obtener una puntuación entre 19 y 24 se determina que el riesgo de caídas es mínimo, mientras que una puntuación inferior a 19 se considera que el paciente presenta un riesgo de caídas alto²⁰.

- **Escala Downton:** La escala Downton es la escala de valoración del riesgo de caídas. En la misma se le otorga una puntuación entre 0 y 1 a cada uno de los ítems valorados que son caídas previas (sí o no), medicación (tranquilizantes-sedantes, diuréticos, hipotensores no diuréticos, antiparkinsonianos, antidepresivos, ninguno), déficit sensorial (ninguno, alteraciones visuales, alteraciones auditivas, extremidades), estado mental (orientado, confuso) y deambulación (normal, segura con ayuda, insegura con ayuda/sin ayuda, imposible). El punto de corte para considerar al paciente con alto riesgo de caídas es la obtención de tres o más puntos²¹.
- **Timed up and go:** Se trata de un test por el cual se mide en segundos el tiempo que el paciente tarda en levantarse de una silla, caminar al menos tres metros y volver a sentarse. Se considera que menos de 10 segundos es un resultado normal, entre 10 y 20 segundos es un sujeto que presenta fragilidad y más de 20 segundos se asocia con un elevado riesgo de caídas¹⁰.

2.6. Prevención del riesgo de caídas en ancianos

El síndrome geriátrico de las caídas tiene una gran ventaja y es que es probablemente del que mejor se conocen los factores de riesgo asociados, siendo, por tanto, el síndrome geriátrico por excelencia prevenible.

Existen tres niveles principales de prevención que adaptados al riesgo de caídas serían los siguientes:

- ❖ **Prevención primaria:** Tiene por objetivo potenciar en el anciano la independencia y autonomía, siendo el pilar fundamental para ello la promoción de la actividad física. Asimismo, será necesario el diagnóstico precoz de las comorbilidades que pueden aumentar el riesgo de padecer una caída. Además, se deberá hacer educación sanitaria sobre el uso de bastones, andadoras y sillas de ruedas. También entra dentro de este eslabón la valoración del entorno del anciano, minimizando los factores de riesgo extrínsecos asociados con el riesgo de caídas.
- ❖ **Prevención secundaria:** Este nivel de prevención se emplea cuando el paciente ha sufrido alguna caída previa, interviniendo en los factores de riesgo que tuvieron relación con la misma.
- ❖ **Prevención terciaria:** Con este nivel de prevención se pretende actuar sobre las consecuencias que ha arraigado la caída, actuando tanto sobre las consecuencias físicas como psicológicas, así como potenciar el estado funcional del paciente en la medida de lo posible¹⁰.

3. JUSTIFICACIÓN

Este estudio aborda uno de los grandes síndromes geriátricos, las caídas o síndrome de inestabilidad, cuya importancia radica en que tras producirse suelen originar un deterioro en la calidad de vida del paciente mayor, causando o incrementando la dependencia y la necesidad de asistencia sanitaria. Debe destacarse que el riesgo de padecer una caída es mayor en los ancianos institucionalizados que en la comunidad, pudiendo ser hasta tres veces mayor. De las personas mayores de 65 años alrededor de un 30% sufren caídas una vez al año, mientras que en el caso de ancianos residentes en instituciones dicho porcentaje se eleva hasta el 50%¹². Este es el motivo por el cual esta investigación se lleva a cabo en una unidad de geriatría, donde permanecen ingresados adultos mayores de 65 años.

Con motivo de que la bibliografía encontrada sobre este tema es escasa en el marco de la Comunidad Autónoma de Canarias, este estudio tiene su ejecución en dicho territorio.

Debe insistirse en que la Enfermería tiene un importante rol en este problema, pues dentro del amplio marco de cuidados que ofrece a sus pacientes, se incluyen actividades relacionadas con las caídas del paciente mayor, orientadas a la prevención de las mismas y de las lesiones o complicaciones que pueden provocar, siendo útiles los protocolos y escalas de valoración de riesgo.

La prevención de las caídas es un indicador de calidad de los cuidados de Enfermería; sin embargo, se trata de un problema a menudo infravalorado e infradiagnosticado, quedando relegado a un segundo plano debido a la falta de visibilidad de este síndrome geriátrico. El buen uso de las herramientas de prevención de caídas está relacionado con una mayor calidad de la asistencia sanitaria, pudiéndose hacer mayor hincapié en pacientes con elevado riesgo de caídas, siendo por ello fundamental que Enfermería las conozca e integre dentro del proceso enfermero.

Los resultados serán útiles para conocer el papel que desempeña Enfermería en el ámbito de las caídas de ancianos institucionalizados, valorando el reconocimiento de esta competencia y la importancia que se le da. Además, servirán para valorar las estrategias que emplean las enfermeras para prevenir las caídas y/o reducir sus efectos, así como las circunstancias que relacionan como causantes de este problema y qué actividades ponen en marcha para evitarlas. De esta forma, se evaluará si a este síndrome geriátrico, en muchas ocasiones evitable, se le otorga la importancia que se debería o resulta necesaria una mayor visibilidad de este problema.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Conocer la visión de las/los profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte, situado en el municipio de Icod de Los Vinos, adscrito al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) sobre el riesgo de caídas en los ancianos institucionalizados.

4.2. Objetivos específicos

1. Conocer la percepción que tienen las enfermeras de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte sobre la importancia del síndrome de inestabilidad o caídas y su papel preventivo sobre las mismas.
2. Analizar cuáles son las circunstancias, tanto externas como propias del paciente, que las enfermeras relacionan con el riesgo de caídas.
3. Identificar las acciones preventivas del riesgo de caídas que se ponen en marcha en la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte.
4. Analizar cuáles son las diferentes herramientas para la prevención de caídas en ancianos institucionalizados.
5. Determinar qué instrumentos para la prevención del riesgo de caídas conocen y ponen en práctica las enfermeras de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Esta investigación es un estudio descriptivo de corte transversal, que emplea la metodología cuantitativa, realizado mediante la recogida de datos a partir de un cuestionario de autocumplimentación por los profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte.

5.2. Población de estudio

La población de estudio de esta investigación han sido las/los profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte, adscrita al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), y situado en el municipio de Icod de Los Vinos.

Esta unidad está constituida por 50 camas destinadas a la especialidad médica de geriatría. El perfil del paciente de esta unidad es un paciente con una media de edad de 80 años, pluripatológico, con patología crónica y polimedicado, con estancia media de 21'8 días.

Durante el año 2017 la procedencia de los pacientes fue en un 81% del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, en la fase aguda de su motivo de consulta urgente. El resto suelen ser pacientes trasladados desde diferentes unidades de hospitalización del Hospital Universitario de Canarias (HUC) para rehabilitación y recuperación de su episodio de ingreso (Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Neurología/Neurocirugía, Oncología, Paliativos...).

En cuanto a los recursos humanos se refiere, la unidad dispone de una plantilla de Enfermería compuesta por 20 enfermeros/as, incluyendo en esta al Jefe de Unidad.

En el turno de día, se dispone de 4 enfermeros/as y 5 auxiliares de enfermería. Durante el turno de noche, hay 3 enfermeros/as y 4 auxiliares de enfermería. De lunes a viernes la unidad cuenta con un fisioterapeuta y un celador. En relación al personal facultativo, hay 4 médicos, uno de ellos geriatra y el resto con especialidad de medicina interna, que se encuentran en la unidad durante el turno de mañana, el resto de la jornada se cubre en régimen de guardia médica.

El muestreo empleado en el estudio es no probabilístico intencional y los criterios de inclusión y exclusión establecidos son los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte que voluntariamente deseen participar en la investigación.
- Profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte que se encuentren en activo en el periodo de recogida de los datos.

Criterios de exclusión:

- Otros profesionales que trabajen en la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte (auxiliares de Enfermería, fisioterapeutas, celadores, personal facultativo...).
- Profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte que no deseen participar en la investigación.
- Profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte que no se encuentren en activo en el periodo de recogida de los datos.

5.3. Cálculo de la muestra

La población elegida para esta investigación ha sido la plantilla de Enfermería de la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte. Al tratarse de una población finita, es decir, una población de tamaño conocido se utilizará para el cálculo de la muestra la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Siendo:

- ✚ **N**: Total de la población, en este caso, 20 enfermeros/as
- ✚ **Z_α**: 1'96 para un nivel de confianza del 95%
- ✚ **p**: Proporción esperada (5%= 0'05)
- ✚ **q**: 1 – p
- ✚ **d**: Precisión, en este caso, deseamos una precisión del 3%

Una vez sustituidos los valores, la fórmula quedaría de la siguiente manera:

$$n = \frac{20 \cdot 1,96^2 \cdot 0,05 \cdot (1-0'05)}{0,03^2 \cdot (20-1) + 1,96^2 \cdot 0,05 \cdot (1-0,05)} = 18'28 \cong 18'3$$

Nuestra muestra ideal para el estudio sería de 18 enfermeros/as. Es de señalar que finalmente participaron de forma voluntaria 18 sujetos.

5.4. Variables e instrumentos de medida

En este estudio las variables que se incluyen son las siguientes:

- Variables sociodemográficas: Edad y sexo.
- Variables referidas a la profesión: Formación laboral, situación laboral en la unidad, experiencia en la atención a personas mayores y en la Unidad de Geriátrica, formación realizada en gerontogeriatría.
- Variables específicas del estudio: Prioridad de evaluar el riesgo de caídas, conocimiento y uso de las escalas de valoración, notificación de las caídas, factores relacionados, medidas de prevención.

5.5. Herramienta de recogida de la información

La herramienta empleada para llevar a cabo el estudio es un cuestionario de elaboración propia denominado “Visión de Enfermería de las caídas de los ancianos institucionalizados” (Anexo I).

El cuestionario consta de 23 preguntas, estando la primera parte del mismo constituido por dos preguntas referidas a las variables sociodemográficas y cinco preguntas (de la pregunta número 3 a la pregunta número 7) referidas a la profesión. En la segunda parte del cuestionario se encuentran trece preguntas específicas del tema abordado por la investigación (de la pregunta número 8 a la pregunta número 20), siendo preguntas de tipo

cerrado con respuestas Sí/No/No sabe, no contesta y con respuestas en una escala donde se incluyen los ítems Nunca (1), Con poca frecuencia (2), Con frecuencia (3) y Siempre (4).

Por último, se incluye una pregunta abierta que permite hacer llegar comentarios y sugerencias.

5.6. Método de recogida de la información

Para la recogida de datos de la investigación se contacta en el mes de febrero con el Servicio de Formación Continuada del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), obteniéndose favorablemente la autorización para llevar a cabo el estudio (Anexo II).

Tras la obtención de los permisos pertinentes, se concreta una cita con el Jefe de Enfermería de la Unidad, con el fin de conocer en mayor profundidad la Unidad de Geriátrica, así como solicitar la colaboración del centro para informar al personal de Enfermería de la investigación y pedir su consentimiento.

Posteriormente, se contacta con las/los profesionales de enfermería mediante encuestación on-line y se facilitan copias impresas para aquellas/os que lo prefieran.

A partir de ese momento, se lleva a cabo un seguimiento de los cuestionarios entregados para cualquier duda que pueda surgirle a los encuestados, estando a su entera disposición (Anexo III).

5.7. Análisis de los datos

Para analizar los datos recogidos del cuestionario se emplea la aplicación de Microsoft Excel (versión 2016 en Español) y por medio de hojas de cálculo se realiza un análisis descriptivo de frecuencias.

5.8. Aspectos éticos

Con el fin de recoger los datos necesarios para llevar a cabo esta investigación ha sido necesaria la obtención de los permisos pertinentes al Servicio de Formación Continuada del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

En este permiso se detalla que la participación en esta investigación es voluntaria y los profesionales sanitarios que participen serán informados de los objetivos de la misma, la metodología empleada, así como de la protección y confidencialidad de los datos obtenidos de la encuesta y de la entrevista. Se les invita también a todos ellos a conocer los resultados conseguidos una vez finalizada la investigación.

Todos los datos que se obtienen a partir de esta investigación garantizan el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal²².

6. RESULTADOS

Tras la recogida de los cuestionarios se han obtenido un total de 18 encuestas, obteniéndose una participación del personal de Enfermería del 90%. El 72'2% de los encuestados utilizaron la encuesta en formato papel frente al 27'8% que prefirió la encuesta electrónica.

Del número total de encuestas un 66'7% corresponde a diplomados/as en Enfermería, un 27'8% son graduados/as en Enfermería y un 5'5% a alumnos/as de máster de Enfermería.

El 83'3% (15 sujetos) son mujeres y el 16'7% (3 sujetos) son hombres y su edad media es de 36 años.

Casi el 95% de los participantes es personal contratado; sólo un 5'6% manifiesta ser personal con vinculación fija al puesto de trabajo.

El 72'2% de los profesionales de Enfermería lleva trabajando en la Unidad de Geriátrica entre uno y cinco años y el 27'8% restante menos de un año.

El 50% del personal de Enfermería encuestado manifiesta tener más de cinco años de experiencia en la atención a las personas mayores; el 44'4% entre uno y cinco años, y el 5'6% tiene experiencia menor a un año.

En cuanto a la formación realizada en el ámbito de la gerontogeriatría, la mitad de los encuestados refiere haber realizado uno o más cursos por su cuenta y el 33'3% manifiesta no haber realizado formación en este ámbito durante el último año. Además, un 16'7% refiere haber realizado esta formación por medio del centro de trabajo.

- De los profesionales encuestados, estos mayoritariamente han considerado **la prevención de caídas como labor propia de la Enfermería** (88'9%), mientras que otros han referido que no (5'6%), y otros no saben/no contestan (5'6%) (Tabla 1).

	Frecuencia absoluta	Porcentajes
Sí	16	88,9
No	1	5,6
NS/NC	1	5,6

- La totalidad de los encuestados considera que **evaluar el riesgo de caídas** es una actividad prioritaria. Al estudiar si los profesionales consideran que **las caídas en los ancianos institucionalizados son inevitables y "fruto de la edad"** se ha encontrado que un 83'3% considera que no se trata de un fenómeno inevitable, un 11'1% refiere

que son inevitables y consecuencia de la edad, y, por último, el 5'6% no sabe/no contesta (Tabla 2).

	Frecuencia absoluta	Porcentajes
Sí	2	11,1
No	15	83,3
NS/NC	1	5,6

- Analizando la **utilidad que tienen las escalas de valoración del riesgo de caídas** según los profesionales, el 88'9% considera útiles las escalas para valorar este riesgo y el 11'1% no las considera de utilidad (Tabla 3).

	Frecuencia absoluta	Porcentajes
Sí	16	88,9
No	2	11,1
NS/NC	0	0,0

- Con respecto a la **opinión sobre las escalas de valoración (Tinetti, Downton, Braden y Barthel)** (Tabla 4) se descubre que el Test de Tinetti es el menos conocido y utilizado por los encuestados (88'9%), seguido de la Escala Downton donde un 66'7% no la usa ni la conoce. Las escalas más conocidas por los profesionales encuestados son la Escala de Braden (72'2%) y la Escala de Barthel (66'7%).

Tipo de Escala	No la uso/ No la conozco	Porcentajes	La uso pero no me gusta pues me resulta difícil de aplicar	Porcentajes	No la uso pero sí me gusta pues resulta fácil de aplicar	Porcentajes	La uso y me gusta pues es fácil de aplicar	Porcentajes
Test de Tinetti	16	88,9	0	0,0	2	11,1	0	0,0
Escala de Downton	12	66,7	2	11,1	2	11,1	2	11,1
Escala de Braden	1	5,6	1	5,6	3	16,7	13	72,2
Escala de Barthel	2	11,1	1	5,6	3	16,7	12	66,7

- Analizando cómo consideran los profesionales **las escalas de valoración en función del grado de dificultad a la hora de aplicarlas** (Tabla 5), se encuentra que un 72'2% de los encuestados las considera fácil de aplicar.

Tabla 5. Escalas de valoración		
	Frecuencia absoluta	Porcentajes
Fácilmente aplicables	13	72,2
Complicadas de aplicar	2	11,1
NS/NC	3	16,7

- En relación al **número de caídas** los encuestados han manifestado en un 77'8% que en el último año en la unidad se han producido menos de 10 caídas, y en un 22'2% que se han producido entre 10 y 20. Ninguno de los encuestados ha referido que en el último año no haya habido incidentes de caídas (Tabla 6).

Tabla 6. Caídas en el último año		
	Frecuencia	Porcentajes
Ninguna	0	0,0
Menos de 10	14	77,8
Entre 10 y 20	4	22,2

- Se ha analizado la **existencia de un documento donde notificar las caídas**, encontrándose que un 55'6% de los profesionales expresa que existe este documento, un 22'2% no sabe/no contesta y un 22'2% refiere que no existe tal documento en la unidad.

Además, se investiga **cuántas veces se ha utilizado este documento de notificación**, hallándose que el 50% de profesionales manifiesta que no se utiliza, mientras que un 44'4% dice que se ha empleado entre 1 y 3 ocasiones.

En los **motivos por los que no se utiliza el documento de notificación de caídas** se encuentra en primer lugar que la carga de trabajo dificulta el invertir tiempo ello (27'8%), seguido del motivo de que se realiza la notificación de forma verbal (16'7%) y, por último, el temor a que se cuestione el trabajo del personal (11'1%).

También han sido señalados otros motivos tales como los siguientes:

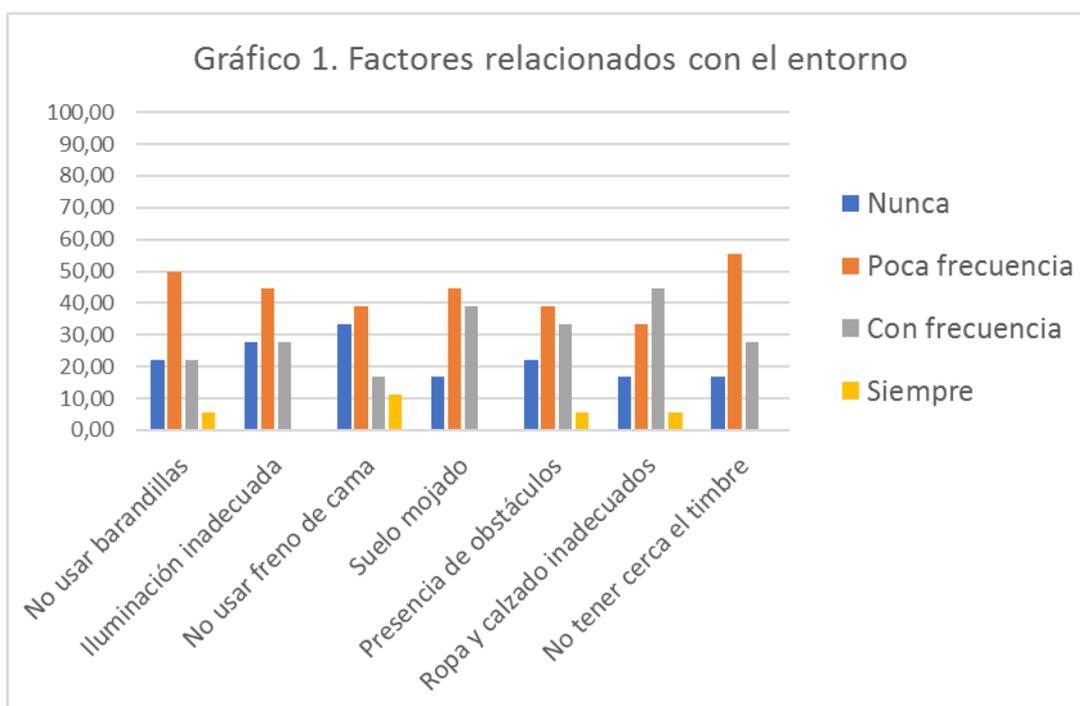
“La falta de accesibilidad dado que este documento de notificación de caídas lo tiene el supervisor de la unidad y tiene muchas ocupaciones”

“Se deja escrito en el comentario diario de enfermería, pero no existe documento específico para ello”.

- Al preguntar sobre **los factores relacionados con el entorno** que intervienen en el riesgo de caídas (Gráfico 1), los encuestados manifiestan que los factores que influyen en menor frecuencia son no tener cerca el timbre de llamada (55'6%), no usar

barandillas (50%), iluminación inadecuada (44'4%), no usar freno de cama (38'9%), presencia de obstáculos (38'9%). Aquellos factores que influyen con mayor frecuencia son la presencia de suelo mojado o deslizante (44'4%) y la ropa y calzado inadecuados del paciente (44'4%).

También se han manifestado otros factores relacionados con el entorno como “Deterioro de la ambulación, fuerza y desorientación”, “Estructura de las camas, más concretamente el sistema de barandillas” y “Pacientes desorientados que se levantan de la cama o el sillón sin pedir ayuda”.



- Al querer conocer los **factores relacionados con el paciente** que intervienen en el riesgo de caídas en las personas mayores, consideran que (Gráfico 2):

Los hombres (50%) se caen con mayor frecuencia que las mujeres (44'4%).

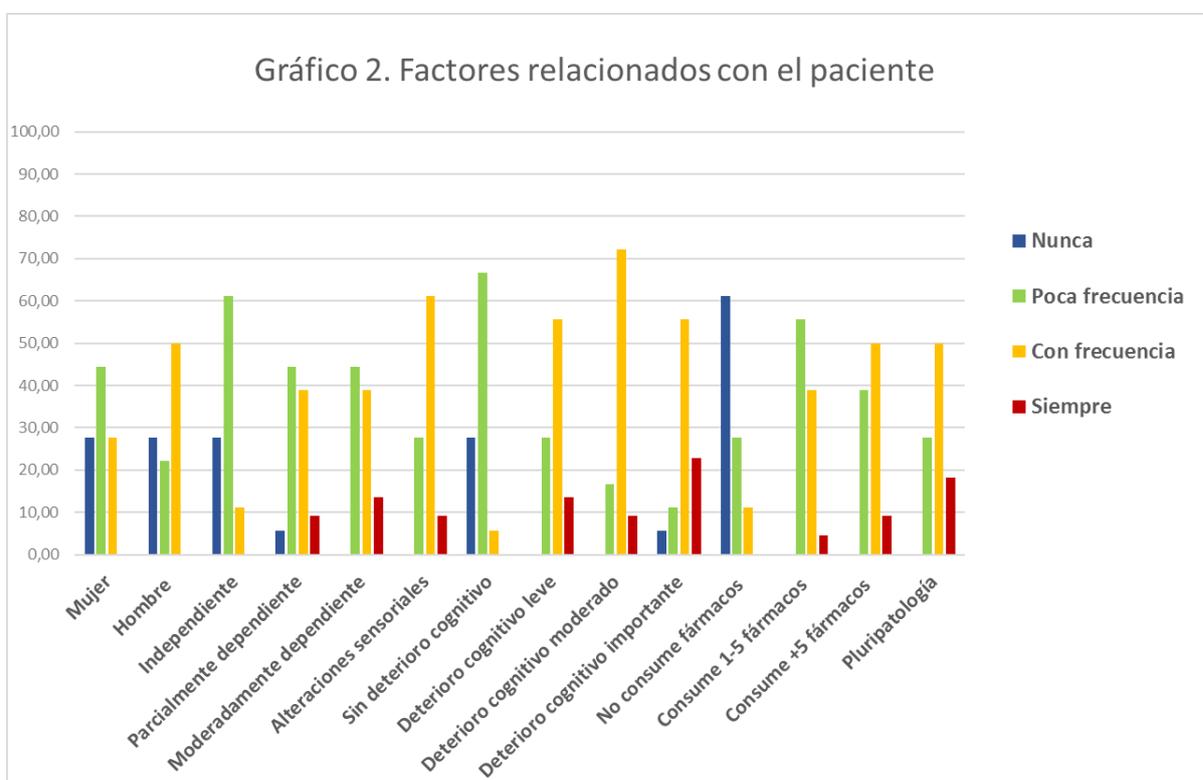
Ser independiente lo relacionan en un 61% con poca frecuencia, ser parcialmente dependiente en un 44'4% lo relacionan con poca frecuencia y en un 39% con frecuencia. Ser moderadamente dependiente los encuestados refieren que se relaciona con poca frecuencia (44'4%) y con frecuencia (39%).

Los sujetos han manifestado que el hecho de que el paciente tenga alteraciones de la marcha se relaciona con frecuencia con sufrir una caída (66'7%), así como que el paciente tenga alteraciones sensoriales también influye con frecuencia en esto (61'1%).

A la pregunta de si los pacientes sin deterioro cognitivo pueden sufrir una caída, los encuestados responden que con poca frecuencia (66'7%). En caso de tener deterioro cognitivo leve, moderado e importante lo relacionan con frecuencia con el riesgo de sufrir una caída (55'6%, 72'2% y 55'6% respectivamente).

El hecho de no consumir fármacos, los encuestados consideran que nunca influye sobre el riesgo de sufrir una caída (61'1%), mientras que consumir de 1 a 5 fármacos lo relacionan con poca frecuencia (55'5%) y consumir más de 5 fármacos lo relacionan con frecuencia (50%).

Por último, en los pacientes con pluripatología, los sujetos refieren que influye con frecuencia sobre el riesgo de padecer una caída (50%). Otra circunstancia que los sujetos han relacionado como influyente en el riesgo de caídas es el síndrome confusional agudo y el delirium.



- En relación a las ***circunstancias en las que se produce la caída***, los sujetos consideran que con frecuencia influyen las circunstancias de estar en sillón (66'7%), estar en cama (50%), en el baño (50%) y al levantarse (50%).

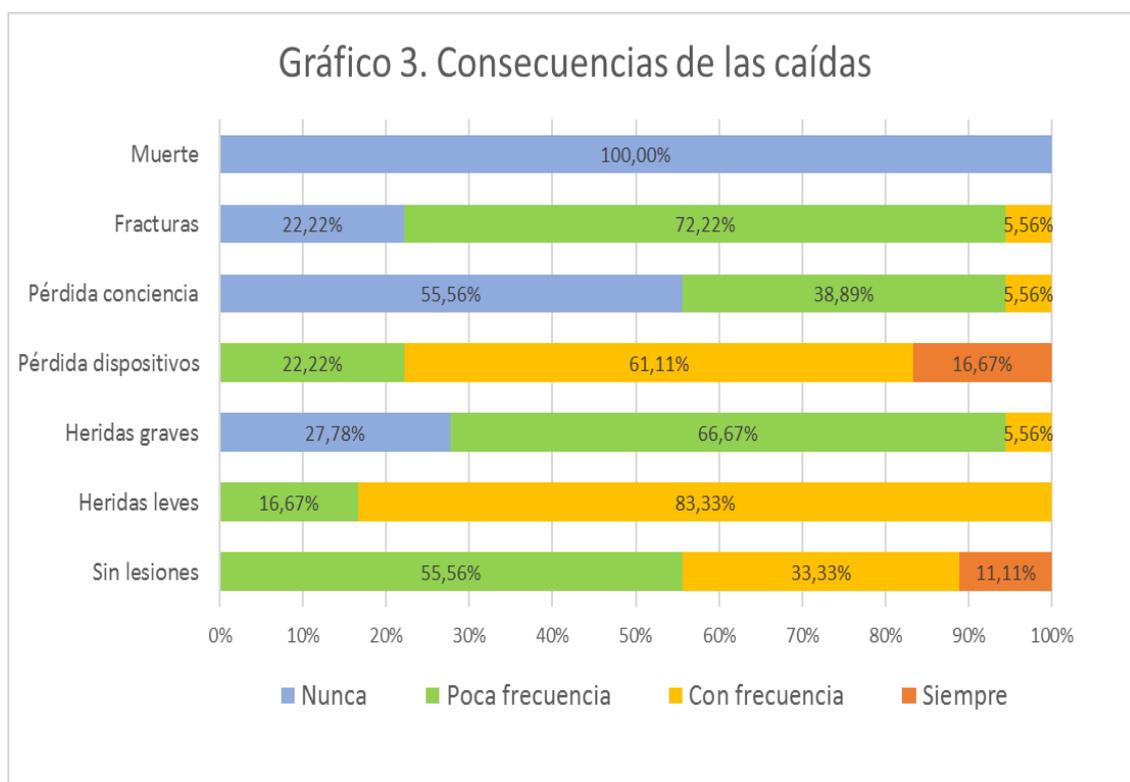
Aquellas circunstancias que influyen con poca frecuencia son estar fuera de la habitación (66'7%), el paciente tropieza o resbala (55'6%), deambulación con ayuda (50%), deambular solo (44'4%) y estar en silla de ruedas (44'4%).

En esta pregunta también se ha analizado **en qué turno se produce el mayor número de caídas**, encontrándose que el turno de mañana lo asocian con poca frecuencia (72'2%), al igual que el turno de tarde (72'2%). Por su parte, el turno de noche, un 50% lo relaciona con frecuencia de caídas.

Otra circunstancia que los sujetos han expresado en esta pregunta y que consideran se relaciona con que exista riesgo de caídas es el *“descuido de los familiares”*.

- Al querer conocer qué **consecuencias** han acontecido a raíz del episodio de caída, nos encontramos que las caídas sin lesiones se producen con poca frecuencia en el 55'6% y con frecuencia en un 33'3%.

Las caídas con heridas leves (contusiones, hematomas, erosiones) según los encuestados se producen con frecuencia (83'3%), caídas con heridas graves se producen con poca frecuencia (66'7%) y la pérdida de dispositivos (catéteres, drenajes, prótesis...) se produce con frecuencia (61'1%). Con respecto a la pérdida de conciencia un 55'6% de los encuestados refiere que no se produce frente a un 38'9% que refiere que se produce con poca frecuencia. En cuanto a las fracturas un 72'2% de los sujetos coincide en que estas se producen con poca frecuencia, y en cuanto a la muerte como consecuencia el 100% manifiesta que no se produce nunca (Gráfico 3).



- Al analizar las **medidas de prevención que consideran los profesionales que se aplican en su centro** (Gráfico 4), se encuentra que la valoración del riesgo de caídas al ingreso es la que más se realiza según los encuestados que refieren en un 72'2% que se realiza siempre. Con respecto a la valoración del riesgo de caídas semanalmente y anualmente un 44'4% de los sujetos determina que no se realizan nunca, mientras que un 38'9% refiere que se realizan con poca frecuencia, así como el riesgo de caídas al alta un 33'3% manifiesta que no se realiza nunca. En la valoración del riesgo de caídas al alta se denota cierta dispersión de los datos, encontrándose que un 33'3% refiere que no se hace nunca, un 27'8% manifiesta que se realiza siempre, un 22'2% refiere que se hace con frecuencia y un 18'7% manifiesta que se realiza con poca frecuencia.

Sobre la utilización del Test de Tinetti, un 88'9% refiere que esta no se emplea nunca como medida de prevención, así como en la Escala Downton un 66'7% refiere que tampoco se emplea. Por el contrario, la Escala de Barthel un 72'2% determina que esta se utiliza siempre.

La hoja de notificación de caídas según los profesionales se utiliza con poca frecuencia (61'1%).

Por su parte, las medidas de sujeción mecánica un 66'7% de los encuestados refiere usarlas con frecuencia. La vigilancia del entorno seguro (iluminación, mobiliario adaptado...) es una medida de prevención que los sujetos han respondido utilizar con frecuencia (38'9%) y con poca frecuencia (33'3%).

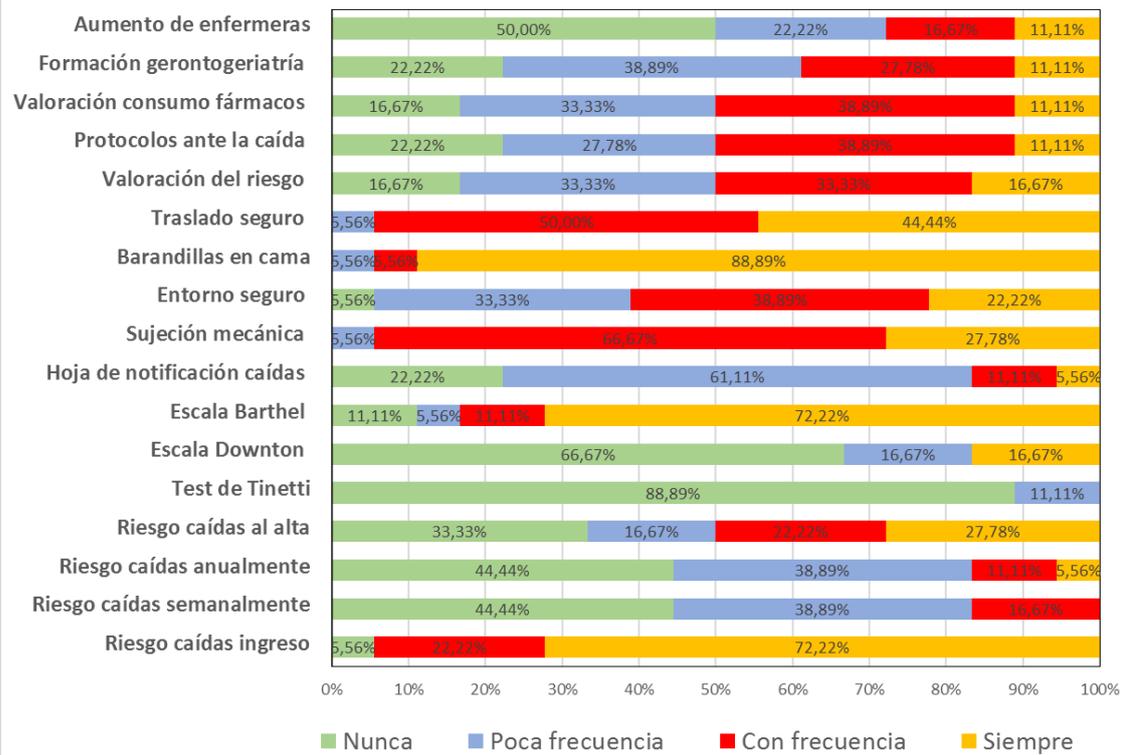
Una actividad que en el 88'9% de los casos se ha respondido que se emplea siempre como medida de prevención es el uso de barandillas en las camas.

La medida de prevención de valorar el consumo de fármacos que aumentan el riesgo de caídas los profesionales consideran que se realiza con frecuencia (38'9%) y con poca frecuencia (33'3%).

La medición de la necesidad de personal formado en gerontogeriatría es una actividad que se realiza con poca frecuencia (38'9%) y con frecuencia (27'8%).

Al valorar la necesidad del aumento del número de profesionales de Enfermería los sujetos refieren en un 50% que no se realiza nunca, un 22'2% que se realiza con poca frecuencia, un 16'7% que se realiza con frecuencia y un 11'1% que se realiza siempre.

Gráfico 4. Medidas de prevención



- La pregunta abierta de **sugerencias o aspectos de interés** fue respondida por un 11'1% de los encuestados, encontrándose lo expuesto a continuación:

“Necesidad de valoración de la ética y derechos del paciente, normativa legal sobre uso de contención física”

“Mayor formación en el cuidado del paciente geriátrico, desechar uso de sujeción física, contratar más geriatras”.

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio se confirma que la valoración del riesgo de caídas representa una actividad prioritaria en la valoración enfermera de los ancianos institucionalizados, coincidiendo esto con el estudio de Hernández-Herrera (2007)²³.

Nuestra investigación revela que el personal de Enfermería de la Unidad de Geriatría no conoce ni emplea el Test de Tinetti para evaluar el equilibrio y la marcha. El estudio de Samper Lamenca et al. (2016)¹¹ determina que la mayoría de los ancianos que sufrieron un incidente de caídas presentaban un riesgo elevado en este test, por lo que sería conveniente reflexionar sobre el uso del mismo por parte de los profesionales con el fin de predecir las caídas.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, relacionados con los factores personales que influyen en el riesgo de caídas, coinciden con Lord et al (2003)²⁴ citado por da Silva Gamma et al. (2008)²⁵ en que son los hombres los que sufren un mayor número de caídas en el ámbito institucional. Sin embargo, las investigaciones de Gómez et al. (2016)¹² revelan que es el género femenino el que sufre más episodios de caídas. Díaz Grávalos et al. (2009)²⁶ expresa que no se encuentran diferencias significativas entre sufrir una caída en función del sexo.

Los estudios de Gómez et al. (2016)¹² y Samper Lamenca et al. (2016)¹¹ determinan que es el turno de mañana el que tiene una mayor incidencia de caídas. Nuestra investigación no coincide con estos autores ya que es el turno de noche en el que se han producido más eventos, pudiendo relacionarse con el hecho de que el paciente pasa más tiempo solo y haya menos personal disponible.

Nuestra investigación coincide con Silva Fhon et al. (2012)²⁷ en que la aparición de las caídas está relacionada con los factores intrínsecos de toma de fármacos, comorbilidades o pluripatología y alteraciones de la marcha; y con factores extrínsecos como presencia de suelo resbaladizo y obstáculos.

El estudio de Laguna-Parras et al. (2010)²⁸ expone que las medidas de prevención del riesgo de caídas más eficaces son las medidas de protección (barandillas, sujeción mecánica, entre otros), el establecimiento de parámetros para identificar factores de riesgo, evaluar el grado de dependencia de los pacientes e identificar a los pacientes con alto riesgo de caídas. Estas medidas son similares a las encontradas en nuestra investigación, donde los profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriatría han resaltado las medidas de protección (uso de barandillas y uso de sujeción mecánica), el uso de la Escala de Barthel (valoración del nivel de dependencia) y la realización de la valoración del riesgo de caídas al ingreso (identificación de los pacientes con riesgo alto).

El estudio de Bella Beorlegui et al. (2017)²⁹ destaca la importancia de la formación de los profesionales de Enfermería con el objetivo de renovar sus conocimientos en el importante problema de caídas en los ancianos, siendo necesario el aprendizaje de nuevas estrategias de prevención y las herramientas disponibles para valorar el riesgo de caídas. Es por ello por lo que sería conveniente reflexionar en la necesidad de formación Enfermería en el ámbito de la gerontogeriatría, encontrando en nuestro estudio que la mayoría de los profesionales de enfermería de la Unidad de Geriatría no han realizado formación en este ámbito al menos en el último año.

8. CONCLUSIONES

De este estudio se derivan las siguientes consideraciones relacionadas con la visión de Enfermería de la Unidad de Geriatría del Hospital del Norte (CHUC) sobre el riesgo de caídas de los ancianos institucionalizados:

- La totalidad de las enfermeras y los enfermeros consideran que la prevención del riesgo de caídas es una labor propia de la Enfermería por lo que se debe considerar prioritario evaluar este riesgo en los pacientes ancianos institucionalizados, ya que es un síndrome que se puede evitar.
- La utilización de herramientas o escalas que apoyen la valoración enfermera del anciano institucionalizado para medir el riesgo de caídas es considerado por un elevado porcentaje de los encuestados (90%) de gran utilidad.
- Las escalas de valoración de riesgos más utilizadas por los profesionales de Enfermería de la Unidad de Geriatría son la Escala de Barthel y la Escala de Braden. El Test de Tinetti y la Escala Downton son las menos conocidas y empleadas por los profesionales.
- Los profesionales de la unidad califican como fáciles de aplicar las herramientas de valoración del riesgo de caídas que les proporciona su centro de trabajo.
- Las enfermeras y enfermeros perciben que en su unidad se han producido en el último año, al menos una caída y como máximo diez y, opinan que la notificación del evento de caída no se hace rutinariamente debido a las elevadas tasas de carga de trabajo que no permiten disponer de tiempo para ejecutar el procedimiento. Estos episodios se presentan con mayor frecuencia en el turno de noche.
- El personal de Enfermería considera que los factores relacionados con el entorno, que con mayor frecuencia intervienen en los episodios de caídas, son la presencia de suelo mojado o deslizante y la ropa o calzado inadecuado del anciano, y que ser hombre, parcialmente dependiente, con alteraciones de la marcha y sensoriales,

deterioro cognitivo, con pluripatología y que consume más de cinco fármacos son factores personales que influyen directamente en la aparición de este síndrome.

- Las consecuencias más frecuentes derivadas de los episodios de caídas acontecidos son lesiones leves, como contusiones, hematomas, erosiones...y la pérdida de dispositivos como catéteres, drenajes, etc. En ninguno de los casos se ha producido una consecuencia grave como la muerte del paciente.
- Las medidas de prevención que con más frecuencia se emplean en la Unidad de Geriátrica son la valoración del riesgo de caídas al ingreso, la utilización de la Escala de Barthel, las medidas de sujeción física y el uso de barandillas en las camas. El personal de Enfermería considera que la institución sanitaria consulta con poca frecuencia al personal sobre la necesidad percibida relacionada con la formación actualizada en gerontogeriatría y, en la necesidad de ajustar el número de profesionales de Enfermería que prestan cuidados a los ancianos institucionalizados.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS [actualizado 19 de abril de 2018; consultado 23 de abril de 2018]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634%3Ahealthy-aging&catid=9425%3Ahealthy-aging&Itemid=42449&lang=es
2. Nieves Ruiz ER, Ponce Trujillo I, Medina Rosales D, Rangel Pulido O. Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. Nure Inv [Internet] 2016 [consultado 20 de febrero de 2018]; 13 (84): [aprox. 11 p.]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277916>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS [actualizado 16 de enero de 2018; consultado 20 de febrero de 2018]. Disponible en:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
4. Silva Gama ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2008 [consultado 16 de marzo de 2018]; 82 (1): p. 43-56. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/vol82/vol82_1/RS821C_43.pdf
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. 2014 [consultado 18 de marzo de 2018]. Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
6. Sabio Paz V, Panattieri N, Godio C, Ratto M, Arpí L, Dackiewicz N. Seguridad del paciente: glosario. Arch Argent Pediatr [Internet] 2015 [consultado 18 de marzo de 2018]; 113 (5): p. 469-472. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n5/v113n5a26.pdf>
7. NNNConsult [Internet]. Elsevier B.V [consultada 20 de febrero de 2018]. Disponible en:
<http://www.nnnconsult.com.accedys2.bbt.ull.es/nanda/155>
8. Calero MJ, López-Cala G, Ortega Martínez AR, Cruz-Lendínez A. Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. European j investiga [Internet] 2016 [consultado 20 de marzo de 2018]; 6 (2): p. 71-82. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130992>

9. Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, José de la Cruz J, Ruíz J, Gonzalo N et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2015 [consultado 20 de marzo de 2018]; 50 (6): p. 274-280. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-caidas-poblacion-anciana-espanola-incidencia-S0211139X15000931>
10. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. Madrid: SEGG [consultado 20 de marzo de 2018]. Disponible en:
<https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
11. Samper Lamenca B, Allona López S, Cisneros Larrea L, Navas Ferrer C, Marín Labanda R. Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno. Gerokomos [Internet] 2016 [consultado 22 de marzo de 2018]; 27 (1): p. 2-7. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n1/02_originales_01.pdf
12. Gómez LP, Aragón Chicharro S, Calvo Morcuende B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos [Internet] 2017 [consultado 22 de marzo de 2018]; 28 (1): p. 2-8. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00002.pdf>
13. Gimeno Palanca M, Aguiar JP, Margarida Costa A, Alves da Costa F. Psicofármacos y riesgo de caídas en ancianos: resultados preliminares del estudio piloto caso-control anidado en una residencia de ancianos portuguesa. Farmacéuticos Comunitarios [Internet] 2017 [consultado 20 de marzo de 2018]; 9 (1): p. 28-33. Disponible en:
<http://www.farmaceticoscomunitarios.org/en/system/files/journals/1182/articles/fc2017-9-1-04psicofarmacos.pdf>
14. Pellicer García B, Juárez Vela R, Antón Solanas I, Guerrero Portillo S, Redondo Castán LC, García Moyano LM. Caídas en ancianos válidos institucionalizados, prevalencia y factores asociados. Nure Inv [Internet] 2014 [consultado 20 de marzo de 2018]; (72): [aprox. 1 p.]. Disponible en:
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/31/23>
15. Gómez Ayala AE. Grandes síndromes geriátricos. Farmacia profesional [Internet] 2005 [consultado 18 de febrero de 2018]; 19 (6): [aprox. 5 p.]. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>

16. Alcalde Tirado P. Miedo a caerse. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2010 [consultado 23 de marzo de 2018]; 45 (1): p. 38-44. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-miedo-caerse-S0211139X0900290X>
17. Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. ENE, Revista de Enfermería [Internet] 2014 [consultado 23 de marzo de 2018]; 8 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/359/contencionmecanica>
18. Ramos Cordero P, López Trigo JA, Maíllo Pedraz H, Paz Rubio JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2015 [consultado 23 de marzo de 2018]; 50 (1): p. 35-38. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-sujeciones-mecanicas-farmacologicas-servicios-centros-S0211139X14001991#bib0005>
19. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Comité interdisciplinar de Sujeciones. 2014 [consultado 25 de marzo de 2018]. Disponible en:
https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf
20. Rodríguez Guevara C, Lugo LH. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Rev. Colomb. Reumatol. [Internet] 2012 [consultado 25 de marzo de 2018]; 19 (4): p. 218-233. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v19n4/v19n4a04.pdf>
21. Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA. Junta de Andalucía. 2009 [consultado 25 de marzo de 2018]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf
22. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, Núm. 298, de 14 de Diciembre de 1999) [consultado 25 de marzo de 2018]. Disponible en:
http://www.agpd.es/porta/webAGPD/canaldocumentacion/legislacion/estatal/common/pdfs/2014/Ley_Organica_15-1999_de_13_de_diciembre_de_Proteccion_de_Datos_Consolidado.pdf

23. Hernández-Herrera DE, Ferrer-Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de Enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2007 [consultado 25 de marzo de 2018]; 15 (1): p-47-50. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim071h.pdf>
24. Lord SR, March LM, Cameron ID, Cumming RG, Schwarz J, Zochling J et al. Differing risk factors for falls in nursing home and intermediate-care residents who can and cannot stand unaided. J Am Geriatr Soc [Internet] 2003 [consultado 25 de marzo de 2018]; 110 (2): p. 115-118. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687397>
25. Silva Gama Z, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Rev Saúde Pública [Internet] 2008 [consultado 25 de marzo de 2018]; 42 (5): p. 946-956. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2008.v42n5/946-956/>
26. Díaz Grávalos GJ, Gil Vázquez C, Andrade Pereira V, Alonso Payo R, Álvarez Araujo S, Reinoso Hermida S. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2009 [consultado 22 de marzo de 2018]; 44 (6): p. 301-304. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-factores-asociados-con-aparicion-caidas-S0211139X09002285>
27. Silva Fhon JR, Coelho Fabricio-Wehbe SC, Pereira Vendruscolo T, Stackfleth R, Marques S, Partezani Rodrigues RA. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Rev. Latino-AM. Enfermagem [Internet] 2012 [consultado 25 de marzo de 2018]; 20 (5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf
28. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral R, Zafra López F, Carrascosa-García M^a, Luque Martínez F, Alejo Esteban J et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. Gerokomos [Internet] 2010 [consultado 26 de marzo de 2018]; 21 (3): p. 97-107. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n3/revision1.pdf>
29. Bella Beorlegui M, Esandi Larramendi N, Carvajal Valcárcel A. La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. Gerokomos [Internet] 2017 [consultado 26 de marzo de 2018]; 28 (1): p. 25-29. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00025.pdf>

10. ANEXOS

Anexo I. “Cuestionario Visión de enfermería de las caídas de los ancianos institucionalizados”

Este cuestionario se ha diseñado con el objetivo de conocer la visión que el personal de Enfermería tiene sobre el riesgo de caídas de las personas mayores institucionalizadas. Por favor, responda con sinceridad a todos los ítems planteados, ya que la utilidad de los resultados dependerá de ello. No le llevará más de 10 minutos. Muchas gracias.

Dirección de correo electrónico (opcional):

1. **Género:** Mujer Hombre

2. **Edad:**

3. **Formación:**

- Diplomad@ en Enfermería
- Graduat@ en Enfermería
- Otro (especificar):

4. **Situación laboral:**

- Fijo
- Contratad@
- Otro (especificar):

5. **Años de experiencia en la atención a personas mayores:**

- Menos de un año
- Entre 1 y 5 años
- Más de 5 años

- 6. Años de experiencia en el Unidad de Geriátría del Hospital del Norte:**
- Menos de un año
 - Entre 1 y 5 años
 - Más de 5 años
- 7. ¿Qué formación ha realizado en el ámbito de la gerontogeriatría en el último año?**
- He realizado un curso por mi cuenta
 - He realizado más de un curso por mi cuenta
 - He recibido formación de un curso por el centro de trabajo
 - He recibido formación de más de un curso por el centro de trabajo
 - No he realizado formación en este campo en el último año
- 8. ¿Considera usted la prevención de caídas como labor propia de la enfermería?**
- Sí No No sé/ no contesto
- 9. ¿Considera usted prioritario evaluar el riesgo de caídas de los pacientes bajo sus cuidados?**
- Sí No No sé/no contesto
- 10. ¿Considera que las caídas en los ancianos institucionalizados son un fenómeno “fruto de la edad” e inevitable?**
- Sí No No sé/ no contesto
- 11. ¿Considera útiles las escalas de valoración del riesgo de caídas?**
- Sí No No sé/no contesto

12. ¿Qué opina de las siguientes escalas que apoyan la valoración de enfermería del riesgo de caídas de ancianos?:

Tipo de escala	No la uso/ no la conozco	La uso pero, NO me gusta pues resulta difícil de aplicar	No la uso pero, Sí me gusta pues resulta fácil de aplicar	La uso y me gusta pues es fácil de aplicar
Test de Tinetti	1	2	3	4
Escala de Downton	1	2	3	4
Escala de Braden	1	2	3	4
Escala de Barthel	1	2	3	4

Otras escalas de valoración:

13. ¿Qué opina de las herramientas de valoración del riesgo de caídas que le facilita su centro de trabajo?

- Son fácilmente aplicables
- Me resulta muy complicado aplicarlas
- No sé/ no contesto

14. De su experiencia profesional durante el último año, ¿qué cantidad de incidentes de caídas estima que se han producido en su unidad?

- Ninguna
- Menos de 10
- Entre 10 y 20
- Más de 20
- No sé/ no contesto

15. ¿Dispone en su unidad de un documento para notificar que un paciente ha sufrido una caída?

- Sí
- No
- No sé/no contesto

16. ¿Con qué frecuencia estima que se ha utilizado este documento en su unidad de trabajo durante el último año?

- Entre 1 y 3 ocasiones
- Más de 3 ocasiones
- No se utiliza

17. Si ha marcado la casilla “No se utiliza” en la pregunta anterior, ¿podría señalar algún motivo por el que usted cree que no se emplea el documento de notificación?

- La carga de trabajo no permite invertir tiempo en ello
- Temo que se cuestione el trabajo del personal y no las condiciones del entorno
- Se realiza la notificación de forma verbal pues resulta más cómodo
- Otro (especificar): _____

18. En los casos de las caídas de ancianos que se han producido en su contexto de trabajo, señale en qué medida considera usted que han podido influir las diferentes variables que se reflejan en los siguientes cuadros:

1. De los factores relacionados con el entorno	Nunca (1)	Con poca frecuencia (2)	Con frecuencia (3)	Siempre (4)
No usar barandillas	1	2	3	4
Iluminación inadecuada	1	2	3	4
No usar freno de cama	1	2	3	4
Presencia de suelo mojado o deslizante	1	2	3	4
Presencia de obstáculos	1	2	3	4
Uso de ropa y/o calzado inadecuado del anciano	1	2	3	4
No tener cerca el timbre de llamada	1	2	3	4

Otros factores relacionados con el entorno:

2. De los factores relacionados con el paciente	Nunca (1)	Con poca frecuencia (2)	Con frecuencia (3)	Siempre (4)
En paciente mujer	1	2	3	4
En paciente hombre	1	2	3	4
En paciente independiente	1	2	3	4
En paciente parcialmente dependiente	1	2	3	4
En paciente moderadamente dependiente	1	2	3	4
En paciente con alteración de la marcha	1	2	3	4
En paciente con alteraciones sensoriales (auditivas, visuales, oculares)	1	2	3	4
En paciente sin deterioro cognitivo	1	2	3	4
En paciente con deterioro cognitivo leve	1	2	3	4
En paciente con deterioro cognitivo moderado	1	2	3	4
En paciente con deterioro cognitivo importante	1	2	3	4
En paciente que no consume fármacos	1	2	3	4
En paciente que consume 1-5 fármacos	1	2	3	4
En paciente que consume más de 5 fármacos	1	2	3	4
En paciente con pluripatología	1	2	3	4

Otros factores relacionados con el paciente:

3. De las circunstancias en las que se produce la caída	Nunca (1)	Con poca frecuencia (2)	Con frecuencia (3)	Siempre (4)
El paciente en su cama	1	2	3	4
El paciente sentado en sillón	1	2	3	4
El paciente sentado en silla de ruedas	1	2	3	4
El paciente en el baño	1	2	3	4
El paciente tropieza o resbala	1	2	3	4
El paciente deambula solo	1	2	3	4
Al levantarse el paciente	1	2	3	4
El paciente deambula con dispositivo de ayuda	1	2	3	4
El paciente fuera de su habitación	1	2	3	4
En el turno de mañana	1	2	3	4
En el turno de tarde	1	2	3	4
En el turno de noche	1	2	3	4

Otras circunstancias:

19. En los casos de incidentes de caídas acontecidos en su lugar de trabajo en el último año señale con qué frecuencia se han producido las siguientes consecuencias:

De las consecuencias	Nunca (1)	Con poca frecuencia (2)	Con frecuencia (3)	Siempre (4)
Sin lesiones	1	2	3	4
Heridas leves (contusiones, hematomas, erosiones...)	1	2	3	4
Heridas graves (incisas, profundas...)	1	2	3	4
Pérdida de dispositivos (catéteres, drenajes prótesis...)	1	2	3	4
Pérdida de conciencia	1	2	3	4
Fracturas	1	2	3	4
Muerte	1	2	3	4

Otras consecuencias:

20. De las siguientes variables relacionadas con la prevención de las caídas señale en qué medida considera usted que se aplican en su centro:

De las medidas de prevención	Nunca (1)	Con poca frecuencia (2)	Con frecuencia (3)	Siempre (4)
Valoración del riesgo de caídas al ingreso	1	2	3	4
Valoración del riesgo de caídas semanalmente	1	2	3	4
Valoración del riesgo de caídas anualmente	1	2	3	4
Valoración del riesgo de caídas al alta	1	2	3	4
Utilización del test de Tinetti	1	2	3	4
Utilización de la Escala de Downton	1	2	3	4
Utilización de la Escala de Barthel	1	2	3	4
Utilización de la hoja de notificación de caídas	1	2	3	4
Utilización de medidas de sujeción mecánica	1	2	3	4
Vigilancia del entorno seguro (iluminación, mobiliario adaptado, pasamanos, suelos antideslizantes, espacios libres de obstáculos ...)	1	2	3	4
Uso de barandillas en las camas	1	2	3	4
Uso de medios de traslados seguros	1	2	3	4
Evaluación de las herramientas de valoración del riesgo	1	2	3	4
Evaluación de los protocolos de actuación ante caídas	1	2	3	4
Valoración del consumo de fármacos que aumentan el riesgo de caídas	1	2	3	4
Medición de la necesidad del personal de formación en gerontogeriatría	1	2	3	4
Medición de la necesidad de aumentar el número de profesionales de enfermería	1	2	3	4

21. Utilice este espacio para hacernos llegar sus sugerencias o cualquier aspecto que considere de interés y que no haya sido incluido en el cuestionario:

22. En caso de ser seleccionado/a como sujeto de estudio, ¿estaría dispuesto/a a participar en una entrevista?

- Sí
- No

23. Si ha respondido afirmativamente en la pregunta anterior, le rogamos que nos facilite su correo electrónico y/o número de teléfono para poder ponernos en contacto con usted:

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Muchas gracias por su colaboración

Anexo II. "Permiso para llevar a cabo la investigación"



SOLICITUD DE PERMISO PARA INVESTIGACIÓN

A la atención del Servicio de Formación Continuada del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)

La alumna D^a. Fátima Díaz Díaz, con DNI 43382338-Z, de cuarto curso del Grado de Enfermería en el presente curso académico 2017-18, por medio de este escrito solicita permiso para la realización de mi Trabajo de Fin de Grado de la titulación de Enfermería.

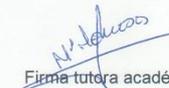
El Trabajo de Fin de Grado es una asignatura obligatoria de 6 ECTS que supone la realización por parte del alumnado de un proyecto, memoria o estudio en el que se integren los contenidos formativos recibidos y las competencias adquiridas durante el grado, siendo este defendido una vez realizado ante un tribunal universitario. Es necesario para la realización de este la tutorización por parte de un profesor universitario, docente de la misma titulación, en este caso tratándose de la profesora Doña M^a Mercedes Arias Hernández.

Se solita el permiso para la realización de un trabajo de investigación en la Unidad de Geriátrica del Hospital del Norte que se plantea como objetivo principal conocer el papel de Enfermería en las caídas de los ancianos institucionalizados. Para el desarrollo del trabajo se solicita tener acceso a datos del centro y a los profesionales de Enfermería que desarrollan su labor en esta unidad.

Agradezco, de antemano, la atención a mi petición de colaboración, ya que esta sería para mí de vital importancia para contrastar el contenido teórico de mi trabajo de investigación y por ende para mi formación como profesional sanitario.

Atentamente, quedando a su disposición para cualquier aclaración necesaria.

La Laguna, 28 de febrero de 2018.


Firma tutora académica

M^a Mercedes Arias Hernández


Firma estudiante de Enfermería



Email: alu0100899962@ull.edu.es

Teléfono de contacto: 638802205

A/A D^a. M^a de la O Álvaro Afonso.. Directora Enfermería CHUC
De: Dra. Angeles Leal Felipe. Subdirect. Enfermería Formación , Investigación y Calidad

En contestación al escrito enviado por D^o Fátima Díaz Díaz, Alumna Grado enfermería Universidad de La Laguna, solicitando autorización para la realización de un trabajo de Investigación en la Unidad de Geriatria del Hospital del Norte del que es tutora la Prof. D^a Mercedes Arias Hernández: El mismo, plantea como objetivo principal conocer el papel de enfermería de los ancianos institucionalizados, para ello queremos pasar el cuestionario que se adjunta al personal de Enfermería del referido centro

Dado que la información que necesita recoger para dicho trabajo no afecta datos sensibles de los pacientes o de otra índole que requiriera la autorización del Comité de investigación Clínica o Ético de este Centro, le informo que la Dirección de Enfermería le autoriza a recabar dicha información con el personal de enfermería que de forma voluntaria quieran participar y acudir a ese servicio. Deberá ponerse en contacto con D. Jorge Díaz. Supervisor del H. Norte

Se le recuerda que solo podrá usar los datos exclusivamente para el trabajo que ha solicitado.

Y le invitamos a exponer las conclusiones de su trabajo en una Sesión de Enfermería abierta para todos los profesionales de Enfermería que quieran participar. una vez que Vd. exponga su trabajo

A sí mismo, le recordamos la obligación de someterse a la legislación Vigente en lo referido al derecho de protección de datos.

Atte

La Laguna a 10 de Marzo 2018

Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS
FORMACIÓN CONTINUADA DE ENFERMERÍA
Fdo: Dra. Angeles Leal Felipe

Subdirect. Enfermería Formación , Investigación y Calidad

Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

V^a B^a

Fdo: Dra D^a. M^a de la O Álvaro Alfonso
Directora Enfermería CHUC

Anexo III. Plan de trabajo

Visión de Enfermería sobre el riesgo de caídas de los ancianos institucionalizados									
		Cronograma							
		DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018
Actividades	Búsqueda bibliográfica	X	X						
	Obtención de permisos			X					
	Recogida de datos			X	X				
	Análisis de los datos					X			
	Redacción del trabajo					X	X		
	Presentación de la investigación							X	
	Difusión de los resultados							X	X

