

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



**ESTRATEGIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN
DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA – HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA
LIMA 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

MARÍA BETTY MENDOZA AHUMADA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mendoza', is positioned to the right of the author's name.

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI | SECRETARIA |
| ➤ DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 149

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/03/2018

Resolución Decanato N° 668-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	23
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	31
IV. RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	48

INTRODUCCIÓN

La caída es considerada como uno de los principales eventos adversos que pueden ser prevenidos por una institución de salud. La aplicación de estrategias efectivas de prevención, haciendo uso de herramientas de evaluación y valoración de las características clínicas del paciente y de los recursos hospitalarios permiten prevenir el riesgo de caídas. Este evento adverso no solo aumenta la estancia y el costo hospitalario, generalmente no advertido al ingreso del paciente, sino también afecta la calidad del cuidado de enfermería (1).

El personal de enfermería, como parte del equipo de salud deberá considerar como prioritario la implementación de escalas de valoración científicamente aplicables que han demostrado eficiencia para la disminución de los riesgos de caídas (2).

Los grupos de edad más vulnerables para el riesgo de caída son los niños menores de 4 años y los ancianos mayores de 65 años. Este problema cobra interés por su potencial magnitud poblacional, con la mayor sobrevivencia de los niños y la mayor expectativa de vida de los ancianos (3).. Según el boletín del INEI (2017) la población adulta mayor de 60 años alcanzará los 3 229 876 habitantes, que representará el 10.1% de la población total para el 2050, con una expectativa de vida que pasará de 74 años a 79 años para el 2050 (4).

La población adscrita al Hospital Marino Molina Scippa (HMMS) se ha incrementado acorde con la densidad poblacional de la zona de influencia, esto genera que la demanda de atención supere largamente a la oferta. Y los áreas de emergencia estén hacinadas con pacientes inestables con mínimo soporte y sujeción.

En el presente trabajo se describen los factores que generan los riesgos de caídas de los pacientes hospitalizados en la emergencia del Hospital Marino Molina Scippa I-II ESSALUD (HMMS) ubicado en el distrito de Comas, y la necesidad de implementar un sistema de evaluación que permita prevenir estos eventos adversos en el paciente.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

Como parte del rol del profesional de enfermería se considera importante plantear la problemática en forma objetiva a los gestores de la salud del hospital. Plantear la necesidad de implementar una escala de valoración que permita establecer las medidas de prevención, identificando los riesgos de caída en los pacientes vulnerables. Al mejorar nuestra calidad de cuidado esperamos disminuir los riesgos hospitalarios, lesivos, procesos legales, costos sociales y económicos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como principio fundamental de la atención sanitaria, a la seguridad del paciente. El riesgo a no presentar esta seguridad se encuentra relacionado a factores intrínsecos y extrínsecos, problemas de prácticas clínicas, procedimientos, seguridad de los equipos y el ambiente en que se presta el cuidado al paciente. (5)

Dentro de los eventos adversos en salud, las caídas de los pacientes, son consideradas la segunda causa mundial de muertes accidentales o no intencionales. De los cuales en los países desarrollados, uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria. La OMS registró que el 80% de las muertes por caídas en general, se presentan en países de bajos y medianos ingresos, y aquellos que sobreviven a las caídas representan un alto costo sanitario. (6)

Además, la caída del paciente en las instituciones sanitarias representa un riesgo en todos los sexos y grupos de edades, siendo los grupos más vulnerables, los niños y las personas mayores de 65 años, este riesgo se incrementa ante el diagnóstico del paciente, su trastorno físico, sensorial y cognitivo. (7)

Cabe señalar que el ambiente y la infraestructura hospitalaria también juega un rol importante para que su hospitalización sea más segura al paciente. Dentro de la política de las instituciones de salud, se vienen estableciendo Normas Técnicas a ser consideradas en las infraestructuras sanitarias y los entornos seguros con la finalidad de minimizar riesgos a eventos adversos.

Sin embargo en España, el Ministerio de Sanidad incluye, como política de estrategia sanitaria, un plan de calidad para la seguridad del paciente, que está orientado a una asistencia segura, con objetivos específicos, entre ellos la importancia del trabajo en equipo, la educación del personal de salud – familia – paciente hacia una cultura de seguridad, con prácticas de los cuidados basadas en evidencias disponibles (8).

Por otro lado en Ecuador, en el 2014 se realizó un estudio en Cuenca de las cuales participaron 489 adultos mayores de la Parroquia Sidcay, donde 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 Dawton fue: riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%. Cabe destacar que las caídas fueron mayores en pacientes con: enfermedades crónicas, estado mental confuso, deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, bajo riesgo por consumo de alcohol, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas (7).

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) viene promoviendo desde el 2008 la promulgación de la Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente, con el objetivo de promover una cultura de seguridad, implementar procesos seguros, identificar el análisis de los eventos adversos. En el registro de estos eventos, se encuentra la caída y se incluyen: el tropezón, resbalón, desmayos y la pérdida del equilibrio; todo esto dentro de la categoría relacionada con accidente del paciente (9, 10).

Para la realidad del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (ESSALUD) en estudios realizados, se demostró que, el perfil de los pacientes que experimentan mas caidas es el adulto mayor varón y que sin importar la causa de la caida 100% demandan evaluación médica, 80% requieren placas radiológicas y 20% requieren tomografía. Igualmente en el Centro Médico Naval en el año 2015, las caidas de los pacientes reportados en los diferentes servicios se incrementó entre el 12% y 21% (11).

Entender la caída como un evento adverso evitable es fundamental para el plan de cuidados de enfermería, por lo tanto es imprescindible que las instituciones de salud cuenten con un protocolo de valoración de riesgos de caída y un sistema de registro de eventos adversos (11).

En la Emergencia del Hospital Marino Molina Scippa, se ha venido observando un incremento gradual del hacinamiento de camillas y sillas de ruedas provisionales en los corredores, dificultad para el desplazamiento tanto de los pacientes como de los profesionales de salud. A través de una entrevista informal con los gestores del servicio manifestaron "el hospital ya sobrepaso su límite"; "Es necesario tener más recursos humanos e incrementar la infraestructura"; "Es totalmente estresante para nosotras enfermeras, física y emocionalmente, hacia un cuidado mas humano".

Se percibe la sobrecarga en el entorno laboral de la enfermera, favoreciendo un clima estresante, que condiciona riesgo de eventos adversos en los pacientes. Muy a pesar de que la institución cuenta desde el 2013 - 2014 con el Plan de Gestión de

Calidad y Seguridad del paciente, éste no se aplica en el servicio de emergencia.

1.2 Objetivo

Describir las estrategias del cuidado de enfermería para la prevención de riesgo de caída en pacientes hospitalizados en el Servicio de Emergencia - Hospital Marino Molina Scippa – Lima 2015-2017.

1.3 Justificación

El presente trabajo se encuentra enmarcado en la importancia que representa para los gestores y los profesionales de la salud, que el cuidado de enfermería sea de calidad, y que brinde seguridad al paciente.

Entendiéndose que en las instituciones de salud sean públicas o privadas reconocen que la población de pacientes vulnerable a sufrir caídas son los adultos mayores y los niños, las consecuencias pueden significar un alto costo social y económico.

Existen maneras de identificar factores de riesgo en grupos vulnerables con la aplicación de Escala de valoración de riesgo aplicados con sustento técnico y científico en realidades internacionales y nacionales, con la Escala de J. H. Downton, Escala de Riesgo de Caídas Morse, Escala de Caída de Heindrich y otros.

En el Hospital Marino Molina Scippa en el servicio de emergencia, no se aplica ninguna escala de valoración de riesgo de caídas a pesar de identificarse factores importantes como la infraestructura inadecuada, el hacinamiento, camillas con barandas inoperativas,

pacientes adultos mayores con patologías de riesgo, niños en sala de observación en cunas sin barandas y/o pacientes adultos mayores en sillas de ruedas o sillas improvisadas.

La aplicación de un modelo de escala de valoración de riesgo de caída en el servicio de emergencia permitiría a la institución y al profesional de enfermería la salud determinar acciones de prevención, disminución de riesgos y costos hospitalario por lesiones secundarias. Serviría como base a estudios futuros y el área de inteligencia sanitaria y efectos adversos contaría con una estadística objetiva de las ocurrencias. .Mejorará la atención de calidad del paciente, los cuidados de enfermería se verán valorados desde el punto de vista humanístico y social.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

MIYARES O. (2014). Caídas en pacientes hospitalizados: un evento adverso evitable Santander. España. Objetivo: situar la valoración inicial de caídas como la principal herramienta para la detección de los factores de riesgo que rodean al paciente, así como la puesta en marcha de intervenciones específicas para la prevención de este evento adverso (EA). Metodología: esta monografía se basa en la búsqueda bibliográfica en base de datos: Pudmed, Dialnet, en la biblioteca virtual biométrica Scielo, en google académico, páginas web, artículos y revistas OMS, biblioteca de la Universidad de Cantabria, La búsqueda de material científico se han utilizado amplio número de descriptores en ciencias de la salud, tanto español como en inglés. Resultados: Se evidenció una tendencia a la baja en la valoración de riesgo de caídas al ingreso, en 2009 un 92.9% de los pacientes incluía en su historia clínica la valoración de dicho riesgo, dato que caía al 76.1% en el 2010, al 67.9% al 2011 y se situaba el 67.7% en el 2012 (1caída/100 pacientes). Se plantea la posibilidad de que el grado de notificación de estos eventos no sea el adecuado que solo queden registradas las caídas de consecuencias graves para el paciente. Conclusiones: El equipo de enfermería es líder en la prestación de cuidados, entender la caída como un evento adverso evitable es fundamental para el plan de cuidado, es imprescindible que todas las instituciones sanitarias cuenten con un protocolo de valoración de riesgos de caída, es importante la contemplación de un sistema de informe y registro EAs.

ALVARADO A, et al. (2014). Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay Cuenca, 2013. Cuenca. Ecuador. Objetivo: Determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos, enfermedades crónicas, estado mental, deambulacion factores extrínsecos como fármacos, alcohol, las actividades diarias, lugar condición del suelo, caídas previas. Metodología: estudio transversal, se trabajo con 489 adultos mayores, se uso la escala de Downton para el levantamiento de datos, los que fueron tabulados y analizados en el programa SPSS 15.0, para variables demográficas se usaron porcentajes frecuencia y medidas de tendencia central y para significancia estadística el chi cuadrado. Los mayores de 74 años presentaron prevalencia de caídas en 43.1% , de sexo femenino 40.9%, según la escala de Downton se presento el 32.1% riesgo alto de caida y en el 67.9% riesgo bajo, las caidas fueron mayores en pacientes con enfermedades crónicas, estado mental confuso, los que consumen medicamentos y los de caidas previas. Conclusiones: existe relación en los antecedentes mundiales de caidas en personas adulta mayor, sexo femenino, con alteraciones mentales, deambulacion sin ayuda, consumo de medicamentos.

SEBBEN T, et al (2017). Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. Revista Latino-Americana Enfermagem. 2017;25:e2862. Rio Grande do Sul. Brasil. Objetivo: evaluar el riesgo para caídas de pacientes hospitalizados y verificar la incidencia del evento en este ambiente. Metodología utilizada fue un estudio de cohorte aplicadas a 831 pacientes de las unidades clínicas y medicas de un hospital universitario en Brasil en pacientes mayores de 18 años que aceptaron participar de la investigación despues de firmar los

términos de consentimiento, con estancias hospitalarias mayor de 24 horas. Se utilizó la Morse Fall Scale (MFS) que poseen seis items de puntuaciones y se consideraron pacientes con mayor riesgo a los que superan la puntuación de 45 a más, también se evaluaron datos de archivo como edad, sexo, fecha de hospitalización y alta, diagnóstico médico, registro de frecuencia de caídas previas. Los datos obtenidos se organizaron en Excel versión 2010, el análisis de desarrollo en el software Predictive Analytics versión 18.0. Resultado: es este estudio predominaron pacientes de sexo masculino en un rango de edades de 67 a 92 años el tiempo promedio de internación fue de 4 días y el tiempo promedio de seguimiento fue de 5 a 4. La puntuación media de los pacientes fue de 39.4 puntos, entre la primera y última evaluación, la puntuación aumento a 4.6% demostrando fuerte correlación entre la primera y última evaluación. Conclusión: Cuanto mayor puntuación de riesgo de caídas del paciente, mayor es el periodo de internamiento y viceversa. La tasa de incidencia fue de 1.68% con mayor porcentaje de pacientes clasificados con riesgo elevado para caída.

QUISPE N. (2015). Factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca de julio a octubre del 2015. Puno. Perú. Objetivo: analizar los factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca de Julio a Octubre 2015. Metodología: es de tipo analítico causal relaciona tanto los factores intrínsecos y extrínsecos como variables del estudio, la muestra fue de 480 pacientes de los servicios de medicina y cirugía, pacientes mayores de 18 años con mas de dos días de hospitalización, se aplico la escala de

J.H.Downton modificada, para el análisis de los datos se uso estadística descriptiva porcentual y el análisis estadístico de chi cuadrado. Conclusión: Los factores intrínsecos tienen rango de significancia estadística con un chi cuadrado del 95%, los factores extrínsecos no tienen significancia estadística,, de los factores intrínsecos que se relacionan con el riesgo de caída del paciente esta el género del paciente, el estado de conciencia, la presencia del dolor, la movilidad del paciente, alteraciones de la eliminación, alteraciones en la comprensión y la valoración de J. H. Downton demostro que 52.4% tuvieron alto riesgo de caída.

CUAYLA A. (2016). Frecuencia de adultos mayores frágiles en pacientes hospitalizados. Arequipa Perú. Objetivo: Estimar la proporción de adultos mayores hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el mes de febrero 2016. Metodología: investigación observacional, prospectivo, transversal, se incluyo pacientes de mas de 60 años hospitalizados durante el mes de febrero 2016 en las especialidades de medicina, cirugía y gineco-obstetricia. La recolección y registro de datos se realizó mediante VACAM que cataloga la fragilidad del adulto según su puntuación o evaluación, para el procesamiento de los datos se uso técnicas de estadísticas descriptivas. Conclusión: La prevalencia de fragilidad esta presente en cuatro de cada diez adultos mayores predominantemente en los varones de mayor edad, en los casados y en los de instrucción primaria.

2.2 Marco Conceptual

Teorías de Enfermería

En cuanto a las teorías de enfermería en el presente informe sobre estrategias de prevención de riesgos de caídas y la importancia de establecer una escala de valoración de prevención de estos, podemos mencionar los principio de la teoría de Virginia Henderson, desarrolla dentro de las necesidades básica de las personas “evitar peligros del entorno” y la:” conveniencia de disponer habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes de tal manera que pueda prevenir el peligro sobre sí mismos y sobre otras personas”. Hace referencia de los factores medioambientales y la necesidad de disponer de elementos que permitan no solo mantener la integridad física del ser humano, también evaluar sus limitaciones, dificultades y el cómo reducirlas o disolverlas (12).

Watson en su teoría del cuidado humano considera que es importante la integración de la humanidad, las ciencias y las artes. Refiere que un supuesto básico, es el entorno de cuidado ofreciendo a la persona bienestar mental y espiritual considerando variables externas como privacidad, entornos limpios y seguros. (13).

Eventos adversos en salud.

La vigilancia epidemiológica de los eventos adversos (EA) derivados de la atención sanitaria, debe ser realizada con el propósito de conocer los eventos, identificar los factores desencadenantes y por tanto mejorar la seguridad de los pacientes. Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria

representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios.

La vigilancia epidemiológica tiene como objetivo:

- Conocer la magnitud del problema.
- Conocer factores de riesgo de EA y sus tendencias en el tiempo.
- Detectar Eventos Adversos Centinelas (EAC) para priorizar sus análisis.
- Aportar información para establecer medidas de prevención.
- Evaluar el impacto de las medidas de prevención. (10,14)

A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños, hay que agregar el impacto económico y social de los mismos. Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes constituye una estrategia prioritaria en las políticas de calidad y seguridad de los sistemas sanitarios.

En la medida que el equipo de salud empiece a incorporar la necesidad de conocer los errores, identificar áreas susceptibles, el reporte será más fluido y por lo tanto la vigilancia será cada vez de mejor calidad.

La seguridad de los pacientes es un tema complejo en el que participan e interactúan múltiples disciplinas y procesos, los cuales requieren un enfoque integrado que permita mejorarla. En una política óptima de seguridad se prioriza evitar que surjan daños, por ello es indispensable la existencia de un sistema de notificación de registros de incidentes y eventos adversos para priorizar, aprender y crear una Cultura de Seguridad en las organizaciones de salud.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió en el año 2004 asumir el liderazgo mundial en pro de la seguridad de los pacientes a través de la iniciativa conocida como World Alliance for Patient Safety (Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes) en cuyas acciones establece, elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos. El estudio de los documentos elaborados tanto en el marco europeo (Declaración de Luxemburgo) y la Recomendación del Comité de Ministros de los Estados Miembros de la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (Informe de la Secretaria de la OMS, Declaración de Londres) sobre la gestión de la seguridad de los pacientes y de la prevención de los eventos no deseables en los cuidados de salud, pone de manifiesto la importancia creciente de reconocer la seguridad del paciente en el sector sanitario y la necesidad de introducción de sistemas de notificación de eventos adversos por parte de los estados. (6)

Sistema de Reporte y Notificación

La disponibilidad de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en relación con la seguridad del paciente constituye una de las metas prioritarias e irrenunciables de todos los sistemas de salud a nivel mundial, con el fin de detectar, conocer, estudiar y prevenir la aparición de aquéllos con perjuicios graves para la salud o la vida de los pacientes usuarios del sistema de salud.

Los resultados de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos son útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de éstos y en qué medida originan atenciones inseguras.

Tener un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica construir un proceso hospitalario aprobado por la Dirección General que incluya:

- Identificar un listado de eventos adversos que se reportan.
- Los niveles de responsabilidad de quién reporta y hacia quiénes.
- Definir los medios que se utilizan.
- Determinar la frecuencia y periodicidad.
- Garantizar la confidencialidad.
- Seleccionar la pertinencia de alternativas al autoreporte
- Establecer el proceso de análisis y retroalimentación
- Definir los mecanismos para promover el reporte en la institución

Para un Sistema de Notificación se debe estandarizar un formato, desarrollar análisis, generar respuesta y posteriormente difundir el aprendizaje generado por el registro de eventos vía la comunicación y retroalimentación.

Los sistemas de registro y notificación constituyen una parte en la construcción de una “Cultura de Seguridad”, en la cual se considera a los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar más; que como fallos que deben ser escondidos y utilizados para sancionar a los involucrados (9,10).

Características de un Sistema de Notificación Exitoso:

- No punitivo Los notificadores están libres de temores a las represalias contra ellos o el castigo de los demás como resultado de los informes
- Confidencial La identidad del paciente, notificador y la institución nunca son reveladas.

- Independiente El sistema de notificación es independiente de cualquier autoridad con poder para sancionar al notificador o a la organización.
- Análisis de Expertos Los reportes son evaluados por expertos quienes comprenden las circunstancias clínicas y son entrenados para reconocer causas subyacentes al sistema.
- Oportuno Los reportes son analizados con prontitud y las recomendaciones son rápidamente diseminadas a quienes necesitan ese conocimiento, especialmente cuando serios riesgos son identificados.
- Orientado a sistemas Las recomendaciones se centran en cambios a los sistemas, procesos o productos, más que en el desempeño individual.
- Que dé respuesta La instancia que recibe los reportes es capaz de difundir las recomendaciones siempre que sean posibles (9, 10, 14).

EsSalud propone en su "Guía del Sistema de registro, notificación, reporte, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos en los servicios de salud", sistemas de notificación obligatorio y voluntario:

Sistemas obligatorios: de notificación se centran en los eventos adversos que producen lesiones graves o muerte (Evento Centinela). Pretenden aportar a los pacientes unos mínimos de protección y ser un incentivo para que las instituciones eviten problemas de seguridad que les podrían conducir a sanciones y en último lugar, en exigir a las organizaciones inversiones en recursos para la seguridad del paciente.

Sistemas voluntarios: están destinados hacia la mejora de la seguridad. Se emplean en la notificación de los incidentes potenciales (sin daño a los pacientes o "near misses") y de los eventos adversos leves, moderados y severos que generan problemas de seguridad del paciente.

Áreas del Sistema de Notificación los Eventos Adversos se agruparán en:

- Relación con Infección Nosocomial
- Relacionado con los Procedimientos
- Relacionado con el Diagnóstico
- Relación con la Medicación 5. Relacionado con los Cuidados
- Otros

Se deben notificar todos los eventos adversos y los incidentes aunque no hayan tenido ninguna repercusión clínica en el paciente. (12) (14).

Caídas en Pacientes Hospitalizados

Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas (16).

Tipos:

- Accidental (factor extrínseco), causas que contribuyen a la presencia de caídas.
- No Accidental (factor intrínseco), pérdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la deambulación.

Factores de riesgo

Son las condiciones que pueden originar una caída:

- Factores del entorno (extrínsecos):
 - Cama inestable
 - Barandilla de la cama en mal estado
 - Freno de la cama defectuoso
 - Iluminación inadecuada
 - Timbre de llamada inaccesible
 - Silla en mal estado
 - Inodoros sin asideros
 - Baños sin asideros
 - Suelo mojado deslizante
 - Obstáculos en los corredores
 - Ropa y calzado inadecuado.
- Factores del paciente (intrínsecos)
 - Edad superior a 65 años o inferior a 5 años.
 - Estado de confusión, desorientación y/o alucinación
 - Impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada.
 - Alteraciones oculares o sensitivas.
 - Postoperatorio inmediato.
 - Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia.
 - Alcoholismo y/o drogadicción.
 - Actitud resistente, agresiva o temerosa.
 - Hipotensión.
 - Hipoglucemia.
 - Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.
 - Crisis epilépticas y epilepsia convulsiva y no convulsiva.

- Arritmia cardiaca, portadores de marcapasos.
- Disnea y taquipnea.
- Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulaci3n (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores (16, 17).

Escalas de valoraci3n de riesgo

Una escala de valoraci3n es una serie de categorías ante cada una de las cuales el observador debe emitir un juicio, indicando el grado en el cual se haya presente alguna característica determinada, una escala exige una valoraci3n cualitativa con la finalidad de evaluar en forma objetiva y con fundamento lo evaluado. (15)

Existen diferentes escalas que permiten evaluar el riesgo de caída de una persona, este es el caso de la escala de J. H. Downton (Fall Risk Store FRS) su aplicaci3n permite implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas y determinar qué factores de riesgo se presenta en cada paciente y la edad. Se asigna a cada ítem de evaluaci3n un valor de 0 a 1. Si el resultado de la escala es de 3 a más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída (16,17). Anexo 1.

Escala de Riesgo de Caída de Hendrich II: Diseñada para una evaluaci3n rápida de riesgo de caer de todo paciente hospitalizado, en el diseño permite evaluar factores de riesgo de la persona incluyendo una prueba para la valoraci3n de la marcha y equilibrio de la persona conocida como "Get up and Go Test" traducido al castellano como "levántese y camine". Los ítems de la escala poseen una valoraci3n y puntuaci3n independiente del resto, se asigna un valor 0 puntos cuando el paciente no presenta un factor de riesgo, o una puntuaci3n indicada cuando está presente (18). Anexo 2.

Escala de AM Tromp, fue creada en el 2001, se utiliza para evaluar a la población de 65 años a más que tienen riesgo de caída.

Consta de 4 ítems:

- Caídas previas (cuando sufrió caída en los últimos 12 meses). Puntaje 5.
- Cuando hay presencia de incontinencia urinaria. Puntaje 3.
- Problemas visuales (cuando una persona no puede reconocer el rostro a cuatro metros de distancia a pesar de usar lente corrector. Puntaje 4.
- Limitación funcional. Puntaje 3.

El puntaje total varía de 0 a 15 puntos, y a partir de 7 indica alto riesgo de caída. Anexo 3.

Escala de Valoración de Morse: Es la escala más utilizada por la profesional de enfermería estadounidense, la consideran como rápida y fácil de usar por lo rápido de la calificación de riesgo; consta de 6 ítems y una respuesta positiva y otra negativa y. Valora antecedentes de caídas, no (0) sí (20 pts.); diagnóstico secundario no (0) Sí (15 pts.); ayuda para deambular, reposo absoluto (0) bastón, muletas, andador (15 pts.); marcha normal (0) débil (15 pts.), se apoya en muebles (30 pts.); conciencia/estado mental, consciente (0) no consciente de sus limitaciones (15 pts.). Al final se suman los puntajes de los 6 ítems y si presenta hasta 24 puntos el riesgo de caída es bajo, de 25 q 44 tiene riesgo medio y más de 45 puntos es riesgo alto (19). Anexo 4.

Prevención de caídas

La prevención de la caída del paciente hospitalario se encuentra relacionada no solo con factores extrínsecos e intrínsecos, instrumentos de evaluación para la prevención de riesgo de caída ya existente y científicamente validados juegan un rol importante.

Estudios como el de Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool para evaluación de riesgo de caídas aplicado en un hospital del municipio de Sao Pablo en Brasil, concluye en la "validez de la escala traducida, con estructura centrada en la evaluación de riesgo para caídas, apuntando para su adecuación como instrumento alineado a los procesos de prácticas asistenciales administrativas". También se demostró que la escala era de rápida y fácil ejecución, contribuyendo a una adecuada identificación de los riesgos y la consecuente orientación de acciones asistenciales (20).

Otro instrumento validado para valoración de riesgo en adultos es la escala de Downton, el mismo que adaptado para pacientes pediátricos es altamente sensible y específica para predecir riesgos de caídas en pacientes pediátricos hospitalizados (21).

La escala Morse Fall Scale (MFS), es otra herramienta de referencia para ser usada en el cuidado enfermero, ha demostrado validez en las investigaciones previas como predictor de caídas en pacientes hospitalizado en un hospital comunitario en China con pruebas de confiabilidad (22).

Cuidados de enfermería

El desempeño del profesional Enfermero a través del cuidado, se encuentra orientado a tareas, acciones e intervenciones para satisfacer las necesidades del paciente, ya sea recién nacido, lactante, niño, joven, adulto o adulto mayor.

Investigaciones que recopilan datos de estudios realizados por enfermeras relacionados a la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, permite advertir que la producción científica basada en

la práctica se incrementa, como se demuestra en el estudio de la Asociación Brasileña de Enfermería del volumen XIX al XXXII que aborda la seguridad del paciente (23).

El cuidado de enfermería enfocado a evitar eventos adversos como las caídas no solo evalúa la percepción del profesional, también estima la percepción del paciente como protagonista del riesgo y se demuestra que los pacientes que tienen riesgo de caída no perciben que se pueden caer, la intención del paciente de tomar conductas preventivas está relacionadas con la confianza, temor y probabilidad de resultado adverso por la caída.

En el Hospital Marino Molina Scippa es recomendable como parte del cuidado enfermero, la implementación de la escala de valoración de Downton para el servicio de emergencia, considerando su validez comprobada en estudios previos y por la factibilidad de aplicación ante la demanda de atención, no solo se contribuye a prevenir caídas, también mejoraría el reporte de eventos adversos para las medidas pertinentes.

2.3 Definición de Términos

Cultura de Seguridad: Está formada por el modelo de creencias, valores actitudes, normas asunciones tácticas, procedimientos arraigados que influyen en la forma de trabajar de las personas y de las organizaciones en conjunto. Es una fuerza muy poderosa, que permanece incluso cuando se cambian los equipos y se traslada al personal.

Evento Adverso en Salud: Procesos definidos para la atención de salud en los centros asistenciales que causan daño o riesgo de daño del paciente. El evento incluye errores, eventos prevenibles, riesgos o peligros, todo accidente o suceso que ha causado daño

al paciente. El evento puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, discapacidad permanente, una lesión o la muerte; está directamente ligado a la atención del paciente y no con la historia de su enfermedad o a sus condiciones propias.

Evento Centinela: es un tipo de evento adverso donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente.

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso no Prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial.

Gestión de Riesgos: Es el conjunto de actividades (planificación, organización, dirección, evaluación y aplicación) que intervienen en la reducción de los riesgos de lesión para los pacientes y los empleados y en la reducción de los daños o las pérdidas materiales en los establecimientos sanitarios.

Incidente: (near misses) acontecimiento o situación imprevista inesperada que no produce daño al paciente. Se considera incidente sin daño aquel que por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daño, ni

pérdidas al paciente, pero que en otras circunstancias podría haberlo producido.

Inteligencia Sanitaria: es la capacidad y la función de reunir y analizar datos, para que de modo sistemático y organizado obtener y difundir información relevante sobre el ambiente externo y las condiciones internas de la organización, que permita crear conocimiento apto para la toma de decisiones y la orientación estratégica.

Notificación: acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento. En el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, se notifica los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos o tras situaciones peligrosas.

Práctica Segura: es la intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

Prioridad de atención en emergencia: Concepto por el cual el paciente debe atenderse de acuerdo con su gravedad. Atención inmediata, prioridad I (menos de 10 minutos), prioridad II (menos o igual a 20 minutos).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

El presente trabajo describe mi experiencia laboral y las observaciones con respecto al riesgo de eventos adversos por caídas en pacientes hospitalizados, durante el periodo 2015 – 2017, cuya magnitud se determinó con los datos estadísticos del Servicio de Emergencia del Hospital Marino Molina Scippa.

Para la recolección de datos se realizó el siguiente proceso: permiso de la Dirección del Hospital Marino Molina Scippa, acceso a indicadores estadísticos en la Oficina de Estadística, revisión del formato de historias clínicas del servicio de emergencia.

3.2 Experiencia Profesional

La experiencia de la labor profesional se inició en el año 1988, en el ámbito privado, Clínica Maison de Santé de Lima, desempeñando funciones asistenciales de enfermería en las diversas áreas de hospitalización. Permitió conocer un sistema de beneficencia de salud accesible a la comunidad.

Seguidamente realicé el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) de 1989 hasta 1990, en el Puesto de Salud Ex Fundo Naranjal, Cerro Candela y área rural de Condenilla Señor, distrito de San Martín de Porres, Lima. Esta labor se desarrolló en los programas preventivos promocionales aplicados a la población rural colindante al área urbana, que geográficamente se encontraba dentro de Lima.

Entre los años 1989 a 1994 laboré para la Universidad Peruana Cayetano Heredia como enfermera de Proyecto de Investigación, realizando labor de campo, para el seguimiento de los pacientes admitidos para evaluar la respuesta inmune a la vacuna de sarampión.

Los primeros 7 años de experiencia laboral permitió analizar la permisibilidad de laborar en una institución privada sin requisitos como el título profesional y el SERUMS, sin que esto signifique que el egresado de la profesión no cumpla con responsabilidad y eficiencia su labor. Paralelamente al desarrollo del SERUMS se pudo laborar en trabajo de campo desde el ámbito de la investigación. Esta condición especial, permitió afianzarme como profesional con un enfoque interdisciplinario de labor asistencial, comunitaria y de investigación.

Posteriormente en el año 1995 laboré en la Clínica Santa Rosa de Comas (antiguamente Instituto Peruano de Seguridad social IPPS, hoy EsSalud), como Enfermera Coordinadora General y como asistencial en el área de emergencia y de los programas preventivos externos. La zona adscrita para el cuidado enfermero se desarrollaba en un área rodeada de asentamientos humanos, considerada de riesgo por la situación política y social de la época. La aceptación de la población ante nuestro cuidado y entrega profesional se demostró por el apoyo que se recibía durante nuestras campañas de salud.

En el año 2000 se apertura nuevos establecimientos de salud, cambiándose el rubro IPSS por EsSalud, y se originó el cierre de pequeños establecimientos como el Policlínico Santa Rosa. El

personal en conjunto que laborábamos en este establecimiento fue trasladado al nuevo Hospital Marino Molina Scippa.

Inicié labor en el área de hospitalización rotando durante un año en los servicios de medicina, cirugía, pediatría, neonatología, tópicos de consulta externa, programas preventivos y emergencia; área donde me encuentro laborando hasta la actualidad.

Del año 2006 al 2008, ejercí como Coordinadora General de Enfermería, alternando la labor administrativa con la asistencial en el servicio de emergencia. En este periodo de Coordinadora general, se presentó el sustento técnico de la brecha oferta – demanda, lográndose el incremento del personal profesional y técnico de enfermería en todas las áreas del hospital.

Alternamente a mi labor asistencial en emergencia formé parte del equipo de enfermeras docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los años 2009 – 2010 en los cursos de administración de enfermería en post grado, promoviendo la función administrativa del profesional enfermero, y su aporte en la toma de decisiones como parte de la gestión de salud.

Integré el comité de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud en el 2011, miembro del comité de mejoramiento en el servicio de emergencia en 2012 – 2014, miembro del comité de auditoría de la calidad hospitalaria 2014.

En el 2014 participé como docente en la universidad Cesar Vallejo campus este, en el curso de Administración en Salud dirigido a alumnas de pregrado.

Desde el año 2016 a la actualidad, soy presidenta del Comité de Auditoría de los Registros de Enfermería en EsSalud HMMS.

El desarrollo del cuidado enfermero en el HMMS, se estableció de acuerdo con normativas de trabajo de Hospital nivel I-II. El desempeño en la Coordinación de Enfermería estuvo limitado por ser una plaza no presupuestada para el cargo, limitando las horas administrativas efectivas alternándolas con la labor asistencial en el servicio de emergencia. Los cargos administrativos y la permanente labor asistencial en el servicio de emergencia me permitieron evaluar la necesidad de mejorar el cuidado enfermero enfocándolo en la incrementación de personal en el servicio, participando con el mejoramiento del funcionamiento de las áreas y la mejora de los equipos biomédicos.

Característicamente, la demanda excede la oferta de atención en el servicio de emergencia y los eventos adversos como las caídas son un riesgo permanente en el servicio.

Como estrategia del cuidado del paciente, para mantener su integridad y disminuir los riesgos de eventos adversos, se procede a tomar medidas de seguridad como la necesidad de la participación del familiar como acompañante del paciente con la educación correspondiente, y en algunos casos la sujeción mecánica del paciente, con el objetivo de prevenir riesgo inminente.

Descripción del Área Laboral

El Hospital Marino Molina Scippa ESSALUD, fue fundado en el año 2000, se encuentra ubicado en el distrito de Comas, teniendo como referentes a los distritos de Comas, Carabayllo, Canta, en la actualidad, cuenta con una población adscrita de 195,356 asegurados (Diciembre - 2017). Es un centro nivel I, referencial de la zona norte de Lima, su crecimiento en infraestructura y servicios

se ha ido en incrementando, sin embargo, la demanda sobrepasa la oferta de atención.

Entre la oferta de servicios cuenta con consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, centro obstétrico, atención de enfermería, rayos X, laboratorio, nutrición, psicología, servicio social, servicio de emergencia.

Desde el punto de vista organizacional se encuentra la Dirección General, una Jefatura Médico Quirúrgico, una Jefatura de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, una Coordinación General de Enfermería, una Jefatura de Emergencia y una Sub Coordinadora de Enfermería en Emergencia. Se labora las 24 horas del día con personal médico, enfermería y técnicos de enfermería en turnos rotativos. Operativamente se labora con 42 enfermeras y 37 técnicos de enfermería y se complementa con horas extraordinarias.

El servicio de Emergencia se encuentra ubicado en el frontis lateral izquierdo de la estructura hospitalaria, con acceso directo a la Av. Guillermo de la Fuente. Cuenta con tópicos de atención Medicina y Pediatría, cirugía, traumatología y ginecología

En la actualidad se labora con 29 camillas, (inicialmente 10 a 12 camas) 3 cunas pediátricas y adicionalmente 12 a mas sillas dependiendo de la demanda de atención, todo esto dentro del mismo espacio inicial de la infraestructura de emergencia.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

En funciones de Coordinadora de Enfermería, se realizó:

Solución de la brecha por falta de personal de enfermeras y técnicos de enfermería, en los diferentes servicios, cuya finalidad fue satisfacer al usuario interno y externo de los servicios y prestaciones de salud del Hospital Marino Molina Scippa. Producto de esta gestión, sustentada y justificada, se incrementó el número de personal de enfermería en los diferentes servicios del hospital y en el servicio de emergencia, mejorando el cuidado enfermero, disminuyendo riesgos en el paciente.

Ampliación y redistribución de las áreas para el cuidado en el servicio de emergencia. Esta actividad se realizó como parte del Comité de Gestión Hospitalaria y de Acreditación. Como resultado, los tópicos de atención de Ginecología y Medicina fueron reubicados fuera del área de observación de la emergencia, con ello se consiguió disminuir el hacinamiento, y mejorando el cuidado del enfermero.

Reordenamiento del horario asistencial de las enfermeras de emergencia con la finalidad de conseguir tiempo libre para la especialización. Se facilitó el horario de trabajo sustentado en la normativa de la institución, para la capacitación del personal de enfermería. Se logró que aproximadamente 25 a 30% de enfermeras que laboraban en el servicio de emergencia, realicen la Especialidad en Emergencias y Desastres o Cuidados Intensivos de Enfermería. Esto repercute en el cuidado enfermero en beneficio del paciente.

Como Presidenta del Comité de Recepción de Nuevos Materiales y Equipos Biomédicos del Hospital Marino Molina Scippa (2015-2016), se renovaron las camas deterioradas, mesas monitores, bombas de infusión y mesas de trabajo.

En los años de experiencia laboral aun observo que a pesar de desarrollar medidas estratégicas para mejorar el cuidado enfermero, en el Servicio de Emergencia del HMMS la demanda de pacientes continúa sobrepasando la oferta, originándose quejas y reclamos, por la dificultad de comunicación del personal de salud con el paciente, por la demora de atención y por caídas accidentales que no son notificadas.

Al respecto, la nueva gestión de enfermería aplica como medida de apoyo, la "Normativa de sujeción mecánica", como parte de la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del hospital. Sin embargo esta medida debe ser aplicada previa evaluación o valoración del estado y riesgo de todos los pacientes.

A continuación se presentan dos casos relevantes que se suscitaron en el servicio:

- Paciente "Rogelio M. M." adulto mayor de 81 años ingresó fecha a la sala de observación del servicio de emergencia del HMMS, con diagnóstico médico "insuficiencia respiratoria, EPOC, Diabetes Mellitus compensada en Tratamiento". Al ingreso; Paciente me refirió: "Srta. es la segunda vez que me interno en el servicio, por favor que no me vuelvan amarrar, yo me doy cuenta de todo, no estoy loco ni inconsciente, solo que no puedo respirar bien. La primera vez vine por lo mismo, me encontraba en una camilla y me incliné para tomar mi papel higiénico y unos señores comenzaron a gritar ¡el viejito se va a

tirar de la camilla!... ¡se va a tirar de la camilla! Ahí, vinieron las señoritas y me llamaron la atención y me amarraron las manos y los pies, yo les dije que solo quería alcanzar mi papel higiénico y no me hicieron caso (hizo una pausa entristecido). Me estaba desesperando más, me sentía angustiado. Lo que hice fue esperar a que llegara la hora de visita y mis familiares recién me ayudaron”.

- Enfermera RITA: G. C. manifiesta que “ingresa mujer de 60 años, con diagnóstico de dolor abdominal, aparentemente lúcida, despierta, con Glasgow 15, se le brindo el cuidado de enfermería y fue llevada a sentarse en una silla, para la observación debido a la falta de camillas disponibles. Proseguí a continuar las actividades propias del cuidado a los demás pacientes en el servicio. A las pocas horas sucedió lo inesperado, la paciente que estaba sentada de repente cayó abruptamente y empezó a convulsionar, hasta el momento de los hechos no hubo forma de buscar más información de la paciente desconociendo que tenía antecedente de convulsión. Ante esta ocurrencia, al instante fue llevada a shock trauma, para la toma de placas radiográficas de cara y cráneo. La paciente también presentaba trauma frontal, por lo que se procedió a realizar una tomografía y se solicitó evaluación por neurología, finalizando con el retorno de la paciente al servicio y quedar en observación”.

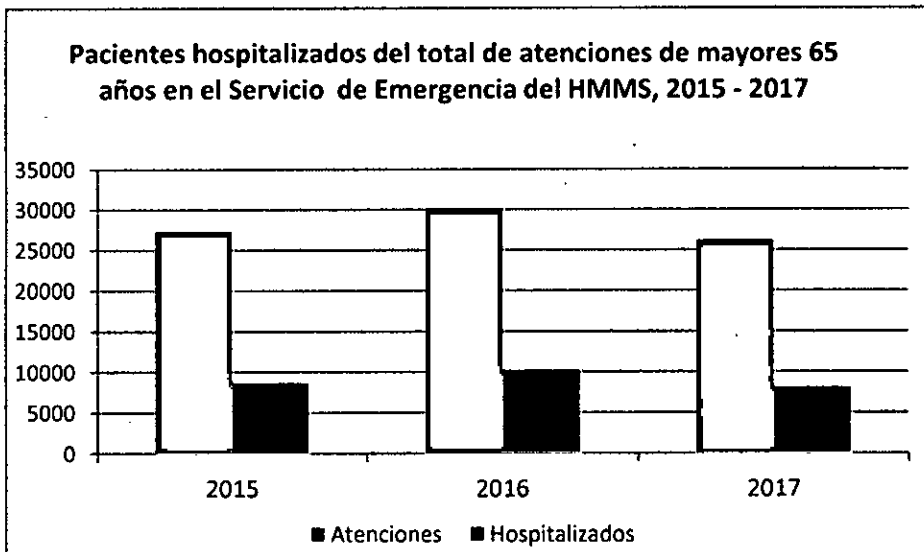
IV. RESULTADOS

Tabla 4.1.

Pacientes hospitalizados del total de atenciones en mayores de 65 años en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa 2015 – 2017

Año	Total atenciones en ≥ 65	Pacientes ≥ 65 hospitalizados en Emergencia	
		N	%
2015	27366	8685	31.8
2016	30161	10227	33.9
2017	26246	8132	30.9
Total	83773	27044	32.3

Fuente: Oficina de Estadística HMMS



Durante los últimos tres años, se hospitalizó el 32.3 % de los pacientes mayores de 65 años atendidos en la emergencia del Hospital Marino Molina Scippa.

Los pacientes mayores de 65 años hospitalizados son un grupo vulnerable que podría estar expuesto a frecuentes eventos adversos por caídas.

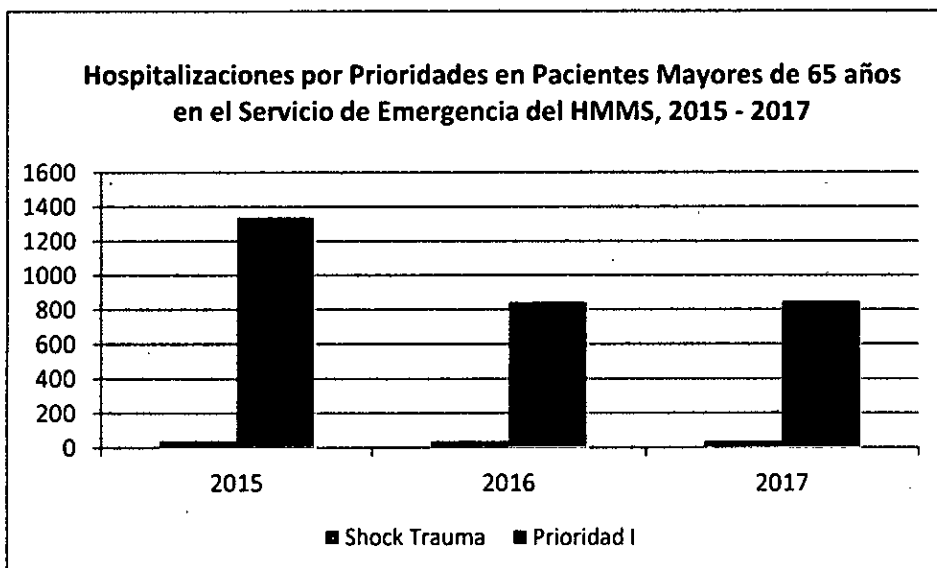
El uso de una herramienta de evaluación de riesgos para identificar factores intrínsecos o extrínsecos ayudaría a disminuir la frecuencia e intensidad de las caídas de pacientes mayores de 65 años.

Tabla 4.2

Pacientes mayores de 65 años atendidos por tipos de prioridades en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa 2015 -2017.

Año	Total	Shock Trauma	Prioridad I	Prioridad II
2015	8685	40	1340	7305
2016	10227	39	843	9345
2017	8134	38	846	7250
X por año	9015.3	39	1009.7	7966.6
X por día	24.7	0.1	2.8	21.8

Fuente: Oficina de Estadística HMMS.



Se atienden 24.7 pacientes mayores de 65 años por día, de los cuales aproximadamente 3 se hospitalizan por prioridad I y Shock Trauma. Los pacientes restantes se ubican progresivamente en las camillas y sillas de ruedas restantes.

Las prioridades II son las de mayor demanda en mayores de 65 años en la emergencia del Hospital Marino Molina Scippa.

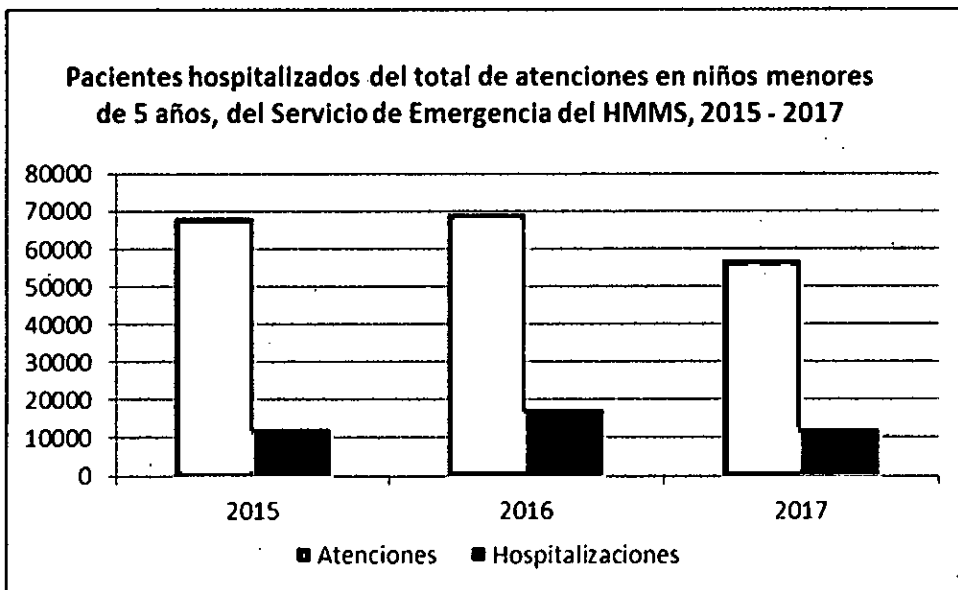
Los diagnósticos de Shock Trauma y Prioridad I, generalmente son trastorno de sensorio, insuficiencias respiratorias, convulsiones, estatus convulsivos, hemorragias digestivas altas y bajas, crisis hipertensivas, diabetes mellitus descompensadas con compromiso de sensorio.

Tabla 4.3

Porcentaje de pacientes hospitalizados del total de atenciones en niños menores de 5 años en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa 2015 – 2017.

Año	Total	Pacientes 0 a 5 atendidos en Emergencia	
		N	%
2015	68344	12237	17.9
2016	69261	17498	25.3
2017	56949	12554	22.0
Total	64851.3	14096.3	21.7

Fuente: Oficina de Estadística HMMS.



Durante los últimos tres años, el 21.7 % de los niños menores de 5 años, se hospitalizan por Shock Trauma y prioridades I y II, en emergencia del Hospital Marino Molina Scippa.

Los pacientes menores de 5 años hospitalizados representan un grupo vulnerable para presentar eventos adversos por caídas.

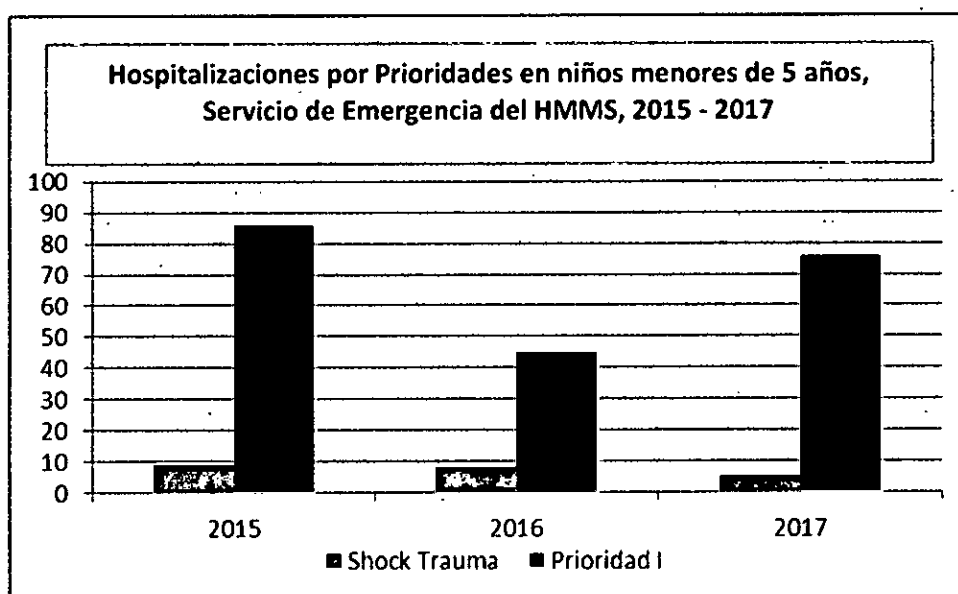
El uso de una herramienta de evaluación de riesgos para identificar factores intrínsecos o extrínsecos ayudaría a disminuir la frecuencia e intensidad de las caídas de pacientes menores de 5 años.

Tabla 4.4

Pacientes mayores de 0 a 4 años hospitalizados por prioridades en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa 2015 -2017.

Año	Total	Shock Trauma	Prioridad I	Prioridad II
2015	12237	9	86	12142
2016	17498	8	45	17445
2017	12554	5	76	12473
X por años	14096.3	7.3	69	14020
X por día	38.6	0.02	0.2	38.4

Fuente: Oficina de Estadística del HMMS:



Se atienden 38.6 niños menores de 5 años en emergencia del HMMS, de los cuales se hospitalizan el 0.22 (1 paciente cada 5 días) por shock trauma o prioridad I.

El presente cuadro muestra que en el servicio de emergencia, las prioridades II son las que demandan mayor atención en pacientes mayores de 0 a 4 años.

Los diagnósticos de Shock Trauma y Prioridad I, generalmente son pacientes con crisis asmáticas severas, frecuencia respiratoria mayor a 60 por minuto, convulsiones o status convulsivo, saturación de oxígeno menor a 82%, quemaduras, politraumatizados, ingesta de sustancias tóxicas, deshidratación con shock.

V. CONCLUSIONES

- a) De acuerdo a los observado existen riesgos de caída en los pacientes hospitalizados menores de 5 años y mayores de 65 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Marino Molina Scippa.
- b) Se hace necesario aplicar una herramienta de valoración de riesgos para evitar las caídas en los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia de Hospital Marino Molina Scippa.
- c) El profesional de Enfermería debe aplicar las escalas de valoración de riesgo de caída como parte del cuidado y seguridad del paciente hospitalizado.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Implementar una escala de valoración de riesgo de caídas, validada y basada en bases científicas aplicadas por el profesional enfermero, formando parte del cuidado del paciente en el servicio de emergencia.

- b) Minimizar los factores extrínsecos, dialogar con los gestores para superar barreras arquitectónicas del entorno donde se atiende a los grupos vulnerables de presentar eventos adversos como las caídas.

- c) Promover la educación del paciente y la participación de la familia para formar parte del proceso de prevención de eventos adversos.

VII. REFERENCIALES

1. SEBBEN T, BOSI DE SOUZA T, DE SOUZA J, MENEGHETTI M, Xavier B, Baldissera J. Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. Rev. Latino Am Enfermagem. 2017; 25: et 2862.
2. QUISPE N, TOLEDO N. Factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del hospital Carlo Monge Medrano Juliaca de Julio a Octubre 2015. 2016; Tesis Licenciatura Enfermería, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.
3. CUAYLA D. Frecuencia de adultos mayores frágiles en pacientes hospitalizados. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano, Universidad Nacional San Agustín, 2016.
4. INEI. Situación de la población adulta mayor. Informe técnico N°3. Setiembre 2017.
5. WHO. WHO global report on Falls Prevention in Older Age. 2014. www.who.int/ageing/publications/falls_prevention7March.pdf.
6. WHO. Alianza mundial para la seguridad del paciente, la investigación en seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención más segura. 2008; www.who.int/patientsafety/...centre/.../ps_research_brochure_es.pdf.
7. ALVARADO L. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay – Cuenca, Ecuador. 2013.

8. MIYARES A. Caídas en pacientes hospitalizados: un evento prevenible. Tesis para optar el título de enfermera de la Universidad de Cantabria, España, 2014.
9. MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ. Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. 2007;
[www.minsa.gov.pe/dgsp/documentos/decs/.../NTS_Seguridad del Paciente_Final.pdf](http://www.minsa.gov.pe/dgsp/documentos/decs/.../NTS_Seguridad_del_Paciente_Final.pdf).
10. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Vigilancia de Incidentes y Eventos Adversos. 2008; www.minsa.gov.pe/.../INTRUMENTOS-INCIDENTES-EVENTOS
11. AYALA C, CARRASCO R, MEZA M. Efectividad de la Implementación de una Escala de Riesgo de Caídas en pacientes de la sala 6 – 3 de Neurocirugía del Centro Médico Naval Santiago Távara. Tesis para optar el grado de especialista en enfermería en Neurología y Neurocirugía de la Universidad Peruana Unión, 2017.
12. BELLIDO J, LENDÍNEZ J, Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera edición, 2010. Editorial Rafael Pino, Jaén, España.
13. GUERRERO R, MENESES M, DE LA CRUZ M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima – Callao, 2005. Rev. Enferm Herediana. 2016; 9: 127 – 136.

14. ESSALUD. Directiva N° 008-GG-EsSalud 2013. Prácticas seguras y gestión del riesgo para la prevención de caídas de pacientes. [www.academia.edu/.../DIRECTIVA N GG EsSalud 2012 P](http://www.academia.edu/.../DIRECTIVA_N_GG_EsSalud_2012_P).
15. RAPSANG AG, Shyam DC. Scoring system of severity in patients with multiple traumas. *Cir Esp*. 2015; 93: 213-21.
16. Caídas. www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=uridata-id.
17. ALMAZÁN-CASTILLO M, JIMÉNEZ-SÁNCHEZ J. Escala de valoración de riesgos de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 21:9-14.
18. Compendio de las escalas de evaluación de riesgos en el paciente politraumatizado. This Journal es available in English. Vol 93. N°4 Abril 2015.
19. MARTINS MJ, MARTINS T, ARAUJO F. Study of the cut-off point of the Morse Fall Scales (MFS). https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=608
20. MARTÍNEZ M, IWAMOTO V, Dias de Oliveira M, Moreira A, Sousa A, Alves C, Lopes P. Adaptación transcultural de la Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool para evaluación de riesgo de caídas. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 2016; 24: e2783.
21. SAMPLES R, SIELA D, Perceptions related to falls and fall prevention among hospitalized adults. *American journal of critical care*, September 2015, Vol 24 N°5. [http://ajcc.aacnjournals.org/by AACNJanuary 7, 2018](http://ajcc.aacnjournals.org/byAACNJanuary7,2018)

22. TZU-TING Huang, WOAN-SHYUAN Wang. Comparison of Three established measures of fear of falling in community-dwelling older adults: Psychometric testing. *International Journal of Nursing Studies*. 46. 1313-1319. 2009.

23. TAYSE de Lima A, TUANI P, Filgueira C, DA FONSECA Silva M, De Lima Ferreira L, PERIRA V. Patient safety in nursing paths in Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(1): 139-46. 2017. <http://dx.doi.org.10.1590/0034-7167-2015-0139>.

24. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. 2006; cmp.org.pe/wp.../RM386-2006-N_T_SERV_EMERGENCIA.pdf.

ANEXOS

Anexo 4.1

• Escala:

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Fuente: escaladeriesgosdecaidas.com. 2016

Anexo 4. 2

Hendrich II Fall Risk Model TM		
RISK FACTOR	RISK POINTS	SCORE
Confusion/Disorientation/Impulsivity	4	
Symptomatic Depression	2	
Altered Elimination	1	
Dizziness/Vertigo	1	
Gender (Male)	1	
Any Administered Antiepileptics (anticonvulsants): <small>(Carbamazepine, Divalproex Sodium, Ethosuximide, Ethosuximide, Felbamate, Fosphenytoin, Gabapentin, Lamotrigine, Mephenytoin, Methsuximide, Phenobarbital, Phenytoin, Primidone, Topiramate, Trimethadione, Valproic Acid)¹</small>	2	
Any Administered Benzodiazepines:² <small>(Alprazolam, Chloridiazepoxide, Clonazepam, Clorazepate Dipotassium, Diazepam, Flurazepam, Halazepam³, Lorazepam, Midazolam, Oxazepam, Temazepam, Triazolam)</small>	1	
Get-Up-and-Go Test: "Rising from a Chair" <small>If unable to assess, monitor for change in activity level, assess other risk factors, document both on patient chart with date and time.</small>		
Ability to rise in single movement - No loss of balance with steps	0	
Pushes up, successful in one attempt	1	
Multiple attempts but successful	3	
Unable to rise without assistance during test	4	
<small>If unable to assess, document this on the patient chart with the date and time.</small>		
(A score of 5 or greater = High Risk)	TOTAL SCORE	
© 2013 AHI of Indiana, Inc. All rights reserved. United States Patent No. 7,282,031 and U.S. Patent No. 7,682,308. Reproduction of copyright and patented materials without authorization is a violation of federal law.		

Fuente: hendrichcuadrodevaloracion.gob.pe, 2017

Anexo 4.3

Valoración del riesgo de caídas

Escala de clasificación del riesgo de caídas

Escala de riesgo de caídas múltiples (de A.M. Tromp y colaboradores)

Ítem	Puntos
Problemas visuales (ítem presente cuando se ha sufrido caídas en los últimos 12 meses)	5
Incontinencia urinaria	3
Problemas visuales (ítem presente cuando la persona no puede reconocer un rostro más allá de los 4 metros de distancia, aunque utilice lentes correctores)	4
Limitación funcional (ítem presente cuando la persona sufre dificultades para subir escaleras, o utilizar vehículos propios o públicos, o no puede cortarse él solo las uñas de los pies)	3
Total	15

La puntuación a partir de 7 puntos se considera que el riesgo de caídas múltiples es alto

Fuente: valoracionderiesgodecaidas.escaladeclassificacion.gob

Anexo 4.4

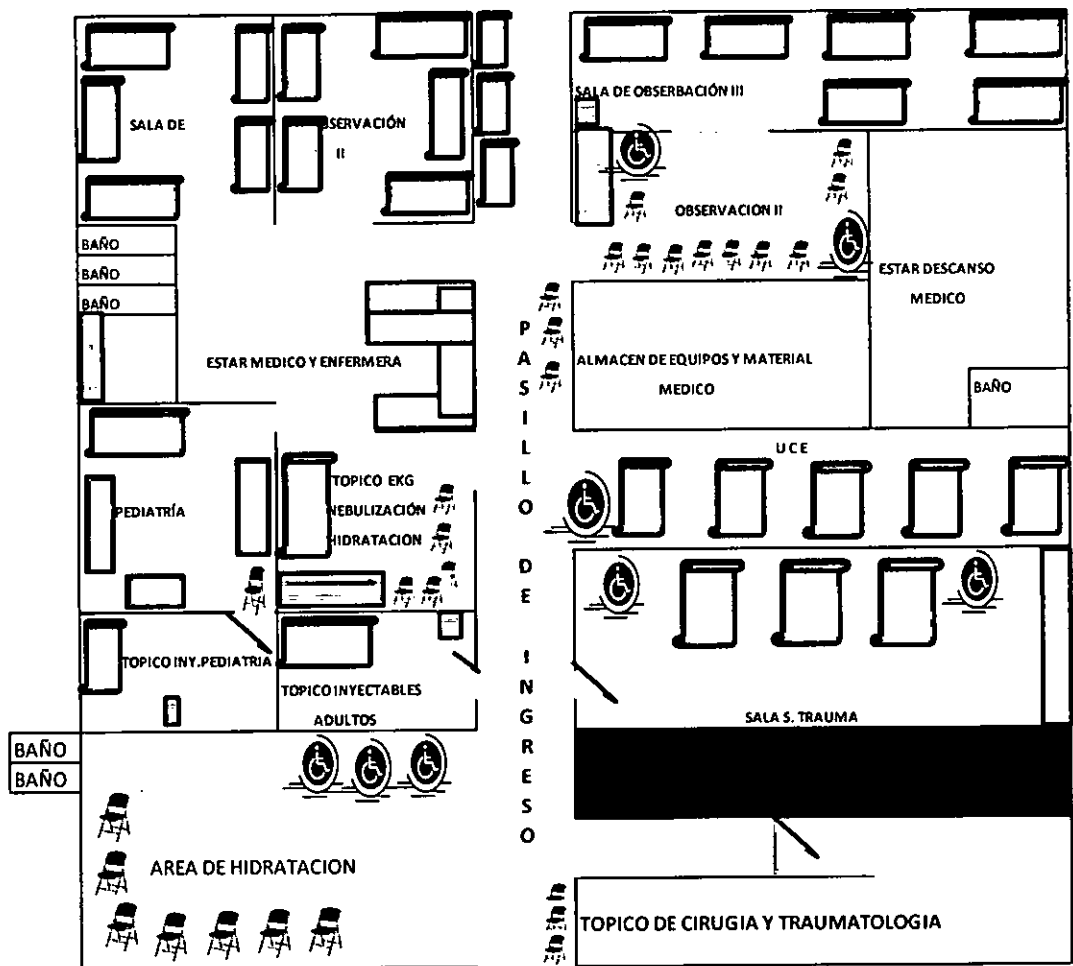
Determinación del riesgo de caer (Escala de MORSE)

1	Antecedentes de caídas	No Si	0 25	
2	Diagnóstico secundario	No Si	0 15	RIESGO BAJO
3	Ayuda para deambular			Hasta 24
	Reposo en cama / Asistencia de enfermería		0	RIESGO MEDIO
	Bastón / Muletas / Andador Se apoya en los muebles		15 30	
4	Vía venosa	No Si	0 20	25-44
5	Marcha			RIESGO ALTO
	Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		0	
	Débil Alterada requiere asistencia		15 30	45 y mas
6	Conciencia / Estado mental			
	Consiente de sus capacidades y limitación No consiente de sus limitaciones		0 15	

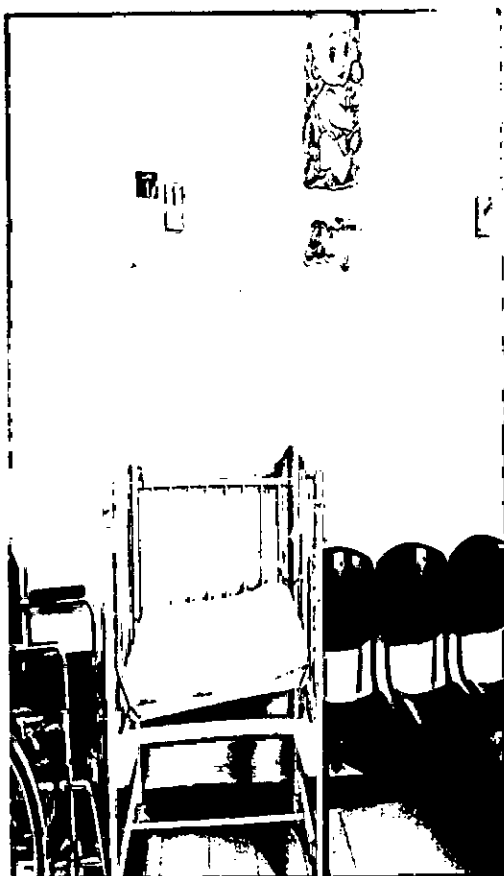
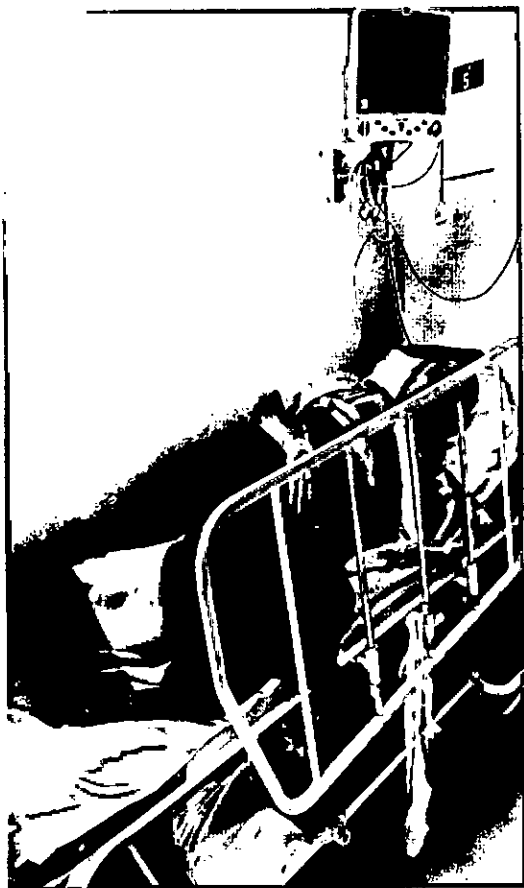
Fuente: escalarmorse.gob.pe. 2017

Anexo 4.5

EMERGENCIA



Fuente: Elaboración Propia (2017)



Fuente: Elaboración propia, 2017

El uso constante de las camas, camilla y cunas en el servicio de emergencia, generan deterioro de los mismos, generando posibilidad de eventos adversos como caídas, poniendo en riesgo la seguridad física del paciente, juega un rol importante las medidas de prevención en el plan de cuidado de enfermería en los servicios.



Fuente: Elaboración propia, 2017

El incremento de la demanda de atención en el servicio de emergencia, acompañado de la infraestructura y herramientas de atención insuficientes, generan el hacinamiento, bioseguridad inadecuada, riesgo de eventos adversos en los pacientes.