



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN ENFERMERIA
CATEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACION

" Acciones de Prevencion Ambiental que realizan los enfermeros que trabajan en geriaticos de la Region Lombardia, Italia, en el anciano institucionalizado."

Tutora: Esp. Lic. Mirta Piovano.

Autor: Enfermero LOPEZ, Cristobal Pedro.

Como, Italia, julio 2018.

Datos del autor.....	i
Agradecimientos.....	ii
Introduccion.....	iii

INDICE

CAPITULO I: EL PROBLEMA

Planteo y definicion del problema.....	1-3
Justificacion del problema.....	3
Marco Teorico.....	4-10
Definicion conceptual de la variable.....	10, 11
Objetivo general.....	12
Objetivos especificos.....	12

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio.....	13
Operacionalizacion de las variables.....	13
Universo y muestra.....	14
Fuente, tecnica e instrumento de recoleccion de datos.....	14
Plan de recoleccion de datos.....	14
Plan de procesamiento de datos.....	14
Plan de presentacion de datos.....	15
Plan de analisis de datos.....	16
Presupuesto de la elaboracion del proyecto.....	16
Anexos.....	17-20
Referencias bibliograficas.....	21, 22

DATOS DEL AUTOR

LOPEZ, Cristobal Pedro nacido el 19 de julio de 1.953 en la Ciudad de Bahia Blanca en la Provincia de Buenos Aires.

Estudio Enfermeria Profesional en el Hospital Regional Penna de Bahia Blanca, graduandose en el año 1.992 e iniciando inmediatamente la Nivelacion para terciarios no universitarios y aprobada esta, la Licenciatura en Enfermeria en la Escuela de Enfermeria de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Cordoba.

Con varias y largas interrupciones en el estudio por motivos laborales (trabajo como Enfermero Naval en buques de la Marina Mercante Argentina) y la definitiva radicacion en Italia en junio del año 2.003 y tras varias actualizaciones de las materias, aqui se encuentra a sus 65 años para cerrar uno de los ciclos mas importantes de la propia vida afectiva y profesional.

Actualmente se desempeña como "libero professionista" (autónomo) en la Provincia de Como, Italia en variadas estructuras sanitarias.

AGRADECIMIENTOS

Esta, es para mi la parte mas dificil de toda la licenciatura, porque implica un momento de adios y tristeza a tantos hermosos e intensos momentos vividos con toda la gente de "nuestra" Escuela donde me la hicieron sentir casa mia.

Expresar con palabras lo que se siente con toda el alma es dificil porque limita el sentimiento y debere recurrir al gracias simplemente.

Gracias a aquellos que ya no estan mas en el mundo fisico y seran siempre mis seres queridos.

Gracias, a quienes me dieron absolutamente todo de si mismos para finalizar esta Licenciatura que es para mi muchisimo más que un titulo academico.

Gracias, al Destino que cruzo nuestros caminos en la Existencia haciendolos muy valiosos como seres humanos en mi vida.

Gracias a la Lic. Marta Giacone y a Delia Spila por tantas charlas de profundidad humana que me dieron aliento para seguir la lucha por la conservacion de mi propia identidad sin claudicar en los momentos de desolacion.

Gracias a la Lic. Mirta Piovano, porque desde su espacio de poder tuvo un gesto de compromiso y calidez que medio luz en uno de los momentos mas oscuros y angustiantes de mi vida.

INTRODUCCION

El presente trabajo ha sido elaborado para conocer las posibles intervenciones y estrategias de prevención enfermerísticas para prevenir las caídas de los ancianos que son tantas y mal valoradas en el SSN (Sistema Sanitario Nacional), ocasionando grandes gastos al erario público y reduciendo la capacidad psicofísica de las víctimas de estos accidentes y colapsando el SSN mismo por la gran cantidad de intervenciones asistenciales.

Estas situaciones podrían ser evitadas y prevenidas en su mayoría con acciones preventivas y de educación para los pacientes como para el personal sanitario involucrado en la asistencia.

Sería posible la reducción de las caídas, con su consecuente perjuicio a los ancianos con todos los trastornos que esto conlleva, economizando los recursos del SSN (Sistema Sanitario Nacional) y consecuentemente la enorme cantidad de internaciones que por este motivo se efectúan.

La frecuencia de las caídas en la población anciana varía geográficamente, pero siempre en constante incremento con el perjuicio económico, psicológico y social que esto representa.

La investigación se llevará a cabo mediante recolección y análisis de datos estadísticos oficiales del ISTAT (de una población parcial de personas ancianas, dada la vastedad de las mismas).

El objetivo es preguntarse si realizan los profesionales enfermeros de atención geriátrica, acciones de prevención y cuidados para evitar caídas en la población geronte.

Esta temática ha sido abordada en el presente proyecto de investigación a partir del planteo y definición del objeto de estudio, justificación, marco teórico, y elaboración de objetivos.

Planteo y definición del problema

Las consecuencias de las caídas representan uno de los mayores traumas Agudos en Italia mal comprendidos y con gran negatividad en la calidad de vida de las víctimas y en el gasto sanitario nacional.

Sin embargo, estas podrían evitadas o prevenirse en gran parte con campañas de prevención, disminuyendo así la morbimortalidad y los tiempos de internación (Chiari and Morse, 2004).

No solo la prevención es la clave, sino también la concientización profunda de este fenómeno por parte de los profesionales de la salud.

Otro grave error es que las caídas vienen consideradas "iguales" sea para un anciano que para un joven.

La generalizada clasificación entre la caída "accidental y patológica" surge de esta errónea interpretación.

Mientras una caída accidental en un joven-adulto es seguramente un evento "accidental", (resbalón, golpe, etc.), para un anciano no es *solo* eso, visto que se verifican modalidades bien diferentes.

Un joven cayendo esta en grado de protegerse mediante mecanismos defensivos eficaces e inmediatos, no siempre actuados por parte de un anciano con sus reflejos disminuidos.

Es minimizada la importancia de las caídas en general.

El modelo actual intervencionista de alta complejidad y tecnificación, deja de lado la real importancia de las caídas que en realidad son de extrema frecuencia y gravedad entre sujetos ancianos, creando un impacto de significativa importancia social y económica.

La excesiva concepción tecnológica en el sistema de salud y la atención de alta complejidad en las estructuras sanitarias asistenciales incide decisivamente en la despreocupación que se observa por parte de los profesionales sanitarios ante este problema y sus consecuencias dándoles una importancia secundaria (Smith, 2005).

Según el ISTAT (Instituto de Estadística Italiano), los ancianos (65 años en adelante) son cerca de once millones, un quinto del total de la población, y tres millones son los "grandes viejos" de ochenta años y mas allá (ISTAT, 2006).

En Italia en el 2002 se estimo que entre el 28,6% al 31% de 65 o más años en el arco de un año sufrieron una caída, y de estos, el 42% más de una vez.

El 60% de las caídas suceden en el propio hogar, cocina, 25%; dormitorio 22%; escaleras 20% y el baño 13% (Mancini, 2005).

Un estudio de la Región Véneto, ha demostrado que de todas las internaciones, el 0,86% eran debidas a caídas (Vanzetta, 2001).

Otro estudio, en el 2002 demuestra que del total de las internaciones, el 5% de ellas eran también debidas a caídas (Chiari et al., 2002).

Mismo año en Firenze la incidencia de caídas de ancianos internados, llego al 1,2% (Brandi et al., 2002).

En la Región de Empoli, otro estudio del 2002, demuestra que las caídas se verificaron en el 4,0% aproximadamente de todas las internaciones; en el 13% de los casos, se trata de caídas de la cama o del sofá.

En la Región Lombardía en el 2004 es el 4,09% de los casos (Bertani et al., 2004).

Otras consideraciones importantes que se suman negativamente a la problemática, son el personal asistencial en los domicilios que se denominan "badantes" (cuidadores de ancianos) que son personas generalmente sin ningún tipo de instrucción formal que vienen de partes muy castigadas históricamente por dictaduras de Europa del este (Rumania, Ucrania, etc.), que a cambio de casa y comida, "asisten" a los ancianos enfermos para asegurarse la propia supervivencia transformándolos en rehenes sanitarios, con la inmensidad de abusos que generalmente sufren sin que las victimas tengan voz.

Obviamente que hay también muchos de ellos con una gran dedicación social, y sin los cuales muchísimos ancianos estarían confinados en sus casas permanentemente.

Los ancianos pobres o generalmente sin familiares que los contengan se ven obligados a continuar trabajando como pueden y en lo que sea para intentar sobrevivir económicamente, y no son muchos los que lo logran.

Si tiene una jubilación, puede que los ingrese en un geriátrico; caso contrario se convierte en un homeless (sin techo) mas al que la gente cruza a diario en las calles con total indiferencia.

Otro aspecto muy importante con el nombre de "humanitarismo", son las organizaciones "onlus" que se enriquecen gracias a la desesperación de estas personas desposeídas con un mecanismo tan perverso como simple: usan Fondos de Ayuda Europea, para asistir a estos desposeídos dándoles migajas, y acaparando todo lo que pueden para uso personal.

Usando grandes campañas propagandísticas y aprovechándose de los voluntarios (gente noble que viene engañada para trabajar gratis y mantener la "respetabilidad") siguen su obra "humanitaria" sin ser controlados ni molestados, ya que los mecanismos de control son en su mayoría, corruptos.

Lo visible es la caridad, la sensibilidad hacia los desposeídos, cuando el fondo real es la mensurabilidad humana caracterizada por una aidez inconmensurable.

Considerado lo expuesto, surge entonces la pregunta: **¿cuales son las acciones de prevención que realizan los enfermeros italianos para minimizar y prevenir las caídas en la población anciana de los geriátricos en la Región Lombardía, Italia?**

Justificación del problema.

El presente trabajo se elabora con la finalidad de investigar, y por los escasos trabajos investigativos relacionados con esta problemática.

Según la O.M.S, entre el 20 y el 30% de las víctimas de caídas sufren daños que disminuyen su movilidad y la independencia aumentando el riesgo de muerte prematura (Who et al.,2001; Lord et al., 2001).

Como causa discapacidad, aumenta notoriamente la dependencia de los demás, con una mayor probabilidad de marginación social.

Las caídas son las comúnmente citadas como motivo de internaciones en geriátricos, con la consabida institucionalización, y en muchos casos derivan en muertes prematuras.

Aproximadamente el 14% de las caídas son clasificadas como accidentales.

Cerca del 10% de las caídas determina daños graves, de estas el 5% son fracturas.

En los ancianos cerca del 95% de las fracturas de fémur son causadas por caídas, donde cerca de la mitad NO reprende más a caminar y el 20% muere dentro de los 6 meses sucesivos a la caída (Tinetti et al., 1993).

Las caídas no solo portan consecuencias físicas (traumas y fracturas), sino también el Post Fall Síndrome (PFS), que comporta en los pacientes ancianos una reducción hasta del 30% de la calidad de vida (Murphy, 1982).

La caída es para el anciano es una posibilidad temible sea por la posibilidad de consecuencias traumáticas como discapacidad, reducción de la funcionalidad, y en general de la calidad de vida, sea por las repercusiones psicológicas en cuanto a la pérdida de la seguridad y el miedo de caer, pudiendo acelerar el declino funcional e inducir a la depresión y propio aislamiento social (Piridis et al., 2005).

Los ancianos utilizan en medida muy significativa los recursos sanitarios del país.

En el 2006, el Ministerio de Salud italiano, destacó que el 37% de las internaciones corrientes, y el 49% de los días de internación y sus relativos costos estimados, corresponden a la población anciana.

Una reducción del 20% de las caídas, consentiría cerca de 27.000 internaciones menos en un año.

Marco Teórico.

La prevención y la educación con respecto a las caídas son las necesidades principales, visto que en las instituciones de salud continúan a trabajar sin un conocimiento justo de esta problemática no garantizando entonces a las víctimas una asistencia de calidad y eficacia, causando gastos innecesarios en el presupuesto que se asigna al Sistema Sanitario Nacional.

Se ha explicado anteriormente las definiciones, tipos de caídas y consecuencia, por lo cual será obviado en este marco.

Una de las principales *razones* por la cual los profesionales de la salud no interpretan a las caídas en su real magnitud, muchas veces es por propio desinterés, ignorancia o por agotadores turnos de trabajo que les hacen perder la lucidez en el momento de la intervención.

Muchas veces ocurre, que se deja de lado el "buen sentido" de analizar desde lo simple a lo complejo semiológicamente, perdiéndose en infinitos parámetros de variables sofisticadas, cuando con una observación bien realizada se podrían evitar demoras, gastos y desatenciones en perjuicio del paciente y la propia economía institucional.

Como ya expresado, en los ancianos cerca del 95% de las fracturas de fémur son causadas por caídas, donde cerca de la mitad NO reprende más a caminar y el 20% muere dentro de los 6 meses sucesivos a la caída (Tinetti et al., 1993).

Las caídas no solo portan consecuencias físicas (traumas, fracturas), sino también el Post Fall Síndrome (PFS), que comporta en los pacientes ancianos una reducción hasta del 30% de la calidad de vida (Murphy, 1982).

Los traumas por caída tienen un elevado costo económico y social; los ancianos utilizan en medida muy significativa los recursos sanitarios del país.

En el 2006, el Ministerio de Salud italiano, destacó que el 37% de las internaciones corrientes, y el 49% de los días de internación y sus relativos costos estimados, corresponden a la población anciana.

Identificación de los factores de riesgo

La búsqueda en la literatura específica evidencia como los siguientes factores aumentan el riesgo de las caídas en los ancianos.

- antecedentes de caídas anteriores;
- miedo de caer y disturbios motores;
- poli farmacología;
- alteraciones visuales;
- riesgos domésticos;
- aislamiento y dificultades económicas.

Ya señalado por la Guía NICE, la pertenencia al sexo femenino y el envejecer son factores de riesgo relevantes (NICE, 2004).

Existen multiplicidad de factores que aumentan el riesgo de caídas; algunos de estos como la edad avanzada y el sexo, no pueden ser modificados, pero son indicadores para definir la clase de riesgos; otros factores pueden ser modificados con diversas intervenciones. Su reconocimiento constituye la base de la prevención primaria y secundaria de las caídas.

Los factores de riesgo vienen divididos en dos *categorías*, o sea factores intrínsecos y extrínsecos.

Factores intrínsecos.

Historia de caídas anteriores: el factor de riesgo de caída de un anciano es una precedente caída, siendo estadísticamente significativa la cantidad de caídas sufridas sea en el hogar como en los lugares de internación (AGS, 2001).

Temor de caer y disturbios motores: cerca una tercera parte que no tienen antecedentes de caídas anteriores, tiene igualmente este miedo. Este factor de temor aumenta y con él la probabilidad de caída, conduciendo a una notable pérdida de autonomía aumentando la inseguridad personal.

Es de suma importancia interpretar la intensidad de este temor para revertirlo o al menos, atenuarlo con planes educativos, brindando un apoyo adecuado.

Un interesante estudio inglés llevado a cabo con 2.200 ancianos en sus domicilios y analizando la relación temporal entre el miedo de caer y la caída en sí, se midieron al inicio del estudio y el follow-up a veinte meses de distancia. A los ancianos se les preguntaba si tenían miedo de caer con una ulterior pregunta sobre las limitaciones de las actividades por ellos sufridas.

Uno de los instrumentos para medir el miedo a caer en un contexto investigativo, es el Falls Efficacy Scale (FES), considerado también en la guía NICE inglesa, donde el uso está relacionado al proceso cognitivo que gobierna las emociones; consiste en interrogar a los sujetos sobre sus sentimientos en una variedad de situaciones o actividad específica; la FES mide el nivel de eficiencia de un sujeto en una actividad específica; la confianza en lograr terminar cada actividad sin caer y evaluada en una escala de 10 puntos, donde el puntaje más elevado equivale a la menor confianza y tal vez, a una escasa eficiencia.

Otros test utilizados son la Berg Balance Scale (BBS) para la evaluación del equilibrio; el Time Up and Go (TUG) para la evaluación de la movilidad y la Tinetti Balance (TB) y tienen un buen valor predictivo sobre la movilidad/equilibrio. Estos instrumentos son los más utilizados y válidos, teniendo un buen valor predictivo, aparte de una correlación recíproca.

La Tinetti Balance (TB) pareciera ser el mejor instrumento para valorar el equilibrio de los ancianos.

El test sobre equilibrio y movilidad pueden NO ser del todo suficientes para la predicción de la caída en sujetos activos e independientes porque los factores favorecedores a una caída son múltiples y a menudo interdependientes; va puesta atención a las frecuentes condiciones de morbilidad en cuanto variadas patologías de por sí, pueden aumentar el riesgo de caídas en sujetos activos e independientes. En efecto, varias situaciones de patologías alteran la movilidad creando disturbios en la deambulación y del equilibrio (NICE, 2004).

Poli farmacología: Este aspecto ha estado sujeto a particular atención en relación la caída en ancianos, y vista la literatura referente al caso se prueba que es un importantísimo factor de riesgo. Pacientes tratados con tres o más drogas simultáneamente, se encuentran a riesgo de caídas recurrentes con respecto a pacientes tratados con una menor cantidad de fármacos (Arbas et al., 1998).

En la línea Guía NICE del 2004 siete estudios fueron incluidos en una revisión sistemática resguardante a la utilización de fármacos cardiológicos y analgésicos. Todos refieren que los pacientes tratados con simultaneidad de fármacos se encuentran a riesgo de caídas recurrentes.

Resulta ser otro factor de riesgo asumir fármacos tales como:

- sedativos e hipnóticos
- narcóticos
- anticonvulsivos
- antidepresivos
- diuréticos y antihipertensivo
- Cardiovasculares

Los estudios realizados confirmaron la relación entre la ingestión de estas clases de fármacos sumados a la condición patológica del paciente como claro factor de riesgo.

En algunos casos se podría modificar la calidad, cantidad y frecuencia de las drogas asumidas para reducir a la exposición al riesgo, controlando regularmente los mismos, cosa que no se hace en muchos casos (CIHI, 2000).

Tres estudios norteamericanos con pacientes en sus domicilios y en estructuras de internación para ancianos, revelaron que aquellos que padecían este tipo de alteraciones presentaban un gran riesgo de caer; aunque como la línea guía NICE, reportaron resultados que demostraron que la sola alteración visiva, es un factor de riesgo independientemente de las caídas y fracturas de cadera.

Factores extrínsecos.

Riesgos domésticos: no son solamente las condiciones de salud de la persona anciana a determinar las condiciones que propician las caídas, sino también la estructura de la unidad habitativa (muebles, disposición de las cosas, etc.).

Según varias fuentes compresas la guida NICE, la presencia de una habitación no segura es en grado de aumentar al 50% el riesgo de caída en la propia casa (ISTAT, 1999).

Aislamiento social y dificultad económicas: un bajo rédito seguramente representa un factor importante de riesgo; la pobreza, el grado de exclusión social tienen un impacto notable sobre la salud de la persona, visto que por salud se entiende un ser "completo" bio-psico-social, y no la mera ausencia de la enfermedad.

Son más vulnerables las personas solas, viudos, y divorciados que tiene una situación socio-económica crítica y que no desarrollan actividades sociales.

Estos estudios destacan la necesidad de activar en los casos más graves soportes sociales de inclusión para al menos, atenuar la pobreza y la exclusión (ISTAT, 2002).

Otros factores de riesgo: como ya considerado en la guida NICE, el sexo femenino y el avance de la edad, son factores de riesgo relevantes. Otros factores identificados son las condiciones precarias de salud, enfermedades cardiovasculares y mentales, la dificultad de la extensión de la rodilla, artritis, artrosis, confusión, clearance de la creatinina por debajo de 65 ml/min., utilizo de lentes multifocales, caminar con el auxilio de bastones, muletas, o de otro soporte: pareciera sin embargo, que no se tienen pruebas suficientes para considerar la incontinencia urinaria como factor de riesgo de caída, según algunos estudios.

Frecuencia de internaciones debidas a caídas de ancianos.

En Italia en el 2002 se estimo que el 28,6% que las personas sobre los 65 años o más cae en el arco de un año. De estos, el 43% cae más de una vez. Existe en Italia un sistema de control epidemiológico llamado Pasos de Plata, que monitorea las condiciones de vida de las personas sobre los 65 años en adelante, donde se extraen datos sobres las caídas sufridas por los mismos, entre otros parámetros.

Para entender cuanto es frecuente la caída basta pensar que en el 2009 en la región Emilia Romania, cada 30 días la frecuencia de las caídas era igual al 7%, y en Valle dáosla, el 9%.

Según el resultado de múltiples estudios centrados en las caídas, los ancianos caen el 48% fuera de sus casas.

Dentro de ella, los ambientes de mayor riesgo, son:

- La cocina (25%).
- El dormitorio (22%).
- Escaleras internas/externas (20%).
- El baño 13%).

Otros datos recogidos de la vigilancia Pasos de Plata (Passi d'Argento), muestran que el 11% de los ultra 64 años declararon de haber caído a tierra en los 30 días anteriores a la entrevista.

De estos, el 14% tuvo la necesidad de internación de por lo menos un día. Las caídas en casa representan un 60% y menos frecuentemente en la calle con un 19%; en jardín el 11%, y en otros lugares, el 10%.

La frecuencia de las caídas es más elevada entre los ancianos sobre 85 años (15% vs 9% 65-74 años), entre las mujeres (13% vs 9% en los hombres), entre quienes declaran de tener muchas dificultades económicas (17% vs 7%); ninguna dificultad de este tipo) y entre los menos instruidos 12% vs 9% de quienes tienen un alto nivel de instrucción).

El 33% de los entrevistados declaro de tener miedo de caer, la porcentual aumenta entre aquellos que ya han caído (66%). Con respecto a los elementos anti-caídas en el uso de la bañera o de la ducha se encuentra que el 60% de los entrevistados usa la alfombra para no resbalar, el 17% manijas y el 13% sillas específicas. El uso de estos instrumentos es mayor en las personas que declaran de haber caído en los 30 días precedentes a la entrevista (13% vs 7%).

En Sicilia y Calabria se registran la mayor cantidad de caídas con una porcentual del 17% y del 15 % respectivamente.

Queda aclarado que en este plan de investigación, la unidad de observación

Será parte de la población anciana de algunas regiones.

Dada la sistemática desvalorización y recurrencia de esta problemática, surgen interrogantes tales como no se implementan medidas inmediatas de prevención para disminuir la tasa de morbilidad?. ¿Por qué no se concientiza efectivamente al personal sanitario de la gravedad que tienen las caídas en sí? Cuales serian las acciones a implementar de prevención para evitar las caídas?

Una de las principales *razones* por la cual los profesionales de la salud no interpretan a las caídas en su real magnitud, muchas veces es por propio desinterés, ignorancia o por agotadores turnos de trabajo que les hacen perder la lucidez en el momento de la intervención.

Muchas veces ocurre, que se deja de lado el analizar semiológicamente desde lo simple a lo complejo, perdiéndose en infinitos parámetros de variables sofisticadas, cuando con una observación bien realizada se podrían evitar demoras, gastos y desatenciones en perjuicio del paciente y la propia economía institucional.

Definición conceptual de la variable.

*Se define como tal, a las estrategias orientadas a la **prevención de caídas** en la población anciana internada en geriátricos.*

*Se estudiarán en las siguientes **dimensiones**:*

I Prevención ambiental.

La finalidad de la prevención de riesgos es para preservar la integridad física de las personas con una adecuada evaluación del entorno para identificar posibles peligros y daños, para crear un hogar seguro.

A los efectos se pueda prevenir la caída del anciano en el ambiente geriátrico, aparte de la educación al mismo, se debe adecuar el entorno, o sea la disposición de los muebles, a modo de prevención ambiental evaluando adecuadamente el riesgo ambiental (Dyer et al., 2004).

Otros tópicos a considerar para aplicar a modo preventivo, son:

Buena iluminación en todos los espacios habitables; alfombras antideslizantes; espacios ordenados; pisos secos; reducir las distancias entre el dormitorio y el baño; eliminar las alfombras, cables sueltos y elementos con los cuales se pueda tropezar; mantener la altura de la cama a un nivel seguro como también cajones para una segura y fácil accesibilidad; tener a mano andadores, muletas o aquello que se use para la de ambulación (Jensen et al., 2002).

II Revisión de los fármacos asumidos.

Un hecho no considerado debidamente, es el de controlar periódica y seriamente la ingesta de los fármacos por la población anciana.

La reducción, elección de nuevas drogas y todo lo relacionado al tratamiento debe tener un sentido inclusivo donde el anciano en verdad sea protagonista y no espectador de su propia historia visto que muchas veces viene descalificado, dejado de lado cuando su participación es realmente importante.

No solo se debe tender a la disminución de los fármacos sino considerar que los mismos pueden ocasionar riesgos graves en el paciente (una simple administración del ácido acetil salicílico puede producir diferentes tipos de hemorragias con consecuencias mortales).

La reducción en la administración de los fármacos puede reducir significativamente el riesgo de las caídas (Cooper, 1994).

III Ejercicio físico para mejorar la fuerza y el equilibrio.

Para mejorar la fuerza, la locomoción y el equilibrio son recomendados programas de intervención personalizada (Clenson et al., 2004; Gillespie et al., 2003).

En el 2010 la O.M.S publicó un documento, "Global recommendation on Physical Activity for Health" en el cual define los niveles recomendados de actividad física para tres grupos de edades (Who et al., 2010).

Para ancianos de 65 en adelante, hay indicaciones de desarrollar actividades físicas pero orientadas al equilibrio para prevenir las caídas.

Se aconsejan al menos 150 minutos a la semana de actividad moderada o 75 de vigorosa, en sesiones de por lo menos 10 minutos a la vez.

Los niveles recomendados vienen entendidos como un límite mínimo; aquel que los supera obtiene obviamente más beneficios. Lo ideal es hacerlo 3 veces por semana.

Cabe destacar que los efectos son acumulativos, o sea que por "poco" que se crea hacer, es de gran beneficio. Desde una caminata hasta ejercicio en agua, o respiración yoga, todo, absolutamente cuenta. La clave es ir progresivamente y con calma, estimulando el accionar de los pacientes.

Se tendrá en cuenta la patología para no agravarla con un tipo de gimnasia contraindicada, lo cual será determinado por un experto en el campo rehabilitativo.

Objetivo General.

Conocer las estrategias de prevención de las caídas de los ancianos en instituciones geriátricas que aplican los enfermeros en geriátricos en la Región Lombardía en el periodo marzo- diciembre 2019.

Objetivos Específicos.

- Conocer la prevención ambiental en el entorno, en ambientes exteriores que realizan los enfermeros en los geriátricos.
- La adecuación ambiental (muebles, objetos, iluminación).
- La revisión de los fármacos (dosis, interacciones farmacológicas).
- Las actividades físicas que realizan los ancianos en estos geriátricos.

CAPITULO II: Diseño Metodológico.

Tipo de estudio.

Es descriptivo y transversal.

Descriptivo, porque se determinan aspectos en relación al fenómeno de las caídas en ancianos institucionalizados recolectando información sin cambiar el entorno (manipulación).

Transversal, porque se realiza una única medición en un solo momento, sin continuidad posterior del estudio en el periodo marzo – diciembre 2019.

Esquema de las variables.

Variable conceptual.	Variables intermedias.	Indicadores.
Prevención de caídas.	Prevención ambiental.	Altura de la cama. Revisar disposición de muebles. Alfombras antideslizantes. Iluminación adecuada. Evitar elementos que puedan ocasionar caídas (cables, pisos mojados). Disponer elementos de de ambulación al alcance de la mano.
	Revisión de fármacos.	Revisión periódica. Observar efectos de la medicación indicada. Informar y concordar con los médicos, cambios en la suministración de los fármacos.
	Actividad psicofísica.	Promover actividades sicofísicas para preservar el equilibrio, con una frecuencia de al menos 150 minutos semanales de actividad moderada en sesiones de 15 minutos. Considerar la patología, acordando con los especialistas los tipos de actividades a aplicar.

Universo y muestra.

El universo estará representado por los enfermeros que trabajan en 10 geriátricos de la Región Lombardía en el 2018 siendo N= 80 sujetos. Considerando que se trata de una población cuantificable y limitada, no se trabajara con muestras.

Fuente.

Las fuentes de información de las cuales se obtendrán los datos serán primarias visto que son aquellas enfermeras participantes en este trabajo.

Técnica e instrumento de recolección de datos.

Sera la observación estructurada no participante entendiéndose por tal a la técnica de la observación directa y sistemática de la presencia o ausencia de los indicadores a través de una lista de cotejo (Anexo III).

Se realizaran 3 observaciones y se tomara la última como válida, previa autorización del Director Sanitario (Anexo I) y el consentimiento informado de los sujetos participantes (Anexo II)

Plan de procesamiento de datos.

Una vez recogidos los datos serán volcados a una tabla maestra (anexo IV) y se procederá de la siguiente manera. A cada indicador se le otorgara un valor de 5 puntos cuando se registre presente y de 0 (cero) punto cuando esté ausente lo que permitirá la construcción de las siguientes categorías para cada dimensión.

Se tomara como referencia solo la tercera observación.

Prevención ambiental.

30 - 20 = Realiza actividades de prevención.
19 - 10 = " escasas actividades de prevención.
9 - 0 = NO " - " " "

Revisión de fármacos.

15 - 10 = Realiza.
9 - 5 = " escasamente.
4 - 0 = NO "

Actividad sicofísica.

15 - 10 = Realiza.
9 - 5 = " escasamente.
4 - 0 = NO "

Plan de presentación de datos.

Los datos obtenidos serán representados por medio de tablas de simple entrada.

A modo de ejemplo se presentan una tabla de datos socios demográficos de la población y otra de la dimensión prevención ambiental.

TABLA A

Edad de los enfermeros que trabajan en geriátricos.
Región Lombardía, Italia. Año 2019.

Edad	f	%
20 a 30.		
31 a 40.		
41 a 50.		
+ de 50		
Total	80	100 %

Fuente: Tabla Maestra.

TABLA I

Acción de Prevención ambiental que realizan los enfermeros que trabajan en geriátricos.
Región Lombardía. Italia. Año 2019.

Acciones de prevención ambiental.	f	%
Total	80	100%

Fuente: Tabla Maestra.

Plan de análisis de datos.

Los datos serán analizados a través de la estadística descriptiva, por medio del cálculo de las frecuencias absoluta y relativa según el sexo y el rango de edad con respecto a las dimensiones de la variable en estudio: las acciones de prevención de las caídas con énfasis en porcentuales y visto la importancia de ellas ya que dentro del total de los accidentes es la quinta causa de muerte; que el 66% de los accidentes son caídas; que el 75% se producen en una población mayor de 65 años, y que el 50% ocurren en instituciones sanitarias.

Cronograma de actividades y tiempos programados para la confección de este plan de investigación.

<i>Actividades</i>	<i>Fecha inicio</i>	<i>Fecha terminación</i>
<i>Revisión del proyecto</i>	<i>enero 2019</i>	<i>Febrero 2019</i>
<i>Recolección de datos</i>	<i>Marzo 2019</i>	<i>Agosto 2019</i>
<i>Procesamiento y análisis de datos</i>	<i>Septiembre 2019</i>	<i>Octubre 2019</i>
<i>Elaboración del informe final</i>	<i>Noviembre 2019</i>	<i>Diciembre 2019</i>

Presupuesto.

Costos para la elaboración de este plan, con un único actor, EXPRESADO EN EURO.

<i>RUBROS</i>	<i>CANTIDAD</i>	<i>PRECIO UNITARIO</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Lapiceras</i>	<i>3</i>	<i>0,30</i>	<i>0.90</i>
<i>Cuadernos</i>	<i>2</i>	<i>1,50</i>	<i>3,00</i>
<i>Resma de papel A4</i>	<i>2</i>	<i>4,50</i>	<i>9,00</i>
<i>Cartuchos de tinta para impresora</i>	<i>1</i>	<i>50</i>	<i>50</i>
<i>Impresiones</i>	<i>400</i>	<i>0,05</i>	<i>20</i>
<i>Imprevistos</i>	<i>20</i>	<i>10</i>	<i>200</i>
<i>Traslados</i>	<i>50</i>	<i>20</i>	<i>1000</i>
<i>Viáticos</i>	<i>50</i>	<i>30</i>	<i>1500</i>
<i>Total</i>			<i>2782,90.</i>

ANEXO I

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE ENFERMERIA.

Córdoba, junio 2018.
Al Director Sanitario.
RSA Le Betulle.
Appiano Gentile – Italia.
S/D.

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de poner en su conocimiento que el enfermero LOPEZ, Cristóbal Pedro, D.N.I. 10.737.427 es alumno regular de la materia Taller de Trabajo Final de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencia Medicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Solicito tenga a bien autorizarle el ingreso a esta RSA para recabar informaciones , que cumplen con los requisitos éticos y legales en vigencia en todo el territorio italiano, material imprescindible para elaborar este plan de investigación en curso.

Todos los datos serán recabados a través de la observación directa no participativa.-

Agradeciendo su colaboración, salúdale atentamente,

Esp.Lic. Mirta Piovano.
Profesora Titular.

ANEXO II

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE ENFERMERIA.
Córdoba, junio 2018-06-24

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. A fin de informar en su conocimiento que el enfermero LOPEZ, Cristóbal Pedro DNI: 10.737.427 es alumno regular de la materia TALLER DE TRABAJO FINAL de la carrera de Lic. En Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Todos los datos serán recabados a través de la observación directa no participativa recordando que los mismos cumplen con toda la legislación de la protección de datos estadísticos (secreto estadístico), principios legales y éticos vigentes.

El objetivo de este trabajo es conocer las actividades de prevención de las caídas de los ancianos en el ámbito geriátrico por los enfermeros del mismo en el periodo marzo-diciembre 2019. Como resultado de esta participación voluntaria no recibirá ningún beneficio directo, pero contribuirá así a un futuro crecimiento de nuestra profesión enfermerística.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en este estudio de observación de las actividades mencionadas, y antes de firmarlo se me ha brindado la posibilidad de preguntar todo lo que me pareció, siendo contestadas de manera adecuada. Por tanto, accedo a participar en esta investigación en las condiciones anteriormente mencionadas.

Firma:

Aclaración:

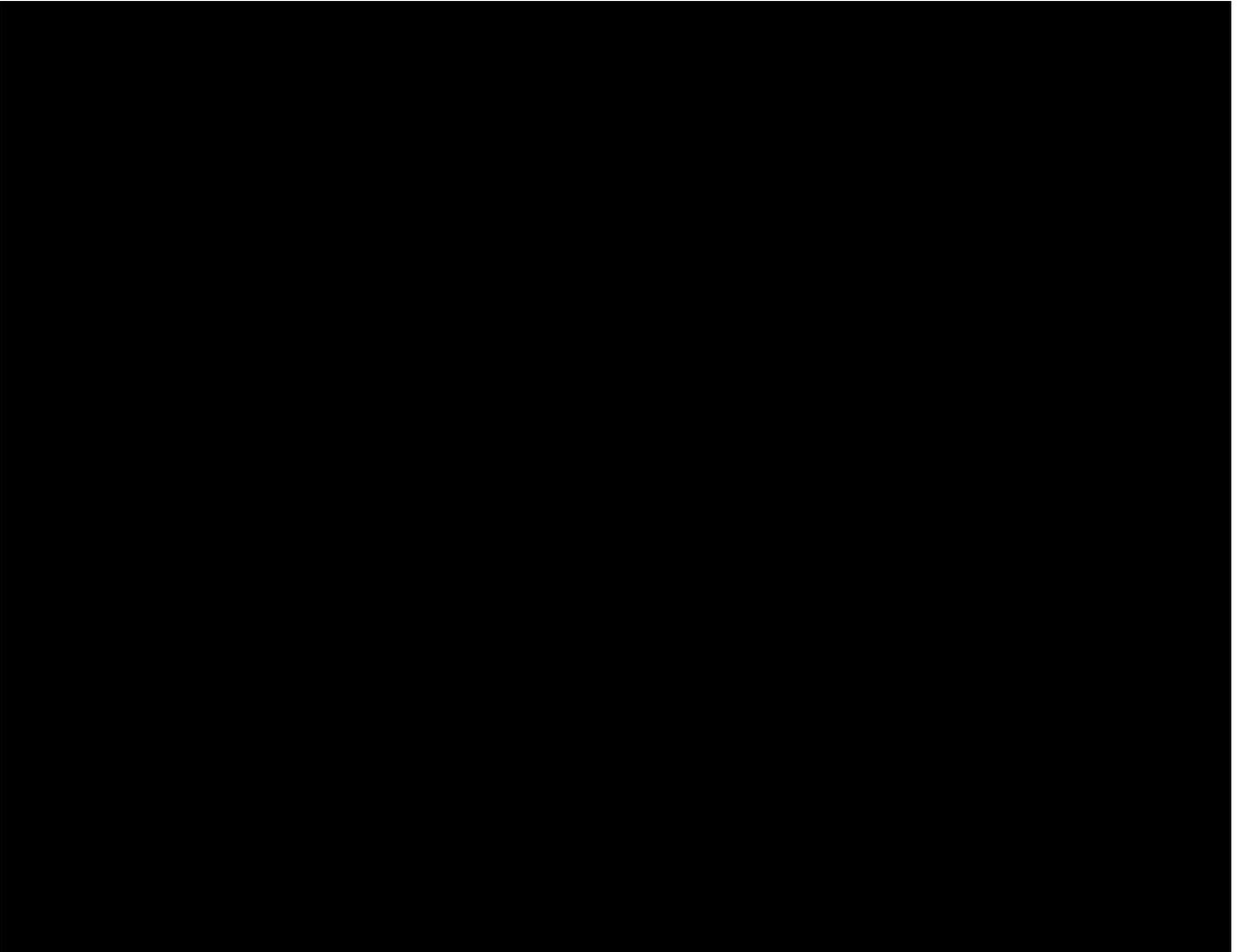
DNI:

ANEXO III

Lista de cotejo.

Numero de orden.		Sexo.
Indicadores. 03	01	02
A P A	P A	P
Prevencción Ambiental	<ol style="list-style-type: none"> 1 altura de la cama 2 revisar disposición muebles 3 iluminación adecuada 4 alfombras antideslizantes 5 evitar elementos que puedan provocar (Cables, pisos mojados). 6 disponer elementos de de ambulación al alcance de la mano. 	
Revisión de Fármacos.	<ol style="list-style-type: none"> 1 revisión periódica de los fármacos. 2 observar efectos de los medicamentos. 3 informar y acordar con los médicos Cambios o disminución de dosis. 	
Actividad Sicofísica.	<ol style="list-style-type: none"> 1 promover la actividad física orientada A mantener el equilibrio. 2 frecuencia 150 minutos semanales de actividad moderada en sesiones de 15 minutos. 3 Considerar la patología para asignar ejercicios adaptados a la patología que sufren siempre Consultando con los especialistas. 	
Observaciones:		

ANEXO IV



Bibliografía

- Chiari, P. Suggestioni di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale. Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S Orsola Malpighi, Centro Studi EBN Bologna 2004.
- Morse, JM. Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American Journal of Infection Control 2002;30:376-80.
- Smith, L. Reducing the risk of falls in our health care organization. Joint Commission Resources. Oakterrace. 2005.
- Istat. Geodemo. Demografie in cifre. <http://demo.istat.it/pop2006/index.html>
- Mancino, C. Williamson, Binkin, N, Michieletto F. de Giacomi GV, Gruppo di Lavoro Studio Argento. Mar-aprile 61 (2): 1 17-32.
- Vanzetta, M. Vallicella, F. Qualità dell'assistenza indicatori eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale. Management Infermieristico. 2001,2:32.
- Chiari, P. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti Assistenza Infermieristica e Ricerca 2002;3:117-124.
- Brandi, A. et al. Indagine retrospettiva sulle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale. AiR 2002:3.
- Bertani, G. et al. Un benchmarking regionale: indicatori di risk management nella Aziende.
- WHO- World Health Organization. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Geneve 2004.
- Lord, SR. Sherrington. Falls in older people. Risk factors and strategies for prevention. Cambridge United.

-Kingdom: Cambridge University Press-2001.

-Lord, SR. Predictors of nursing home placement and mortality of residents in intermediate care. Age Agein- 1994,23:499-504.

-Tinetti, ME, Liu WL. Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons. JAMA. 1993;269:65-70.

-Murphy, Isaacs. The post fall syndrome. A study of 36 elderly fallers. Gerontology 1982;28:265-10.

-Piridis, A. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. ISS 2005.

-NICE. The assessment and prevention of falls in older people.

-Clinical practice guideline. 2004

-American Geriatrics Society. Guideline 2006.

-Canadian Institute of Health Information. Falls leaving cause of injuries admission to Canada's acute care hospitals, CIHI report 2000.

-ISTAT.(1999) Famiglie, abitazioni e sicurezza dei cittadini. Indagini multiscope sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana anno 1998.

-Arbas, E. Garzon, R. et al. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados.

-Cooper, JW. Falls and fractures in nursing home residents receiving psychotropic drugs. International Journal of Geriatric Psychology. 1999;12:1294-304.

-Clemson, L. The effectiveness of a community. Based program for reducing the incidence of "falls in the elderly": a randomized trial. Am. Geriatric society. 2004;52:1187-94.