

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ESTRATEGIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN CAÍDAS DE
PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 11C - HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - LIMA 2015 / 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACION EN SALUD**

AUTORA: LUCÍA DEL CARMEN GUERRA CASTRO

Callao, 2018

PERÚ

Lucía del Carmen Guerra Castro

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA	PRESIDENTA
MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO	SECRETARIA
MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO	VOCAL

ASESORA: MG. ANA ELVIRA LÓPEZ ROJAS

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 131-2018

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02 de Marzo del 2018

Resolución Decanato Nº 585-2018-D/FCS de fecha 22 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVO.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEORICO	7
2.1 ANTECEDENTES	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	10
2.2.1 CAIDAS.....	10
2.2.2 TEORIA DE ENFERMERIA.....	19
2.3 DEFINICION DE TERMINOS	23
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	24
3.1. RECOLECCION DE DATOS	24
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	24
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL INFORME	28
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

En las instituciones que brindan salud, las prácticas seguras o la seguridad del paciente son uno de los pilares de calidad, en tanto resulta ser una prioridad en la atención de salud; constituyendo los eventos adversos la luz de alerta sobre la presencia de una atención insegura que incrementan los costos y prolongan la estancia de los pacientes hospitalizados haciendo que el profesional de enfermería tome acciones y se involucre más en una cultura de seguridad.

El presente trabajo académico profesional titulado “Estrategias del cuidado de enfermería para la implementación de las Prácticas Seguras en caídas de pacientes del Servicio de Medicina Interna 11-C - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Lima 2015/2016”, pretende dar a conocer la valoración que realiza la enfermera a los pacientes hospitalizados para la prevención de eventos adversos, contribuyendo así a reconocer en forma oportuna el riesgo que tiene el usuario externo en sufrir un evento no deseado, asimismo evitar incrementar la estancia hospitalaria; disminuir los costos de salud, la morbilidad y mejorar los resultados terapéuticos que elevan la calidad de vida del sujeto y con ello optimizar el desempeño laboral que se verá reflejado en su bienestar y un mejor trato al paciente hospitalizado.

El presente informe consta de VII capítulos, los mismos que se mencionan a continuación: **Capítulo I:** planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; **Capítulo II:** los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; **Capítulo III** incluye la presentación de la experiencia profesional; **Capítulo IV:** resultados; **Capítulo V:** conclusiones; **Capítulo VI:** recomendaciones y **Capítulo VII:** referencias bibliográficas y por último, contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La ocurrencia de situaciones adversas a la seguridad del paciente hospitalizado ha sido durante muchos años, una de las principales causas de morbilidad hospitalaria. Las caídas son un importante problema mundial de salud pública ya que se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que las convierte en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. Las lesiones relacionadas con las caídas tienen un costo económico considerable. El costo medio para el sistema sanitario por cada lesión relacionada con caídas en mayores de 65 años es de US\$ 3611 en Finlandia y US\$ 1049 en Australia. Los datos procedentes del Canadá indican que la aplicación de estrategias preventivas eficaces y la consiguiente reducción de las caídas de los menores de 10 años en un 20% supondrían un ahorro neto de más de US\$ 120 millones al año. (1)

El proyecto IBEAS (2014) nos dice que la prevalencia de los eventos adversos en hospitales de Latinoamérica un 13.16% se relacionaban con el cuidado y de cada 100 pacientes que sufrieron EA: 7 murieron, 13 quedaron con incapacidad total, 12 con incapacidad severa y el 64 con incapacidades leves; el 60% de los EA fueron evitables. En el Perú el 6.9% estuvieron relacionados con el cuidado y un 9.6% se dio en las especialidades médicas.(2)

A nivel del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se reportó el 2016 en relación a los eventos adversos relacionados con las caídas en

un 8% de los cuales 34 fueron de la cama, 11 al deambular, 8 en el baño, 6 del sillón, 1 de la silla de ruedas, 1 al subir a la cama, 2 de los brazos de la mamá y 1 no especificadas dando un total de 64 casos (13%).

Ante esa problemática, la preocupación de los profesionales de la salud por brindar un servicio de calidad es cada vez mayor, pues se trata de prevenir, reducir y en la medida de lo posible eliminar estas situaciones, convirtiéndose, por tanto, la seguridad del paciente en un indicador fundamental en la calidad del servicio haciendo de los hospitales instituciones competentes.

Durante el desempeño profesional como subjefa he observado que las caídas son uno de los problemas más frecuentes del servicio, debido a diversos factores siendo uno de los principales la infraestructura del servicio que no permite visualizar permanentemente a los usuarios, mobiliario obsoleto e insuficiencia de recursos humanos para satisfacer las necesidades del paciente y así disminuir el número de caídas.

Si bien las causas de los eventos adversos en el cuidado de los pacientes son diversas, también se requiere de un esfuerzo conjunto que implique una serie de acciones institucionales como: la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, etc. que coadyuven a revertir esta situación, y es en ese sentido que el HERM diseñado medidas de prácticas seguras y gestión de riesgos en la atención del usuario hospitalizado mediante la aplicación de la Directiva N° 008-GC-ESSALUD-2013 para la prevención de caídas en el paciente.

El servicio de medicina interna 11-C del HNERM. Tiene un aforo de 39 camas y ofrece atención de salud a pacientes cuyo grado de dependencia va desde el IV al II; siendo los adultos mayores los que requieren mayor atención para satisfacer sus necesidades de salud y básicas (89.7%).

Este Servicio cuenta con una (01) enfermera jefa, dos (02) enfermeras cumpliendo la función de subjefes y doce (12) enfermeras asistenciales; once (11) técnicos en enfermería, desarrollando su labor en tres turnos: Turno Mañana cinco enfermeras (jefa (1), subjefa (1), enfermeras asistenciales (3)) y técnicos de enfermería (3); Turno Tarde tres enfermeras subjefa (1) asistenciales (2) y técnicos de enfermería (2) y Turno Noche dos enfermeras asistenciales y dos técnicos de enfermería.

1.2. OBJETIVO

1.2.1 Objetivo General

Describir las estrategias del cuidado de enfermería para la implementación de prácticas seguras en caídas en pacientes del Servicio de Medicina Interna 11-C - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015 – 2016”.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe sobre mi experiencia en el área administrativa tiene por finalidad describir e implementar las prácticas seguras del cuidado enfermero a través del uso de la hoja de valoración para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado a fin de mejorar el desempeño laboral del profesional de enfermería y por consiguiente prevenir en forma oportuna los eventos adversos y las diferentes complicaciones en el individuo.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: Permitirá profundizar y/o actualizar los conocimientos sobre el cuidado que se debe tener para prevenir las caídas en pacientes hospitalizados. Además, da a conocer y hacer

extensiva la hoja de valoración para la prevención de caídas en el servicio de Medicina 11C.

Nivel Metodológico: El presente estudio será útil toda vez que ayudará a sistematizar los protocolos realizados en atención al usuario hospitalizado.

Nivel Social: Los resultados obtenidos del presente informe serán de gran importancia para desempeñar con éxito la labor de enfermería en el servicio de hospitalización, en la medida que ayudará a conocer cuáles son las mejores estrategias de prevención y los protocolos a seguir en cada caso brindando una atención eficiente, haciendo que el periodo de hospitalización sea menos prolongado, mejorando la autoestima y la autonomía del paciente

Nivel Práctico: El presente informe busca beneficiar a todas las licenciadas en enfermería, cuidadores y familia ya que aplicando los conocimientos adquiridos sobre prácticas seguras en la prevención de caídas ejecutarán los procesos pertinentes para cada caso.

Nivel Económico: Las prácticas eficientes en el servicio de hospitalización, disminuirán la estancia hospitalaria y en consecuencia bajarán los costos sanitarios.

II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

BRACHO ESTEBAN Y GARZON SHIRLEY (2015) presentaron el estudio "Gestión de la calidad sobre prevención de errores en úlceras por presión y caídas de los hospitales públicos, provincia de Imbabura 2015" Ibarra, Ecuador. El principal objetivo del presente estudio es analizar la gestión de la calidad sobre prevención de errores, en úlceras por presión y caídas, en los hospitales públicos, provincia de Imbabura 2015. Se utilizó técnicas e instrumentos como la lista de chequeo y la observación directa para la recolección de información, posterior a esto; el procesamiento de datos con la utilización de la t de Student, para la interpretación, tablas de contingencia y graficación Microsoft Excel. De los cuatro hospitales evaluados según la escala de Likert, los resultados son los siguientes: En prevención de caídas el 56.25 % en ausencia y el 43.75% en proceso de elaboración, no se evidenció ningún porcentaje de calificación en elaborado y desarrollado por que no poseen el estándar de calidad, sobre úlceras por presión, el 68% en ausencia, el 24% en proceso, 8% elaborado y el 0% desarrollado. Se concluye que los Hospitales Públicos de la Provincia se encuentran con un déficit de elementos básicos de calidad y seguridad. (3)

QUISPE TINTA NORCA JUDIT BACH Y TOLEDO QUECARA NORMA REYNA (2015) Presentaron el estudio "Factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca de Julio a octubre 2015" Juliaca, Perú. Su objetivo es analizar los factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados, se realizó con pacientes que estuvieron hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía y mayores

de 18 años considerando 450 pacientes en tres meses. Es un estudio analítico- causal cuyo análisis fue con estadística descriptiva porcentual y chí cuadrado. Resultados y conclusiones: los factores que más se relacionan con caídas son los intrínsecos con 95% de aceptación seguido de los factores extrínsecos 0.5%. El riesgo encontrado según la Valoración de DJ DOWNTON. Se encontró que 42 pacientes que representa el 52.4% tuvieron alto riesgo de caídas, 33 pacientes que representa el 41.3% tuvieron mediano riesgo y 5 pacientes que representa el 6.3% fueron de bajo riesgo. A los jefes de los servicios de hospitalización propiciar eventos y capacitaciones en todo el personal, internos, estudiantes en cuanto al control de riesgos no solo de caídas sino a los diferentes aspectos a los cuales se expone el paciente por múltiples deficiencias y limitaciones de personal, infraestructura, elaborando proyectos de mejora. A la jefatura de enfermería que es directamente responsable del cuidado del paciente brindar la capacitación a todo el personal e implementar diferentes protocolos de orientación al paciente, a la familia y a todo el personal que labora en los servicios brindando atención directa al paciente para identificar los riesgos y disminuirlos en colaboración con los familiares y el propio paciente, mediante 106 capacitaciones, reuniones de servicio, educación sanitaria (4)

QUIÑONES TORRES JHOANA GRETEL (2017), en su estudio "Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José 2016" Lima. Perú, siendo su objetivo estimar el riesgo de caídas del adulto mayor, se hizo uso del método cuantitativo, descriptivo y transversal de diseño sin intervención a 120 adultos mayores del cual el 63,3% es de sexo femenino y 36,7% sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 76,8 años, el 70% presentan un riesgo alto de caída, y un 30% riesgo bajo; el nivel de

riesgo de caída según grupo de edad son de mayores porcentajes: en riesgo bajo con 58,3% al grupo de 60 a 71 años, en el riesgo alto con 42,9% al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de edad de 93 a 102 años no hay riesgo de caída bajo; los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%. Se concluye que el nivel de riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico de la Policía "San José" enero 2017, es un riesgo alto. Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los déficits sensoriales.

(5)

LUCÍA ISABEL ALVARADO A.L.I, ASTUDILLO V.C.E, SANCHEZ B.J.C "Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay". Cuenca, 2013. Cuyo objetivo determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos: enfermedades crónicas, estado mental, deambulación; extrínsecos: fármacos, alcohol, calzado, actividades diarias, lugar, condición del suelo, intervalo del día, y no clasificables: caídas previas, temor a caer, tipos de caídas. Se trató de un estudio transversal. Se trabajó con 489 adultos mayores. Para el levantamiento de datos se utilizó un cuestionario basado en la OMS y "Escala de Riesgo de Caídas de Downton", los datos fueron tabulados y analizados en el programa SPSS 15.0, para variables demográficas se usaron porcentaje, frecuencia, y medidas de tendencia central, para buscar asociación razón de prevalencia con intervalo de confianza de 95% y para significancia estadística el Chi cuadrado con valor p. Los resultados fueron: La prevalencia de caídas fue del 33,9%, presentaron mayor prevalencia de caídas los >74 años (43,1%), de sexo femenino (40,9%), sin pareja (45,1%), y con alteraciones nutricionales (64,8%). El riesgo de caída según la escala de Downton fue: riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%.

Las caídas fueron mayores en pacientes: con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, con bajo riesgo por consumo de alcohol, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas. Conclusiones: la investigación revela que, si existe relación entre la prevalencia mundial de caídas en el adulto mayor con la Parroquia Sidcay, siendo los factores de mayor riesgo: >74 años, sexo femenino, que viven sin pareja, con alteraciones nutricionales, enfermedades crónicas, estado mental confuso, deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas. Como sea revisado existe una población de adultos mayores en riesgo ya sea alto o bajo de caídas, esto supone la necesidad de integrar al cuidado de esta población ambiente seguros como los domicilios, que se adapten a las necesidades del usuario en el aspecto físico y así contribuir a disminuir las caídas. (6)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 CAIDAS

Las caídas son uno de los riesgos que tienen los pacientes durante su estancia hospitalaria. Al presentarse podrían afectar la calidad de vida de las personas y provocar un aumento en la dependencia y necesidad de ayuda. Se define como la consecuencia de un evento que lanza a la persona, al piso contra su voluntad. Esta suele ser repentina e insospechada.

La OMS (2013) define las caídas como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad".

Ablanedo y otros (2010) Señala que son diversos los **factores** que pueden aumentar los riesgos de caídas en los pacientes hospitalizados, clasificándolos en:

a. Factores Intrínsecos o Personales, que son los relacionados con la condición o comportamiento de las personas. Consideran:

- Eliminación: nicturia, urgencia miccional, diarreas, fármacos.
- Medicación: diuréticos, hipoglucemiantes, antihipertensivos, betabloqueantes, anti arrítmicos, anticoagulantes, inotrópicos.
- Estado cognitivo: agitado, confuso y desorientado severo y leve.
- Déficit sensoperceptivos: sordera, ceguera, hipoacusia, visión disminuida.
- Estado físico – dependencia – movilidad: Deambula con ayuda, portadores de dispositivos externos, deambula inestable, mareos o síncope por alteraciones en perfusión sanguínea.
- Dificultades en la comprensión: limitación cognitiva, idioma, expresión.
- Enfermedad neurológica, cardíaca, respiratoria.

b. Factores extrínsecos o ambientales, tienen que ver con el ambiente de la persona y su interacción con el entorno. Como:

- Cama: ausencia o mal estado de barandillas, frenos, altura de la cama.
- Baños: servicios con mala accesibilidad, sin asideros y con limitaciones del espacio físico.
- Habitaciones: iluminación deficiente, timbre de llamada, falta de pasamanos en la habitación, mobiliario inadecuado, desorden físico de la habitación, limitación del espacio físico por exceso de camas en la habitación.
- Utensilios personales: ropa y calzado inadecuado

- Infraestructuras: Suelo mojado deslizante, organización inadecuada de la unidad en cuanto a recursos personales y/o materiales
- Personal: personal insuficiente, falta de instrucción de la familia.
- Gestión: No cumplimiento del protocolo, índice de ocupación del servicio o unidad.

PRÁCTICAS SEGURAS PARA EVITAR CAIDAS

Según las recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados CHUA, *RNAO: Asociación. Profesional de Enfermeras de Ontario (2012). Establecen:

- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto, por turno.
- Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias y tenga cinturones de seguridad.
- Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos, etc.).
- Mantener ordenada la habitación aseada, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables, etc.).
- Se recomendará utilizar los armarios.
- Revisar cada 12 horas.
- Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización).
- Facilitar que el baño esté accesible y con asideros.
- El paciente debe de tener accesible en todo momento el timbre de llamada y el teléfono.
- Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente.
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante.

- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática.
- En pacientes con dificultades de comprensión del idioma, contactar con servicios de traducción disponibles.
- Orientar sobre el espacio y ambiente físico de la unidad en la que se encuentre cada 8 horas.
- Educar al paciente y/o cuidadores sobre las normativas y recomendaciones del hospital. Al ingreso, el personal asistencial informará al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevención de caídas, Cada 48 horas les recordará dichas recomendaciones.
- Todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir educación sobre el riesgo de caídas, Por turno se implicará al paciente, familia y/o cuidador en los cuidados.

Como se señala en el "Manual para la Prevención de Caídas" de ESSALUD – 2012, se considera:

A. Normas para la prevención de caídas

- a) Reconocer riesgo de caídas en el paciente. Se realizará la valoración integral mediante la aplicación de la escala de valoración de Dawnton para el adulto mayor al ingreso del paciente al servicio, esto ayudará a identificar, clasificar y registrar el grado de riesgo de caída del paciente siendo reevaluado por la presencia de cualquier variación en su estado de salud procediendo el personal de enfermería a reportarlo en cada cambio de turno.
- b) Implementación de Medidas de Prevención, se aplicarán después de la clasificación del riesgo observando los factores intrínsecos y extrínsecos, educando al paciente, familia y/o cuidador durante su hospitalización.

- c) Se identificará al paciente con riesgo a caída, mediante la colocación de material visual en el ingreso a la unidad del usuario.

B. Participación de Enfermería ante la presencia de caída del paciente:

- Evaluar la caída y brindar los cuidados inmediatos (valoración física y estado de conciencia).
- Coordinar con el médico de guardia para la evaluación del paciente.
- Comunicar a la supervisora de enfermería para el registro del evento adverso.
- Revalore el riesgo y tome medidas para evitar nuevas caídas. Brinde cuidados de enfermería de acuerdo a cada caso, si fuera necesario use medidas de contención
- Registre el evento y cuidados brindados en la historia clínica.

C. Notificación Evento Adverso: Caídas

- ❖ Informar la caída al médico tratante y/o de guardia.
- ❖ El profesional de salud asistencial notificará el evento adverso en el formato correspondiente, se hará entrega a la jefatura o coordinadora del servicio.
- ❖ El profesional de salud a cargo de la jefatura realizará el consolidado mensual de incidencia de caídas en el formato "Reporte Mensual de Caídas" y lo enviará al departamento de enfermería.
- ❖ El profesional a cargo del departamento de enfermería remitirá el consolidado a la oficina de gestión de calidad o planeamiento y calidad y a la oficina de evaluación de los

procesos del cuidado del paciente de la RAR. Estos actualizarán los datos de eventos adversos.

D. Disposición para el análisis del evento adverso: caída del paciente.

El requisito mínimo para la realización del análisis causa-raíz de un evento adverso es la conformación de un equipo de investigación y análisis de eventos adversos a nivel del departamento o servicio

a. Organización y Funcionamiento del Equipo de Investigación de Eventos Adversos

- ✓ Debe estar integrado por tres o cuatro profesionales de diversos grupos ocupacionales, con un mínimo de tres años de experiencia en el ejercicio profesional.
- ✓ La conformación debe ser formalizada mediante Resolución de Gerencia/Dirección de Red o Resolución Directoral del CAS.
- ✓ Para el cumplimiento de sus funciones el profesional a cargo de la jefatura del departamento o servicio convoca al equipo cada vez que ocurra un evento adverso o identifique un incidente (near-miss) dentro de las primeras 24 horas

b. Investigación y Análisis de Eventos Adversos

En caso de evento centinela caída de paciente (evento adverso grave), proceder de acuerdo a Resolución N° 501-GG-ESSALUD-2012, que aprueba la Directiva N° 07-GG-ESSALUD-2012 "Lineamientos para la implementación de las comisiones de eventos centinela en los centros asistenciales del seguro social de salud, ESSALUD" o la normativa que lo reemplace.

Ante la ocurrencia de eventos adversos leves y moderados, el profesional a cargo de la jefatura del

departamento o servicio convoca al Equipo de Investigación de Eventos Adversos para el análisis causa-raíz respectivo, debiendo cumplir las siguientes etapas:

- ✓ Recopilación y organización de información: (se realiza en las primeras 48 horas e incluye)
 1. Revisión de documentación clínica (historia clínica, registros, protocolos, procedimientos, etc.)
 2. Evaluación de índice de rotación y disponibilidad de personal.
 3. Entrevista al personal relacionado a ocurrencia del evento, registro de declaraciones y observaciones inmediatas.
- ✓ Elaboración del Mapa de los Hechos (desarrollo de los acontecimientos)
 1. Implica el registro de la información obtenida en la Tabla Cronológica y narración del evento ocurrido. Asimismo, incluye revisar o elaborar el diagrama de flujo del proceso o sub proceso analizado.
- ✓ Estudio sobre la existencia de barreras que pueden prevenir daños.
 1. Análisis de la información para la identificación de causas utilizando el Diagrama Causa-Efecto y la Clasificación de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).
 2. Diagnóstico de la existencia de barreras para la prevención de daños mediante la identificación de acciones inseguras por factores contributivos
- ✓ Elaboración del Informe.
 1. El informe final debe tener la siguiente estructura: nombres de los integrantes, equipo investigador,

objetivos, actividades realizadas, metodología, conclusiones y recomendaciones.

2. Las conclusiones deben estar redactadas en función a las acciones inseguras encontradas (fallas latentes que deben ser mejoradas).
3. Las recomendaciones deben orientar la eliminación o mitigación de las acciones inseguras y orientar la formulación del plan de intervención

E. Elaboración del plan de intervención para la mejora.

1. En base a las recomendaciones formuladas por el equipo de Investigación y Análisis de Eventos Adversos, el profesional encargado de la jefatura o coordinación del servicio asistencial donde ocurrió la caída elabora el Plan de Intervención para la Mejora, estableciendo plazos y responsables, y este es presentado a la jefatura de Departamento o Servicio correspondiente dentro de las 72 horas de recibido el informe.
2. El profesional encargado de la jefatura o coordinación se dirige al personal del servicio implicado y realiza la retroalimentación del Informe de Investigación y Análisis del Evento Adverso: Caída de Paciente, conjuntamente con el Plan de Intervención para la Mejora.
3. Los profesionales encargados de las Gerencias y Direcciones de Redes Asistenciales, y Direcciones de Centros Asistenciales viabilizan la implementación del Plan de Intervención presentado por el profesional responsable de la jefatura del departamento o servicio.

4. El monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del Plan de Intervención para la Mejora está a cargo del profesional responsable de la jefatura del departamento (representada por el supervisor(a) en los Centros Asistenciales donde corresponda), o responsable de la jefatura o coordinación del servicio.
5. La jefatura o coordinación del servicio informa mensualmente las actividades implementadas, así como avance y logros obtenidos.

F. Disposiciones para la implementación de la directiva

- ✓ Implantación e implementación de la directiva en los Centros Asistenciales de ESSALUD.
 - 1) Difusión de normativa en físico y digital a todos los servicios de los centros asistenciales de EsSALUD e instancias administrativas para el apoyo logístico correspondiente.
 - 2) Realizada la difusión, planifique las estrategias que favorezcan la implementación considerando jornadas de sensibilización permanentes.
 - 3) Desarrollo de módulos de capacitación integrales y holísticos considerando temas de seguridad de paciente, buenas prácticas de atención, prevención de caídas, análisis causa-raíz, gestión de riesgo. Considerar en el abordaje de tema, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información.
 - 4) Las actividades de implementación de la directiva forman parte de las iniciativas de gestión, prioritariamente del Departamento o Servicio de

Enfermería, Obstetricia, Emergencia y otros relacionados.

5) Los profesionales encargados de jefaturas de departamento o servicios deben programar y gestionar el abastecimiento de insumos y materiales necesarios para su implementación (accesorios y aditamentos para prevención)

✓ Supervisión y evaluación del cumplimiento de la directiva en los CAS de ESSALUD.

Los procesos de supervisión deben ser trimestrales mediante la aplicación de la lista de chequeo "Cumplimiento de medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de caídas". La supervisión y evaluación está a cargo del profesional responsable de la jefatura o coordinación del servicio (supervisora en los CAS donde se cuente con el recurso). La técnica a utilizar es la observación, entrevista y revisión documentaria.

La evaluación de la implementación y aplicación de la directiva se hará mediante indicadores:

1. Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso
2. Porcentaje de actividades preventivas aplicadas en pacientes con riesgo de caídas.
3. Porcentaje de caídas.

2.2.2 TEORIA DE ENFERMERIA

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1°.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2°.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

3°.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5°.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6°.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7°.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

- a. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- b. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- c. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible".

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a. Caída.- resultado de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad.

- b. Evento adverso.- todo suceso que ha causado daño al paciente y es reportado. Este puede producir un alargamiento de la estancia hospitalaria, una secuela, una lesión o la muerte; está directamente relacionado con la atención del paciente y no al proceso de enfermedad.

- c. Escala de valoración.- instrumento validado que se utiliza como complemento del juicio clínico.

- d. Riesgo de caída.- aumento de la susceptibilidad del individuo a las caídas y que le puede causar daño físico.

- e. Prevención de caída.- cuidados del profesional responsable del cuidado del paciente, debe mantener la seguridad del mismo y su entorno mientras este hospitalizado. Deben ser de conocimiento general y estar estandarizados.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. RECOLECCION DE DATOS

Para la realización del presente trabajo académico de experiencia profesional titulado estrategias del cuidado de enfermería para la implementación de prácticas seguras en caídas en pacientes del servicio de Medicina Interna 11C – Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2015 – 2016. Se solicitó la autorización de la enfermera jefa, para hacer uso de las estadísticas actuales del servicio y las historias clínicas; las mismas que nos permitirán visualizar las incidencias de caídas en el paciente hospitalizado.

El informe se ejecuta después de un análisis retrospectivo de las incidencias de caídas en el servicio en los años 2015, 2016 y se publica posteriormente mediante gráficos

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

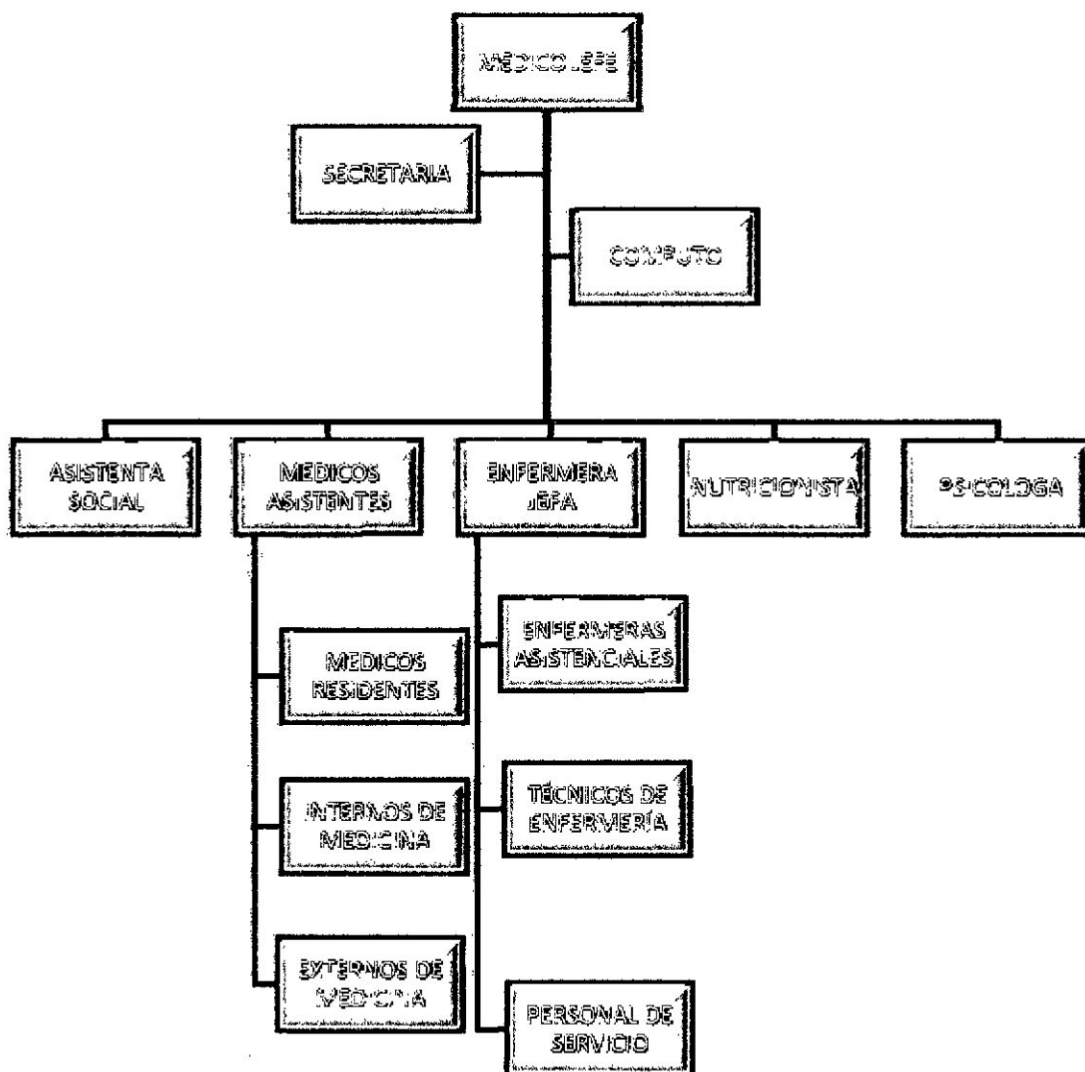
En 1994 inicié mi desempeño profesional en las clínicas psiquiátricas Pinel y Caravedo como enfermera asistencial, experiencia que sirvió para cimentar los estudios adquiridos, afianzar la práctica de la interacción enfermera – paciente y entender el universo del paciente psiquiátrico.

Posteriormente ingreso al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en 1995 realizando mi labor asistencial en el Servicio de Salud Mental, Servicio de Reumato-Dermato-y Endocrinología, desempeñándome como enfermera asistencial. Siendo destacada al Servicio de Medicina Interna 11C en el año 1997 hasta la actualidad

realizando actividades propias de enfermera general en las cuatro áreas de nuestra competencia; desde el año 2014 he desempeñado el cargo de enfermera subjefa hasta el año 2016.

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA LABORAL:

Organigrama:



Recursos Humanos: El Servicio de Medicina Interna 11C cuenta con:

- Un médico jefe
- Ocho médicos asistenciales
- Una enfermera jefa
- Dos enfermeras subjefas
- Doce enfermeras asistenciales
- Once técnicos en enfermería
- Una secretaria
- Un personal de cómputo
- Una asistente social una nutricionista
- Una psicóloga
- Dos personales de limpieza
- Médicos residentes
- Internos y externos de medicina

Infraestructura: El servicio cuenta con 39 camas hospitalarias, las cuales están distribuidas en doce ambientes bipersonales quince ambientes unipersonales; cuatro de estos ambientes están destinadas para pacientes en estado crítico (UCIMI)

Prestaciones: Es un servicio que oferta atención a pacientes con diversas patologías, siendo las más comunes: diabetes mellitus, crisis hipertensivas, insuficiencia renal, enfermedades oncológicas en estado terminal, enfermedades con secuelas neurológicas; pacientes con grado de dependencia II-III y IV con presencia de U.P.P. en estadio III-IV.

Funciones Desarrolladas en la actualidad

- a. Área administrativa:
 - Control de material biomédico

- Programación diaria de procedimientos
- Preparación de pacientes e historias clínicas para que acudan a sus citas
- Tramitar interconsultas y citas pendientes
- Revisión y ordenamiento de historias clínicas
- Actualización de kárdex de tratamiento
- Coordinar ingresos, egresos y/o transferencias de pacientes
- Revisión y equipamientos de coche de paro
- Depuración y ordenamientos de placas radiográficas e historias clínicas antiguas
- Facilitar al personal de enfermería y médico los materiales necesarios para los procedimientos
- Supervisión del cumplimiento de normas y procedimientos del personal asistencia
- Identificar al paciente con un brazalete

b. Área asistencial:

- Administración de tratamientos orales
- Toma de muestras de sangre urgentes
- Apoyo en la administración de dietas por SNG. Cuando falta personal asistencial

c. Área de Docencia:

- Orientar al personal nuevo que ingresa al servicio, sean enfermeras, técnicos de enfermería, residentes y/o internos de medicina
- Capacitar y/o externar a la(o)s interna(o)s de enfermería durante su rotación por el servicio

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL INFORME

Caso relevante

En el desempeño de mis actividades como subjefa he observado que: el incremento de la demanda de pacientes con diferentes patologías y alto grado de dependencia; la disminución de recursos humanos, que no permite realizar una adecuada interacción enfermera paciente, toda vez que no mostramos una actitud de escuchar al paciente con el tiempo que requiere para su atención, le preguntamos mecánicamente sobre sus molestias y estamos verificando simultáneamente el funcionamiento de la vía periférica u otros y no les miramos directamente, siguiendo luego con nuestra rutina; el mobiliario obsoleto (camas muy difíciles para desplazar, que no cuentan con seguros y que sus barandas se caen), iluminación insuficiente e infraestructura que no permite visualizar permanentemente al paciente toda vez que son ambientes unipersonales y bipersonales.

Es así que surge mi inquietud de evaluar cómo estamos previniendo que los pacientes se caigan, aun cuando se ha hecho la ronda de enfermería los pacientes sufren caída con consecuencias graves que le producen la muerte.

Presentación del caso: Según los reportes médicos en la historia clínica: - Varón de 65 años, ingresa por una metástasis a hígado de tumor neuroendocrino, lucido, orientado en las tres esferas con tratamiento de ceftriaxona dos gramos endovenoso y vitamina K una ampolla y firma del médico tratante. En el informe de enfermería: el 27 de febrero del 2015 a las 14.20 horas se encuentra al paciente arrodillado tratando de levantarse y al interrogatorio manifiesta que trato de subir a la cama y "se golpeó en el costado", nuestra una laceración en hemitórax derecho de

cuatro cms. de largo, se controla funciones vitales, con diagnóstico médico de TEC moderado, se le ubica en su cama y se pone a su alcance el timbre de llamado para cuando solicite atención, se suben las barandas y queda en compañía de familiar

A las 15.48 se le lleva a control de Rx. Tórax, luego se le administra tratamiento antibiótico según prescripción médica, posteriormente presenta insuficiencia respiratoria y es reevaluado por clínico de guardia.

Desde la posición de enfermera subjefa y como integrante del comité de mejora de la calidad y recordando el anterior relato; se ve la oportunidad de iniciar algunos cambios para la prevención de caídas en los pacientes hospitalizados, en coordinación con la jefatura de enfermería se solicitó mediante órdenes de trabajo a las áreas de mantenimiento, mecánica, electricidad, etc. La reparación de las camas clínicas (colocación de ruedas con seguros, barandas, pintado, etc.) y que periódicamente se le brinde el mantenimiento correspondiente; además mejorar la iluminación de las habitaciones y operatividad de los timbres de llamado para un mejor desempeño en las actividades del personal de enfermería.

Previamente se aplicó una lista de chequeo al mobiliario, observándose que éste estaba en un nivel de deficiencia.

También se realizaron coordinaciones con el Comité de Educación Continua para la programación y desarrollo de talleres y actualización de conocimientos respecto a prevención de caídas en el adulto mayor hospitalizado, obteniendo el cien por ciento de asistencia del personal de enfermería del Servicio de Medicina Interna 11- C a las actividades programadas.

Se presentó la oportunidad de ser piso piloto para la implementación del programa familiar acompañante, tratando de involucrar a la familiar en el cuidado del paciente y así paliar la deficiencia de personal técnico para la atención asistencial.

IV. RESULTADOS

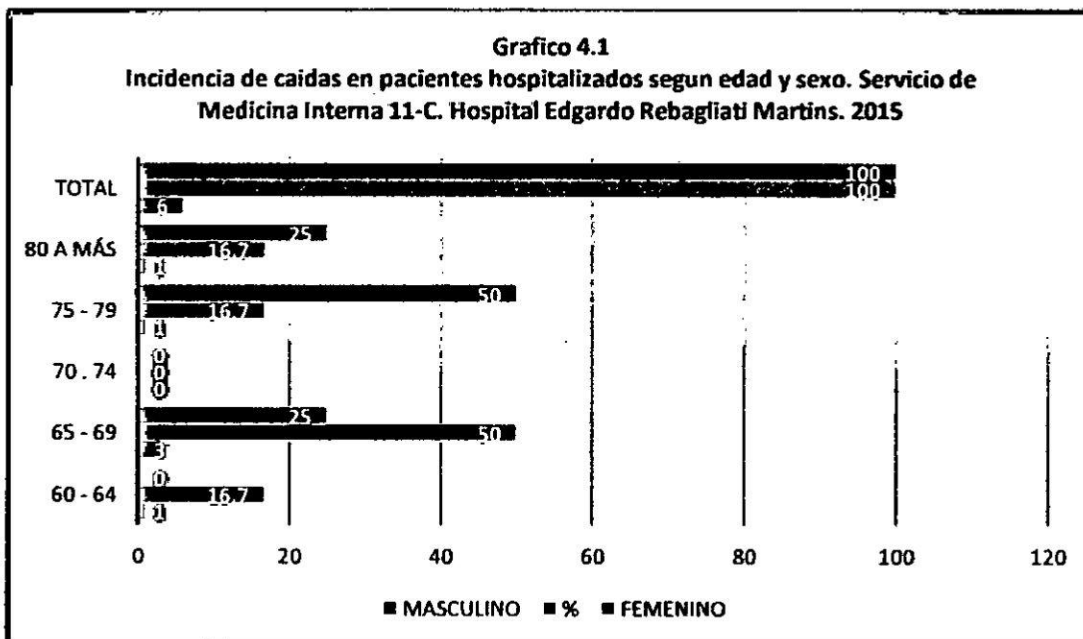
CUADRO 4.1

Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados según edad y sexo en el Servicio de Medicina Interna 11C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Año 2015

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
60 - 64	1	16.7	0	0	1	10
65 - 69	3	50	1	25	4	40
70 - 74	0	0	0	0	0	0
75 - 79	1	16.7	2	50	3	30
80 a más	1	16.7	1	25	2	20
TOTAL	6	100	4	100	10	100

Fuente: Oficina de estadística e informática

En el presente cuadro se observa que el sexo femenino de entre 65 a 69 años tiene el mayor porcentaje de caídas con un 50% (3), seguido de los varones con un 50% (2)



CUADRO 4.2

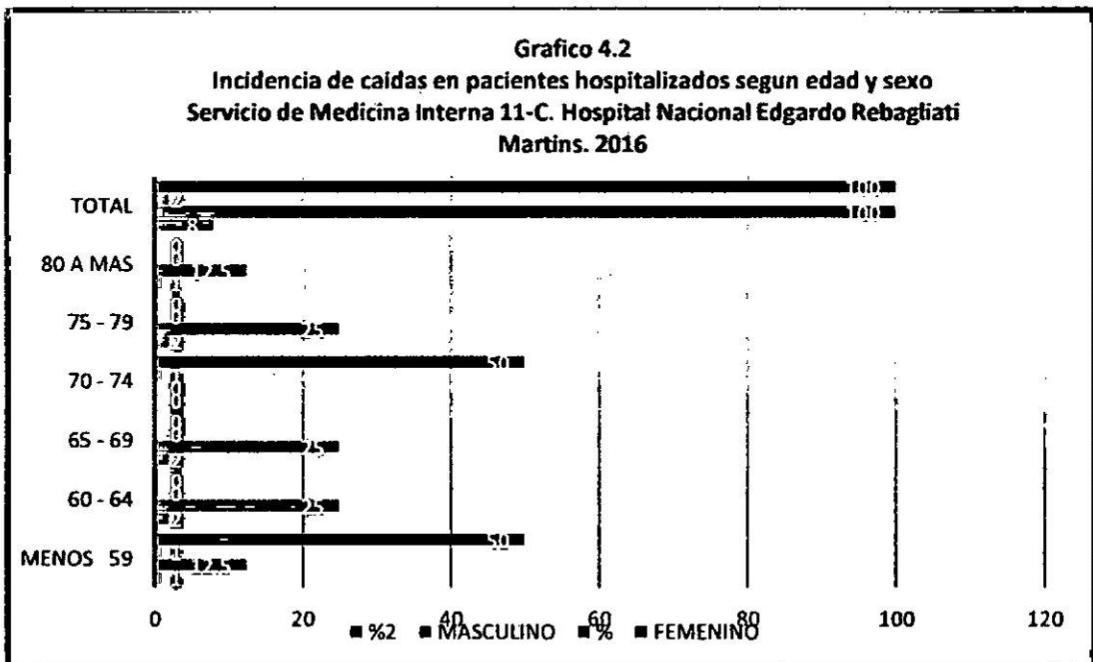
Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados según edad y sexo en el Servicio de Medicina Interna 11C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Año 2016

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
menos 59	1	12.50%	1	50%	2	20%
60 - 64	2	25%	0	0%	2	20%
65 - 69	2	25%	0	0%	2	20%
70 - 74	0	0%	1	50%	1	10%
75 - 79	2	25%	0	0%	2	20%
80 a mas	1	12.50%	0	0%	1	10%
TOTAL	8	100%	2	100%	10	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática.

En el presente cuadro se observa que el adulto mayor de sexo femenino de entre 60 y 80 años tiene el mayor porcentaje de caídas con un 75% (6), seguido de los varones de entre 70 y 74 con un 50% (1)



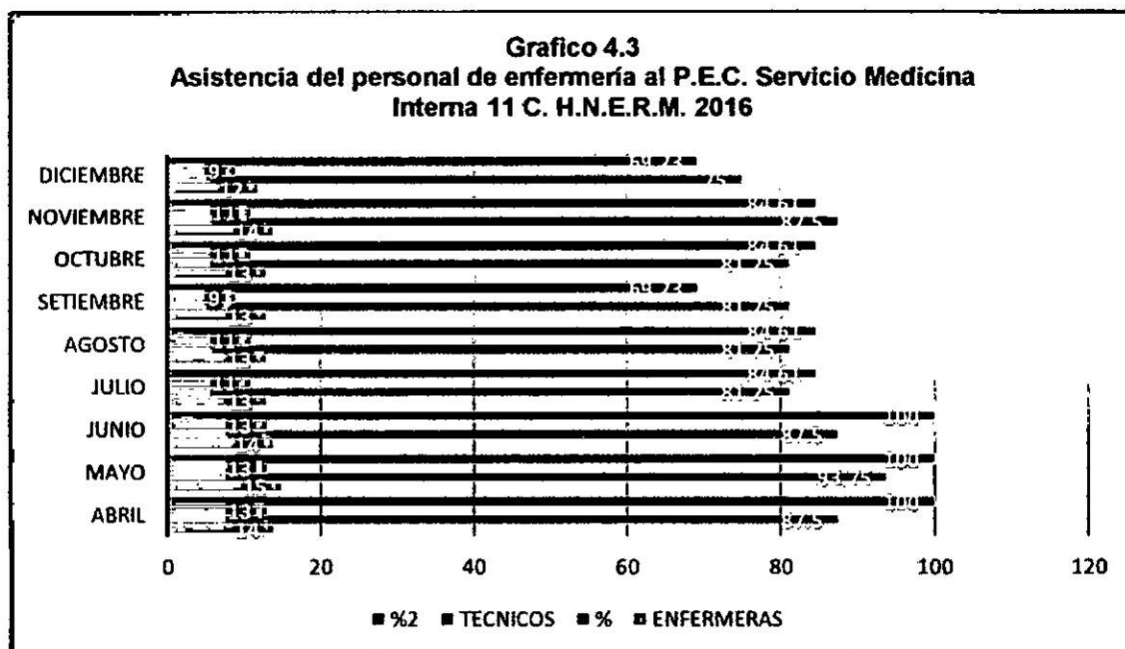
CUADRO 4.3

Asistencia del personal de enfermería al Programa de Educación Continua
Servicio de Medicina Interna 11C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2016

MESES	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N°	%	N°	%
ABRIL	14	87.50%	13	100%
MAYO	15	93.75%	13	100%
JUNIO	14	87.50%	13	100%
JULIO	13	81.25%	11	84.61%
AGOSTO	13	81.25%	11	84.61%
SETIEMBRE	13	81.25%	9	76.92%
OCTUBRE	13	81.25%	11	84.61%
NOVIEMBRE	14	87.50%	11	84.61%
DICIEMBRE	12	75%	9	84.61%

Fuente: Servicio de Medicina Interna 11-C

Se observa que el mes de mayor asistencia al programa de educación continua fue el de Mayo con un 93.75%, seguido de los meses de abril, junio y noviembre con un 87.50% siendo el mes de diciembre con el menor porcentaje 75%. El personal técnico tiene una mejor asistencia 100% siendo el 84.61% de menos asistencia.



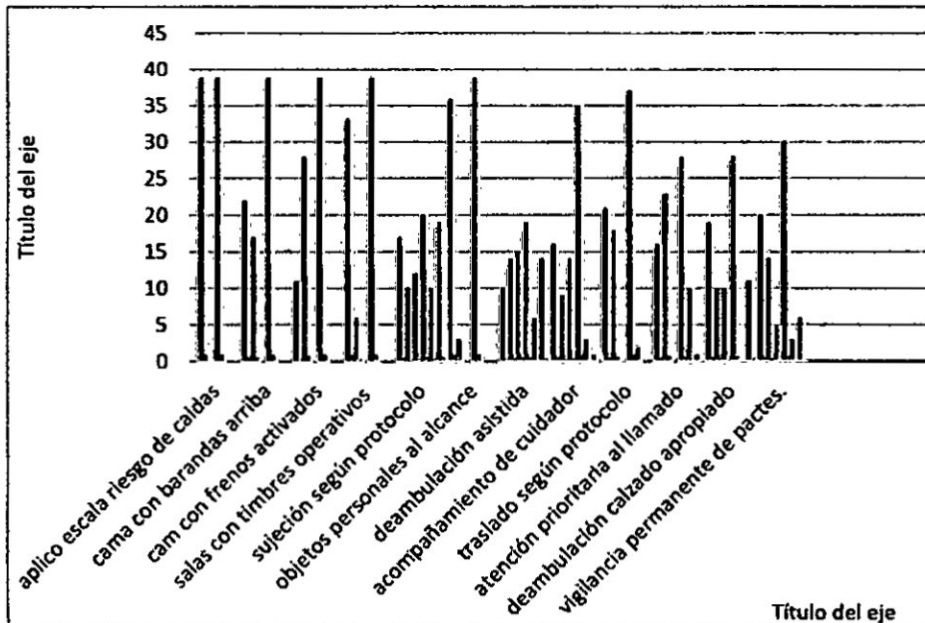
CUADRO 4.4

Cumplimiento de lista de chequeo para la prevención de caídas. Servicio de Medicina Interna 11 – C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2015 – 2016

ASPECTOS A OBSERVAR	AÑO 2016						AÑO 2017					
	SI	%	NO	%	NA	%	SI	%	NO	%	NA	%
Se aplicó Escala para valorar riesgo de caídas	0	0%	39	100%	0	0%	39	100%	0	0%	0	0%
Cama o camilla con barandas arriba	22	56.41%	17	43.58%	0	0%	39	100%	0	0%	0	0%
Cama o camilla con frenos activados	11	28.20%	28	71.79%	0	0%	39	100%	0	0%	0	0%
Salas con timbres operativos y alcance del pacto.	33	84.61%	6	15.38%	0	0%	39	100%	0	0%	0	0%
Sujeción de acuerdo a protocolo	17	43.58%	10	25.64%	12	31%	20	51.28%	10	25.64%	19	48.71%
Objetos personales del paciente a su alcance	36	92.30%	3	7.69%	0	0%	39	100%	0	0%	0	0%
Deambulación asistida	10	25.64%	14	35.89%	5	12.82%	19	48.71%	6	15.38%	14	35.89%
Acompañamiento de familiar o tutor	16	41.02%	9	23.07%	14	35.89%	35	89.74%	3	7.69%	1	2.56%
Traslado de pacientes, de acuerdo a protocolo	21	53.84%	18	46.15%	0	0%	37	94.87%	2	5.12%	0	0%
Atención prioritaria al llamado del paciente	16	41.02%	23	58.97%	0	0%	28	71.78%	10	25.64%	1	2.56%
Deambulación con calzado firme y apropiado	19	48.71%	10	25.64%	10	25.64%	28	71.78%	0	0%	11	28.20%
Vigilancia programada y permanente de los pactes.	20	51.28%	14	35.89%	5	12.82%	30	76.92%	3	7.69%	6	15.38%

Fuente: Servicio de Medicina interna 11-C

Se observa que ha habido una gran mejora hacia el año 2017 cumpliéndose en mayor porcentaje 100% la lista de chequeo en relación al año 2016.



V. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados estadísticos, se concluye que:

Los adultos mayores que más sufre caídas son las mujeres en relación a los varones presentándose en ambos casos el grupo etareo de más riesgo está entre los 65 y 79 años.

- A. La experiencia profesional y la planificación apropiada del profesional de enfermería le permite desarrollar capacidades cognitivas, actitudinales y procedimentales para ofertar un cuidado de calidad y calidez, eficiente, oportuno y seguro al paciente hospitalizado.
- B. La implementación, desarrollo y aplicación de los registros ya establecidos por la institución (escala de valoración para prevención de caídas DOWNTON) permite prevenir en forma oportuna los eventos adversos tipo caídas en el paciente hospitalizado.
- C. El manejo de las actividades administrativas y el trabajo en equipo de todos los profesionales de salud contribuye a brindar un cuidado de calidad evitando las complicaciones que se producen posteriormente a una caída, permitiendo disminuir los costos económicos que significa la presencia de un evento adverso.

VI. RECOMENDACIONES

a. Al Servicio

Continuar con la evaluación periódica mediante una lista de chequeo para identificar y solucionar oportunamente las deficiencias que se presentan para la prevención de caídas.

b. A los Profesionales

Mantener la aplicación de la escala de valoración Downton para prevención de caídas con la finalidad de identificar a los pacientes en riesgo a caídas.

Mantenerse actualizadas en los programas y/o disposiciones que brinda la institución para un mejor desempeño de cuidado.

Favorecer el desarrollo del programa familiar acompañante educándoles en la prevención de caídas, toda vez que un paciente y/o familiar informado constituye un adecuado apoyo para el cuidado.

c. A la Institución

La solución de la insuficiencia del recurso humano mediante la contratación de personal de enfermería (enfermera y técnico de enfermería) toda vez que hay un incremento de la demanda de la atención en el adulto mayor hospitalizado.

Fortalecer el programa de educación continua brindando facilidades a los trabajadores para una participación más activa y comprometida.

VII. REFERENCIALES

- 1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Caídas, nota descriptiva N° 344. Agosto 2017.: disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- 2) Prácticas seguras y gestión del riesgo. Agosto 2014. Disponible en http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2014/.../ponencia_008pdf
- 3) BRACHO ESTEBAN y GARZON SHIRLEY (2015) "Gestión de la calidad sobre la prevención de errores en úlceras de presión y caídas de los hospitales públicos. Provincia de Ibambura 2015". Ibarra. Ecuador
- 4) QUISPE TINTA NORCA JUDITH BACH y TOLEDO QUECARA NORMA REYNA. (2015) "Factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano". Juliaca. Perú
- 5) QUIÑONES TORRES JHOANA GRETTEL. (2017) "Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José". Lima. Perú
- 6) ALVARADO A.L.I, ASTUDILLO V.C.E, SANCHEZ B.J.C. (2013) "Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay". Cuenca

- 7) ABLANEDO SUAREZ, JOSÉ y otros (2010). Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. España
- 8) Seguro Social de Salud – ESSALUD. (2013) “Prácticas Seguras y Gestión de Riesgos para la Prevención de Caídas de Pacientes”. Lima.
- 9) HENDERSON VIRGINIA (2012). El Cuidado. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginiahenderson.html> (visitada el 05-01-18)

ANEXOS



**ESCALA DE VALORACION PARA RIESGOS DE CAIDAS
(ESCALA DE J.H.DOWNTON)**

SERVICIO: _____ CAMA: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

AUTOGENERADO N°: _____ FECHA DE INGRESO: _____

VARIABLES		INGRESO	FECHA DE REEVALUACION			
Caídas previas	SI	0	0	0	0	0
	NO	1	1	1	1	1
Uso de Medicamentos	NINGUNO	0	0	0	0	0
	TRANQUILIZANTES-SEDANTES	1	1	1	1	1
	DIURETICOS	1	1	1	1	1
	HIPOTENSORES(NO DIURETICOS)	1	1	1	1	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1	1	1	1	1
	ANTIDEPRESIVOS	1	1	1	1	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1	1	1	1	1
Déficit sensorial	NINGUNO	0	0	0	0	0
	ALTERACIONES VISUALES	1	1	1	1	1
	ALTERACIONES AUDITIVAS	1	1	1	1	1
	EXTREMIDADES (ICTUS,...)	1	1	1	1	1
Estado Mental	ORIENTADO	0	0	0	0	0
	CONFUSO	1	1	1	1	1
Deambulación	NORMAL	0	0	0	0	0
	SEGURA CON AYUDA	1	1	1	1	1
	INSEGURA CON AYUDA	1	1	1	1	1
	NO DEAMBULA	1	1	1	1	1
Puntaje obtenido						

NOTA: En pacientes con agitación psicomotriz, se considera el puntaje alto

Interpretación del puntaje

3 a más = Alto Riesgo

1 a 2 = Mediano Riesgo

0 = Bajo Riesgo

LISTA DE CHEQUEO "CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN PACIENTES CON RIESGO DE CAIDAS"																									
RED ASISTENCIAL:						CENTRO ASISTENCIAL:						SERVICIO													
N°	ASPECTOS A OBSERVAR	PAC 1			PAC 2			PAC 3			PAC 4			PAC 5			PAC 6			PAC 7			PAC 8		
		CAMA			CAMA			CAMA			CAMA			CAMA			CAMA			CAMA			CAMA		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	Se aplicó Escala para valorar riesgo de caídas																								
2	Cama o camilla con barandas arriba																								
3	Cama o camilla con frenos activados																								
4	Salas con timbres operativos y alcance del pacte.																								
5	Sujeción de acuerdo a protocolo																								
6	Objetos personales del paciente a su alcance																								
7	Deambulación asistida																								
8	Acompañamiento de familia o tutor																								
9	Traslado de pacientes, de acuerdo a protocolo																								
10	Atención prioritaria al llamado del paciente																								
11	Deambulación con calzado firme y apropiado																								
12	Vigilancia programada y permanente de los pactes.																								
Referencia: protocolo de caídas Hospital Linares - Chile																									
% de cumplimiento (12 = 100%)																									
Optimo : 100 %																									
Aceptable : 90 %																									
Crítico : < de 90%																									
		<hr/> Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión																							

FOTO N° 01:

Actualizando conocimientos



FOTO N° 02:

Socializando con el Equipo multidisciplinario



FOTO N° 03:

**Cartel de identificación del paciente con riesgo a
caída**



FOTO N° 04:

Muñequeras



Manoplas



FOTO N° 05:

Chaleco de contención



FOTO N° 06:

Socializando con el paciente

