

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS
PACIENTES CON AFECCIÓN AL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN SS”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

ANA BERTHA FLORES SORIA

No.DE CUENTA 8020846-0

DIRECTOR DE TESIS:

Mtro. HUGO TAPIA MARTÍNEZ

MÉXICO D.F. 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Dios

Por permitirme llegar a esta meta, estar conmigo en todo momento y darme lo mejor de la vida.

A mi Familia

A mis padres, hermanas y hermanos por que sin ellos este logro nunca hubiera sido alcanzado.

A mis amigas

A cada una de las personas que me han otorgado el invaluable tesoro de la amistad, en especial a aquellos con quien compartir las aulas de la Universidad, las experiencias en práctica hospitalaria y con quienes me une un lazo de la hermosa profesión de Enfermería

Diana Castro, Omar Cruz, Margarita Barrera, Maya Zarco, Anayeli Serrano, Blanca González,

Jesús Manuel García, María de los Ángeles Villegas, Cecilia Sánchez, Jessica Catalán, Elizabeth,

Isabel Hernández, Irena Navarro y Jonathan Ludwig

Agradezco al Mtro. Hugo Tapia Martínez por haber aceptado dirigir este trabajo y por dedicar su tiempo para revisarlo y corregirlo; así como su valiosa asesoría y orientación.

ÍNDICE

	Págs.
1. INTRODUCCIÓN	4
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	6
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
3. OBJETIVOS	8
3.1. GENERAL	8
3.2. ESPECÍFICOS	8
4. JUSTIFICACIÓN	9
5. MARCO TEÓRICO	11
5.1 GENERALIDADES DE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	11
5.1.1 Antecedentes históricos de las caídas.	11
5.1.2 Definiciones asociadas al término caída.	13
5.1.3 Clasificación	15
5.1.3.1 Factores intrínsecos que influyen en las caídas.	15
5.1.3.2 Factores extrínsecos que influyen en las caídas.	17
5.2 PRINCIPALES CAÍDAS Y SUS REPERCUSIONES	18
5.3 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	19
5.3.1. Valoración y registro de factores de riesgo de caídas.	19
5.3.2. Recursos disponibles para la seguridad del paciente.	21
5.3.3. Información-Orientación sobre el manejo del equipo para la seguridad del paciente.	23
5.3.4. Revalorar las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados y sus registros.	25
5.4 REVISIÓN DE LA LITERATURA	26

6. MATERIAL Y MÉTODOS	28
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
6.2 POBLACIÓN	28
6.2.1 Muestra	28
6.2.2 Criterios de inclusión	28
6.2.3 Criterios de exclusión	29
6.3 VARIABLE	29
6.3.1 Definición conceptual	30
6.3.2 Definición operativa	30
6.3.3 Indicadores	30
6.3.4 Operacionalidad	32
6.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	36
6.5 PLANEACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	37
7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
8 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	42
9 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	70
10 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	78
11 BIBLIOGRAFÍA	82
12 ANEXOS	86
13 APÉNDICES	90

1. INTRODUCCIÓN

El tema sobre caídas en los centros hospitalarios ha sido considerado en los últimos años porque siguen presentándose casos a nivel nacional y mundial, de ahí que instancias que dirigen la salud como la OMS y OPS hayan recomendado a los países involucrados, la creación de estrategias para prevenirlos, tal como el Indicador de Calidad Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados, que en México inicio su implementación en el año 2004.

El hecho de que alguna persona ingrese al hospital con un diagnóstico y que en el transcurso de los días de estancia se le sumen otros innecesarios como las caídas, no corresponde a la misión y visión de las instituciones de salud ni mucho menos con las expectativas de los usuarios, a pesar de que dichos incidentes o accidentes son prevenibles en su totalidad si se llevan a cabo las estrategias establecidas por el personal de salud.

La siguiente tesis trata sobre el nivel de información sobre prevención de caídas en los pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación, en primer lugar se hace una descripción del problema, donde se contextualiza y se formula la pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de información sobre factores extrínsecos para prevenir caídas en los pacientes con afección al sistema músculo esquelético en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Secretaria de Salud? En segundo lugar

se plantean el objetivo general y los específicos así como la justificación de la investigación.

Siguiendo con las pautas de la investigación, el estudio describe el marco teórico que contempla tópicos como; las generalidades de la prevención de caídas y los antecedentes históricos; los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en las caídas y; el papel de enfermería en la prevención de las caídas así como, los estudios relacionados con este tema. Posteriormente se señala el subtema material y métodos, donde se menciona la población y la muestra, se presentan los criterios de inclusión y de exclusión; se señala la variable de estudio, sus definiciones, indicadores y su operacionalidad. Asimismo, se contempla en este estudio, el instrumento de medición, el cual es cerrado con reactivos de opción múltiple que miden el nivel de información en tres escalas, buena información, regular información y mala información. También se presenta la planeación de la recolección de los datos donde se explica las diferentes formas de cómo se van a obtener los datos y; las consideraciones éticas. En seguida se plantea la presentación de la información en cuadros y gráficas utilizando el paquete estadístico Excel y; el análisis e interpretación de los resultados, para finalizar con las conclusiones y sugerencias así como las bibliografías, los anexos y apéndices.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Aún cuando se sabe que existen normas y procedimientos oficiales e institucionales para la prevención de caídas, como el Segundo Indicador de Calidad “Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados”¹ de la Secretaría de Salud y que supone que el personal de salud brinda a los pacientes y familiares la información necesaria para evitar caídas; ha sido durante la práctica profesional de aproximadamente 3 meses del Servicio Social en el Instituto Nacional de Rehabilitación y específicamente en el Servicio de Reconstrucción Articular y Cirugía del Deporte y Artroscopia, donde se ha observado que algunos pacientes adultos y de la tercera edad e inclusive jóvenes, han sufrido caídas o han estado a punto de hacerlo; con las repercusiones físicas, psicosociales y económicas que ello implica para el paciente, su familia y para la institución.

En lo que va de este año se ha reportado la caída de seis personas, la mayoría hombres, de la tercera edad, con afección en cadera y/o miembros inferiores, quienes son revalorados médicamente, les toman radiografías, tomografías etc., y si es necesario los intervienen quirúrgicamente y si son postoperados, nuevamente son intervenidos. Obviamente, tal situación también afecta a los

¹ Secretaría de Salud. *Evaluación de la Calidad en los Servicios de Enfermería*. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. 2006. Subsecretaría de innovación y calidad No. 10, México.

familiares que no aceptan esos hechos y la institución se ve en la necesidad de aumentar los días estancia, con repercusiones económicas negativas.

Al explorar en los pacientes con estas características, sobre las probables causas o riesgos de caídas y sobre las formas de prevenirlo, se encontró que refieren, dudas, confusiones o incluso ausencia de información. Además, varios de ellos son personas que vienen de provincia con bajo nivel sociocultural, de manera que algunos refieren tener información pero al cuestionarlos sobre como evitar caídas, no responden correctamente. Otros pacientes aunque son locales y con un nivel sociocultural más elevado o incluso extranjeros, que ciertamente demandan más atención, también refieren confusiones sobre la prevención de caídas. De esta forma, resulta de interés investigar el nivel de información que tienen los pacientes sobre factores extrínsecos para evitar las caídas de una manera objetiva, por medio de una investigación que proporcione datos que coadyuven al fortalecimiento del programa de prevención de caídas. Por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de información sobre factores extrínsecos para prevenir caídas en los pacientes con afección al sistema músculo esquelético en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Describir el nivel de información de los pacientes sobre factores extrínsecos para prevenir caídas en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud en el 2009.

3.2 ESPECÍFICOS

- Señalar el nivel de información de los pacientes sobre las fuentes de información para la prevención de caídas en el servicio de Reconstrucción Articular y Cirugía del Deporte y Artroscopia, del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Describir el nivel de información sobre el mobiliario de la unidad del paciente como factor extrínseco para la prevención de caídas.
- Identificar el nivel de información de los pacientes sobre la deambulación como factor extrínseco que predispone caídas en el servicio de Reconstrucción Articular y Cirugía del Deporte y Artroscopia, del Instituto Nacional de Rehabilitación.

4. JUSTIFICACIÓN

La intención del indicador de calidad “Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados”, es evitar que los pacientes sufran caídas que repercutan en su estado de salud, de ahí que el presente proyecto de investigación permitiría reconocer huecos o aspectos aún no estudiados como: ¿qué tanta información tienen los pacientes? y ¿cómo la información que han recibido efectivamente la utilizan para su propio autocuidado para evitar las caídas? Por lo tanto, las personas e instancias involucradas en la Prevención de Caídas podrían beneficiarse con los resultados de esta investigación en los siguientes aspectos:

- Pacientes, pues se trata de que la estancia intrahospitalaria sea lo menos traumática para ellos al tener información adecuada para que no se caiga.
- Familiares, porque al interactuar con su paciente y esclarecer las dudas pueden mantener el cuidado continuo en el hogar.
- Personal de Enfermería asistencial y administrativo, puesto que el mismo indicador de calidad refiere que las enfermeras son las responsables de llevar a cabo el indicador y con los resultados de esta investigación, podrán contar con información para establecer estrategias de evaluación de sus intervenciones educativas más efectivas de manera que se puedan disminuir las caídas.

- Para el resto de equipo de salud que colabora con la implementación de este indicador de calidad, los datos de este estudio pueden ser utilizados para favorecer los momentos más oportunos para que se informe al paciente.
- Para los pasantes de enfermería, ya que el marco teórico y los datos obtenidos, servirían para que los tomen como referentes en estudios posteriores y para participar en el cuidado integral a sus pacientes de una manera más sistematizada.
- Finalmente, para la Institución INR SS, porque con el reconocimiento de los factores extrínsecos que propician las caídas y el establecimiento de estrategias pertinentes, pueden disminuir sus costos, pero sobre todo, ofrecer calidad en la atención de sus usuarios.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 GENERALIDADES DE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

5.1.1 Antecedentes históricos de las caídas

Las caídas de los pacientes se han presentado a lo largo de la historia en distintas épocas y lugares, por ejemplo en el neolítico (en Europa 5500-2200 AC), como en el paleolítico y el Mesolítico, se encontraron restos humanos con fracturas de miembros inferiores que corresponden a algún tipo de caída; en el *Papiro Hearst* los Egipcios (2670 -2140 AC) ya aplicaban tablillas de madera a los huesos fracturados y los sujetaban con lino, también hay registros en el *Código de Hammurabi* de los Babilonios en el 1760 AC, en el que se establecen los precios y horarios de atención médica en las que se encuentran incluidas, la reparación de fracturas.

En 1741 durante la época de la Ilustración el médico suizo André Nèl es considerado el padre de la ortopedia y el médico parisino Nicholas Andry el de la rehabilitación y la profilaxis. En 1816 la ortopedia se considera una especialidad reconocida, en Inglaterra se funda el primer Hospital de Ortopedia, que principalmente atendía hombres heridos por encuentros bélicos y malformaciones

óseas². Florencia Nightingale. En su texto “Notas sobre Enfermería”³, nos menciona algunos aspectos a considera para el bienestar del paciente; en el apartado *La cama y ropa de cama*, indica: “un adulto sano exhala por el pulmón y la piel, en 24 hrs, al menos tres pintas (1 pinta= aprox. 0,568 litros) de humedad cargada de materia orgánica presta a entrar en putrefacción y que, en la enfermedad, esta cantidad a menudo es mucho mayor y la calidad, siempre más nociva, ...La única forma de prestar buenos cuidados de enfermería a un paciente es disponer de somieres de hierro, con muelles de <<*rheocline*>>, que permiten el paso del aire hasta el mismo colchón, debiendo ser éste de fibra fina y la cama de no mas de tres pies y medio de ancho (1 pie = 30,48 cm.)” y en el apartado, *Observación del enfermo*, hace hincapié en que “hay que realizar un esfuerzo para adquirir el hábito de la observación. Se producen muchos accidentes por falta de observación como por ejemplo, un enfermo que lleva varios días en la cama y de repente se levanta para ir a otra habitación, lo más probable es que se maree y caiga. Por tanto, el fin de la observación profunda es salvar vidas y aumentar la salud y el bienestar”

En la época moderna, a nivel nacional, en 2004, en el Hospital San José del Tecnológico de Monterrey, la Dirección de Enfermería y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica propusieron iniciar un programa de prevención y vigilancia de caídas llamado “Plan Institucional de Seguridad Integral”, porque no existía

² MICHAEL Schultz, STEFAN M. Maul, ROLF Winau, et al. *Crónicas de la Medicina*. 2008. Edición Mexicana. Ed. Intersistemas, S.A. de C.V., 4ª. Edición. Págs.10, 21, 24, 25, 217.

³ FLORENCE Nightingale, *Notas sobre Enfermería*, 1860. Págs. 77-81, 106-119. Disponible en: www.books.google.com.mx//books?id=nSqzXx6jNEEC&lpg=PR17&ots=SzeAdkw4x&dq=notas%20de%20enfermeria%20florence%20nightingale&pg=PR17#v=onepage&q&f=false. Consultado el 13 mayo 2010.

formalmente un análisis de las caídas de pacientes. El objetivo del programa fue definir las acciones y responsabilidades de enfermería respecto a la prevención y vigilancia de caídas, a fin de reducir el riesgo de lesiones en el paciente durante la hospitalización⁴.

5.1.2 Definiciones asociadas al término caída.

La Organización Mundial de la Salud define el término caída, “como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”⁵.

Por su parte, el Diccionario de la Lengua Española, dice que el término caída es f. Acción y efecto de caer.

Caer: (del latín *cadĕre*): Dicho de un cuerpo: Moverse de arriba abajo por la acción de su propio peso.

Dicho de un cuerpo: Perder el equilibrio hasta dar en tierra o cosa firme que lo detenga⁶.

La caída en ocasiones se menciona como sinónimo de incidente y accidente, en efecto; un incidente se define como al acontecimiento de mediana importancia que sobreviene en el curso de un asunto, que puede ser un caída de mediana

⁴ CARLOS Tena Tamayo, GRACIELA Arroyo de Cordero †, REBECA Victoria Ochoa. **Recomendaciones Específicas para Enfermería Relacionadas con la Prevención de Caídas de Pacientes Durante la Hospitalización**. Revista CONAMED, 2008; Vol. 11, Núm. 5, enero-marzo, págs. 19-27.

⁵ LÁZARO del Nogal M. **Evaluación del Anciano con Caídas de Repetición**. 2001. 2ª. edición. España: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología/Fundación Mapre. Pág. 112.

⁶ Real Academia Española. **Diccionario de la Lengua Española**, 2010, Caída; Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=nivel1/buscon/autoridad2.htm. Consultado el 02 mayo 2010.

importancia, por su parte, un accidente se refiere a un suceso eventual inesperado y generalmente desagradable⁷, es decir, una caída de mayor importancia.

Prevención de caídas: es el establecer precauciones especiales en paciente con alto riesgo de lesiones por caídas⁸.

La NANDA - North American Nursing Diagnosis Association - 2003-2004, define el término “Riesgos de Caídas”, como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico, es decir, la probabilidad de que ocurra un daño a la salud de las personas. “El riesgo de caídas también ha sido utilizado como etiqueta diagnóstica en el patrón de seguridad y protección a lo cual la evaluación y prevención de caídas da una gran implicación para formularse como indicador de calidad de la atención de enfermería y divide los factores de riesgo en 5 categorías: Adultos, Fisiológicos, Medicamentos, Ambientales y Niños”⁹

⁷ PELAYO García, RAMÓN Gross, *Pequeño Larousse Ilustrado*, 1993, 17ª. Edición, México.

⁸ JOANNE D. Mccloskey, GLORIA M. Bulechek. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC). 2004, Madrid España, Editorial An Elsevier Imprint. 5ª. Edición. Pág. 685.

⁹ CARLOS Tena Tamayo, GRACIELA Arroyo de Cordero †. REBECA Victoria Ochoa. Óp. cit. Pág. 19

5.1.3 Clasificación

Los autores coinciden en establecer una clasificación de las caídas en dos grandes grupos: los factores intrínsecos (internos) y los factores extrínsecos (externos o ambientales).

Factores intrínsecos: Son aquellos relacionados con el estado del paciente.

Factores extrínsecos: son aquellos relacionados con el entorno del paciente y los factores derivados del tratamiento farmacológico.

5.1.3.1 Factores intrínsecos que influyen en las caídas.

- Alteraciones cardiovasculares (arritmias, hipotensión ortostática, ataques isquémicos transitorios, crisis hipertensivas).
- Alteraciones de la marcha (historia de fracturas, debilidad muscular, deformidades en rodillas caderas o pies, miopatías).
- Alteraciones del equilibrio y la postura.
- Alteraciones neurológicas (enfermedad vascular cerebral, mielopatías, neuropatías, Parkinson, trastornos laberínticos).
- Anormalidades musculares, articulares y alteraciones de los pies.
- Confianza exagerada en sí mismo (movilización y deambulación sin solicitar ayuda).
- Desacondicionamiento físico.

- Edad menor de 7 años y mayores de 70 años de edad.
- Efectos o reacciones adversas a medicamentos como psicotrópicos, hipotensores, diuréticos, laxantes, relajantes musculares entre otros.
- El estado nutricional: obesidad o desnutrición.
- Enfermedades psiquiátricas y psicológicas, depresión, delirium, alteraciones cognitivas, distracción, trastorno de la atención, patología social, falta de discernimiento en las conductas de prudencia, rechazo a las reglas sociales.
- Estados de ayuno prolongado.
- Historia de caídas previas.
- Misceláneos: mareos, deshidratación, enfermedades agudas y subagudas, hipoglucemia incontinencia de esfínteres.
- Periodos postoperatorios.
- Problemas en la deambulación por aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis.
- Rehusar la utilización de ayudas técnicas (auxiliares de marcha, auditivo y visual).
- Reposo prolongado.
- Trastornos y disminución de la visión, audición.^{10,11,12}

¹⁰Secretaría de Salud, op. cit. Pág. 27

¹¹KRISTEN L. Mauk, *Enfermería Geriátrica*. Competencias asistenciales. 2008. 1ª. Edición Española. España. Ed. McGraw Hill. Pág. 383.

¹²BEATRIZ González Carmona, *Guía Práctica Clínica para la Prevención de Caídas en el Adulto Mayor*, Revista Médica Instituto Mexicano Seguro social, 2005. Pág. 427.

5.1.3.2 Factores extrínsecos que influyen en las caídas

- Barandales de la cama, camilla, cunas.
- Entorno arquitectónico, mobiliario inestable, mala iluminación, pisos resbalosos, calzado inapropiado, escaleras inseguras.
- Uso de frenos.
- Iluminación.
- Timbre de llamada.
- Dotación de la habitación.
- Desorden.
- Ropa y calzado inadecuado.
- Accesorios personales inseguros.
- Inadecuado uso de ayudas técnicas para la deambulación.
- Entorno sociocultural.
- Aislamiento, sobreprotección, rechazo y agresión familiar o social.
- Sociales: problemas con consumo de alcohol y tabaco.
- Mala integración social.^{13, 14}

¹³ KRISTEN L. Mauk. Op. Cit.383.

¹⁴ BETRIZ González Carmona. Op. Cit.427

5.2 PRINCIPALES CAÍDAS Y SUS REPERCUSIONES

Las principales caídas derivan en fracturas las más frecuentes afectan a las vértebras, el antebrazo, la mano, la cadera, la pierna, la rodilla y el tobillo. Del 20 - 30% de las víctimas sufren lesiones de moderadas a graves, como la fractura o el traumatismo de una cadera y hasta la muerte¹⁵.

Si el anciano permanece en el suelo durante algún tiempo, también puede sufrir:

- Deshidratación;
- Úlceras de Decúbito;
- Rabdomiolosis;
- Hipotermia y
- Neumonía.

Una caída puede resultar aparentemente inocua, sin producir contusión ni traumatismo, u otro tipo de lesión y ser tomada por el paciente como una anécdota. Sin embargo, ninguna caída, por banal que parezca, debe ser considerada como benigna. Si la caída resulta traumática, con lesión de tejidos blandos o fracturas de diversa índole, la gravedad de las consecuencias se medirá en términos de pérdida de autovalencia, en el 50% de los pacientes que caen, se presenta el síndrome postcaída, miedo a caer de nuevo, propiciado por varios factores: “invalidación” del paciente al negarse la posibilidad de realizar

¹⁵ KRISTEN L. Mauk. *Enfermería Geriátrica*. Competencias asistenciales. Ed. McGraw Hill. 2008, Ed. Español, España

actividades por sí mismo, generación de inseguridad ante el riesgo potencial de volver a caer y uso de inmovilizaciones que traen consigo estados de agitación o de depresión, complicaciones del estado clínico inicial, aumento de la estancia hospitalaria y de los costos para la institución y para el paciente¹⁶.

5.3 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

5.3.1 Valoración y registro de factores de riesgo de caídas.

Se deben valorar y registrar los factores de riesgo de caídas en el paciente durante su estancia hospitalaria:

- Revisar en los registros clínicos de enfermería, que estén anotados.
- En unidades médicas que cuenten con protocolo: la clasificación del nivel de riesgo.
- En unidades médicas que no cuenten con protocolo: los factores reales o potenciales de riesgo de caída.

Establecer el plan de cuidados, las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída.

Consultar por observación y en los registros de enfermería que las intervenciones de carácter preventivo planeadas, se estén aplicando y correspondan al nivel de

¹⁶ CARLOS, Molina. *Caídas en el Adulto Mayor*. En: Compendio de Geriatria Clínica. Escuela de salud Pública de la U. de Chile. Junio 1998

riesgo determinado en la valoración, (ver Apéndice 1). Entre las más sobresalientes se encuentran:

- Realizar visitas frecuentes a la unidad del paciente para verificar las condiciones generales y específicas relacionadas con el riesgo de caída.
- Revisar el uso de barandales por uno o ambos lados de la cama o de la camilla, en pacientes: menores de 6 años de edad, seniles, inconscientes o con estados de inestabilidad física, mental o emocional generada por efectos de fármacos o de patologías de tipo neurológico o psiquiátrico. Así como, mantener la cama en su nivel más bajo.
- Aplicar sujeción de pacientes en caso necesario y verificación de las condiciones locales y distales de los miembros afectados y explicación a los familiares o visitantes de los motivos por los cuáles se debe mantener al paciente en esa condición.
- Colocación de los objetos de uso institucional y personal al alcance del paciente: orinal, cómodo, banco de altura, timbre de llamado, intercomunicador, interruptor de luz, artículos personales como lentes, bastón, caminadora, entre otros.
- Acompañamiento del paciente en caso de que se desplace hacia los servicios sanitarios o regadera.

- Auxiliarse de otras personas para movilizar al paciente: de otros profesionales de la salud, del propio paciente en caso de que pueda colaborar o de los familiares¹⁷.

5.3.2 Recursos disponibles para la seguridad del paciente

Verificar de acuerdo al riesgo evaluado, la disponibilidad del equipo y las condiciones de éste; que el personal de enfermería dé el uso apropiado a los recursos físicos, materiales o de mobiliario destinados a la seguridad del paciente.

Algunos de los aspectos a revisar son:

- Los barandales de la cama o camilla deben estar instalados firmemente, el sistema de seguridad debe funcionar perfectamente. Algunas camas o camillas cuentan con barandales en la cabecera o *piecera*, igualmente deben permanecer siempre levantados.
- Los interruptores del timbre de llamado y el de la lámpara de luz deben estar funcionando perfectamente, colocados en forma firme para evitar que se caigan o desplacen, al alcance del paciente, deben ser audible y visibles con focos que se encienden simultáneamente en el aparato intercomunicador y en la habitación o tablero del paciente que llama.

¹⁷ Secretaría de Salud, *Evaluación de la Calidad en los Servicios de Enfermería*. Tres Nuevos Indicadores para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente. 2006. Subsecretaría de innovación y calidad No. 10, México. Pág. 27

- El banco de altura, debe estar al alcance del paciente si éste puede moverse por sí mismo, o acercarlo antes de iniciar la movilización fuera de la cama. En caso contrario debe permanecer debajo de la cama para evitar que el paciente, familiar o el mismo personal se tropiece.
- La silla para baño en regadera debe estar seca, firme y segura, antes de su uso.
- La silla de ruedas debe permanecer con el freno puesto cuando no se requiera movilizar al paciente.

En caso de desperfecto o descomposturas en cualquiera de los aditamentos de seguridad verificar que el personal de enfermería haya reportado estas fallas a su jefe inmediato o a quien corresponda de acuerdo al protocolo establecido en la institución o unidad. Algunos aspectos importantes que deben reportarse son:

- En los dispositivos de ayuda para la movilización como caminadora, silla de ruedas y tripies: reportar: faltantes de gomas antiderrapantes, llantas desgastadas, rotas o sucias al grado de que impidan su libre rodamiento, frenos en mal estado o inservibles.
- Lámparas de luz: focos fundidos o que la intensidad de la luz sea insuficiente para iluminar el área del paciente, interruptor descompuesto.
- Timbre de llamado e intercomunicador: rotos o descompuestos, interruptor sin funcionar, focos fundidos.

- Barandales de camas y camillas: flojos o faltantes, sistema de fijación y seguridad descompuesto¹⁸.

5.3.3 Informar-Orientar sobre el manejo del equipo para la seguridad del paciente.

Corrobore con el paciente, familiar o visitante, si la enfermera le informo sobre el riesgo de caída y las condiciones del paciente.

Verifique con el paciente y familiar, sí la enfermera lo oriento sobre el uso y manejo del equipo, elementos y accesorios utilizados para evitar caídas. Algunos aspectos que son necesarios mencionar son:

- Las normas de seguridad o protocolos para la prevención de caídas establecidas en la unidad.
- La importancia y motivos de la sujeción, así como de la necesidad de comunicar a la enfermera cualquier cambio que detecte en la coloración e integridad de la piel.
- El manejo de los barandales de la cama y la importancia de mantenerlos arriba cuando el caso lo requiera, así como el de mantener la cama a su nivel más bajo.

¹⁸ IBÍDEM. Pág. 28

- El uso del timbre de llamado de intercomunicador y la luz de la cabecera de la cama.
- El beneficio de mantener el banco de altura debajo de la cama cuando no esté en uso.
- Las ventajas en la utilización de la silla de baño en regadera.
- La importancia de solicitar ayuda para colocar o colocarse el cómodo, u orinal y para movilizarlo o moverse en caso de que el paciente pueda hacerlo.
- La importancia de que el descansa pies de la silla de ruedas este abatido cuando el paciente se incorpore a caminar o se vaya a sentar.
- Los beneficios de la utilización de dispositivos y accesorios para caminar, así como el manejo de éstos.
- La importancia de utilizar los pasamanos, las rampas y no caminar sobre piso húmedo.
- La utilidad de notificar a la enfermera en forma inmediata sobre cualquier desperfecto o cambio que se detecte en el mobiliario, elemento o accesorio de seguridad.
- La importancia de mantener el mobiliario de la habitación en su lugar¹⁹.

¹⁹ IBÍDEM pág. 29.

5.3.4 Revalorar las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados y sus registros.

Verificar en los registros de enfermería si hay cambios en las condiciones del paciente con respecto a la valoración previa y si se han aplicado los ajustes en las intervenciones planeadas, de tal forma que se asegure la continuidad o modificación de las medidas de seguridad.

Registrar la presencia o ausencia de incidentes o accidentes que presente el paciente.

- Revisar en las notas de enfermería, el registro de incidentes o accidentes; en caso afirmativo si fue comunicado en forma inmediata a su jefe y médico tratante, así como, los posibles motivos de la caída.
- En las instituciones o unidades en donde se cuente con protocolos para el reporte de incidentes o caídas, verifique si fueron elaborados los reportes por escrito y en los formularios establecidos, así como las posibles causas.

Registrar los siguientes datos:

- Nombre completo y firma del responsable del levantamiento de datos.
- Nombre completo y firma del responsable de validar la información en la unidad.

- En caso de utilizar más de una hoja de recolección de datos en la primera deberá aparecer el número consecutivo que corresponda a la hoja, del total de hojas utilizadas, ejemplo: 1 de 2, 1 de 3, 2 de 2, etc.²⁰.

5.4 REVISIÓN DE LA LITERATURA

En el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, se diseñó e implementó un indicador de calidad dirigido a la prevención de caídas de pacientes hospitalizados logrando disminuir la incidencia y estimulando al personal para realizar una valoración continua del riesgo de caída e implementar las medidas de mejora continua en relación a este procedimiento con excelentes resultados y un control de la situación, así como, de la práctica profesional al respecto²¹.

En un análisis de los aspectos adversos relacionados con la atención de enfermería del año 2000 al 2004 se identificó la presencia de caídas como errores o cuasierrones prevalentes:

- Las incidencias por caídas fueron 92% a personas adultas y 8% a pacientes pediátricos.
- Encontraron como causa más frecuente de las caídas: el manejo inadecuado de los barandales, ya sea por el equipo de salud o por el familiar.

²⁰ IBÍDEM. Pág. 29.

²¹ MA. CAROLINA Ortega Vargas. *Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería: Estrategias para su Aplicación*, 2006, Editorial Panamericana, México. Pág. 108.

- Escasa información al paciente y a sus familiares con relación a las medidas de seguridad.
- Retardo en la atención al llamado del paciente.
- Imprudencia del familiar y pacientes en la deambulacion temprana.
- En un escaso porcentaje se observo que las caídas están relacionadas con alteraciones en el estado de conciencia o causas clínicas, por lo que se deduce que la mayoría eran prevenibles y,
- En el 85% fue responsabilidad del personal de enfermería²².

Concluyeron que se logró elevar el índice de eficiencia un 36,68% que refleja mejora en la prevención de caídas, así como la aceptación y concientización por parte del personal de enfermería en la realización del procedimiento. Este proceso no se encontraba en los manuales de atención de enfermería por lo que se elaboró a partir de la primera observación y se estableció el estándar de desempeño²³ (ver apéndice 2).

²² CARLOS Tena Tamayo, GRACIELA Arroyo de Cordero †, REBECA Victoria Ochoa. **Recomendaciones Específicas para Enfermería Relacionadas con la Prevención de Caídas de Pacientes Durante la Hospitalización**. Revista CONAMED, 2008; Vol. 11, Núm. 5, enero-marzo, pág. (19-27)

²³ MARTHA CECILIA Mora Lozano, BERTHA INÉS Ramírez. **Optimización de las Medidas de Prevención de Caídas**. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9306Optimizacion.htm> Consultado el 02 noviembre 2008.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal²⁴.

6.2. POBLACIÓN

Pacientes internados del 5to piso del Instituto Nacional de Rehabilitación del Servicio de Reconstrucción Articular y Cirugía del Deporte y Artroscopia, que aproximadamente fueron 800 de julio a diciembre del 2008 (6 meses).

6.2.1. Muestra

Fue una muestra por conveniencia del 20% de la población que equivale a 160 sujetos de estudio.

6.2.2. Criterios de inclusión

- Edad (mayores de 21 años)
- Inactividad física previa
- Que sepan leer y escribir
- Afecciones en hombro codo, cadera, rodillas, pies y deformidades.
- Alteraciones del equilibrio y la postura

²⁴ DENISE F. Polit., BERNARDETTE Hungler. *Investigación Científica en Ciencia de la Salud, Principios y Métodos*. 2000. 6ª. edición, McGraw-Hill Interamericana. México. Págs. 129-147.

- Pacientes recién ingresados a los servicios incluyendo los postoperados.

6.2.3. Criterios de exclusión

- Edad: personas menores de 21 años.
- Personas que no puedan responder por si, mismas.
- Sin alteraciones al sistema musculo esquelético señaladas en los criterios de inclusión.
- Alteraciones neurológicas (enfermedad vascular cerebral, mielopatías, neuropatías, Parkinson, trastornos laberínticos).
- Alteraciones cardiovasculares (arritmias, hipotensión ortostática, ataques isquémicos transitorios, crisis hipertensivas).
- Trastornos y disminución de la visión, audición.
- Misceláneos: mareos, deshidratación, enfermedades agudas y subagudas, hipoglucemia, incontinencia de esfínteres.
- Pacientes asignados al cuidado integral de la pasantía.
- Pacientes de prealta.

6.3 VARIABLES

Nivel de información sobre prevención de caídas

6.3.1. Definición conceptual

Caídas: de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “la caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo contra su voluntad”²⁵.

Prevención de caídas.

Conjunto de acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir caídas a pacientes hospitalizados en los servicios generales o de especialidades²⁶.

6.3.2. Definición operativa

Es el nivel de información que tienen los pacientes para evitar caídas medido en escala ordinal: buena, regular y mala información.

6.3.3. Indicadores

Fuentes de información:

- Fuentes de información sobre la prevención de caídas.
- Personal de salud.

²⁵ LÁZARO del Nogal M., *Evaluación del Anciano con Caídas de Repetición*. 2002. 12ª. edición. España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología/Fundación Mapre. Pág. 112.

²⁶ *Prevención de caídas*. Disponible en: <http://www.saludycuidados.com/numero8/Pchema/pchema3.htm>
Consultado el 02 noviembre 2008

- No. de orientaciones.
- Técnica didáctica utilizada por el personal de salud para la información.
- Claridad en el lenguaje utilizado por el personal de salud.
- Comprensión de la información.
- Aclaración de dudas.

Información sobre el mobiliario de la unidad:

- Cama (fijación).
- Barandales (barandales arriba).
- Altura de la cama (lo mas baja posible cuando decida bajarse o subirse).
- Información del manejo de la mesa mayo para comer.
- Información sobre el uso del banco de dos niveles.
- Información sobre trasladarse con la bomba de infusión.

Información sobre la deambulaci3n:

- Informaci3n sobre el uso de dispositivos de ayuda.
- Informaci3n sobre el piso mojado.
- Informaci3n sobre la ubicaci3n de apagadores.
- Informaci3n sobre la ubicaci3n de timbres de alarma.
- Informaci3n sobre el uso de los dispositivos para el WC.
- Informaci3n sobre el uso de los dispositivos para el ba1o.

6.3.4 Operacionalidad

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	RANGOS
Fuentes de información	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud. • Información escrita. • Medios de difusión. • Investigo por su cuenta. • Experiencia en otros hospitales. • Otra (observar a otros pacientes y familiares). • Ninguna
Personal de salud	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera. • Médico. • Trabajadora social.
No. de Orientaciones	Cuantitativa	Discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • Cero. • Una. • Más de una.
Técnica didáctica utilizada	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Demostración/exposición. • Demostración. • Exposición oral. • Ninguna.
Material utilizado	Cualitativa	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Claridad en el lenguaje	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • Más o menos. • No
Comprensión de la información	Cualitativa	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Aclaración de dudas	Cualitativa	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	RANGOS
Cama	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre como fijar la cama. • Información regular sobre como fijar la cama. • Información nula sobre como fijar la cama.
Barandales	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre como subir o retirar los barandales de la cama. • Información regular sobre como subir o retirar los barandales de la cama. • Información nula sobre como subir o retirar los barandales de la cama.
Altura de la cama (lo más baja posible cuando decida bajarse o subirse)	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre como subir o bajar la altura de la cama. • Información regular sobre como subir o bajar la altura de la cama. • Información nula sobre como subir o bajar la altura de la cama.
Información del manejo de la mesa mayo para comer	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre como subir o bajar la altura de la mesa mayo. • Información regular sobre como subir o bajar la altura de la mesa mayo. • Información nula sobre como subir o bajar la altura de la mesa mayo

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	RANGOS
Información sobre el uso del banco de dos niveles	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre como subir o bajar de la cama usando el banco. • Información regular sobre como subir o bajar de la cama usando el banco. • Información nula sobre como subir o bajar de la cama usando el banco
Información sobre trasladarse con la bomba de infusión	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre como trasladarse con la bomba de infusión • Información regular sobre como trasladarse con la bomba de infusión • Información nula sobre como trasladarse con la bomba de infusión
Información sobre el uso de dispositivos de ayuda (andadera, muletas, silla de ruedas, bastón)	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre el uso de dispositivos de ayuda. • Información regular sobre el uso de dispositivos de ayuda. • Información nula sobre el uso de dispositivos de ayuda.
Información sobre la ubicación de apagadores	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre la ubicación de apagadores. • Información regular sobre la ubicación de apagadores. • Información nula sobre la ubicación de apagadores.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	RANGOS
Información sobre el piso mojado	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre el piso mojado. • Información regular sobre el piso mojado. • Información nula sobre el piso mojado.
Información sobre la ubicación de los timbres de alarma	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre la ubicación de los timbres de alarma. • Información regular sobre la ubicación de los timbres de alarma. • Información nula sobre la ubicación de los timbres de alarma.
Información sobre el uso de los dispositivos para el WC	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre el uso de los dispositivos para el WC. • Información regular sobre el uso de los dispositivos para el WC. • Información nula sobre el uso de los dispositivos para el WC.
Información sobre el uso de los soportes para el baño	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Información buena sobre el uso de los soportes para el baño. • Información regular sobre el uso de los soportes para el baño. • Información nula sobre el uso de los soportes para el baño.

6.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Este es un instrumento estructurado, auto administrado, que consta de 27 reactivos con varias opciones de respuesta; esta ordenado en cuatro secciones:

1ra. Sección:

- Tiene 7 reactivos sobre, aspectos sociodemográficos.

2da. Sección:

- Tiene 8 reactivos sobre las fuentes que le han proporcionado información.

3ra. Sección:

- Tiene 6 reactivos correspondientes a la información sobre el mobiliario de la unidad.

4ta. sección:

- Tiene 6 reactivos acerca de la información sobre la deambulaci3n a realizar por los pacientes.

La duraci3n en la aplicaci3n del instrumento es aproximadamente de 15 minutos.

El instrumento fue piloteado en dos ocasiones, primero en 10 pacientes en donde se eliminaron los reactivos (fecha, cama, registro); en la segunda se piloteo en 15 pacientes y hubieron cambios en los reactivos: 15, 21, 23 y se agrego el 27. Dichos pilotos sirvieron para darle confiabilidad y validez al instrumento. Ver Anexo 1.

6.5. PLANEACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa autorización en el departamento de enseñanza y de las Jefas de enfermería del servicio de Artroscopia y Reconstrucción articular y Cirugía del deporte de ambos turnos, para la aplicación del instrumento y carta de consentimiento (ver anexo 2), se aplicaron los cuestionarios en la muestra y tuvo una duración de 2 meses y medio, de febrero a mediados de abril del 2009, en el turno vespertino, de 15 a 19 horas, de lunes a viernes, en los servicios de Reconstrucción Articular y Cirugía del Deporte y Artroscopia del INR SS.

Para la recolección de los datos se siguieron los siguientes pasos:

- Identificar a los pacientes que ingresaban al servicio.
- Verificar que cumplieran los criterios de inclusión.
- Presentarse ante el sujeto de estudio.
- Informar sobre el objetivo de la investigación.
- Solicitar su autorización para la aplicación del instrumento de medición.
- Proporcionar el instrumento de medición.
- Responder a las dudas que se generaron.
- Revisar que estuviera completamente contestado.
- Agradecer la participación a los pacientes y familiares.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos de la presente tesis están inmersos en los siguientes documentos:

- Declaración de Helsinki, dictada en 1964 en la Asamblea Médica Mundial la cual adopta un conjunto de reglas que orientan a los médicos en investigación en seres humanos y que, resaltan la importancia del consentimiento voluntario como elemento importante dentro de los protocolos de estudio. En 1975 la 29^a Asamblea Médica Mundial revisa y amplía la Declaración de Helsinki para incluir la investigación biomédica en seres humanos, cuyos principios pueden considerarse de validez universal.²⁷
- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, las menciona en el Título V “Investigación para la Salud” en los artículos 96 al 100²⁸.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible

²⁷ IRVING F Dobler López. *Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México*. Rev Mex Patol Clin. Enero - Marzo, 2001 Vol. 48, Núm. 1, Págs. 03-06.

²⁸ Secretaria de Salud. *Ley General de Salud 1984* con actualización al 2010. México, DOF, Pág. 37-58.

contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
 - III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
 - IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
 - V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
 - VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
 - VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica publicado en 1984, en el Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, señala elementos que constituyen el Consentimiento Informado en los artículos 17 y 21.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. En esta categoría se ubica esta tesis.

- II. **Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, y

- III. **Investigación con riesgo mayor que el mínimo:** Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

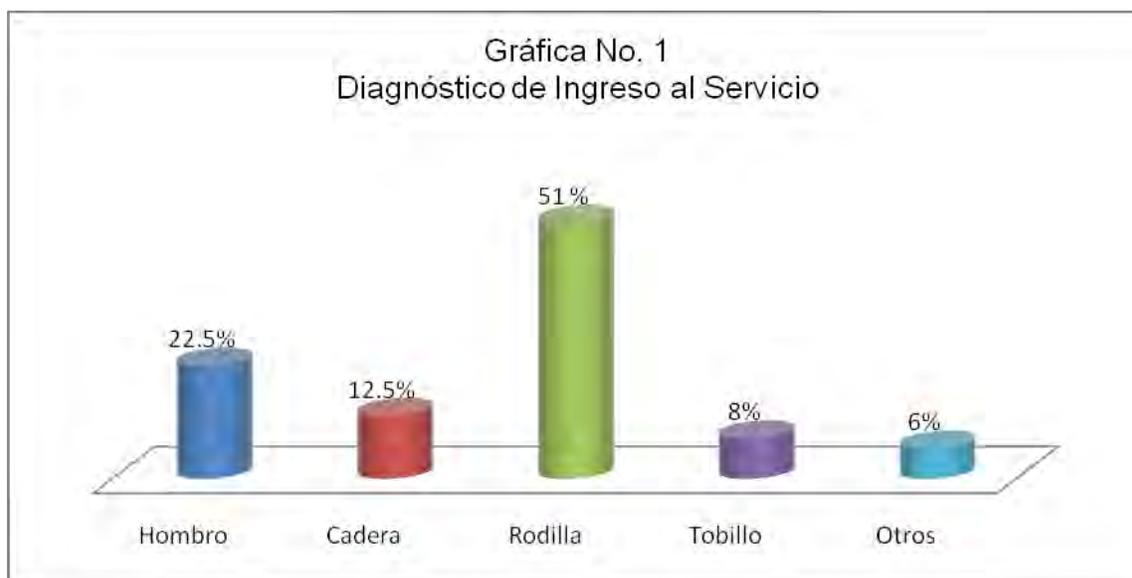
- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VI. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- VIII. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando²⁹.

²⁹ Secretaría de salud. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.** 1984. México. DOF. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html. Consultado el 07 junio 2010.

8. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CUADRO No. 1 Diagnósticos de Ingreso al Servicio		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Lesiones en Hombro	36	22.5
Lesiones en Cadera	20	12.5
Lesiones en Rodilla	82	51.2
Lesiones en Tobillo	13	8.1
Otros	9	6
Total	160	100.00

Fuente: Cuestionario: "Nivel de Información sobre Prevención de Caídas en los Pacientes con Afección al Sistema Músculo Esquelético en el Instituto Nacional de Rehabilitación SS", 2009.

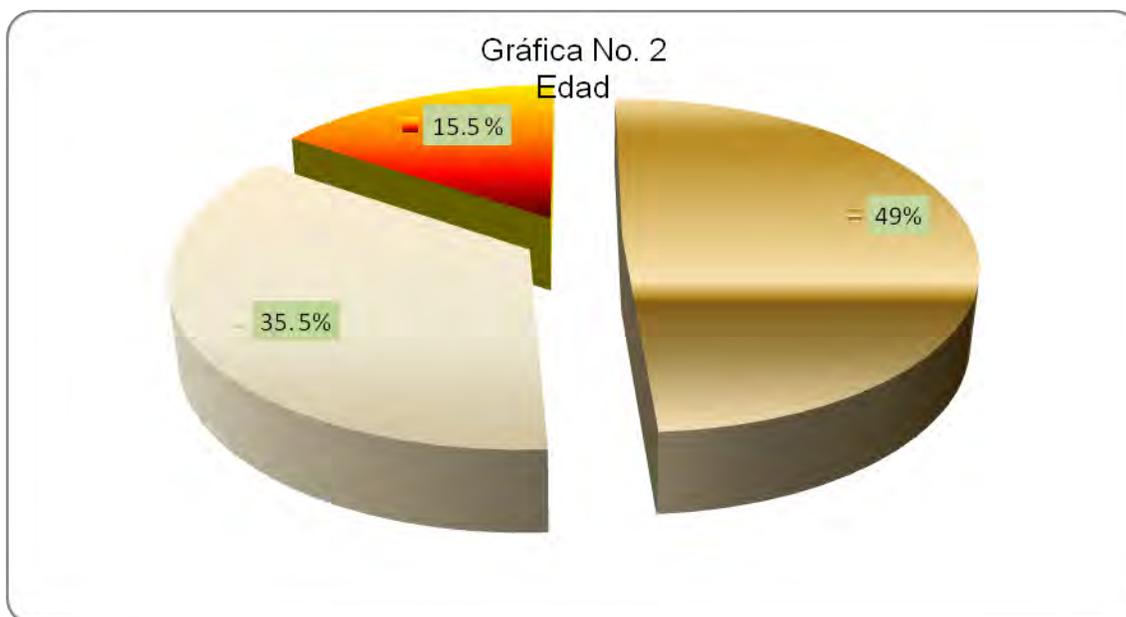


Fuente: Cuestionario: "Nivel de Información sobre Prevención de Caídas en los Pacientes con Afección al Sistema Músculo Esquelético en el Instituto Nacional de Rehabilitación SS", 2009.

Descripción: En esta gráfica se observan los diagnósticos en el área de ortopedia de los sujetos de estudio; el diagnóstico que ocupó el mayor porcentaje fueron las lesiones de rodilla con un 51% y el menor porcentaje lo ocuparon otros diagnósticos como Artritis Reumatoide, Retiro de espaciador, etc., con el 6%.

CUADRO No. 2		
Edad		
Edades	Frecuencia	Porcentaje
21 – 40	78	49.00
41 – 64	57	35.50
65 +	25	15.50
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

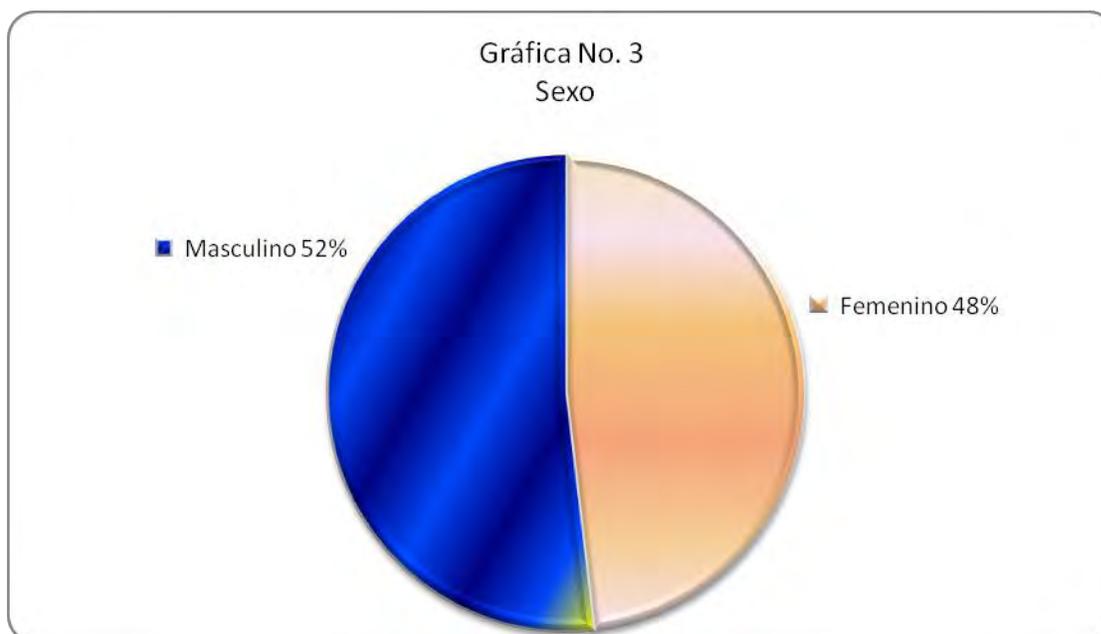


Fuente: Misma cuadro 1

Descripción: En esta gráfica se observan las edades de los pacientes internados. El grupo de edad que ocupó el mayor porcentaje fue el de 21 a 40 años de edad con un 49%; le sigue de 41 a 64 años con 35.5% y más de 65 años de edad el 16.5%.

CUADRO No. 3		
Sexo		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	77	48.13
Masculino	83	51.88
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

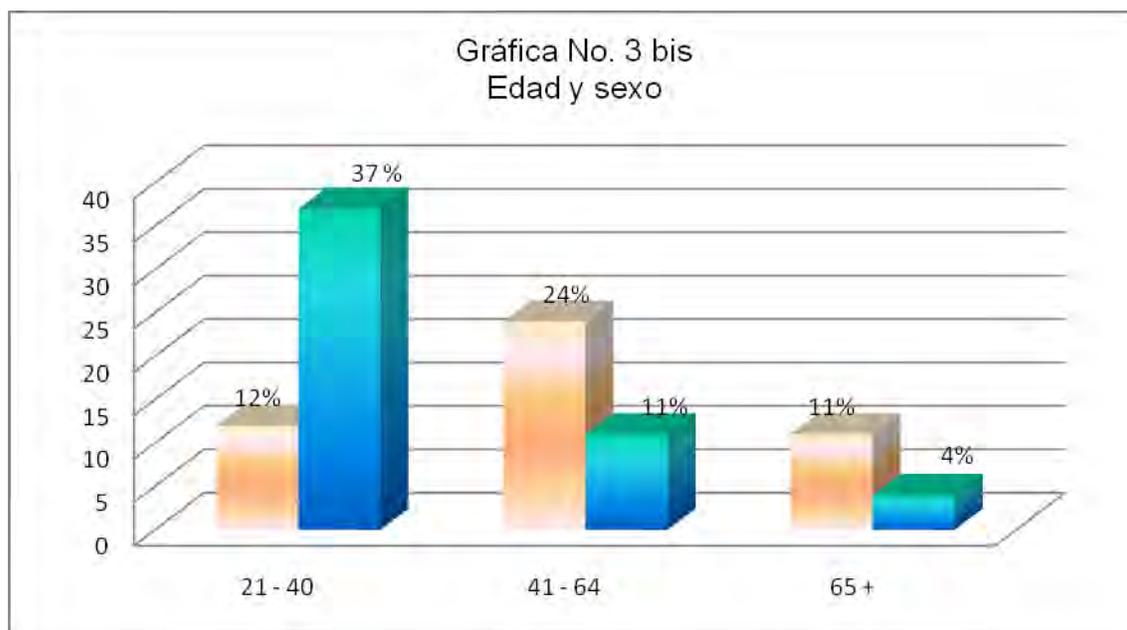


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: En esta gráfica de sectores con respecto al sexo de los sujetos de estudio, se observa que casi la mitad son mujeres y un poco más de la mitad son hombres.

CUADRO No. 3 bis Sexo y Edad			
SEXO	EDAD	TOTAL	%
FEMENINO	21 – 40	19	12
	41 - 64	39	24
	65 +	18	11
MASCULINO	21 – 40	59	37
	41 - 64	18	11
	65 +	7	4
TOTAL		160	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

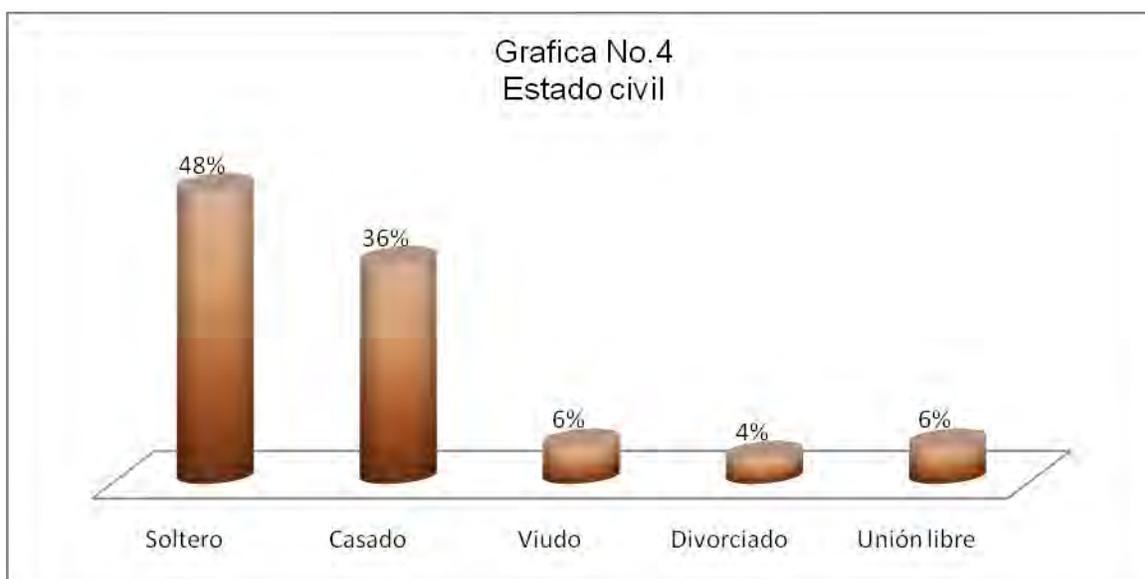


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Esta gráfica muestra el sexo y edad de los sujetos de estudio; en el grupo de edad de 21 a 40 años, los hombres ocupan el 37% y las mujeres un 12%; en el grupo de 41 a 64 años, las mujeres son el doble que los hombres con un 24% y 11% respectivamente y en la edad de 65 o más años, nuevamente las mujeres son mayoría, tres terceras partes, el 11%.

CUADRO No. 4 Estado civil		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	76	47.50
Casado(a)	58	36.25
Viuda(o)	10	6.25
Divorciado(a)	7	4.38
Unión Libre	9	5.63
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

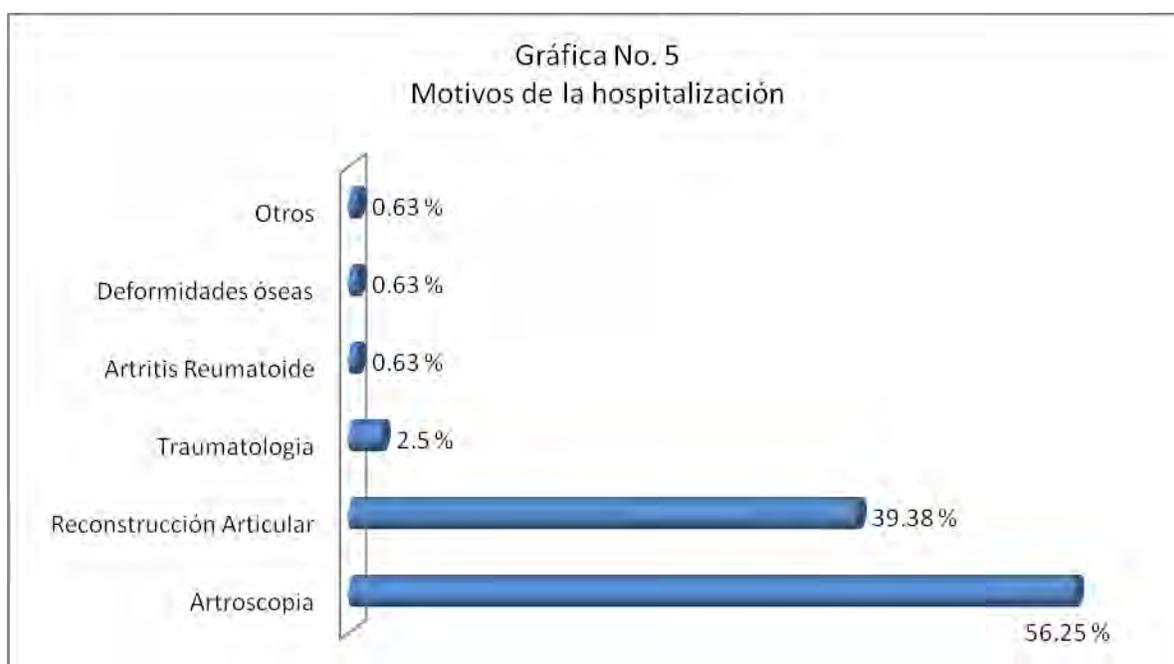


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Esta gráfica muestra el estado civil, los solteros ocupan el mayor porcentaje con el 48%, los casados el 36% y el menor porcentaje fue de los divorciados con un 4%.

CUADRO No. 5		
Servicios		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Reconstrucción Articular	63	39.38
Artroscopia	90	56.25
Traumatología	4	2.50
Deformidades óseas	1	0.63
Artritis Reumatoide	1	0.63
Otro	1	0.63
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

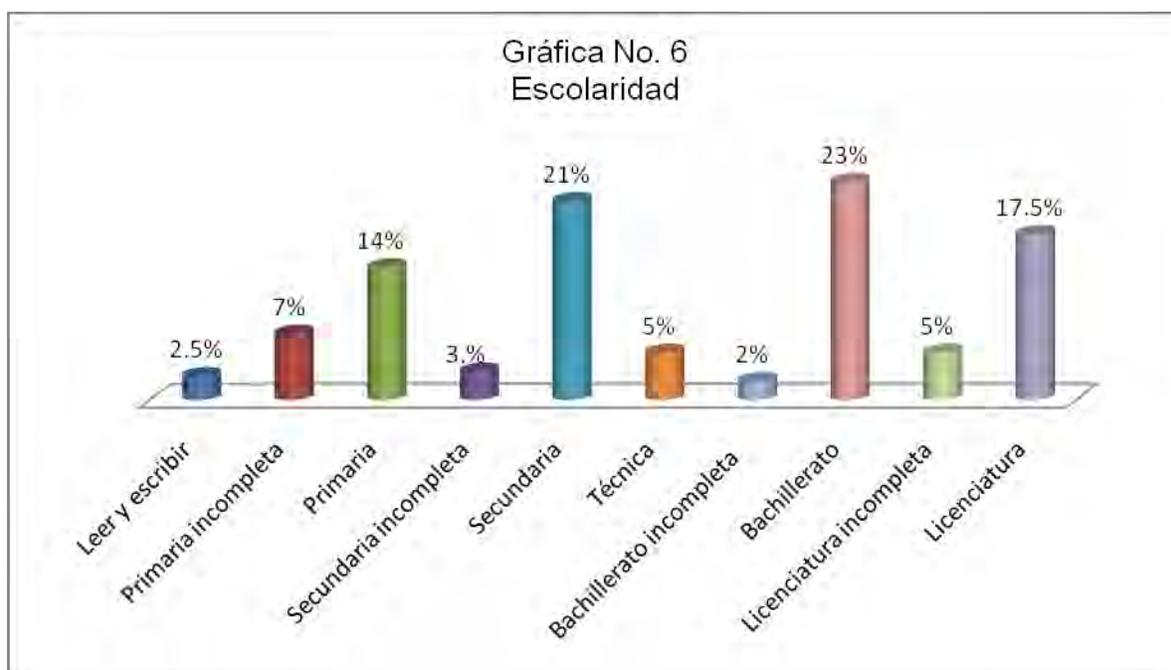


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica de motivos de hospitalización: el servicio que ocupó el mayor porcentaje fue Artroscopia con un 56.25%, en segundo lugar Reconstrucción Articular y Cirugía del deporte con 39.38% y el menor porcentaje lo ocuparon otros servicios como Deformidades óseas, Artritis Reumatoide, etc., con el 0.63% cada uno.

CUADRO No. 6 Escolaridad		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Leer y escribir	4	2.5
Primaria incompleta	11	7
Primaria	23	14
Secundaria incompleta	5	3
Secundaria	34	21
Técnica	8	3
Bachillerato incompleta	3	2
Bachillerato	37	23
Licenciatura incompleta	7	5
Licenciatura	28	17.5
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica señala la escolaridad de los sujetos de estudio; los que ocupan el mayor porcentaje con el 23% tienen Bachillerato completo y el menor porcentaje fue de bachillerato incompleto con un 2%.

CUADRO No. 7 Ocupación		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	44	27.5
Empleado	33	21
Comerciante	27	17
Estudiante	21	13
Otros	16	10
Desempleado	15	9
Deportista	4	2.5
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica señala la ocupación: los que ocupan el mayor porcentaje con el 27.5% se dedican al Hogar, Empleados 21%, Comerciantes con 17%, Estudiantes con 13%, Otras actividades laborales con el 10%, Desempleados 9% y Deportista 2.5%.

CUADRO No. 8		
Fuente de información sobre prevención de caídas		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Personal de salud	102	40
Información escrita	4	2
Medios de difusión como TV, Radio, Internet, revistas	10	4
Usted lo investigo por su cuenta	49	19.5
Experiencia en otros hospitales	32	12.5
Otra (observar otros pacientes y familiares)	29	11
Ninguna	29	11
Total	255	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica indica la fuente de información sobre prevención de caídas durante su estancia hospitalaria: los que ocupan el mayor porcentaje con el 40% es el Personal de salud, con el 19.5%, lo Investigo por su cuenta y el menor porcentaje es por Información escrita con un 2%.

CUADRO No. 9		
Personal de salud que proporciona información sobre la prevención de caídas		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera	103	64
Médico	18	11.5
Trabajadora social	4	2.5
Sin respuesta	35	22
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra al personal de salud que proporciona información: los que ocupan el mayor porcentaje con el 64% es personal de enfermería, sin respuesta fue el 22% y el menor porcentaje fue de trabajo social con un 2.5%.

CUADRO No. 10		
Número de orientaciones sobre prevención de caídas		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Cero	51	32
Una	70	44
Más de una	39	24
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra el número de orientaciones sobre prevención de caídas: los que ocupan el mayor porcentaje es Una con el 44%, Cero orientaciones con el 32% y el menor porcentaje fue de Más de una con un 24%.

CUADRO No. 11		
Método de enseñanza empleado por el personal que orientó		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Demostración/exposición	30	19
Demostración	8	5
Exposición oral	74	46
Ninguno	48	30
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

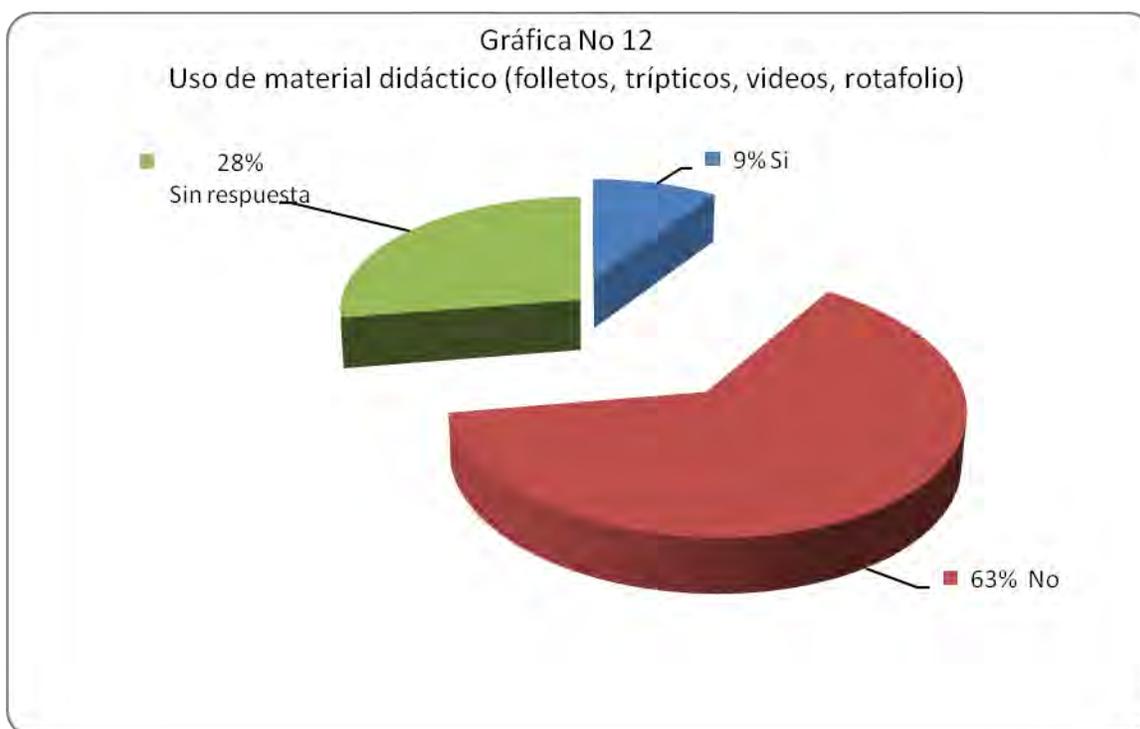


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica señala el método de enseñanza empleado por el personal que orientó sobre la prevención de caídas: el 46% utilizó la Exposición oral como método de enseñanza, con el 19% la Demostración/Exposición, y el 30% fue para Ninguno.

CUADRO No. 12		
Uso de material didáctico (folletos, trípticos, videos, rotafolio)		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	9
No	101	63
Sin respuesta	44	28
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

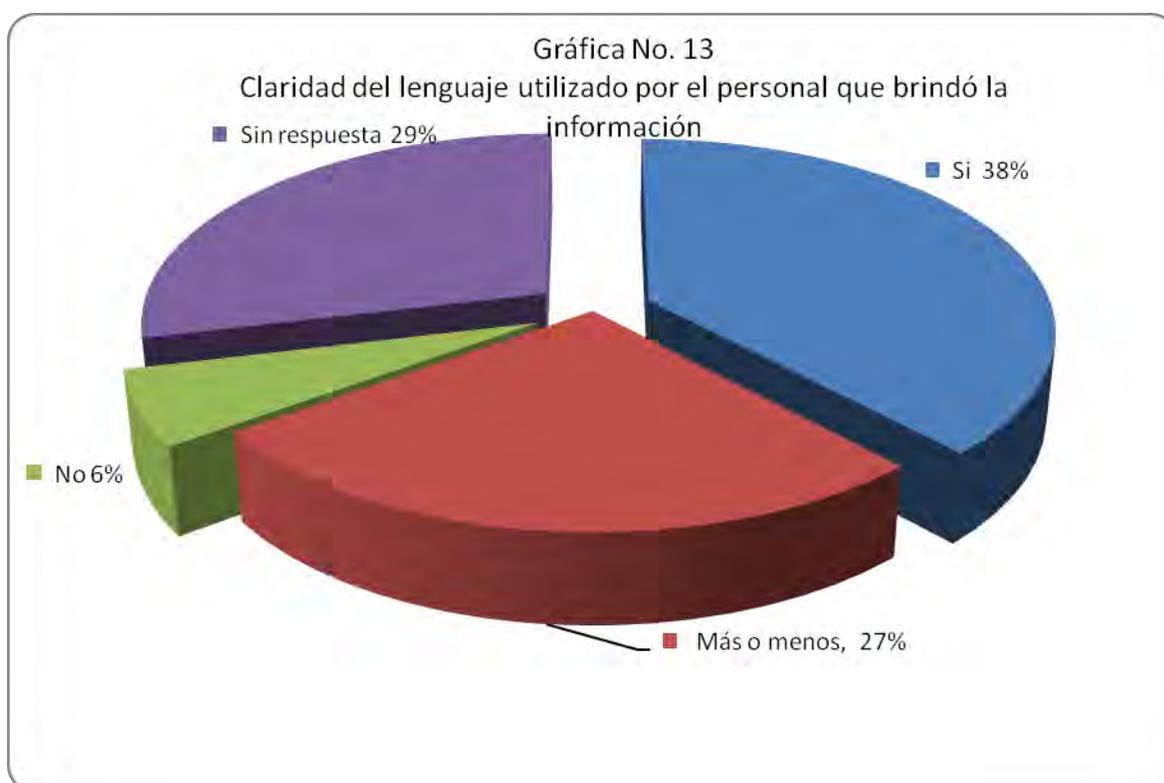


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra el uso de material didáctico empleado: el 63 % No se hizo uso de material didáctico, el 9% Si emplearon material didáctico y el 28% no respondió.

CUADRO No. 13		
Claridad del lenguaje utilizado por el personal que brindó la información		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	61	38
Más o menos	43	27
No	10	6
Sin respuesta	46	29
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra la claridad del lenguaje utilizado en los sujetos de estudio: los que ocupan el mayor porcentaje con el 38% con un Si, el 27% Más o menos y el menor porcentaje fue de No con un 6%.

CUADRO No. 14		
Comprensión de la información empleada por el personal de salud sobre la prevención de caídas		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	89	56
No	25	15
Sin respuesta	46	29
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

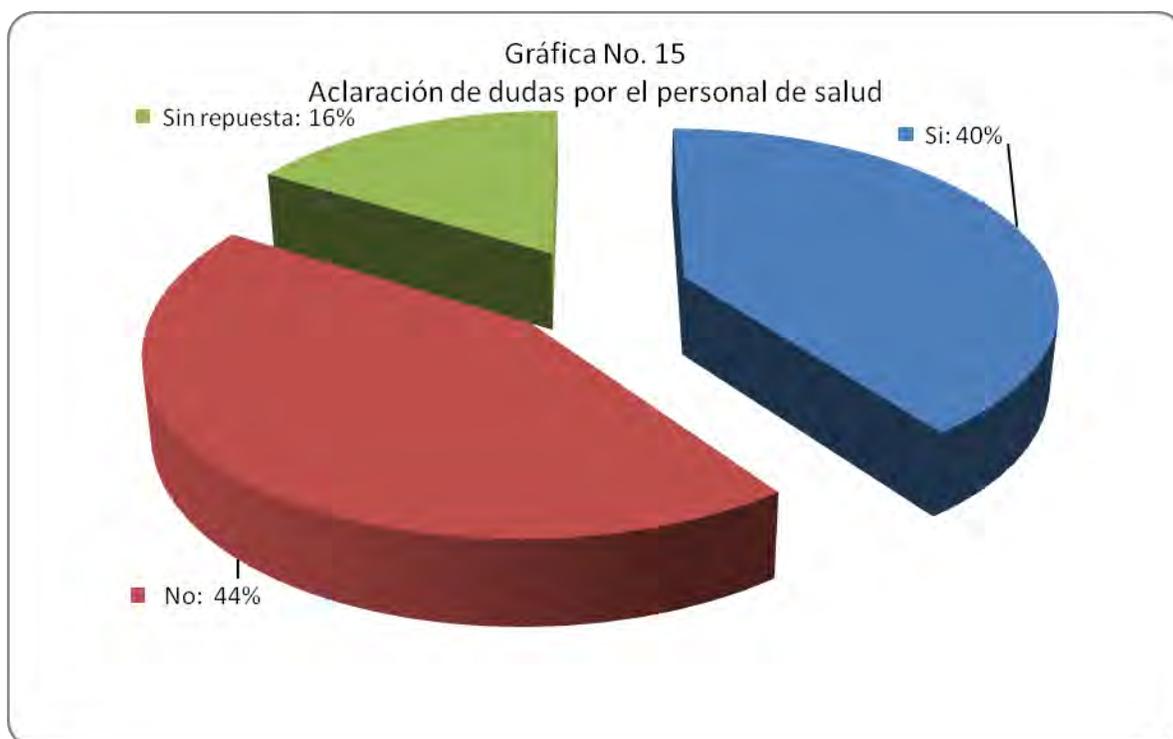


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica indica la comprensión de la información empleada para la prevención de caídas: los que ocupan el mayor porcentaje con el 55% es Si y el menor porcentaje fue No con un 16%, Sin respuesta el 29%

CUADRO No. 15		
Aclaración de dudas por el personal de salud		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	40
No	70	44
Sin respuesta	26	16
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica indica si hubo aclaración de dudas por parte del personal de salud: la respuesta No recibió 44%, la respuesta Si fue del 40% y para Sin respuesta el 16%.

CUADRO No. 16 Forma correcta de fijar la cama		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
La cama posee dos palancas color naranja que deben estar en forma vertical.	24	15
La cama posee dos palancas color naranja que deben estar en forma horizontal.	28	17.5
No se, nunca se me dijo.	108	67.5
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

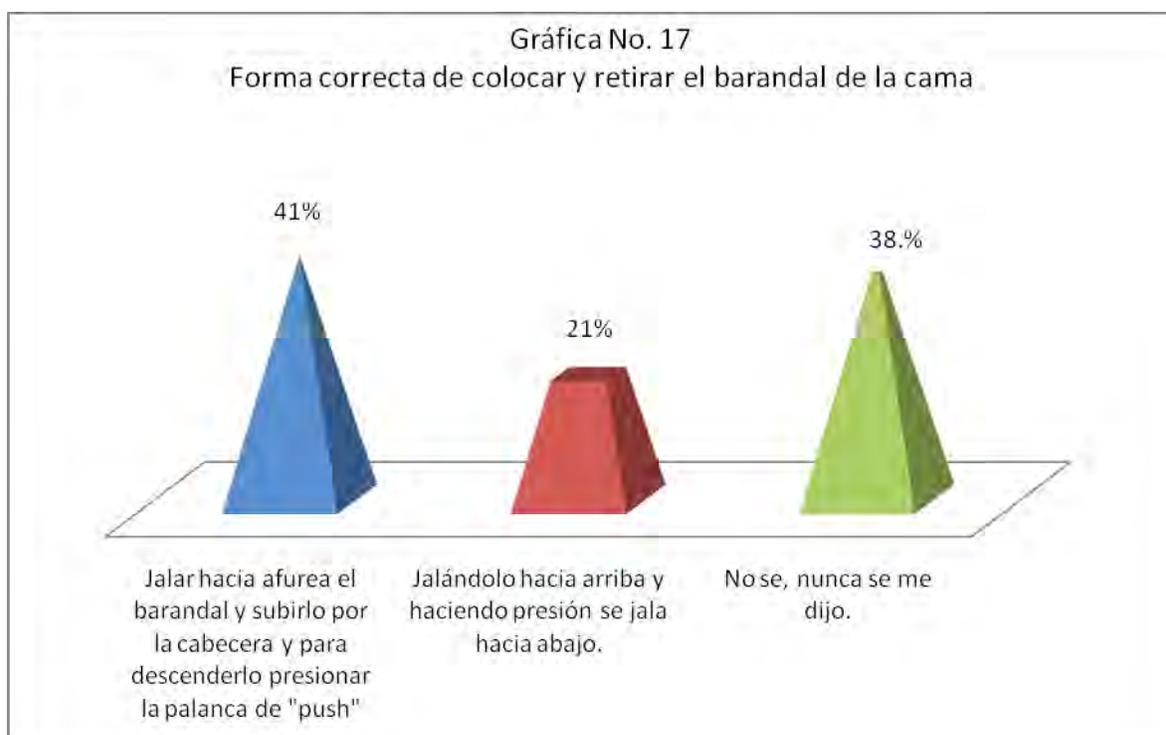


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Esta gráfica señala la forma correcta de fijar la cama asignada: los que ocupan el mayor porcentaje con el 67.50% es No se, nunca se me dijo y el menor porcentaje fue para la forma correcta de fijarla con un 15%.

CUADRO No. 17		
Forma correcta de colocar y retirar el barandal de la cama		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Jalar hacia afuera el barandal y subirlo por la cabecera y para descenderlo presionar la palanca de "push".	65	41
Jalándolo hacia arriba y haciendo presión se jala hacia abajo	34	21
No se, nunca se me dijo	61	38
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra la forma correcta de colocar y retirar el barandal de la cama asignada: los que ocupan el mayor porcentaje con el 41% es la forma correcta y el menor porcentaje fue para quien "cree" saber conocer la forma correcta con un 21%.

CUADRO No. 18		
Forma correcta de subir o bajar la altura de la cama		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Jalando hacia afuera la manivela de en medio y girar a la derecha (subir), izquierda (bajar) y meterla en su lugar para prevenir golpes.	87	54
Con una de las palancas que esta al pie de cama.	46	29
No se, nunca se me dijo.	27	17
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

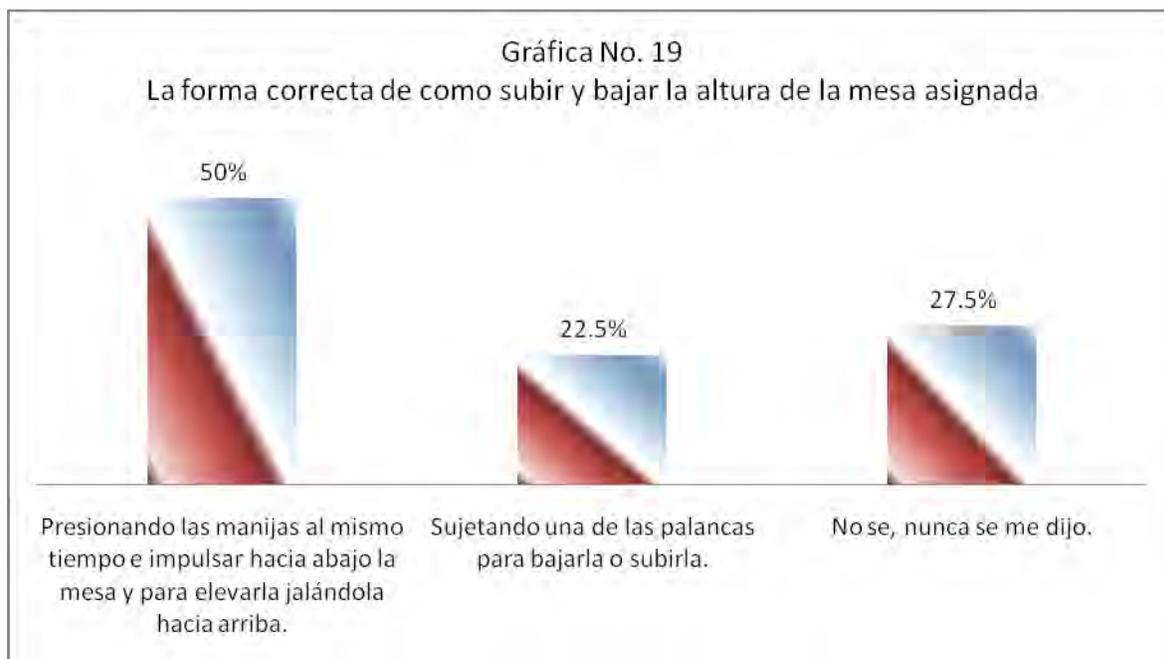


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Esta gráfica muestra la forma correcta de subir o bajar la altura de la cama asignada: los que ocupan el mayor porcentaje con el 54 % es la forma correcta y el menor porcentaje fue para quien No se, nunca se me dijo con un 17%.

CUADRO No. 19		
La forma correcta de como subir y bajar la altura de la mesa asignada		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Presionando las manijas al mismo tiempo e impulsar hacia abajo la mesa y para elevarla jalándola hacia arriba.	80	50.00
Sujetando una de las palancas para bajarla o subirla.	36	22.50
No se, nunca se me dijo.	44	27.50
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra la forma correcta de como subir y bajar la altura de la mesa asignada: los que ocupan el mayor porcentaje con el 50% es la forma correcta y el menor porcentaje fue para quien “cree” saber conocer la forma correcta con un 22.5%.

CUADRO No. 20 Información oportuna sobre el banco de dos niveles		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Para subir o bajar de la cama, apoyar la pierna lesionada.	51	32
Para apoyar la pierna lesionada.	10	6
No se, nunca se me dijo.	99	62
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Esta gráfica muestra la información oportuna sobre el banco de dos niveles asignado a los pacientes: los que ocupan el mayor porcentaje con el 62% es No se, nunca se me dijo y el menor porcentaje fue para quien “cree” saber conocer la forma correcta con un 6%.

CUADRO No. 21		
Información adecuada sobre el traslado con venoclisis		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Desconectar y trasladarse con la bomba de infusión	37	23
Debo esperar a que vengan a ayudarme	46	29
No se, nunca se me dijo.	77	48
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra si recibió información sobre como trasladarse usando venoclisis; los que ocupan el mayor porcentaje con el 48% es No se, nunca se me dijo y el menor porcentaje fue para quien conoce la forma correcta con un 23%.

CUADRO No. 22		
Información clara sobre el equipo a utilizar (Andaderas, muletas, silla de ruedas) para trasladarse.		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Andadera a la altura de la cadera avanzar medio cuadro con/sin apoyo de la pierna operada. Las muletas 3 dedos por debajo de la axila moviéndola al frente y a lado de la cadera, silla de ruedas colocando un cojín que reduzca el pandeo del asiento.	33	21
Ya sabe usarlo	39	24
No se, nunca se me dijo.	52	32.5
No lo necesita	36	22.5
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica señala si recibió información clara sobre el equipo que necesitara usar para trasladarse: los que ocupan el mayor porcentaje con el 32.5% es No se, nunca se me dijo, ya saben usarlo con 24% y el menor porcentaje fue para quien ya conoce la técnica del uso de equipo con un 21%.

CUADRO No. 23		
Información adecuada sobre el lugar donde se encuentra el interruptor de luz		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Es el botón negro en la cabecera de la cama, en el baño esta en la pared a la izquierda del WC.	121	76
A la entrada de la habitación	13	8
No se, nunca se me dijo.	26	16
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra la Información adecuada sobre el lugar donde se encuentra el interruptor de luz: los que ocupan el mayor porcentaje con el 76% saben de la ubicación correcta y el menor porcentaje fue para quien conoce sólo el de la entrada a la habitación con un 8%.

CUADRO No. 24		
Recomendación en caso de que el piso esté mojado		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Debe evitar pasar por el piso mojado fuera del baño	39	24
Mi familiar me acompaña	33	20
No se, nunca se me dijo.	88	55
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra la recomendación en caso de que el piso esté mojado: los que ocupan el mayor porcentaje con el 55% es No se, nunca se me dijo y el menor porcentaje fue para mi familiar me acompaña con un 21%.

CUADRO No. 25		
Información necesaria sobre la ubicación de los botones de alarmas de seguridad		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
En la cabecera de la cama, WC, regadera y tocador.	33	20
En la cabecera de la cama.	63	40
No se, nunca se me dijo.	64	40
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

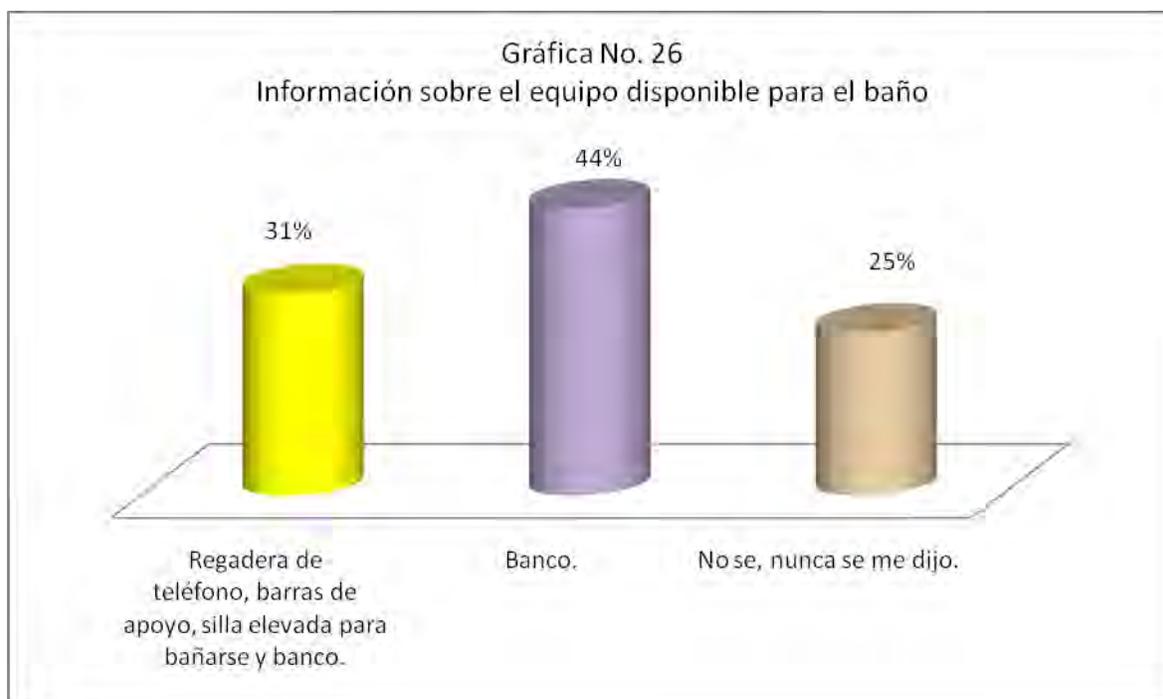


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Esta gráfica muestra la información necesaria sobre la ubicación de las botones de alarmas de seguridad: los que ocupan el mayor porcentaje con el 40% es No se, nunca se me dijo y el menor porcentaje fue para la ubicación correcta de los botones de alarma con un 20%.

CUADRO No. 26		
Información sobre el equipo disponible para el baño		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Regadera de teléfono, barras de apoyo, silla elevada para bañarse y banco.	50	31
Banco	70	44
No se, nunca se me dijo.	40	25
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

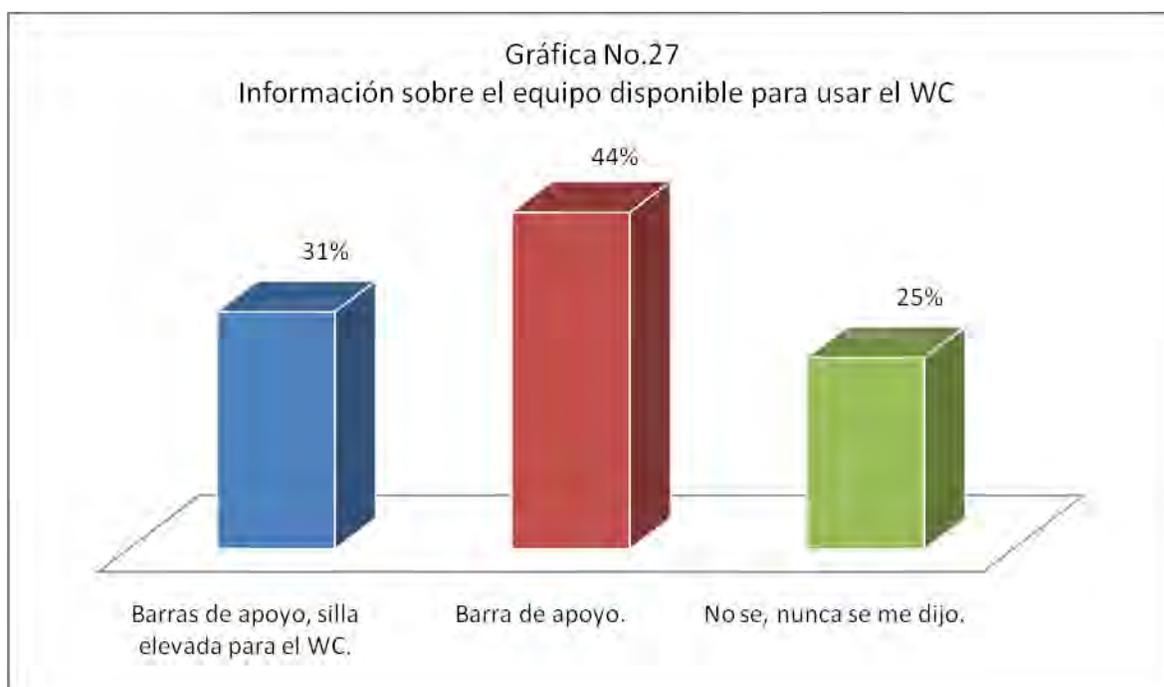


Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra la información sobre el equipo disponible para el baño: los que ocupan el mayor porcentaje con el 44% sólo han visto el banco, el 31% si los ha visto y el menor porcentaje fue para quien respondió, No se, nunca se me dijo, con un 25%.

CUADRO No. 27		
Información sobre el equipo disponible para usar el WC		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Barras de apoyo, silla elevada para el WC.	50	31
Barra de apoyo	70	44
No se, nunca se me dijo.	40	25
Total	160	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La gráfica muestra la información sobre el equipo disponible para usar el WC: los que ocupan el mayor porcentaje con el 44% es barra de apoyo y el menor porcentaje fue para No se, nunca se me dijo con un 25%.

9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los cuadros Nos. 1, 2 y 3, referentes a diagnóstico de ingreso, edad, y sexo de las personas, mostro que, la mayoría de los hombres en edades de 21 a 40 años tuvieron lesiones de rodilla, hombro y codo; estos resultados se deben a que varios de ellos se dedican al deporte de contacto que practican, comúnmente los fines de semana con las consecuentes repercusiones en su vida, ya que se encuentran en una etapa productiva porque estudian, trabajan y establecen relaciones familiares y reproductivas tal como lo señalan los expertos en Psicología Evolutiva³⁰. También llama la atención que a medida que avanza la edad, se invierten los resultados, es decir, las mujeres tiene más lesiones que los hombres, sobre todo de cadera y rodilla; esto se da porque la mujer conforme avanza su edad, tiene más riesgo que el hombre de tener osteoporosis, que se caracteriza por deformaciones, dolor, rigidez, disminución de la estatura y caída de los dientes, Tortora³¹.

El cuadro No. 4. Estado civil muestra que las personas encuestadas casadas son el 42% y los solteros 58%. Por el contrario, los datos censales del periodo 2004 - 2008 proporcionadas por INEGI, indicaron que ha nivel nacional son 53.9 las personas casadas y el 46.1 son solteros³².

³⁰ MA. DEL CARMEN Hernández Torres, Marina Guzmán Vanmeeter. *Psicología Evolutiva*, Reimpresión 2005. ed. SUA-ENEO UNAM. Págs. 388, 394, 404, 407.

³¹ GERARD J Tortora., SANDRA R. Grabowski. *Principios de Anatomía y Fisiología*, 2002, Editorial Oxford, 7ª. Edición, México Págs. 181.

³² INEGI, *Edad Media al Matrimonio por Entidad Federativa de Residencia Habitual de los Contrayentes Según Sexo, 2004 a 2008* Disponible en www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/sisept/default.aspx?t=mpob79&s=est&c=3890&e=01 Consultado el 07 junio

El cuadro No. 5. El servicio de atención que más ingresos tuvo fue el Artroscopia con el 56%, seguido de Reconstrucción Articular y Cirugía del Deporte con 39%; es decir, que la demanda de los pacientes corresponde a lesiones de miembros torácicos y pélvicos, en especial las articulaciones, lo cual coincide con que la mayoría practica algún deporte. Tortora “Es frecuente que los deportistas sufran desgarramiento de los meniscos de las rodillas, la lesión de estos cartílagos propicia su desgaste y puede desencadenar artritis si no se extirpan quirúrgicamente (menisectomía), asimismo, la reparación de los meniscos desgarrados se puede efectuar mediante Artroscopia, una técnica que consiste en examinar el interior de una articulación, generalmente la rodilla, con el artroscopio, que es un instrumento pequeño provisto de luz el cual se utiliza para observación”.³³

El cuadro No. 6 sobre la escolaridad indico que la mayoría de los sujetos de estudio tiene nivel de estudios de bachillerato y/o licenciatura del 50% y el otro 50% correspondieron a los sujetos que tienen estudios de secundaria o menos, o sea, que cada vez hay más personas con estudios superiores, lo cual es importante considerar porque tienen mayor capacidad de recibir y demandar información para su autocuidado.

Cuadro No. 7. Ocupación muestra que los sujetos de estudio primordialmente se dedican a actividades del hogar recordando que el 48% de los pacientes son

³³ GERARD J Tortora., SANDRA R. Grabowski. Op. Cit. pág. 249

mujeres, empleados de oficina y otras actividades laborales de tipo físico como: albañil, herrero, taxista; desempleados y deportistas “En el año 2006, las dinámicas del mercado laboral se expresan en afectaciones fuertes de lo que es la seguridad social. Las condiciones de ocupación en el país son: flexibilidad, alta movilidad entre empleo, subempleo, desempleo, así como entre formalidad e informalidad que de acuerdo a información del INEGI sitúa al 48% de la (PEA) población económicamente activa en actividades informales. En cuanto a los niveles salariales: el 55% de la población ocupada recibe hasta tres salarios mínimos mientras que el 1.6% recibe más de 10 salarios mínimos. Aspecto que describe la concentración y polarización de los ingresos en el país”³⁴.

Cuadro No.8 La fuente de información sobre prevención de caídas más frecuente fue: el personal de salud con el 40%, sin embargo, 43% refirió obtener información por parte de ellos mismos, por experiencias previas y por observar a otros pacientes; esto señala que existe una población grande de usuarios a quienes no se les proporciona información sobre prevención de caídas.

Cuadro No. 9. El personal de salud que más proporciona información sobre la prevención de caídas fue el personal de enfermería, lo cual, le reconoce su importancia y responsabilidad de informar a los usuarios sobre la prevención de

³⁴ BERENICE P. Ramírez López, *Una Visión Crítica de la Seguridad Social en México: En Dónde Estamos y Hacia dónde Vamos*. 2006. Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Disponible en http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones/Ordinarias/Seguridad_Social/Taller_seguridad_social/2_1_2_primer_dia/2_1_2_4.pdf Consultado el 07 junio 2010.

caídas y de evaluar que todos los pacientes tengan dicha información desde que ingresa al servicio hasta cuando es egresado con un plan de alta.

Cuadro No. 10. El número de orientaciones sobre la prevención de caídas, tres terceras partes de los encuestados al menos recibió una orientación en el Instituto u otro hospital; y llama la atención que sólo un tercio de la población estudiada no recibió ninguna información sobre la prevención de caídas.

Cuadro No. 11 y 12. Método de enseñanza y uso de materia didáctico empelado por el personal que lo oriento, el 46% fue por exposición oral y el 9% utilizo material didáctico. La exposición oral debe estimular la participación del escucha, requiere una buena motivación para atraer la atención de los educandos. Pero la que más se recomienda es la técnica de la demostración/exposición que es el procedimiento más deductivo y puede asociarse a cualquier otra técnica de enseñanza cuando sea necesario comprobar afirmaciones no muy evidentes o ver como funciona, en la práctica, lo que fue estudiado teóricamente.

Para que la demostración sea efectiva se recomienda:

- Explicar el por qué de la demostración y los movimientos manuales que deben hacerse (subir, bajar la altura de la cama)
- Mostrar los objetos necesarios para ello y dejar que los espectadores los miren y toquen.
- Muestre como utilizarlos; despacio, paso a paso.
- Esté siempre dispuesto a contestar preguntas.

- Pida a uno de los asistentes que repita la demostración (o una parte) ³⁵..

Los Cuadros 14, 13 y 15. Que describen la comprensión, la claridad y la aclaración de dudas sobre la información de prevención de caídas indicaron que, la mitad de los sujetos de estudio comprendieron la información, no hubo claridad en el lenguaje utilizado y no hubo aclaración de dudas. Estos datos muestran el grado de información que reciben los pacientes en esa institución.

Cuadro No. 16. Forma correcta de fijar la cama sólo el 15% de los sujetos de estudio esta informado de que existen un par de palancas color naranja que deben permanecer en forma vertical para asegurar la cama, la cual es también utilizada como camilla para su traslado a quirófano o para otros estudios.

Cuadro No.17. Forma correcta de colocar y retirar los barandales de la cama, el 59% de los sujetos de estudio respondieron incorrectamente. La tecnología usada en la cama difiere de las camas convencionales para colocarlos hay que jalar hacia afuera el barandal y dar medio giro por la cabecera, y para retirarlo presionar la palanca “push” que permite su liberación dar medio giro por la cabecera en forma descendente y meterlo, también se cuenta con camas eléctricas con el mismo mecanismo.

³⁵ MANUEL Sánchez Rosado. “*Educación para la salud*” en elementos de Salud Pública, 1994, Méndez Editores. ENEO-UNAM. Págs. 120 – 125.

Cuadro No. 18. Forma correcta de subir y bajar la altura de la cama, la mitad de los sujetos de estudio respondió correctamente, que es con la palanca central colocada a los pies de la cama.

Cuadro No. 19. La forma correcta de cómo subir y bajar la altura de la mesa asignada. El 50% de los sujetos de estudio contestó correctamente. El uso de la mesa mayo, tiene el siguiente mecanismo, empujar las manijas colocadas a los laterales de la mesa al mismo tiempo para elevarla o descenderla. La mesa mayo tiene forma de "C", así que, se debe ser muy cuidadoso al acercarla al paciente ya que con las ruedas pueden lastimar los miembros pélvicos inferiores.

Cuadro No. 20. Información oportuna sobre el banco de dos niveles, el 62% de los sujetos de estudio carece de información. El banco de altura debe estar al alcance del paciente, sí este puede movilizarse por sí mismo, o acercarlo antes de iniciar la movilización fuera de la cama. En caso contrario debe permanecer debajo de la cama para evitar que el paciente, familiar o el mismo personal se tropiece³⁶. También es empelado para colocar la pierna lesionada permitiendo que esta se mantenga elevada.

Cuadro No. 21. Información adecuada sobre el traslado con venoclisis. El 48% de los sujetos de estudio no sabe como hacerlo. La deambulacion de los pacientes con uso de venoclisis debe ser siempre con compañía ya sea del familiar o del

³⁶ Secretaria de Salud. *Evaluación de la Calidad en los Servicios de Enfermería*. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. 2006. Subsecretaria de innovación y calidad No. 10, México. Pág. 28.

personal de salud³⁷. (El tripie puede ser fijo o movable, con una o más bombas de infusión).

Cuadro No. 22. Información clara sobre el equipo a utilizar (andadera, muletas, silla de ruedas) para trasladarse, el 45% de los sujetos de estudio sabe como usarlo o ha recibido capacitación para su uso. En cuanto se autoriza un egreso acude el personal de rehabilitación y usando la técnica de demostración exposición le informa al paciente el uso del equipo que deberá usar (muleta, andadera, bastón y rodillera graduadas, brazo mecánico).

Cuadro No. 23 y 25 Información adecuada sobre el lugar donde se encuentra el interruptor de luz, y las alarmas de seguridad la gran mayoría de los pacientes sólo identificaron los de la cabecera de la cama.

Cuadro No. 24. Recomendación en caso de que el piso esté mojado, el 55% de los sujetos de estudio respondió que nunca se lo habían dicho.

Cuadros No. 26 y 27. Información sobre el equipo disponible para el baño, menos de la mitad de los pacientes recordó haber visto la barra de apoyo en el WC y el asiento para la regadera.

³⁷ IBIDEM pág. 27.

10 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo con los objetivos específicos se puede concluir con lo siguiente:

Los datos más significativos de las variables sociodemográficas: El género preponderante fue el masculino sobre el femenino, el grupo de edad de 21 a 40 años fue de predominio masculino con lesiones de rodilla, hombro y cadera, sobre el de las damas, situación que se invierte en el grupo de 41 a 64 y de más de 65 años, con lesiones de cadera y rodilla primordialmente, las mujeres se dedican al hogar, y los hombres a actividades de oficina.

En cuanto a las fuentes de información, es de regular calidad ya que: el personal de salud que proporciona la información es enfermería, los pacientes al menos han recibido una orientación sobre prevención de caídas pero esta fue con la técnica de exposición oral la cual limita la interacción con el alumno/usuario, no se utilizaron materiales didácticos, se careció de claridad en el lenguaje utilizado por el personal que brindó la orientación, el 50% de la población menciona haber tenido comprensión de la información proporcionada, pero que no hubo aclaración de dudas.

Evaluando la información sobre nivel de información acerca del mobiliario de la unidad del paciente como factor extrínseco para la prevención de caídas, es malo por los resultados que se presentaron: Se desconoce cual es el mecanismo para fijar la cama, recordando que esta se utiliza también como camilla y si el camillero

no la fija se corre el riesgo de caída, en cuanto el paciente intente descender de la cama. Se desconoce como colocar y retirar los barandales y estos siempre deberán estar colocados mientras el paciente use la cama. Para que el paciente descienda de la cama, esta deberá estar a su nivel más bajo y sólo la mitad de los encuestados conoce la palanca adecuada y como usarla, así como, del manejo de la mesa mayo. Se desconoce que se puede hacer uso del banco de dos niveles. Tampoco que es importante estar acompañado por el familiar o personal de salud cuando necesite deambular teniendo instalado el equipo de venoclisis.

Con relación al nivel de información de los pacientes sobre la deambulación como factor extrínseco también es malo destacando lo siguiente: los sujetos de estudio desconoce que debe evitar pasar en zonas donde el piso este mojado, Se carece de información en cuanto a donde están ubicadas las alarmas de seguridad y/o como funciona el interfono. Conocen como usar los equipos para deambular y sólo identificaron un equipo de apoyo existente en el WC y en la regadera.

Con estos señalamientos se puede concluir que el nivel de información que tienen lo pacientes y sus familiares sobre la prevención de caídas en el Instituto Nacional de Rehabilitación SS, es malo con relación a la escala ordinal empleada en el instrumento.

SUGERENCIAS

- Brindar la bienvenida al servicio a los pacientes principalmente aquellos que son adultos mayores que llegan, nerviosos, tal vez con malas experiencias de atención de otros nosocomios, se les debe tener paciencia, y proporcionar información empleando la técnica didáctica de exposición/demostración del manejo de los equipos que tendrá a su disposición (cama, mesa, banco) y acompañándola al baño especificando en donde están ubicadas las alarmas de seguridad, interruptores de luz y los equipos de apoyo del sanitario (barras y sillas de baño). Como diariamente hay ingreso de pacientes, aunque ya se haya recibido la información incluirlos nuevamente junto con su familiar para que reafirmen sus conocimientos.
- Solicitar al personal de enfermería que utilice señaladores que indiquen el riesgo de caída del paciente, usando tarjetas (con imagen y/o de color) y que sea colocada junto con la identificación del paciente.
- En cada visita que la enfermera realice a la habitación del paciente recordar al cuidador la importancia de que el barandal debe estar arriba durante todo el tiempo que el paciente ocupe la cama.

- Si el paciente esta acompañado de su familiar y notamos que puede haber riesgo de caída, acompañar al paciente tanto para uso del WC y a la realización del baño diario, para apoyar al familiar enfatizando las medidas de seguridad y la ayuda que el propio paciente debe de brindar al realizar estas actividades.
- Involucrar al personal de intendencia para que cada vez que se utilice la regadera (4 personas por habitación) seque el escurrimiento de agua que se presentan a la entrada del baño lo más pronto posible.
- Capacitación continua al personal de enfermería en la prevención de caídas.
- Considerar el tríptico “PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS” (ver Anexo 3), como modelo a ser utilizado en cada institución hospitalaria.

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria de Salud, ***Evaluación de la Calidad en los Servicios de Enfermería***. Tres Nuevos Indicadores para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente. 2006. Subsecretaria de innovación y calidad No. 10, México.
2. MICHAEL Schultz, STEFAN M. Maul, ROLF Winau. *et al.* ***Crónicas de la Medicina***. Edición Mexicana, ed. Intersistemas, S.A. de C.V. 4ª. Edición; 2008. págs.10, 11, 21, 24, 25, 217, 398
3. FLORENCE Nightingale. ***Notas Sobre Enfermería*** Disponible en: www.books.google.com.mx/books?id=nSqzXx6jNEEC&lpg=PR17&ots=SzeAdkw4x&dq=notas%20de%20enfermeria%20florence%20nightingale&pg=PR17#v=onepage&q&f=false Consultado el 13 mayo 2010
4. CARLOS Tena Tamayo, GRACIELA Arroyo de Cordero t. REBECA Victoria Ochoa. ***Recomendaciones Específicas para Enfermería Relacionadas con la Prevención de Caídas de Pacientes Durante la Hospitalización***. Revista CONAMED, 2008; Vol. 11, Núm. 5, enero-marzo, pág. 19-27.
5. Lázaro del Nogal M. ***Evaluación del Anciano con Caídas de Repetición***. 2002. 12ª. edición. España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología/Fundación Mapre. Pág. 112.
6. Real Academia Española. ***Diccionario de la Lengua Española***. 2010. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=nivel1/buscon/autoridad2.htm. Consultado el 02 mayo 2010.

7. PELAYO García, RAMÓN Gross, **Pequeño Larousse Ilustrado**, 1993, 17ª. Edición, México.
8. JOANNE D. McCloskey, GLORIA M. Bulecheck. **Clasificación de Intervenciones de Enfermería** (NIC), 2004, Madrid España, Editorial An Elsevier Imprint. 5ª. Edición. Pág. 685.
11. Kristen L. MAUK, **Enfermería Geriátrica**. Competencias Asistenciales. 2008. McGraw Hill, Ed Español, España. Págs. 382, 383.
12. BEATRIZ González Carmona, VERÓNICA MIRIAM López-Roldán, ZOILA Trujillo De los Santos. **Guía de Práctica Clínica para la Prevención de Caídas en el Adulto Mayor**, Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.; 2005. Págs. 425 - 441.
16. CARLOS Molina. **Caídas en el Adulto Mayor**. En: Compendio de Geriátrica Clínica. 1998. Escuela de salud Pública de la U. De Chile.
21. MA. CAROLINA Ortega Vargas, **Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería: Estrategias para su Aplicación**, 2006. Editorial Panamericana, México, Págs. 102-117.
23. MARTHA CECILIA Mora Lozano, BERTHA INÉS Ramírez. **Optimización de las Medidas de Prevención de Caídas**. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9306Optimizacion.htm> Consultado el 02 noviembre 2008
24. DENISE Polit F., BERNARDETTE Hungler, **Investigación Científica en Ciencia de la Salud, Principios y Métodos**. 2000. 6ta edición, McGraw-Hill Interamericana. México. Págs. 129-147.

27. IRVING F. Dobler López **Aspectos Legales y Éticos del Consentimiento Informado en la Atención Médica en México**. Rev Mex Patol Clin. 2001; Vol. 48, Núm. 1, Enero – Marzo. Págs. 3 - 6.
28. Secretaria de Salud, **Ley General de Salud 1984** con actualización al 2010. México, DOF, Págs. 37-58.
29. Secretaría de Salud. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**. 1984. México. DOF. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html. Consultado el 07 junio 2010.
30. MA. DEL CARMEN Hernández Torres, MARINA Guzmán Vanmeeter. **Psicología Evolutiva**, Reimpresión 2005. ed. SUA-ENEO-UNAM. Págs. 384, 388, 394, 396, 404, 407
31. GERARD J. Tortora, SANDRA R. Grabowski. **Principios de Anatomía y Fisiología**, 2002, Editorial Oxford, 7ª. Edición, México Págs. 181, 241, 267, 249.
32. INEGI, **Edad Media al Matrimonio por Entidad Federativa de Residencia Habitual de los Contrayentes Según Sexo, 2004 a 2008** Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/sisept/default.aspx?t=m pob79&s=est&c=3890&e=01> Consultado el 07 junio 2010.
34. BERENICE P. Ramírez López, **Una Visión Crítica de la Seguridad Social en México: En Dónde Estamos y Hacia dónde Vamos**. 2006. Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones/Ordinarias/>

Seguridad_Social/Taller_seguridad_social/ 2_1_2_primer_dia/2_1_2_4.pdf

Consultado el 07 junio 2010.

35. MANUEL Sánchez Rosado. “**Educación para la salud**” en elementos de Salud Pública, 1994, Méndez Editores. ENEO-UNAM. Págs. 120 – 125.

POR ORDEN ALFABETICO:

DEL NOGAL Lázaro M. ***Evaluación del Anciano con Caídas de Repetición.*** 2002. 12ª. edición. España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología/Fundación Mapre. Pág. 112.

DOBLER López IRVING F. ***Aspectos Legales y Éticos del Consentimiento Informado en la Atención Médica en México.*** Rev Mex Patol Clin. 2001; Vol. 48, Núm. 1, Enero – Marzo. Págs. 03-06.

GARCÍA Pelayo, GROSS Ramón, ***Pequeño Larousse Ilustrado,*** 1993, 17ª. Edición, México.

GONZÁLEZ Carmona, Beatriz. LÓPEZ-ROLDÁN, Verónica Miriam. TRUJILLO-DE LOS SANTOS_Zoila. ***Guía de Práctica Clínica para la Prevención de Caídas en el Adulto Mayor,*** Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.; 2005. Págs. 425 - 441.

HERNÁNDEZ Torres Ma. del Carmen, GUZMÁN Vanmeeter Marina. ***Psicología Evolutiva,*** Reimpresión 2005. ed. SUA-ENEO-UNAM. Págs. 384, 388, 394, 396, 404, 407

INEGI, ***Edad Media al Matrimonio por Entidad Federativa de Residencia Habitual de los Contrayentes Según Sexo, 2004 a 2008*** Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/sisept/default.aspx?t=mpob79&s=est&c=3890&e=01> Consultado el 07 junio 2010.

MAUK, Kristen L. ***Enfermería Geriátrica.*** Competencias Asistenciales. 2008. McGraw Hill, Ed Español, España. Págs. 382, 383.

McCLOSKEY Joanne D., BULECHECK Gloria M., **Clasificación de Intervenciones de Enfermería** (NIC), 2004, Madrid España, Editorial An Elsevier Imprint. 5ª. Edición. Pág. 685.

MOLINA Carlos. **Caídas en el Adulto Mayor**. En: Compendio de Geriatria Clínica. 1998. Escuela de salud Pública de la U. De Chile.

MORA Lozano Martha Cecilia, RAMÍREZ Bertha Inés. **Optimización de las Medidas de Prevención de Caídas**. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9306Optimizacion.htm> Consultado el 02 noviembre 2008.

NIGHTINGALE, Florence. “**Notas Sobre Enfermería**” Disponible en: www.books.google.com.mx/books?id=nSqzXx6jNEEC&lpg=PR17&ots=SzeAdkw4x&dq=notas%20de%20enfermeria%20florence%20nightingale&pg=PR17#v=onepage&q&f=false Consultado el 13 mayo 2010.

ORTEGA Vargas, Ma. Carolina, **Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería: Estrategias para su Aplicación**, 2006. Editorial Panamericana, México, Págs. 102-117.

POLIT F. Denise, HUNGLER Bernardette, **Investigación Científica en Ciencia de la Salud, Principios y Métodos**. 2000. 6ta edición, McGraw-Hill Interamericana. México. Págs. 129-147.

RAMÍREZ López Berenice P., **Una Visión Crítica de la Seguridad Social en México: En Dónde Estamos y Hacia dónde Vamos**. 2006. Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en [http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones/ Ordinarias/ Seguridad_Social/Taller_seguridad_social.pdf](http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones/Ordinarias/Seguridad_Social/Taller_seguridad_social.pdf) Consultado el 07 junio 2010.

Real Academia Española. **Diccionario de la Lengua Española**. 2010. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=nivel1/buscon/autoridad2.htm. Consultado el 02 mayo 2010.

SÁNCHEZ Rosado Manuel. “**Educación para la salud**” en elementos de Salud Pública, 1994, Méndez Editores. ENEO-UNAM. Págs. 120 – 125.

SCHULTZ, Michael, MAUL Stefan M. WINAU Rolf. *et al.* **Crónicas de la Medicina**. 2008. Edición Mexicana, ed. Intersistemas, S.A. de C.V. 4ª. Edición; págs.10, 11, 21, 24, 25, 217, 398

Secretaria de Salud, **Evaluación de la Calidad en los Servicios de Enfermería**. Tres Nuevos Indicadores para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente. 2006. Subsecretaria de innovación y calidad No. 10, México.

Secretaria de Salud, **Ley General de Salud 1984** con actualización al 2010. México, DOF, Págs. 37-58.

Secretaría de Salud. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**. 1984. México. DOF. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html. Consultado el 07 junio 2010.

TENA Tamayo Carlos, ARROYO De Cordero Graciela t. VICTORIA Ochoa Rebeca. **Recomendaciones Específicas para Enfermería Relacionadas con la Prevención de Caídas de Pacientes Durante la Hospitalización**. Revista CONAMED, 2008; Vol. 11, Núm. 5, enero-marzo, pág. 19-27.

TORTORA Gerard J., GRABOWSKI Sandra Reynold. ***Principios de Anatomía y Fisiología***, 2002, Editorial Oxford, 7^a. Edición, México Págs. 181, 241, 267, 249.

14. ¿Fueron aclaradas sus dudas por el personal de salud al proporcionarle información sobre la prevención de caídas durante su estancia hospitalaria?
Si () No ()

Preguntas relacionadas con la unidad del paciente:

15. ¿Cómo debo evitar que la cama de hospital se mueva?
- a) La cama posee dos palancas color naranja que deben estar en forma vertical.
 - b) La cama posee dos palancas color naranja que deben estar en forma horizontal.
 - c) No se, nunca se me dijo.
16. ¿Cómo se coloca y retira el barandal de la cama del hospital?
- a) Jalar hacia afuera el barandal y subirlo por la cabecera y para descenderlo presionar la palanca de "push".
 - b) Jalándolo hacia arriba y haciendo presión se jala hacia abajo.
 - c) No se, nunca se me dijo.
17. ¿Cuál es la manera de subir o bajar la altura de la cama de hospital?
- a) Jalando hacia afuera la manivela de en medio y girar a la derecha (subir), izquierda (bajar) y meterla en su lugar para prevenir golpes.
 - b) Con una de las palancas que esta al pie de cama.
 - c) No se, nunca se me dijo.
18. ¿Sabe usted como subir y bajar la altura de la mesa que se le asigno?
- a) Presionando las manijas al mismo tiempo e impulsar hacia abajo la mesa y para elevarla jalándola hacia arriba.
 - b) Sujetando una de las palancas para bajarla o subirla.
 - c) No se, nunca se me dijo.
19. ¿Se le informo que puede hacer uso del banco de dos niveles existente en la habitación del hospital?
- a) Para subir o bajar de la cama, apoyar la pierna lesionada.
 - b) Para apoyar la pierna lesionada.
 - c) No se, nunca se me dijo.
20. ¿Una vez que se le coloque la instalación para suero su movilidad se vera limitada se le ha informado como trasladarse dentro del hospital?
- a) Desconectar y trasladarse con la bomba de infusión
 - b) Debo esperar a que vengan a ayudarme
 - c) No se, nunca se me dijo.

21. ¿Se le informo como debe utilizar el equipo para trasladarse después de la cirugía?
- a) Andadera a la altura de la cadera avanzar medio cuadro con/sin apoyo de la pierna operada. Las muletas 3 dedos por debajo de la axila moviéndola al frente y a lado de la cadera, silla de ruedas colocando un cojín que reduzca el pandeo del asiento.
 - b) Ya sabe usarlo
 - c) No se, nunca se me dijo.
22. ¿Si desea encender/apagar la luz de su cama o baño del hospital sabe donde se encuentran?
- a) Es el botón negro en la cabecera de la cama, en el baño esta en la pared a la izquierda del WC.
 - b) A la entrada de la habitación
 - c) No se, nunca se me dijo.
23. ¿Cuándo se usa el baño puede haber escurrimientos, se le informo que?
- a) Debe evitar pasar por el piso mojado fuera del baño
 - b) Mi familiar me acompaña
 - c) No se, nunca se me dijo.
24. ¿Me pude informar donde se encuentran ubicadas las alarmas de seguridad en el piso donde esta hospitalizado?
- a) En la cabecera de la cama, WC, regadera y tocador.
 - b) En la cabecera de la cama.
 - c) No se, nunca se me dijo.
25. ¿Qué equipo esta a su disposición para realizar su baño diario en el hospital?
- a) Regadera de teléfono, barras de apoyo, silla elevada para bañarse y banco.
 - b) Banco
 - c) No se, nunca se me dijo.
26. ¿Qué equipo de soportes esta a su disposición para usar en el WC durante su estancia hospitalaria?
- a) Barras de apoyo, silla elevada para el WC.
 - b) Barra de apoyo
 - c) No se, nunca se me dijo.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DEMÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F. 29 de enero 2009

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste la Pss. Enfermería Ana Bertha Flores S. entiendo que la entrevista forma parte de la investigación: "NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS PACIENTES CON AFECCIÓN AL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN SS" Seré entrevistada a pie de cama en mi habitación del Instituto Nacional de Rehabilitación. He concedido libremente esta entrevista; se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminado en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara jamás de manera alguna. También se me ha informado tanto que si participo como si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no se verán afectados yo o ningún miembro de mi familia.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la Pss. Ana Bertha Flores S. es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo, puedo localizarla en el teléfono: 04455-15801670.

Fecha firma de consentimiento: _____

Entrevistado

Entrevistador

Anexo 3.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

INTRODUCCIÓN

En general todo paciente que ingresa al área de hospitalización, requiere por parte del personal de enfermería ayuda para conseguir un entorno seguro, en especial los pacientes con antecedentes de haber sufrido caídas o aquellos que tienen riesgo potencial de tipo físico, psicológico o social.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Es el establecer precauciones especiales en paciente con alto riesgo de lesiones por caídas

OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el empleo de las medidas de prevención de caídas en todas las unidades del hospital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los pacientes con mayor riesgo de sufrir caídas.
- Asegurar medidas que permitan prevenir caídas, especialmente en pacientes de riesgo.
- Disminuir el riesgo de caídas de los pacientes
- Informar al paciente y familiar en la

MEDIDAS PREVENTIVAS A CONOCER POR LOS PACIENTES

- Se asigna la unidad al paciente una vez que se ha verificado el funcionamiento de las medidas de seguridad:
 - a. fijador y barandales de la cama o camilla deben estar instalados firmemente, los interruptores del timbre de alarma y de la lámpara de la luz deben estar funcionando perfectamente.
- La enfermera se presenta con el paciente, le explica y orienta sobre las medidas de seguridad.
- La enfermera establece el plan de cuidado, las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída.
- Se valora al paciente, se identifican los factores de riesgo de caída y se coloca la tarjeta de clasificación según la valoración realizada y se coloca en un lugar visible.
- TARJETA DE CLASIFICACIÓN

ESCALA DE CLASIFICACIÓN	PUNTOS	COLOR DE LA TARJETA
Alto riesgo	4 – 10	Rojo
Mediano riesgo	2 – 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde

- Verificar que la cama tenga el freno activado, en las 2 ruedas de la cama, las palancas color naranja deben estar en forma vertical.



- Movilización: Si se quiere incorporar al paciente lo sienta al borde de la cama antes de ponerlo de pie. Deberá auxiliarse de otras personas para movilizar al paciente.
- Mantener los barandales de la cama elevados mientras este ocupada por el paciente. Jalar hacia afuera el barandal y subirlo por la cabecera y para descenderlo presionar la palanca de “push” y bajarlo.
- Verificar que la altura de la cama sea la mínima cuando el paciente desee bajar o subir a ésta. Jalando hacia afuera la manivela de en medio y girar a la derecha (subir), izquierda (bajar).
- Identificar la ubicación del banco de dos niveles, el cual se utilizar para subir/bajar de la cama.



prevención de caídas

- Conocer el mecanismo para subir y bajar la altura de la mesa asignada al paciente. Sujetar y presionar las manijas al mismo tiempo e impulsar hacia abajo la mesa y para elevarla jalándola hacia arriba.



- Estar acompañado por su familiar o el personal de salud cuando desee deambular y tenga colocado el equipo de suero, bomba de infusión y tripie.



- En caso de utilizar dispositivos de ayuda como andador, muletas, etc., será acompañado por el personal de salud durante el aprendizaje.
- Identificar la ubicación de los interruptores de luz en la habitación y el baño. El personal de enfermería atiende rápidamente al llamado del paciente, y lo asiste según sus necesidades y le brinda seguridad.

- Explicar el uso del intercomunicador y mostrar donde se encuentran ubicadas las alarmas de seguridad.
- Los pisos deberán permanecer secos, usar cera antideslizante en pasillos y baño.



- Baño accesible y con elementos de seguridad (barras de apoyo, silla o banco de baño) y siempre ir acompañado por el personal de salud o su familiar. La silla de baño debe estar seca, firme y segura, antes de su uso.



- El personal de enfermería realiza recorridos de manera continua por las habitaciones.
- En el caso de desperfecto o descomposturas en cualquier aditamento de seguridad reportarlo a la jefa de enfermeras para su mantenimiento.

Bibliografía

FLORES S. Ana Bertha, *Nivel de Información sobre Prevención de Caídas en los Pacientes con Afección al Sistema Musculo Esquelético del Instituto Nacional de*



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS



AUTOR: ANA BERTHA FLORES SORIA

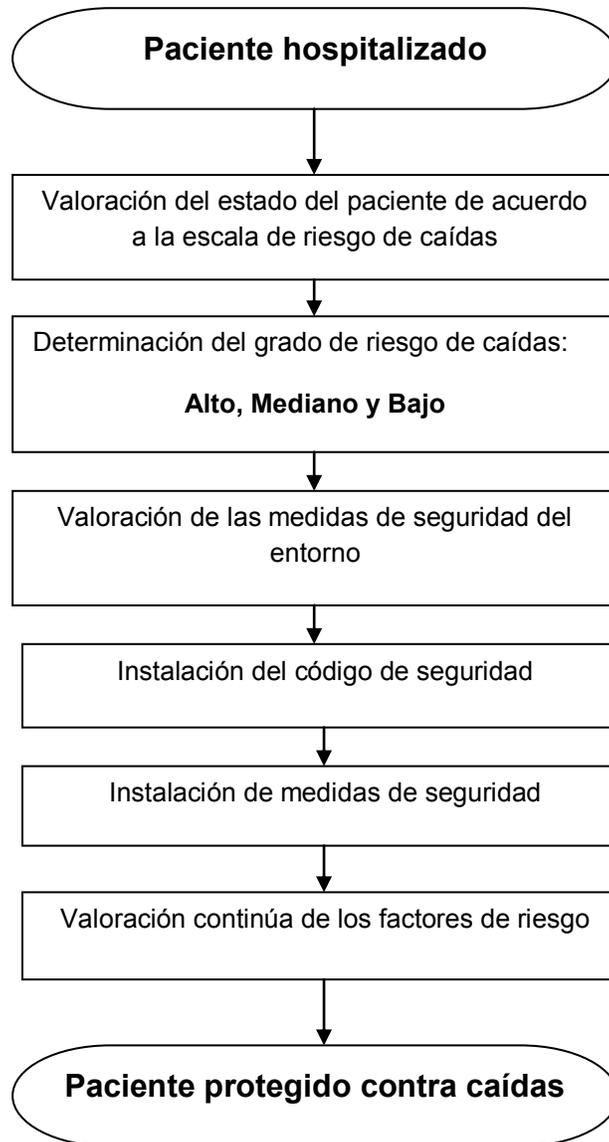
México D.F. 2010

Rehabilitación SS, Tesis. 2010, México.

12. APÉNDICES

Apéndice 1

FLUJOGRAMA PREVENCIÓN DE CAÍDAS



Fuente: Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería.

Indicador No. 5. Prevención de Caídas. Subdirección de Enfermería, Instituto

Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México 2001.

Apéndice 2

TRAJETAS DE CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

ESCALA DE CLASIFICACIÓN	PUNTOS	COLOR DE LA TARJETA
Alto riesgo	4 – 10	Rojo
Mediano riesgo	2 – 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS	PUNTOS
Limitación física	2
Estado Mental alterado	3
Tratamiento farmacológico riesgoso	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin los riesgos establecido	1
Total	10

Fuente: Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería.
Indicador No. 5. Prevención de Caídas. Subdirección de Enfermería, Instituto
Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México 2001