

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



**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
CAÍDAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – ESSALUD, 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

MARIA YSABEL SILVA YRRIBARREN

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ysabel Silva Yrribarren', is written over a large, stylized circular flourish.

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANBGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA | SECRETARIA |
| ➤ MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO | VOCAL |

ASESORA: DRA. LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 001

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 31/01/2018

Resolución Decanato N° 0147-2018-D/FCS de fecha 22 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	28
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	30
3.1 Recolección de Datos	30
3.2 Experiencia Profesional	31
3.3 Procesos Realizados del Informe	38
IV. RESULTADOS	46
V. CONCLUSIONES	53
VI. RECOMENDACIONES	54
VII. REFERENCIALES	56
ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN

Como resultado de los cambios demográficos en las últimas décadas en el Perú, la estructura por edad de la población presenta cambios significativos, donde en el 2017 los adultos mayores representan el 10,1% de la población total. Este grupo humano corre mayor riesgo de muerte o lesión grave por caída; que son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. (1) Un número significativo de pacientes tienen riesgo de caída en su hospitalización, lo cual genera complicaciones y discapacidad, mayor tiempo de hospitalización, aumento de costos hospitalarios, dilemas sociales y familiares. Por lo mencionado, resulta importante la presencia y el trabajo de enfermería que contemplen la educación sanitaria sobre las caídas, identificación de factores de riesgo (intrínseco y extrínseco), prevención de las mismas, y una respuesta ante los incidentes que minimice la posibilidad de daño una vez que la caída ha ocurrido. Así mismo; el promover el autocuidado del paciente y la participación activa de su familia.

Este informe consta de VII capítulos: **Capítulo I**; planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos y justificación. **Capítulo II**; antecedentes, marco conceptual y definición de términos. **Capítulo III**; recolección de datos, experiencia profesional y procesos realizados. **Capítulo IV**; resultados. **Capítulo V**; conclusiones. **Capítulo VI**; recomendaciones. **Capítulo VII**; referenciales y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La OMS, sostiene que cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica y que son los mayores de 65 años quienes sufren más caídas mortales. Así mismo; se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 646 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos como el nuestro (1).

Un estudio hecho en Brasil sobre la consecuencia de las caídas, puso de manifiesto la relevancia de este tema al tener como resultado que de las 50 personas mayores que componían la muestra del estudio el 28% de las que se cayeron falleció, el 78,5% eran mujeres y el 21,5% hombres. El 42,8% de los fallecimientos ocurrieron en menos de un mes después de la caída, es decir, tuvieron lugar como consecuencia directa de ésta, incluyendo principalmente la fractura de fémur, y el 57,2% de las muertes ocurrieron en menos de un año tras la caída del anciano. Además, muchas de las personas quedaron encamadas y presentaron confusión mental, neumonía y úlcera por presión, entre otras complicaciones, lo que explica la morbilidad y la mortalidad derivadas de la caída en el adulto mayor (2).

En el Perú, las caídas son una condición frecuente; el 33,3% de los pacientes que acude al consultorio externo de un hospital general

refiere al menos una caída en el último año (3). Y se reporta como antecedente en el 39,7% de los pacientes hospitalizados (4).

VILLAR B. Carmen y otros; afirman que todos los ancianos pluripatológicos hospitalizados, deben ser considerados de alto riesgo de caídas y que las herramientas de detección y escalas de valoración del riesgo como la Escala de Downton, pueden ser útiles en la identificación de pacientes con alto riesgo de caídas en el ámbito hospitalario, aunque una valoración clínica periódica por parte del personal de enfermería ha demostrado resultados similares de predicción (5).

El actuar diario como enfermera asistencial del Servicio de Medicina Interna 6C del HNERM, me permitió evidenciar que más 70% del total de pacientes hospitalizados mes a mes lo constituyen los adultos mayores quienes presentan un alto riesgo de sufrir una caída durante su estancia hospitalaria trayendo como consecuencia una morbilidad adyacente con graves repercusiones médicas y económicas que conllevan a un incremento de costos sanitarios por una mayor estancia hospitalaria y servicios en salud que se demanda, así como también puede generar situaciones de tipo legal para la enfermera.

1.2 Objetivo general

Describir la intervención de enfermería en la prevención de caídas en el paciente adulto mayor en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud, 2015-2017.

1.3 Justificación

El presente Informe nos permitirá evidenciar la intervención de enfermería en la prevención de caídas en el paciente adulto mayor en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSALUD del periodo de enero a diciembre del 2015,2016 y enero a julio 2017; que es fundamental para lograr que nuestros pacientes adultos mayores que son la mayoría (72%), permanezcan solo el tiempo necesario que requiere su proceso de enfermedad por la cual se hospitalizaron. Además este Informe se justifica:

Nivel Teórico: nos permite profundizar conocimientos e importancia de una óptima valoración de riesgos, determinación de factores intrínsecos y extrínsecos con el propósito de aplicar las medidas preventivas de enfermería, específicas para cada paciente adulto mayor con el fin de protegerlo frente a una caída y evitar añadirle un problema de salud mayor. Así mismo; fortalecer las líneas e intervenciones educativas de enfermería que se les brinda al paciente y su familia; haciendo énfasis en el autocuidado que le permitan afirmar conductas saludables y modificar comportamientos que crean riesgo para la salud del anciano. De acuerdo a un modelo lineal este informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos estudiados, la contribución de autores basados en la materia y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: es importante porque permitirá precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por otros profesionales al establecer la intervención de enfermería en la prevención de caídas en el paciente adulto mayor, evitando así complicaciones y secuelas innecesarias.

Nivel Social: el paciente adulto mayor que sufre una caída y queda con algún tipo de complicación o secuela trae de por sí consecuencias que lo limita en su realización personal provocando pérdida de autonomía, independencia y autoestima. Así como; aislamiento de su entorno y dependencia de algún familiar o cuidador.

Nivel Práctico: para elevar y fortalecer los conocimientos al personal de Enfermería, familia o cuidador en la identificación de factores de riesgos que provocan las caídas en los adultos mayores hospitalizados.

Nivel Económico: los pacientes geriátricos que sufren una caída son un gran problema para la Institución por la morbilidad adyacente que supone como las graves repercusiones médicas y económicas que conllevan a un incremento de costos sanitarios por una mayor estancia hospitalaria y servicios en salud que se demanda. Así también; en la familia podría generar gastos no presupuestados pero si necesarios para su recuperación; como por ejemplo uso de silla de ruedas, contrato de un personal de salud que asista al paciente, entre otros.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

BLACHMAN Nina. PZIG Rosanne. MAZUMDAR Madhu. POERAN Jashvant. **“Medicamentos de alto riesgo en adultos mayores hospitalizados: Estamos haciendo lo fácil para hacer lo incorrecto”**. (Estados Unidos) 2016. Con el objetivo de examinar las dosis de medicamentos de alto riesgo administrados a adultos mayores que ingresan en el hospital y determinar si las dosis predeterminadas electrónicas son apropiadas para adultos mayores. Estudio retrospectivo, con un muestra de 328 personas mayores de 65 años que experimentaron una caída. Teniendo como resultados que de las 328 caídas, el 62% se produjo en individuos a los que se administró al menos un medicamento de alto riesgo dentro de las 24 horas previas a la caída, con un 16% de caídas en individuos que recibieron dos y otro 16% en individuos que recibieron tres o más. Concluyendo que los medicamentos de alto riesgo a menudo se administraban a dosis diarias geriátricas superiores a las recomendadas, en particular benzodiazepinas y BRA, para las cuales la dosis era más alta de lo recomendado en 29 de 51 casos (57%). Las dosis por defecto de EMR hospitalarias fueron más altas que las recomendadas para el 41% (12/29) de los medicamentos examinados. Los medicamentos de alto riesgo se administraron a los caídos más

viejos. Las dosis administradas y las dosis predeterminadas de REM fueron a menudo más altas de lo recomendado. La disminución de las dosis predeterminadas de EMR para las personas de 65 años en adelante y las advertencias sobre el número acumulado de medicamentos de alto riesgo prescritos por persona pueden ser intervenciones simples que podrían disminuir las caídas de pacientes internados (6).

GALLO CH. Maria y MORILLO M. Jannina. "Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que reciben intervención con un programa multifactorial de prevención comparado con adultos mayores que reciben indicaciones en consulta médica". (Ecuador) 2016. Con el objetivo de estimar la eficacia de la intervención para prevenir las caídas en los ancianos atendidos en el Centro de Salud número nueve del Comité del Pueblo. Estudio experimental preventivo con hipótesis predictiva. La muestra estuvo conformada por 98 ancianos, esta se dividió aleatoriamente en dos grupos, a un grupo se le ofreció consulta médica y al otro se incluyó en el programa de prevención de las caídas en los ancianos. A cada grupo de pacientes se les realizó el test de Tinetti y el "Timed get up and go" antes de comenzar y después de terminadas las consultas o el programa, los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 22.0, los resultados fueron expuestos en tablas de frecuencias y porcentajes.

Se obtuvo como resultado que ambas intervenciones tienen una influencia estadísticamente significativa en ambas escalas, con incremento de la puntuación del test de Tinetti y una disminución del tiempo en el "Timed get up and go", por lo que ambas acciones (consulta y programa) son eficientes para disminuir el riesgo de caídas en los ancianos, aunque en los pacientes que participaron en el programa los resultados son discretamente mejores (7).

COLLADO G. Maryeli, GONZÁLEZ G. Jessica y LÓPEZ A. Edith. **"Factores de riesgo que predisponen caídas en adultos mayores"**. (Nicaragua) 2016. Su investigación, tenía como objetivo evaluar factores de riesgo que predisponen caídas en adultos mayores, que habitan en los hogares de ancianos de la región Centro-norte de Nicaragua. El material y métodos se realizó un tipo de estudio descriptivo y prospectivo, durante un periodo de Octubre a Noviembre del 2016, el universo estuvo constituido por 179 adultos mayores de 60 años a más, de ambos sexos, se realizó la revisión de expediente clínico, luego se procedió a la aplicación de las escala de equilibrio(balance) Berg y Tinetti para los factores de riesgo intrínsecos, mientras para los factores extrínsecos se aplicó una ficha de recolección de factores extrínsecos, siempre que cumplieran con los criterios de selección. Entre los principales resultados obtenidos, se encuentran; la edad entre 75-90 años con un 62%, el sexo masculino

fue el que predominó con 71.1%, las enfermedades más frecuentes fueron las metabólicas y osteoarticulares, en conjunto con el uso de fármacos y entre los factores extrínsecos el tipo de calzado influye como factor para sufrir una caída al igual que el tipo de piso que presentan los hogares de ancianos. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de chi² para la asociación entre las variables, con un nivel de confianza de IC 95%, y nivel de significación de estadística de $P <= 0.000$. Se llegó a la conclusión que las alteraciones de la marcha y el equilibrio en adultos mayores son predictores de caídas, adicional a esta información se puede decir que para este tipo de población la escala Tinetti es la más efectiva para determinar cuáles son los individuos con mayor riesgo de presentar caídas (8).

INUCA T. Verónica y POZO M. Miguel. **“Asociación entre caídas y polifarmacia en adultos mayores que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor”**. (Ecuador) 2015. Estudio de tipo analítico transversal, con una recolección de datos entre los meses comprendidos de enero a diciembre del 2015, de los archivos. Con el objetivo de determinar la asociación entre caídas y polifarmacia en adultos mayores. Los resultados se obtuvieron del análisis de 269 historias clínicas dando a conocer que prácticamente el 100% de los que han sufrido una caída presentan comorbilidades, las mujeres aparentemente tienen mayor probabilidad de sufrir una caída en

relación a los hombres. El nivel de estudio no tiene relación directa con el hecho de sufrir una caída. Las caídas se presentan aparentemente en 6 de 10 adultos mayores y el riesgo de caer aumenta con el avance de la edad. Aproximadamente la mitad de adultos mayores han presentado una caída en los últimos 6 meses, el sitio de mayor incidencia de caída en los adultos mayores es el domicilio, esto asociado a diversos factores de riesgo dentro del hogar. No importa la relación estadística entre caídas y polifarmacia lo más importante es la interrelación farmacológica que existe (9).

VILLAR B. Carmen y otros. **“Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatológico”**. (España) 2012. Donde realizaron una revisión sistemática de la literatura, formato PICO (problema - intervención – comparando resultados) obteniendo como conclusiones que todos los pacientes ancianos pluripatológicos ingresados, deben ser considerados de alto riesgo de caídas. Las herramientas de detección y escalas de valoración del riesgo pueden ser útiles en la identificación de los pacientes con alto riesgo de caídas en el ámbito hospitalario, aunque una valoración clínica periódica por parte del personal de enfermería ha demostrado resultados similares de predicción. Las intervenciones multifactoriales pueden ser una estrategia eficaz para reducir la tasa de caídas, y deben incluir programas de ejercicio, centrándose en la fuerza y el

equilibrio, así como modificaciones del medio ambiente, facilitar los dispositivos de ayuda en la deambulación y la revisión de la medicación. Se recomienda no utilizar barandillas o restricciones físicas para la protección contra caídas de manera rutinaria (5).

IGLESIAS D. Melissa, PEÑA S. Eric y GONZALES V. Eloy. **“Frecuencia y factores asociados a caídas en adultos mayores atendidos en consulta externa”**. (Lambayeque) 2013. Tipo descriptivo-transversal aplicado a 301 personas, elegidos por un muestreo aleatorio simple. Se tomaron datos generales, patologías y consumo de fármacos registrados en su historia clínica teniendo como conclusiones que la frecuencia de caídas en los adultos mayores fue de 60,42% de los cuales 104 fueron mujeres (57,14%) y 78 (42,86%) varones quienes presentaron caídas en el último año. La edad promedio de los pacientes incluidos en el estudio fue 77.8 años en las mujeres y 74.95 años en los varones. Entre los factores asociados a caídas se encontraron: la edad mayor de 80 años, alteración cognitiva, alteración del equilibrio y la marcha, miedo a caer, depresión, polifarmacia, diabetes, cataratas y accidentes cerebro vasculares (10).

SILVA F. Jack, PORRAS R. Milagros, GUEVARA M. Graciela, CANALES R. Reyda, COELHO F. Suzele y PARTEZANI R. Rosalina. **“Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día”**. (Lima) 2014. Con el objetivo de evaluar el riesgo de caídas

asociado a las variables sociodemográficas y el estado cognitivo en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día en la ciudad de Lima-Perú. Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; en una población de 150 adultos mayores de 60 años y más, de ambos sexos, que acuden a dos Centros de Día. Para la colecta de la información se utilizó los instrumentos de perfil social, Mini-Examen del Estado Mental y la Escala de Tinetti. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva. Análisis de asociación por el Odds Ratio con IC 95% y significancia de $p < 0.05$. Teniendo como resultados el predominio del sexo femenino (75.3%), el grupo etario con 80 años y más (33.3%). A la evaluación de la Escala de Tinetti se obtuvo una puntuación promedio de 21.7 ($=6.1$). 54.7% presentó alto riesgo de caer; 36.7% con riesgo de caer con relación al estado cognitivo, se encontró que 20.7% presentaban estado cognitivo inadecuado. A la asociación, se verificó que el adulto mayor más viejo, presenta mayor riesgo de caer. Por conclusión se resalta la necesidad que el equipo de salud incentive la actividad física para mantener fuerza y postura adecuada, además de ejercicios de memoria preservando el estado cognitivo, promoviendo un envejecimiento activo y saludable (11).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí, como la **Teoría del**

Autocuidado; en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Esta teoría nos presenta tres requisitos, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado como son los **Requisitos de autocuidado universal;** que son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. **Requisitos de autocuidado del desarrollo;** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez y por último **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud;** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado; explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a

causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. **Teoría de los sistemas de enfermería;** son los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas las cuales son **Sistemas de enfermería totalmente compensadores;** donde la enfermera suple al individuo. **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** el personal de enfermería proporciona autocuidados y **Sistemas de enfermería de apoyo-educación;** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Dorotea, define el objetivo de la enfermería como el " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los

cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del paciente inconsciente a consecuencia de una caída.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, por ejemplo brindar recomendaciones sanitarias en prevención de caída.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito después de una caída.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de cuidados a tener en casa para que el paciente supere alguna secuela producto de una caída.

- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo con fractura de fémur (muy común después de una caída) en cuanto a cómo movilizarse o realizar sus AVD.

Entre los Metaparadigmas que considera Dorotea Orem tenemos a la **Persona**; como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, posee condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. **Salud**; como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. **Enfermería**; es proporcionar cuidados y ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. **Entorno**; todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

La teoría de Dorotea Orem, es un análisis detallado de los cuidados de enfermería que nos permite definir el espacio que ocupa la

enfermera en relación con la persona, donde todos los individuos tienen la capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición). Por tanto; es muy importante que los profesionales de la enfermería dominen una premisa fundamental de la teoría, en la que se plantea que las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidarse a sí mismas, así como cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan, han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud. Orem; también tiene en cuenta la posibilidad de que la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades. La teoría general de Orem; expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar. Entonces; si llevamos a la práctica la Teoría de Orem debe seguirse los siguientes pasos en la intervención de enfermería en la prevención de caídas en el paciente adulto mayor en el Servicio de Medicina Interna 6C del HNERM:

- Examinar las limitaciones y los problemas de salud que presenta el adulto mayor hospitalizado.
- Realizar la acogida de datos y la valoración del riesgo de caída a través de la Escala de Downton.

- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería en la prevención de caídas.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al paciente a participar activamente en el autocuidado de su salud, por ejemplo "Como evitar una caída".
- Poner el sistema de enfermería en acción en la prevención de caídas y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del paciente y su familia.

Considere la teoría de Dorotea Orem; porque promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo fomentando su autonomía y bienestar en la prevención de caídas y además Dorotea en su teoría sistemas de compensación de enfermería resalta la función de la enfermera en suplir total o parcialmente el déficit de autocuidado en el adulto mayor con algún tipo de limitación enfocado en la prevención y protección del paciente frente a una caída.

2.2.2 Cuidados (intervención) de Enfermería en la prevención de caídas

La forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas o sociológicas. Por tanto el cuidado no es un acto sencillo, ya que para diagnosticar y tratar las respuestas humanas

a los problemas de salud se requiere el estudio profundo y sistemático del hombre, la salud y la sociedad (23). Como lo es el cuidado de enfermería; al involucrar conocimientos científicos, habilidades y destrezas, que permiten contribuir a la mejora del estado de salud de la persona cuidada. Adicionalmente a ambas competencias, son prioritarias las actitudes, las cuales colocarán los conocimientos y habilidades al servicio de las verdaderas necesidades del ayudado. Entonces; el cuidado es considerado como un proceso interactivo por el que la Enfermera y la persona usuaria se ayudan mutuamente para desarrollarse y transformarse hacia mejores niveles de bienestar, teniendo como componente fundamental el proceso de interacción (12). Otra definición define el cuidado de enfermería como la asistencia al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o su repercusión; o ayudarlo a tener una muerte en paz, tareas que él podría realizar sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios (13). Por lo tanto; los cuidados enfermeros van dirigidos principalmente a atender las necesidades de las personas, proporcionando medidas terapéuticas destinadas a favorecer el bienestar y fomentar la salud, a prevenir la enfermedad y apoyar en el proceso de recuperación y rehabilitación.

2.2.3 Envejecimiento

Para la gerontología biológica el envejecimiento se caracteriza por una insuficiencia para mantener la homeostasis bajo condiciones de estrés y esta insuficiencia está asociada con una disminución en la vitalidad y un incremento en la vulnerabilidad del individuo" (14). Mientras que la OMS sostiene que el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Además de cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, divorcios y muerte de la pareja. En conclusión el envejecimiento es un proceso evolutivo, normal, complejo y único para cada adulto mayor. En la actualidad este envejecimiento es muy acelerado en la población mundial, esto ha puesto en evidencia un importante problema de salud pública que son las caídas de los adultos mayores, que siguen representando una destacada causa de pérdida funcional, aumentando la morbimortalidad e ingresos precoces en residencias socio-sanitarias (15).

2.2.4 Adulto Mayor

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a partir del año 1996, denomina a las personas mayores de 60 años, grupo poblacional "personas adultas mayores", de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por la Asamblea General. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años (16).

A los adultos mayores se les considera un grupo poblacional emergente, debido al envejecimiento poblacional global, y al incremento de la esperanza de vida; se espera que para el 2050 existirá el doble de personas mayores de 60 años que en la actualidad, el pronóstico es que lleguen a alcanzar el 22% de la población mundial; de forma que el número de personas mayores de 60 años puede llegar a ser de hasta 2000 millones dentro de cincuenta años. (17). Por lo tanto es de vital importancia analizar la atención de este grupo poblacional y prevenir aquellas situaciones que ocasionan una mayor morbimortalidad en ella. Una de estas situaciones son las caídas, las cuales hay que abordar de manera multidisciplinar, ya que en ellas inciden factores clínicos, sociales y familiares.

2.2.5 Caída

a) Definición

La caída es definida como un evento no intencional, caracterizado por la pérdida de estabilidad postural con desplazamiento del centro de gravedad hacia un nivel inferior generalmente el suelo, con o sin previa pérdida del conocimiento o tono postural. Las caídas pueden ser la primera manifestación, o una manifestación atípica de enfermedad aguda. Así, las infecciones respiratorias, urinarias, o la insuficiencia cardíaca, respiratoria o anemia pueden debutar de esta forma; fenómeno que se conoce como caída premonitoria. La caída no es una enfermedad en sí misma, y en general es la expresión de múltiples factores; tanto las caídas como la fractura de cadera, comparten los mismos factores de riesgo a los que se clasifica en intrínsecos e extrínsecos.

b) Factores de riesgos

Los cambios producidos por el proceso de envejecimiento y las enfermedades crónicas que presenta el anciano son, los principales **factores intrínsecos**; la anormalidad en cualquiera de los sistemas orgánicos que contribuyen al control postural sensorial (visual, vestibular, propioceptivo) como dificultad en la marcha, incontinencia urinaria, edad mayor a 75 años, sexo femenino, historia previa de caídas, síndrome post-caída, presentación atípica de enfermedad aguda (infecciones), polifarmacia, fármacos (hipotensores y psicofármacos),

hipotensión ortostática, déficit sensorial, patología cardiovascular (arritmias, Estenosis Aórtica), hipoglicemia, patología neurológica (ACV, Parkinson, Neuropatías), patología osteoarticular, dolor, trastornos podológicos, alteraciones cognitivas, depresión, incontinencia urinaria, insomnio, anemia, consumo de tóxicos, alteraciones del equilibrio y la marcha.

Factores extrínsecos; considera el uso inapropiado de instrumentos auxiliares de la marcha como calzado inadecuado, iluminación inadecuada, alfombras, cables, escaleras (escalones altos y estrechos), pisos resbaladizos, señalización inadecuada, carteles informativos inadecuados o ausencia de este.

c) Consecuencias

Entre los efectos de las caídas encontramos el hematoma subdural, fractura de cadera, deterioro funcional, síndrome post caída e incremento de días de hospitalización. Así también; las caídas generan un gran impacto social, provocando lesiones importantes y fracturas, en los pacientes adultos mayores pudiendo llevar a una larga y difícil rehabilitación o en otras ocasiones ser fatal; además traen consigo, por leves que sean, factores físicos o psicológicos, pérdida de la movilidad que para los adultos mayores, esto es tan significativo como la vida misma. De forma mediata debemos tener presente que la

cuarta parte de los ancianos que se han caído, disminuyen sus AVD, por temor a nuevas caídas. La limitación de la movilidad después de las caídas y la protección familiar que se producen frecuentemente, poco a poco va llevando al paciente hacia otro de los grandes síndromes geriátricos, que es el síndrome de inmovilización. Desde el punto de vista social la familia rompe bruscamente su armonía funcional habitual con el trabajo y el hogar psicológicamente la gran ansiedad que les produce que el anciano pueda volverse a caer y la sobreprotección van haciendo al anciano cada vez más dependiente (18).

2.2.6 Escala de Medición de riesgo de caída: Escala de Downton

Es utilizada para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída y poder implementar medidas preventivas encaminadas a proteger la salud física del paciente adulto mayor. Esta escala tiene en cuenta antecedentes de caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y su edad. Se asignan a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene alto riesgo de sufrir una caída, de 1 a 2 puntos el paciente tiene mediano riesgo de sufrir una caída y por último si el resultado es de 0 puntos entonces el paciente es considerado con bajo riesgo de sufrir una caída. Esta

escala de Downton se aplica a todos los pacientes que ingresan, teniendo mayor énfasis en los adultos mayores. Entre los factores analiza esta escala figuran:

- **Caídas previas:**

Sí (1)

No (0)

- **Medicación:**

Ninguna (0)

Tranquilizantes o sedantes (1)

Diuréticos (1)

Hipotensores no diuréticos (1)

Antiparkinsonianos (1)

Antidepresivos (1)

Otros medicamentos (1)

- **Déficit sensoriales:**

Ninguno (0)

Alteraciones de la vista (1)

Alteraciones auditivas (1)

Alteraciones de las extremidades causadas, por ejemplo, por haber sufrido un ictus, una enfermedad neurológica, etc.

(1)

- **Estado mental:**

Orientado (0)

Confuso (1)

- **Deambulaci3n:**

Normal (0)

Segura con ayuda (1)

Insegura con o sin ayuda (1)

Imposible (1)

Una vez realizada la evaluaci3n del riesgo de caídas mediante la escala de Downton, existen protocolos de actuaci3n que contemplan la asignaci3n del paciente a un grupo de bajo, mediano o alto riesgo y la adopci3n de medidas preventivas b3sicas en el primer caso y de otras específcas en el segundo y tercero, en funci3n de los factores de riesgo que presente. Adem3s, se realiza tambi3n la educaci3n del propio paciente, de sus familiares o de la persona que actúa como cuidadora para que asegure el seguimiento de estas medidas.

2.2.7 Participaci3n de la familia

El papel de la familia es determinante, es el principal soporte del adulto mayor. Es importante que aprendan a identificar los factores de riesgo que dificultan su calidad de vida; así tenemos los físicos como las enfermedades crónicas; los psicológicos como los

trastornos mentales, miedo a las caídas y factores de personalidad; los contextuales como ambientes, físicos y estereotipos. El fin de la coordinación con la familia es fomentar la independencia del paciente y prevenir la discapacidad por las caídas. El profesional de enfermería debe posicionarse ante la familia del enfermo tratándola como un recurso importante del sistema sanitario.

2.3. Definición de Términos

- **Cuidado de enfermería:** asistencia al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o su repercusión; o ayudarlo a tener una muerte en paz, tareas que él podría realizar sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios.
- **Envejecimiento:** conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo.
- **Adulto mayor:** persona que tiene de 60 años de edad a más.
- **Caída:** precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria confirmada por el paciente o un testigo (19).

- **Prevención de caída:** cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras se encuentra hospitalizado.
- **Familia:** conjunto de personas que unidas por lazos de afinidad o consanguinidad conforman una unidad comunitaria que conviven y tienen un proyecto de vida en común.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

La elaboración del presente Informe de Experiencia Profesional, fue necesaria la recolección de datos, mediante la revisión de los diferentes documentos del servicio de Medicina Interna 6 C; de los cuales se obtuvo información importante que se contiene en este informe. Para lo cual; se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio de Medicina Interna 6C, a fin de tener acceso a los documentos del Servicio.
- Recolección de Datos: Revisión de los diferentes documentos del Servicio de Medicina Interna 6C; como el Manual Operativo de Funciones (MOF), Guías de procedimientos de enfermería, Historias clínicas (HC), Registros de enfermería, Cuaderno de Ingresos y egresos de pacientes, Informes estadísticos mensuales, Cuaderno de orientación y cuidados de alta, Kardex de Enfermería y Epicrisis.
- Procesamiento de Datos: los datos obtenidos fueron procesados utilizando el programa de computación Microsoft Excel, que fueron la base para la presentación de los Resultados en tablas estadísticas y gráficos según porcentajes, que se describen y muestran en el Capítulo IV de Resultados.

- Resultados: corolario del presente Informe de Experiencia Profesional.
- Análisis e interpretación de resultados: nos proporciona el significado de este Informe.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

En el año 2011 Inicia mi labor profesional en el Policlínico CESADENT brindando atención directa a los pacientes en el área de tópico de medicina en donde mis actividades de enfermería consistía en administración de medicamentos endovenosos, intramusculares, curación de heridas, asistencia en procedimientos médicos, nebulizaciones, urgencias médicas, entre otras La área de docencia también se llevaba a cabo a través de charlas educativas a los familiares. Al año siguiente 2012 empecé a brindar cuidados de enfermería a pacientes particulares de grado de dependencia IV.

Para el año 2013 obtuve la plaza para trabajar en el hospital Edgardo Rebagliati Martins Essalud, labore durante los primeros 2 meses en el servicio de Clínica Pediátrica donde brinde cuidado a pacientes escolares, pre- escolares y lactantes con diferentes patologías, incluso brinde atención de enfermería en la unidad de cuidados críticos de dicho servicio atendiendo pacientes con grado

dependencia IV manejo de ventilación mecánica a pacientes intubados y con traqueotomía. Al siguiente mes empezó mi rotación por los diferentes servicios del HNERM, supliendo la falta de personal de enfermería. Cada uno de ellos de diferente especialidad pero muy enriquecedor en conocimiento y experiencias.

En abril del año 2013 soy designada al servicio de Medicina Interna en donde laboro hasta el día de hoy, en esta área tengo la oportunidad de brindar cuidados a pacientes de diversas patologías y derivados de las diferentes especialidades médicas. De todos los pacientes ingresados al servicio en su mayoría son adultos mayores, con características propias del proceso de envejecimiento continuo en el que ocurren cambios biopsicosociales resultante de factores genéticos, económicos, sociales, estilo de vida y la presencia de enfermedades.

El rol que cumplo como enfermera en la prevención de caída es de gran importancia ya que identifiqué y clasifiqué a los pacientes adultos mayores, a través de una valoración integral y la aplicación de instrumentos en bajo, mediano y alto riesgo de sufrir una caída; la que podría ser perjudicial y en consecuencia sumar un problema más de salud. Aumentado su estancia hospitalaria y alterando sus procesos familiares. Ello nos permitirá aplicar

cuidados específicos preventivos para cada paciente según la valoración.

- Descripción del Área Laboral

El servicio de Medicina Interna 6C; abarca toda el ala derecha del piso 6, cuenta con 39 camas de hospitalización entre habitaciones bipersonales y unipersonales. Están distribuidos en tres áreas: la primera consta de 14 camas. La segunda de 11 camas dentro de las cuales se encuentra la UCIN (Unidad de Cuidados Intermedios) que es un ambiente con cuatro camas que se comunican entre sí, tiene monitores empotrados y coche de paro; la misma que está destinada a pacientes críticos, con grado de dependencia IV. Por último la tercera área que cuenta con 14 camas. Cuenta con una Jefatura Médica a cargo del Dr. Juan Retamozo y una Jefatura de Enfermería a cargo de la Lic. Maria Recuay que depende directamente del departamento de enfermería. Se tiene dos enfermeras coordinadoras una para el turno de mañana y otra para la tarde; las mismas que cumplen labor administrativa, 14 enfermeras asistenciales y 14 técnicos de enfermería que brinda atención directa al paciente y que laboran en turnos rotativos de mañana, tarde y noche. Se trabaja en conjunto con otros profesionales como son terapeutas físicos nutricionista, asistente social, psicóloga. Contándose además con la atención de las diferentes especialidades médicas según lo requiera el paciente.

Cabe resaltar que se tiene un personal de informática y un personal fijo de limpieza solo en el turno de mañana.

- **Funciones desarrolladas en la actualidad**

a) Área Asistencial

- Cuidar la salud del paciente con pluripatologías en forma personalizada, integral y continua; respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Identificación del riesgo a caída de paciente aplicando la escala de valoración de Downton.
- Reporte del grado de riesgo de caída del paciente en el reporte de enfermería.
- Valoración integral, registro y reevaluación observando si hay cambios en su estado de salud.
- Aplicación de medidas preventivas específicas para cada paciente asociadas a los factores de riesgo (pacientes con conducta que representen una amenaza para su integridad física será necesario la aplicación de la sujeción mecánica)
- Cuidados de enfermería específicos de acuerdo al diagnóstico médico.
- Brindar cuidados de enfermería preventivos generales relacionados a los factores de riesgo intrínsecos; así tenemos en pacientes con nicturia, incontinencia urinaria verificar que

tengan a su alcance un urinario para evitar su desplazamiento al baño.

- Disminuir el aporte de líquidos por la tarde si hay indicación de diuréticos administrarlos por la mañana.
- Observar los efectos que producen la administración de medicamentos e instruir a la familia y paciente sobre acción y efecto esperados de la medicación.
- Conocer el historial previo de caídas e investigar y aplicar las medidas preventivas sobre los factores desencadenantes.
- Observar las modificaciones en el estado de conciencia del paciente.
- En pacientes con déficit sensorioceptivos (hipoacusia, visión disminuida) asegurarse que lleve correctamente colocadas sus prótesis (lentes, audífonos) siempre que sean posibles y buscar alternativas de apoyo familiar.
- Paciente con algún grado de dependencia es necesario la participación de la familia u otros para asegurar la protección del paciente.
- Aplicación de la norma técnica Seguridad del Paciente que incluye la identificación correcta del paciente, riesgo de caída y correcta administración de medicamentos.
- Aplicación del proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.

- En caso de producirse una caída inmediatamente realizar una valoración integral del paciente para identificar lesiones o signos de alarma y comunicar al clínico de turno.
- Brindar cuidados de enfermería específicos según el caso lo requiera y cumplir la indicación médica.
- Observación constante del paciente, en busca de signos de alarma posteriores.

b) Área Administrativa

- Coordinación y registro de los ingresos, egresos, transferencias de pacientes del servicio con las distintas áreas de procedencia y destino.
- Al ingreso del paciente verificar que la historia clínica contenga además de sus formatos ya establecidos la hoja de escala de valoración de Dowton.
- Valoración y registro del riesgo de caída al ingreso del paciente al servicio de hospitalización mediante la aplicación de la Escala de Dowton.
- Colocar la cartilla de identificación de riesgo de caída en el ambiente del paciente.
- Brindar información al paciente y /o familiar sobre sus deberes y derechos dentro del hospital.
- Identificación oportuna de factores extrínsecos en el entorno del paciente tales como escalinatas en mal estado,

iluminación inadecuada, soportes , camas, barandas deteriorados entre otros y notificarlos a la jefatura de enfermería para dar curso su gestión de mantenimiento y renovación de estos.

- Vigilar la funcionalidad y seguridad de los equipos médicos a cargo del servicio así como la comunicación oportuna al a jefatura para gestiones de mantenimiento y renovación de estos.
- Ante la ocurrencia de una caída se deberá notificar y registrar la misma, presentando un informe de reporte de caída a la jefatura de enfermería.
- Realizar las coordinaciones necesarias para el traslado de paciente, realización de procedimientos entre otros, según indicación médica, ante la ocurrencia de una caída
- Participación en las diversas reuniones del servicio destinadas a gestionar la mejora de los procesos.
- Dirigir el equipo de enfermería en la recepción y entrega del reporte de enfermería.

c) Área de Docencia

- Participación del programa de educación continua (PEC) en el servicio, como coordinadora y asistente en diversos temas científicos.

- Coordinación con el comité de mejoramiento de la calidad, para la realización de capacitaciones destinadas a conseguir la mejora de las prestaciones de salud del servicio.
- Participación activa en el programa de educación al paciente y familia, realizando charlas educativas sobre prevención de caídas entre otros.
- Impartir docencia a los alumnos de pregrado durante su rotación por el servicio.

d) Área de investigación

- Participación en la elaboración de guías de procedimientos de enfermería del Servicio.
- Participación en trabajos de investigación y protocolos de atención en enfermería, con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud del Servicio.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

El estudiar la especialidad de enfermería en Gerontología y Geriatria de la Universidad Nacional del Callao, participar en diferentes cursos/talleres de cuidados de enfermería y la diaria interacción con adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna 6C; me permitió conocer y valorar la intervención de enfermería en la prevención de caídas en el adulto mayor, para lo cual tuve que revisar y recopilar información sobre este tema, así como; contribuir

a la implementación de buenas prácticas de atención que favorezcan la creación de una cultura de seguridad y de gestión de riesgos en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio. Así también; se revisó las disposiciones para la prevención de caídas como la identificación del riesgo de caída del paciente en su ingreso al servicio, inicio de cada turno, frente a cambios en el estado de salud y reporte de enfermería. Esto nos permite implementar medidas de prevención en pacientes identificados con alto riesgo y brindar educación al paciente y su familia sobre prevención caídas. Para la intervención y mitigación del daño en caso de caída del paciente, se estipula que se tiene que realizar dos tipos de intervenciones: las inmediatas; que consiste en brindar cuidados inmediatos, comunicar y solicitar evaluación médica, aplicar medidas de prevención para caídas futuras y anotar en formato de notificación de evento adverso. Para luego hacer la intervención mediata que implica el notificar el evento adverso al Departamento de Enfermería y entrega de informe de caída a la jefatura inmediata de turno. Cuidar la salud del paciente con pluripatologías en forma personalizada, integral y continua; respetando sus valores, costumbres y creencias.

Intervención de Enfermería:

- Identificación del riesgo a caída de paciente aplicando la escala de valoración de Dowton.

- Colocar la cartilla de identificación de riesgo de caída en el ambiente del paciente. (Anexo 1, fotografía)
- Brindar información al paciente y /o familiar sobre sus deberes y derechos dentro del hospital.
- Colocación de punto rojo de identificación de tipo de riesgo en brazalete de identificación de paciente (anexo 2 foto)
- Valoración integral, registro y reevaluación observando si hay cambios en su estado de salud.
- Reporte del grado de riesgo de caída del paciente en el reporte de enfermería.
- Aplicación de medidas preventivas específicas para cada paciente asociadas a los factores de riesgo (pacientes con conducta que representen una amenaza para su integridad física será necesario la aplicación de la sujeción mecánica como muñequeras, chaleco entre otros si el caso lo requiere))
- Brindar cuidados de enfermería preventivos generales relacionados a los factores de riesgo intrínsecos; así tenemos en pacientes con nicturia, incontinencia urinaria verificar que tengan a su alcance un urinario para evitar su desplazamiento al baño.
- Disminuir el aporte de líquidos por la tarde si hay indicación de diuréticos administrarlos por la mañana.

- Observar los efectos que producen la administración de medicamentos e instruir a la familia y paciente sobre acción y efecto esperados de la medicación.
- Conocer el historial previo de caídas e investigar y aplicar las medidas preventivas sobre los factores desencadenantes.
- Observar las modificaciones en el estado de conciencia del paciente.
- Mayor énfasis en las rondas de enfermería en el turno de noche
- En pacientes con déficit sensorperceptivos (hipoacusia, visión disminuida) asegurarse que lleve correctamente colocadas sus prótesis (lentes, audífonos) siempre que sean posibles y buscar alternativas de apoyo familiar.
- Paciente con algún grado de dependencia es necesario la participación de la familia u otros para asegurar la protección del paciente.
- Aplicación de la norma técnica Seguridad del Paciente que incluye la identificación correcta del paciente, riesgo de caída y correcta administración de medicamentos.
- Aplicación del proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
- En caso de producirse una caída inmediatamente realizar una valoración integral del paciente para identificar lesiones o signos de alarma y comunicar al clínico de turno.

- Brindar cuidados de enfermería específicos según el caso lo requiera y cumplir la indicación médica.
- Observación constante del paciente, en busca de signos de alarma posteriores.
- Identificación oportuna de factores extrínsecos en el entorno del paciente tales como escalinatas en mal estado, iluminación inadecuada, soportes , camas, barandas deteriorados entre otros y notificarlos a la jefatura de enfermería para dar curso su gestión de mantenimiento y renovación de estos.
- Vigilar la funcionalidad y seguridad de los equipos médicos a cargo del servicio así como la comunicación oportuna al a jefatura para gestiones de mantenimiento y renovación de estos
- Ante la ocurrencia de una caída se deberá notificar y registrar la misma, presentando un informe de reporte de caída a la jefatura de enfermería.
- Realizar las coordinaciones necesarias para el traslado de paciente, realización de procedimientos entre otros, según indicación médica, ante la ocurrencia de una caída.
- Coordinación con el comité de mejoramiento de la calidad, para la realización de capacitaciones destinadas a conseguir la mejora de las prestaciones de salud del servicio.

- Participación activa en el programa de educación al paciente y familia, realizando charlas educativas sobre prevención de caídas entre otros. (Anexo 3 foto).
- Dirigir el equipo de enfermería en la recepción y entrega del reporte de enfermería.

Caso relevante

En el mes de mayo del presente año, en el turno de tarde ingreso al Servicio un paciente adulto mayor de 78 años, lúcido orientado en tiempo espacio y persona, que ambula pero con limitaciones propias de su edad. Se le valoro de forma integral; así mismo se aplicó la escala de Downton, para identificar el grado de riesgo a caída que tenía este paciente, que obtuvo una puntuación de 1 (bajo riesgo a sufrir una caída). Se le brindo información detallada sobre cómo llamar ante una necesidad o emergencia (timbre a la mano), horarios de comidas, visita, de informe médico, requisitos para el pase y todas las recomendaciones propias del Servicio. Al siguiente día en el turno de noche, estando realizando mis funciones, oigo un grito de auxilio y al entrar a la habitación veo al paciente sentado en el suelo, quien me refirió que al levantarse de la cama por necesidad de ir a los servicios higiénicos, pisa la escalinata y esta se desliza dejándolo caer; pero que no fue una caída brusca sino que logro apoyarse en la cama, pero de igual forma se deslizo hasta el suelo. Inmediatamente se procedió a brindar los cuidados

necesarios al paciente con apoyo del personal técnico. Las acciones realizadas fueron: ubicar al paciente en su cama, realizar la valoración física en busca de signos o síntomas de daño, control de funciones vitales, llamar al clínico de guardia quien a la evaluación no identifica daños físicos ni alteraciones estado de conciencia, sugiere observación en caso signos de alarma.

Se notificó el caso a la supervisora Enfermeras de turno y se realiza el respectivo informe. Evaluando la situación se observa aquí hubo una falla en el entorno un factor extrínseco "la escalinata" al parecer le faltaba dos de las cuatro tapas de jebe antideslizante que debería tener , se procede a retirar la escalinata, se informa a la Jefa del servicio para su gestión mantenimiento y revisión de todas las demás.

Innovaciones – Aportes

- Al ser egresada de la Especialidad de Gerontología y Geriatria de la Universidad Nacional del Callao; brindo una atención profesional de enfermería geriátrica integral, con calidad y calidez de tal manera que el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna 6C del HNERM pueda satisfacer sus necesidades de manera holística para promover, recobrar y mantener su salud que lo conlleven a mejorar su calidad de vida.

- Coordinadora del Programa de Capacitación Continua (PEC) del servicio de medicina Interna del año 2016, donde se elaboró un bosquejo de instrumento de valoración integral de paciente.
- Educación sanitaria al paciente y familia sobre prevención de caídas y cuidados en el hogar destinada a la protección del paciente.
- Elaboración de tríptico.

Limitaciones para el desempeño profesional

- Insuficiente enfermeras asistenciales para la atención directa al paciente adulto mayor con riesgo de caída
- Sobrecarga laboral.
- Falta de recursos materiales y equipos biomédicos en mal estado.

IV RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

Consolidado de caídas según edad y sexo de pacientes adultos mayores hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna 6 C del HNERM.
01 de enero al 31 de julio del 2017

Sexo	Mujeres		Varones		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60 a 79	1	25%	2	50%	3	75%
80 a +	1	25%	0	00%	1	25%
Total	2	50%	2	50%	4	100%

Informe mensual de Indicador de caídas del Servicio de Medicina Interna 6C – HNERM. 2017

En el Cuadro N°4.1; se aprecia que la mayoría de pacientes adultos mayores que han presentado caídas son de sexo masculino y que la edad en que se produce con mayor frecuencia es de 60 a 79 años

CUADRO N° 4,2

Consolidado de caídas según edad y sexo de pacientes adultos mayores hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna 6 C del HNERM.
01 de enero al 31 de Diciembre del 2016

Sexo	Mujeres		Varones		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60 a 79	3	42%	1	15%	4	57%
80 a +	2	28%	1	15%	3	43%
Total	5	70%	2	30%	7	100%

Informe mensual de Indicador de caídas del Servicio de Medicina Interna 6C – HNERM. 2016

En el Cuadro N°4.2; se aprecia que la mayoría de pacientes adultos mayores que han presentado caídas son de sexo femenino y que la edad en que se produce con mayor frecuencia es de 60 a 79 años.

CUADRO N° 4,3

Consolidado de caídas según edad y sexo de pacientes adultos mayores hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna 6 C del HNERM.
01 de enero al 31 de Diciembre del 2015

Sexo	Mujeres		Varones		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60 a 79	3	37.5%	2	25%	5	62.5%
80 a +	2	25%	1	12.5%	3	37.5%
Total	5	62.5%	3	37.5%	8	100%

Informe mensual de Indicador de caídas del Servicio de Medicina Interna 6C – HNERM. 2015

En el Cuadro N°4.3; se aprecia que la mayoría de pacientes adultos mayores que han presentado caídas son de sexo femenino y que la edad en que se produce con mayor frecuencia es de 60 a 79 años.

CUADRO N°4.4

Intervención de Enfermería en la prevención de caídas en el paciente adulto mayor en el Servicio de Medicina Interna 6C del HNERM.

Del 2015 al 2017

Actividades	N° Mujeres	N° varones	N° Familia	Total
Ingreso: Valoración integral al paciente adulto mayor y aplicación de la escala de riesgo de Dawton.	245	213	0	458
Información general sobre el Servicio (personal, horarios, informes, otros)	245	213	458	458
Hospitalización: Atención y cuidados de enfermería según diagnóstico, necesidad y capacidad de autocuidado de cada paciente.	245	213	0	458
Aplicación de medidas preventivas a caídas específicas para cada paciente (carteles de clasificación de riesgo, brazalete, sujeción mecánica, otros).	245	213	0	458
Orientación y educación preventivos generales relacionados a factores intrínsecos y extrínsecos que predisponen las caídas. Y; participación de la familia durante la hospitalización.	245	213	458	916
Alta: Educación sobre cuidados en el hogar para evitar las caídas y acciones a tomar en caso de producirse una.	245	213	458	916

Estadística de Enfermería del Servicio de Medicina Interna 6C del HNERM. 2017.

En el Cuadro N°4.4; se analiza que el 100% (458) de pacientes adultos mayores hospitalizados (Cuadro N°4.1) y sus familias; recibieron intervención de enfermería en la prevención de caídas durante el ingreso, hospitalización y alta del Servicio.

CUADRO N° 4.5

Pacientes hospitalizados según edad y sexo en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud
01 de enero al 31 de julio del 2017

Edad	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	N°	%
20 a 39 años	17	16	33	5%
40 a 59 años	65	84	149	23%
60 a 79 años	129	150	279	44%
80 a + años	84	95	179	28%
TOTAL	295	345	640	100 %

Cuaderno de Ingresos de pacientes del Servicio de Medicina Interna 10C HNERM 2017

En el Cuadro N°4.5; se observa que del total de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna 6C, son más representativos los adultos mayores con un 72% (458) y de estos son más mujeres con un 54% (345).

CUADRO N° 4.6

Pacientes hospitalizados según edad y sexo en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud
01 de enero al 31 de Diciembre del 2016

Edad	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	N°	%
20 a 39 años	32	29	61	6%
40 a 59 años	82	77	159	15%
60 a 79 años	255	192	447	45%
80 a + años	159	178	337	34%
TOTAL	528	476	1004	100 %

Cuaderno de Ingresos de pacientes del Servicio de Medicina Interna 6C HNERM 2017

En el Cuadro N°4.6; se observa que del total de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna 6C, son más representativos los adultos mayores con un 79% (784) y de estos son más mujeres con un 47% (370).

CUADRO N° 4.7

Pacientes hospitalizados según edad y sexo en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud
01 de enero al 31 de Diciembre del 2015

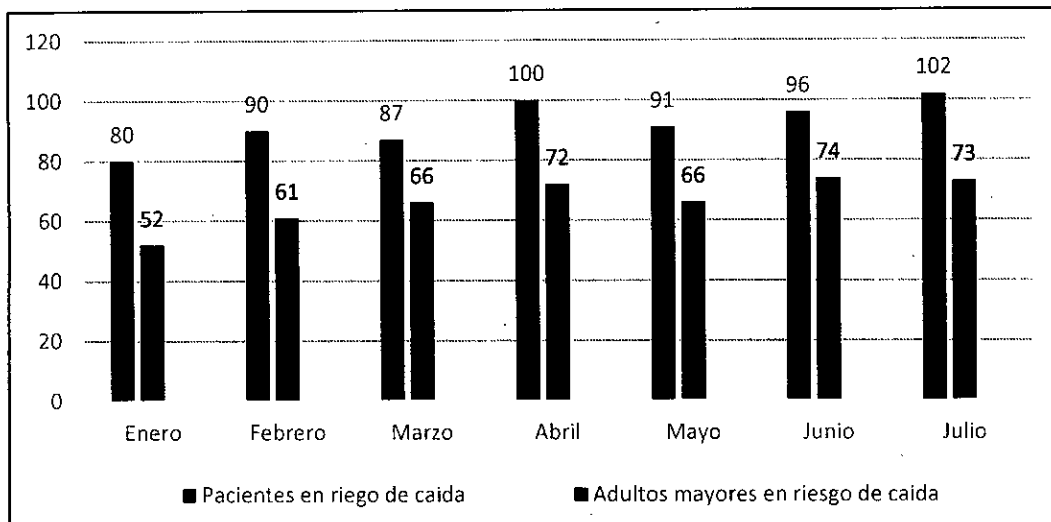
Edad	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	N°	%
20 a 39 años	28	32	60	5%
40 a 59 años	111	113	224	23%
60 a 79 años	173	153	326	44%
80 a + años	177	158	335	28%
TOTAL	489	456	955	100 %

Cuaderno de Ingresos de pacientes del Servicio de Medicina Interna 6C HNERM 2017

En el Cuadro N°4.7; se observa que del total de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna 6C, son más representativos los adultos mayores con un 72% (661) y de estos son más hombres con un 53% (350).

GRAFICO N° 4.1

Consolidado mensual riesgo de caída de pacientes adultos mayores en relación al total de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna 6C del HNERM. Del 01 de enero al 31 de julio del 2017



Informe mensual de riesgo de caída en pacientes hospitalizados del Servicio de Medicina Interna 6C HNERM del 2017.

En el Grafico N°4.1; se aprecia que del total de pacientes hospitalizados con riesgo de caída, los adultos mayores son la mayoría con más del 50%.

IV. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la capacitación adecuada, permiten que la enfermera desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar una intervención y cuidado holístico, de calidad, eficiente, oportuno, humanizado y seguro al paciente adulto mayor con riesgo de caída.
- b) La aplicación de la Escala de Downton, la aplicación de estrategias conjuntas entre el paciente, la familia y el equipo multidisciplinario del Servicio. Así como; la detección de los factores extrínsecos en el entorno del anciano son intervenciones de enfermería han dado resultado favorable en la prevención de caída de paciente hospitalizado.
- c) A pesar de la intervención oportuna de enfermería en la prevención de caídas del adulto mayor hospitalizado prevaleció una incidencia de 7 caídas anuales durante los tres últimos años.

V. RECOMENDACIONES

a) **A los profesionales:**

Impulsar la capacitación continua al personal profesional y técnico de enfermería del Servicio de Medicina Interna 6C, lo que contribuirá a fortalecer sus competencias, sensibilidad y desempeño para garantizar una intervención de calidad y oportuna en beneficio del paciente adulto mayor con riesgo de caída.

Poner mayor énfasis a las rondas de enfermería durante el turno noche .

b) **Ala Institución:**

Ofrecer facilidades al familiar o cuidador acompañante tales como extender el horario de visita y facilitar los pases permanentes a quienes tengan un paciente adulto mayor.

Contratar más personal profesional y técnico de enfermería para brindar un cuidado más eficiente y oportuno.

Renovación y/o mantenimiento oportuno de inmobiliario del entorno del paciente.

c) **Al servicio:**

Fomentar el trabajo en equipo liderado por la enfermera involucrando a todos los actores del Servicio para lograr un mejor cometido en la prevención de caídas en el adulto mayor hospitalizado.

Promover una adecuada comunicación con el paciente y familia para conocer las actividades y necesidades de rutina del paciente adulto mayor y así tener mejores resultados en su cuidado y seguridad personal.

VI. REFERENCIALES

1. OMS. Caídas. Agosto 2017.
2. Fabricio SCC, Rodríguez RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saude Publica 2004; 38: 93-aída en la persona mayor (13c).
3. Varela L. En: Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. Perú; 2003.
4. Varela L., Chávez H., Herrera A., et al. Valoración Geriátrica Integral en Adultos mayores hospitalizados a nivel Nacional. Diagnóstico 2004; 43(2): 57-63.
5. Villar B. Carmen y otros. Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatológico. España. 2012
6. Blachman Nina. PZIG Rosanne. Mazundar Madhu. Poeran Jashvant. Medicamentos de alto riesgo en adultos mayores hospitalizados: Estamos haciendo lo fácil para hacer lo incorrecto. Estados Unidos. 2016.
7. Gallo CH. Maria y Morillo M. Jannina. (Ecuador 2016). Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que reciben intervención con un programa multifactorial de prevención comparada con adultos mayores que reciben indicaciones en consulta médica. Ecuador. 2016.

8. Collado G. Maryeli, Gonzales G. Jessica y Lopez A. Edith. Factores de riesgo que predisponen caídas en adultos mayores. Nicaragua. 2016.
9. Inuca T. Verónica y Pozo M. Miguel. Asociación entre caídas y polifarmacia en adultos mayores que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Ecuador. 2015.
10. Iglesias D. Melissa, Peña S. Eric y Gonzales V. Eloy. Frecuencia y factores asociados a caídas en adultos mayores atendidos en consulta externa. Lambayeque. 2013.
11. Silva F. Jack, Porras R. Milagros, Guevara M. Graciela, Canales R. Reyda, Cohelo F. Suzele y Partezanil R. Rosalina. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima. 2014.
12. Estefo Agüero , Silvana y Paravic Klijn, Tatiana. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Ciencia y enfermería XVI. 2010; Dic. (3): 33-39.
13. Virginia Henderson. 1961.
14. Arenas Luciano, Arias Julieta, Beltran Sebastian, Izaguirre Magaly. El Cuidado. 09 de junio 2012.
15. Bases conceptuales de Enfermería/Colectivo de autores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008. [VIII], 200 p.: il.
16. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima: Editorial cinco editores; 2006.Pag. 34.

17. Organización Mundial de la Salud. 7 de septiembre de 2016.
18. ECURED. Caídas en el adulto mayor. 18 agosto 2017.
19. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII. Prevención de Caídas en el Adulto Mayor. Medicina Preventiva (590) 353-355; 2009.

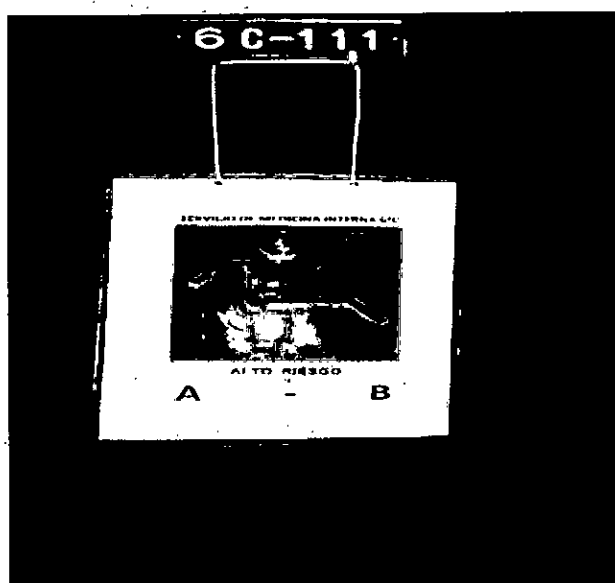
ANEXOS

Anexo 1

Carteles de clasificación de riesgo de caída



Fuente: Propia



Fuente: Propia

Anexo 2

PULSERA DE IDENTIFICACION REMARCADO CON UN PUNTO ROJO QUE INDICA EL RIESGO ALTO DE CAIDA DE PACIENTE




Fuente: Propia

Anexo 3


ELABORACION TRIPTICO PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL HOGAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y FAMILIA

MEIDAS A TOMAR EN CUENTA

- Colocar aparedadas a cada lado de la ducha o bañero.
- Utilizar tazas del retrete altas (55 cm) y colocar baranda a cada uno de los lados.



- Etiquetar las medidas según los su uso, tener una lupa y luz adecuada a la mano.
- Colocar en las escaleras descansos intermedios y barandas.
- Colocar luz al inicio y final de las escaleras.



Iluminación amplia y uniforme.

Instalar interruptores cerca de las entradas. Los muebles no deben obstruir el paso.

Sillas con bridas largas y respaldos altos.


Colocar alfombras que lleguen a la altura de la cintura.

Colocar escalas de goma coronado al lavador.

Utilizar calzado con suela de goma.

¡Puedes Hacerlo Mejor!

NO CAIDAS



La Unidad Médica Integral - SE INYEMAR
MÉDICO Y FARMACÉUTICO

Fuente: Propia

LAS CAIDAS

Las caídas representan un importante problema de los adultos mayores dada las consecuencias que trae.


Es una causa común y potencialmente prevenible de morbilidad y mortalidad, se encuentran entre las seis primeras causas de muerte en la población anciana.

Solo el 50% de aquellos que las sufren seguirán vivos a los años siguientes.

Una tercera parte de los ancianos sufren una caída en el transcurso de un año.

Se da con mayor frecuencia en mujeres.


Con el envejecimiento se pierden las respuestas normales frente a una caída.



Los caídas y sus consecuencias se pueden prevenir.

Ancianos con BAJO riesgo de caer:


- Aquellos totalmente inmóviles.
- Todos los que conservan una buena movilidad y estabilidad.



Ancianos con MAYOR riesgo de caer:

- Inestabilidad en el terreno con pequeños pasos, desbalance en la coordinación, cabeza y cuello aumentan la posibilidad de las caídas de los pies.
- Añoraciones en los miembros de la mano y pies, pérdida de postura y equilibrio, disminución de visión y sistema vestibular.

- Alteración en la atención, estado de alerta, memoria, presencia de depresión, trastornos del sueño tipo insomnio, con los despertares frecuentes.
- Enfermedades como Parkinson, demencia, hemiplejía, uso de aparatos ortopédicos, etc.



LA CAIDA EN EL ENTORNO

El riesgo de caer se está correlacionado con el ambiente habitual del anciano, ocurren con mayor frecuencia en el baño al bajar la hidratorción y las escaleras.

Los espacios inaccesibles con presencia de alfombras tipo borraza, la iluminación inadecuada influyen en

Fuente: Propia