

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



**PLAN DE GESTIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA DIRECTIVA
PARA PREVENIR CAÍDAS EN EL NIÑO HOSPITALIZADO DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO.
2019 - 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

MIRTHA EDITH AKAJOSI TRUJILLO

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 119-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 17 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática.....	4
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	9
2.2 Bases Teóricas	14
2.3 Bases Conceptuales	17
Capítulo III.	23
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en Relación a la Situación Problemática.....	35
Referencias Bibliográficas	45
Anexo.....	46

INTRODUCCIÓN

La OMS en su informe presentado el 10 enero 2018 refiere, las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos. La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas; los ancianos mayores de 65 años son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas. Otro grupo de riesgo son los menores de 15 años, cuyas caídas se deben en gran parte a su estado de desarrollo, a su curiosidad innata y al aumento de su nivel de independencia, que les lleva a adoptar conductas de más riesgo. Siendo las complicaciones más frecuentes: hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. (1)

El presente trabajo académico titulado “Plan de Gestión en la Implementación de Directiva para Prevenir Caídas en el Niño Hospitalizado del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao 2020”, Tiene Por Finalidad Contribuir a establecer una cultura de seguridad y gestión de riesgos a través de la implementación de buenas prácticas de atención. Asimismo, prevenir y disminuir el daño por caída y sus complicaciones en los pacientes pediátricos hospitalizados, lo cual es muy importante, porque las caídas ocurridas durante la hospitalización es considerado un evento adverso, siendo responsabilidad del Equipo de Enfermería con implicancias legales, además de ser un indicador de calidad en el cuidado integral del niño.

El desarrollo del presente trabajo académico es producto de la gestión, que se inició al asumir la Jefatura de Enfermería del Servicio de Medicina Pediátrica, del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao; desde el año 2009 y se consolida con la aprobación R.D. N° 075 en marzo del año 2016, aprobando la Directiva de Prevención de caídas en pacientes pediátricos hospitalizados. Ante el incremento de la frecuencia de caídas, en setiembre del 2009 se empieza con un plan de educación a las madres para prevenir caídas, al transcurrir los años se amplía los temas relacionados al cuidado de la salud del niño y con la participación del Equipo multidisciplinario. A la vez se implementaban cartillas educativas, dispositivos para sujeción, ante la actitud negativa de un porcentaje de madres, en agosto del 2014 se decide implementar un compromiso de la madre, en abril del 2016 con la aprobación de la Directiva se inicia la aplicación de la escala Humpty Dumpty.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La OMS en su informe presentado el 10 enero 2018 refiere, las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD). Cerca de un 40% de los AVAD perdidos en todo el mundo debido a las caídas corresponden a los niños. (1)

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas; los ancianos mayores de 65 años son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas; siendo las complicaciones más frecuentes: hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. Otro grupo de riesgo son los menores de 15 años, cuyas caídas se deben en gran parte a su estado de desarrollo, a su curiosidad innata y al aumento de su nivel de independencia, que les lleva a adoptar conductas de más riesgo. Aunque la supervisión insuficiente de los adultos es un factor citado frecuentemente, las circunstancias suelen ser complejas y hay interacciones con la pobreza, la monoparentalidad y los entornos particularmente peligrosos. Los datos procedentes del Canadá indican que la aplicación de estrategias preventivas eficaces y la consiguiente reducción de las caídas de los menores de 10 años en un 20% supondrían un ahorro neto de más de US\$ 120 millones al año. (1)

Así mismo, las prestaciones de salud deben realizarse con calidad, así la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean la calidad, incluyendo la seguridad del paciente, y la definen como una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Entonces la calidad en los servicios de salud debe dar cumplimiento a las normas técnicas que incluyen infraestructura, equipos, materiales, medicamentos, talento humano con conocimientos y habilidades para ofrecer el servicio; pero también, de las necesidades sentidas del usuario que involucran la entrega amable y respetuosa. La relación interpersonal no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también, hace referencia al interés que se tiene por las personas usuarias, el cual se demuestra por la comodidad, la privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud. (2)

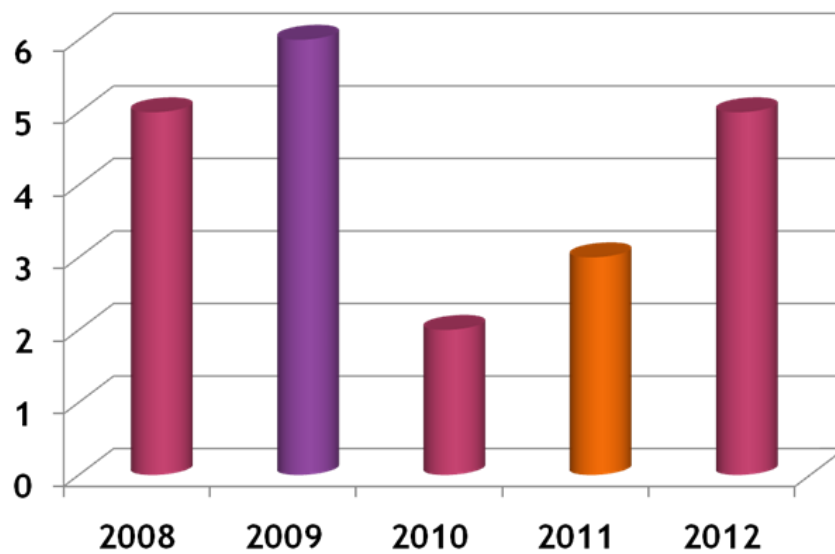
El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao, es un establecimiento de salud nivel III-1, con 32 servicios de hospitalización; siendo el Servicio de Medicina Pediátrica I – II estructurado para atender 18 niños por sala, es decir con capacidad para hospitalizar hasta 36 niños desde los treinta días de nacido, hasta los catorce años, once meses y veintinueve días de vida. Brinda Atención Integral de Salud en diversas especialidades médicas, con un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y sin complicaciones. Con una gestión que garantice atención oportuna, eficiente y eficaz con calidad, calidez y compromiso social; brindando educación a la madre en temas de salud; contando con personal profesional y técnico de alta competitividad que actúa de acuerdo a las necesidades de nuestra población usuaria.

El problema se identificó en el Servicio de Medicina Pediátrica, salas I – II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao. Realizando un

análisis del Gráfico N° 1 se observa que se presentaron en promedio 4 caídas, siendo los años 2008 y 2012 en donde cinco niños sufrieron caídas y 6 niños sufrieron caída en el año 2009. La caída de un paciente pediátrico hospitalizado es considerado un evento adverso, por lo tanto la Enfermera debe evaluar al niño inmediatamente, solicitar evaluación por el médico, se debe efectivizar los exámenes indicados, ser reevaluado con los resultados, recibir tratamiento médico según la lesión ocasionada y monitorizar el estado hemodinámico para identificar signos de alarma, como: hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La enfermera responsable debe presentar un informe a su jefatura inmediata y remitir el Informe al Departamento de Enfermería, con un formato de evento adverso. Siendo la Oficina de Gestión de la Calidad quien realizara la auditoria de caso, para identificar las causas y proponer recomendaciones.

GRAFICO N° 1
FRECUENCIA DE CAÍDAS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA HOSPITAL
NACIONAL DANIEL A. CARRION CALLAO, PERÚ 2012

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012
CAÍDAS	05	06	02	03	05



Fuente: Registro de Indicador de Caídas del servicio de Medicina
 Pediátrica año 208 - 2012 en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión.
Indicador: Número de pacientes que sufren caídas por 100 sobre total
 de pacientes hospitalizados por año (3)

Se observó que las causas de las caídas es debido a que las madres olvidaron subir las barandas de las cunas, se quedaron dormidas con el niño en brazos, soltándolos. Sumado el bajo nivel educativo de las madres, el desconocimiento en relación a las acciones para prevenir las caídas en el niño, mientras dure la hospitalización.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Respecto a estudios de Investigación a nivel Internacional se detallan a continuación

Los autores **HOFFMANN L., WEGNER W., BIASIBETTI C., PERES M., GERHARDT L., BREIGEIRON M.(2019)**. En la presente investigación “Incidentes de Seguridad del Paciente Reportados Por Familiares de Niños Hospitalizados”. Porto Alegre – Brasil. El Objetivo es analizar los incidentes de seguridad del paciente identificados por los acompañantes de niños hospitalizados. El Método utilizado en el estudio fue el cualitativo, exploratorio-descriptivo, realizado con 40 acompañantes de niños hospitalizados en las enfermerías de tres instituciones hospitalarias, en el municipio de Porto Alegre/RS, Brasil, desde abril hasta diciembre 2016. Se realizaron entrevistas semi estructuradas, grabadas y transcritas en su totalidad, sometidas al análisis temático con la ayuda del software NVivo 11.0. Obteniendo los siguientes resultados: se han reportado casos de acompañantes relacionados con las caídas, la alimentación del niño, identificación del paciente/acompañante, proceso medicamentoso, comunicación, higienización de las manos y del ambiente hospitalario, diseminación de enfermedades, relación entre acompañantes/profesionales en el cuidado y los procesos/procedimientos de cuidado. Consideraciones finales: la comunicación y la relación entre acompañantes/profesionales son los principales factores que contribuyen para los incidentes de seguridad del paciente, lo que interfiere en la calidad del cuidado. La participación de los acompañantes y el compromiso en el cuidado del niño pueden ser estrategias a ser desarrolladas para la promoción de la cultura de seguridad. El presente

trabajo de investigación, tiene estrecha relación con el trabajo académico, al determinar la conducta del familiar acompañante guarda relación con las caídas y resalta la importancia de la comunicación asertiva y buenas relaciones entre los padres y el personal de salud. (4)

Asimismo los autores **CASTILLO E., OCAMPO M. (2013)**. “Vivencia de Madres de Niños Prematuros Hospitalizados”. Brasil El objetivo fue describir las vivencias de las madres con respecto al cuidado de su hijo prematuro el primer día después del alta. La metodología fue un estudio fenomenológico interpretativo con 10 madres. Siendo los resultados: El alta del bebé fue interpretada por las madres como un evento que les permite recuperar al hijo, quien no era suyo sino del personal del hospital. La experiencia de cuidarlo la primera noche en casa fue vivida con zozobra, angustia y total dedicación. Conclusión: Después de la hospitalización del hijo, las madres dudan de su capacidad para cuidarlo. Por lo tanto, es necesario implementar estrategias que les permitan conocer a sus hijos y participar en el cuidado durante la hospitalización con el fin de desarrollar confianza en su capacidad para el cuidado en el hogar. La participación de la madre durante los días de hospitalización del niño, debe ser una estrategia para la educarla en temas relacionados al cuidado de la salud de su menor hijo. (5)

2.1.2 Antecedentes Nacionales, se realizaron estudios de investigación que a continuación se describen:

El autor **SOLANO SERNAQUE, Z. (2014)**. Realiza la investigación sobre “Intervención de la madre acompañante en el cuidado al niño hospitalizado del Servicio de Pediatría de un Hospital Local”. Chiclayo. Realizo la tesis en el servicio de pediatría del HRDLM, refiriendo que es la madre quien permanece junto a su hijo, encontrándose muchas veces

en dificultades al ser limitada por el personal de enfermería, al querer colaborar con su cuidado. Es por ello, consideró realizar un estudio cualitativo, con abordaje de estudio de caso, teniendo como objetivo: analizar, describir y comprender cómo interviene la madre acompañante en el cuidado del niño durante su hospitalización; los sujetos de estudio fueron 7 madres de cada sala que ingresan por primera vez al servicio, considerando en la triangulación de datos 4 enfermeras, aplicándose la entrevista a profundidad y observación simple. Se justificó para mejorar el cuidado que brinda la madre acompañante; se les motivó y apoyó a través de un lenguaje sencillo y apropiado, acerca de los cuidados que puedan ofrecer a su hijo. El marco teórico se sustentó con la teoría de Waldow, respetándose los principios éticos y de científicidad. El análisis temático dio lugar a las siguientes categorías: 1. Conflicto de la madre acompañante en el cuidado al niño hospitalizado, 2. Cuidados con base en conocimientos culturales de la madre acompañante, 3. Exclusión de las madres en los cuidados básicos y procedimientos especiales. Finalmente se concluyó que la intervención de las madres acompañantes es de gran importancia durante la hospitalización del niño, ya que éste se sumerge a un mundo extraño donde es vital que entre enfermera y madre se evidencie la confianza y comunicación para hacer de la recuperación del niño, un éxito. Los resultados de la investigación refuerzan la importancia el acompañamiento de la madre mientras dure la hospitalización, permitiendo la adaptación del niño al ambiente hospitalario y fortalecer la confianza y comunicación entre la madre y el personal de salud. (6)

Los autores **CABREJOS V., HURTADO G., ROSILLO A. (2015).** “Intervención Educativa para la integración de madres primerizas en el cuidado de las necesidades básicas del recién nacido hospitalizado con bajo peso”. Lima. Es importante promover la participación de las madres

primerizas en las actividades de cuidado de sus recién nacidos hospitalizados, porque con ello se dan momentos íntimos con sus bebés en los cuales es posible restablecer el vínculo afectivo fomentando sentimientos de plenitud al sentirse útiles, capaces, autónomos e irremplazables. Es por ello que con esta investigación buscan determinar la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento sobre participación de las madres primerizas al cuidado de las necesidades básicas del recién nacido hospitalizado con bajo peso al nacer en la unidad de cuidados intermedios del Hospital María Auxiliadora entre los meses de Marzo y Junio del 2015, teniendo como premisa que el apoyo incondicional, constante y siempre oportuno de la enfermera para acompañar a las madres primerizas para la estabilización emocional y el fortalecimiento de aspectos positivos que contribuya al bienestar del recién nacido. Para este proyecto de investigación la definición de intervención educativa se apoya en la Teoría de enfermería de déficit de autocuidado de Orem, de acuerdo a esta teórica, la delegación de autocuidado se determina con relación a las capacidades o habilidades de la persona, incluyendo la clase de conocimiento que tiene y utiliza para dominar determinadas conductas. Esta teoría explica que las personas con requisitos de autocuidado con desviación de la salud, son personas con capacidad para aprender nuevos conocimientos relacionados con la patología para fortalecer la delegación de autocuidado y prevenir complicaciones, pero requiere de la ayuda de enfermería para obtenerlo (1). El profesional de enfermería mediante el sistema de enfermería de apoyo educativo, debe brindar un conocimiento especializado, que vaya más allá de diseminar la información; este conocimiento amerita ser congruente con la patología, el tratamiento no farmacológico y las capacidades de las madres primerizas; utilizando para ello materiales didácticos comprensivos y útiles al contexto socio cultural del grupo poblacional a quien va dirigido (2). Es fundamental para las madres primerizas sentirse participes en la toma de decisiones, información,

cuidados y tratamientos que recibe su bebe; se trata de favorecer la participación de ellas como un miembro más del equipo que atiende a su recién nacido. La oportunidad de las madres primerizas de tener contacto con su recién nacido durante la hospitalización, las ayuda a elaborar estos sentimientos de pérdida y facilita el acercamiento hacia él y brinda la oportunidad de ofrecer un adecuado cuidado luego del egreso hospitalario. Se deben reconocer sus capacidades para el cuidado del recién nacido y potenciarlas, aclarar sus dudas y brindar una atención personalizada (3). Es por todo esto que se decidió abordar en este estudio la educación proporcionada a las madres de los recién nacidos debido a que es una herramienta fundamental en el desarrollo que pueda alcanzar el recién nacido. Los resultados de la investigación guarda relación con los trabajos precedidos, ya que anula el paradigma en que la familia no debe estar presente durante la hospitalización del niño.(7)

RUIZ MORÍ J. (2014). “Educación para la salud en la prevención de eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos”. Lima. El objetivo fue analizar la repercusión de una intervención educativa en el personal de salud, en relación a la prevención de los eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Emergencias Pediátricas. Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, analítico, tipo cuasi-experimental, en el que se comparó la frecuencia de los eventos adversos en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Emergencias Pediátricas, de la ciudad de Lima, antes y después de una intervención educativa preventiva en el personal de salud. Resultados: Luego de la intervención educativa preventiva hubo una disminución de pacientes con evento adverso de 40 a 32, que representa una reducción del 20%; el número de eventos adversos bajó de 76 a 42, una reducción del 44,74%; siendo más frecuente su

presentación en el niño menor de un año de edad (60%). Los tipos de eventos adversos se modificaron en el orden de frecuencia, al disminuir sobre todo las complicaciones de tubo endotraqueal, por medicamentos y la infecciones intrahospitalarias. El número de eventos adversos por paciente en la misma hospitalización disminuyó, en el grupo de tres o más eventos adversos bajó de nueve a dos pacientes. La relación del promedio de estancia hospitalaria en los pacientes con y sin evento adverso se redujo de 17/5 a 12/4 días. Conclusiones: La intervención educativa ha logrado disminuir de manera significativa el número de eventos adversos y sus consecuencias en los pacientes hospitalizados, y así prevenir nuevos eventos adversos, mejorar la seguridad clínica del paciente y la gestión hospitalaria. Queda demostrado que el incremento de conocimientos en el personal de salud, disminuye los eventos adversos, lo cual guarda relación con el trabajo académico. (8)

PAREDES H., AKAJOSI T. (2014). “Efectividad del Programa Educativo “Madre Participante” en el Mejoramiento de los Conocimientos y Prácticas para Prevenir Caídas y Eritemas de pañal en los Niños Menores de Cinco Años Hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. El Objetivo fue Determinar la efectividad del Programa Educativo en el mejoramiento de los conocimientos y prácticas de las madres para prevenir caídas y eritema de pañal en los niños menores de 5 años. Es una investigación cuasiexperimental, la técnica aplicada fue la entrevista y la observación, siendo los instrumentos de medición el cuestionario y la guía de observación. La población y muestra estuvo conformada por 103 madres. Resultados: El mejoramiento de los conocimientos y prácticas de las madres para prevenir caídas y eritema de pañal en los niños menores de 5 años antes y después de la intervención del Programa educativa, fueron significativos, evidenciando de esta manera que las madres presentan un incremento de conocimientos y prácticas en el cuidado de

sus hijos menores de 5 años en la prevención de caídas y eritema de pañal, cuando reciben educación de Enfermería. Los conocimientos de las madres sobre el uso de dispositivos para prevenir caídas en los niños menores de 5 años hospitalizados antes de la intervención del Programa educativo, sobre el uso del chaleco de sujeción y la importancia de mantener los barandales de la cuna es también significativo y se incrementaron después de la intervención educativa, lo cual demuestra que la educación impartida sobre prevención de caídas permite mejorar los conocimientos de las madres en el cuidado del niño hospitalizado. Las prácticas que tienen las madres para prevenir caídas en los niños menores de 5 años, antes del Programa educativo, se observó que de prácticas inadecuadas incrementaron a prácticas adecuadas luego de la intervención, en aspectos de: cuando la madre da de lactar y se está quedando dormida, toma las precauciones para evitar caídas y si la baranda de la cuna esta baja, toma las medidas necesarias para evitar las caídas demostrando que las practicas mejoraron a través de la educación impartida a las madres. (9)

2.2 Base Teórica

2.2.1 Teoría de Promoción de la Salud de Nola J. Pender

El modelo de promoción de la salud (MPS), identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de la salud.

Meta paradigmas desarrollados en la teoría:

Persona: Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.

Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad.

Cuidado de Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios, es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Salud: Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación, de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Entorno: Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.

Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida. La

reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta.

Afirmaciones Teóricas: El modelo es un intento de ilustrar multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. La promoción de salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. En su primer libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. (10)

2.2.2 Teoría de Jean Watson

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”. Como una unidad de mente – cuerpo y espíritu.

Medio ambiente: Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

Salud: la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”.

Enfermería: La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la

enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.(11)

2.3 Base Conceptual

2.3.1. Normas Nacionales Sobre los Derechos del Niño Hospitalizado

El Congreso de la República aprobó la siguiente Ley en Marzo del 2014 referido al Proyecto de Ley N° 3213/2013-CR de Derechos del Niño Hospitalizado (2014) que modifica el artículo 23 del Código de los Niños y Adolescentes, incorporando los derechos del Niño Hospitalizado. El cual queda redactado de la siguiente manera:

Capítulo III: Derechos de los Niños y Adolescentes Hospitalizados y Discapacitados. Artículo 23- A.- Derechos de los Niños y Adolescentes Hospitalizados: Además de los derechos consagrados en la Convención sobre los derechos del Niño y en este Código, los niños y adolescentes hospitalizados gozan y ejercen derechos especiales, siendo uno de sus derechos a permanecer acompañado de sus padres o apoderado, el máximo tiempo posible recomendado por el médico tratante, durante su permanencia en el hospital, sin que ello implique gastos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que tenga que estar sometido.(12)

2.3.2 **Caída:** La O.M.S. define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad, que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial.(13)

2.3.3 Prevención de caídas: Son actividades enfocadas a disminuir el riesgo de caídas que se deben aplicar en todos los pacientes hospitalizados de bajo, mediano y alto riesgo. Se clasifica en tres niveles:

a. Prevención Primaria: Medidas utilizadas para evitar caídas o modificar las condiciones que aumentan el riesgo de caídas.

b. Prevención Secundaria. Medidas a adoptar después de producirse la caída.

c. Prevención Terciaria: Medidas dirigidas a minimizar el síndrome por caída.(13)

2.3.4 Factores de riesgo extrínseco: Son aquellos factores relacionados con las circunstancias del entorno arquitectónico, del equipo, mobiliario y el proceso. (13)

2.3.5 Factores de riesgo intrínseco: Son aquellos factores relacionados con el mismo paciente y determinados por cambios fisiológicos por la edad, patologías agudas, consumo de fármacos. (13)

2.3.6 Escalas para la evaluación de riesgo de caídas: Son instrumentos validados que estandarizan la evaluación del riesgo de caídas en pacientes adultos (Downton) y pediátricos (Humpty Dumpty), cuya aplicación orienta al uso de medidas de prevención en pacientes hospitalizados .Anexo N° 2 (13)

2.3.7 Evento adverso: Incidente que produce daño a un paciente. Se consideran de tres tipos:

a. Leve: cualquier evento adverso que su auto limita.

b. Moderado: cualquier evento adverso que resulta en la necesidad de tratamiento o intervención y causa daño temporal al paciente.

c. Severo: cualquier evento adverso que resulta en un daño permanente o muerte del paciente.(13)

2.3.8 Efectos de la Hospitalización en el Niño y Familia:

La familia es el apoyo principal del paciente pediátrico y el nexo de unión entre los niños y los profesionales sanitarios, cuando un ingreso hospitalario irrumpe de manera programada o inesperada la vida familiar. La familia es el entorno más cercano y próximo de un niño, que necesita de este fuerte sostén para superar el duro trance de una hospitalización, logrando a partir de esta relación un bienestar en el área físico, social y psicológico. (14)

Es fundamental, la descripción de las diferentes fases que viven las familias del niño enfermo, que se relacionan con las tres fases de la enfermedad:

I. **Fase de crisis:** supone la primera etapa y comprende el período anterior al diagnóstico médico. Es una etapa sumamente estresante y desencadena ansiedad en la familia. Los signos y síntomas en el niño se suceden sin conocer el motivo de los mismos. En esta fase, el niño puede enfrentarse a su primera hospitalización, poniéndose a prueba la consolidación de la familia pudiendo superarse las capacidades y flexibilidad de la misma.

II. **Fase crónica:** tras conocer el diagnóstico, la familia debe aprender a compatibilizar la vida familiar e integrar a este nuevo componente en la misma. En este período, el shock y pánico dan paso a la movilización. La familia busca información sobre la enfermedad, tratamiento y actuación sobre la misma en distintas fuentes. Enfermería juega un papel crucial de formación y educación.

III. **Fase terminal:** esta fase se da en los peores casos, donde las familias deben afrontar la muerte y la pérdida, siendo necesario un abordaje sanitario, con el fin de guiar un duelo sano. En otros casos, el proceso termina con la curación o mejora del estado de salud del niño siendo éste dado de alta hospitalaria.(14)

Por otro lado, también existen variables extrínsecas potencialmente modificables que marcan la adaptación familiar a la hospitalización, variables que conducen a las acciones que, llevadas a cabo por los profesionales sanitarios, suponen una ayuda en el proceso de adaptación que sufren las familias durante la hospitalización de un niño. Estas acciones producen un impacto positivo sobre la familia e indirectamente sobre el niño. Se describen a continuación:

- Trato humanizado por parte de los profesionales sanitarios, implicación en el cuidado, además de sensibilidad y empatía.
- Explicación comprensible del estado, diagnóstico, tratamiento y toma conjunta de decisiones.
- Ser partícipes en los cuidados que recibe el niño. Harrison M. T (2010) cita textualmente: “Los padres valoraban las relaciones positivas con el personal enfermero y querían sentirse involucrados en el cuidado del niño”.
- Personal enfermero competente y seguro de las actividades que realiza y de los procedimientos que lleva a cabo, atendiendo a las necesidades sentidas y percibidas por los padres.
- Prestación de cuidados que contribuyen a mejorar la percepción de la calidad en la atención prestada, tales como recibir el tratamiento más adecuado o el mantenimiento de la

comodidad del paciente, para lograr la recuperación del mismo.

- Personal sanitario interesado por el estado de la familia, más allá de la hospitalización, especialmente en caso de fallecimiento. (14)

La relación terapéutica, basada en la confianza, establecida entre los profesionales sanitarios, paciente y familia, juega un papel determinante en la individualización, coordinación y continuidad de los cuidados prestados, buscando la priorización de las necesidades sentidas por familias y pacientes. Asimismo para prestar cuidados de manera holística a un niño, se le debe considerar al mismo como un componente activo, pensante y participativo dentro del sistema; y se observa que los niños perciben el papel de la enfermera/o como un elemento de apoyo y seguridad, sintiéndose valorados por parte del personal debido a la preocupación y atención mostrada, siendo capaces de percibir cual es el personal sanitario más implicado a través de la relación que éste establece con sus familias y con ellos mismos. (14)

2.3.9 Rol de la Enfermera en el Cuidado del Niño Hospitalizado

Durante la hospitalización pediátrica, los profesionales de enfermería, realizan una **valoración** holística del niño hospitalizado, incluyendo a su familia. En base a esta valoración, deben detectar ciertos **diagnósticos** que les llevarán a la **planificación** de un plan de cuidados. Dicho plan de cuidados ha de tener en cuenta los factores que influyen en la hospitalización del niño anteriormente citados así como, los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales implicados, ya que van a determinar el grado de adaptación del mismo y su familia a este evento, que con frecuencia, interrumpe la

vida familiar. Llevar a cabo la **ejecución** del plan de cuidados, planificado de forma organizada y registrando las actividades realizadas, conducirá a el éxito de la asistencia prestada que se valora durante la fase de **evaluación**. (14)

Actualmente, el proceso de comunicación que se da entre el profesional enfermero y el niño se encuentra reducido a interacciones cortas y específicas. En el momento, que se necesita analizar algún aspecto más importante, se pregunta en primer lugar a la familia, y de modo secundario al niño. Una mejora en la relación entre el paciente y el profesional enfermero, trae como consecuencia un mayor grado de aceptación y tolerancia del tratamiento médico y de los procedimientos de enfermería. Es por este hecho, la necesidad de fomentar la comunicación entre el niño y el profesional enfermero, viendo al paciente como un ser holístico (bio-psico-social) y no sólo atendiendo la esfera física del mismo. (14)

Para fomentar los cuidados centrados en la familia, es necesario la promoción de una comunicación fluida y de calidad entre el profesional enfermero y familia. Es por ello, que el logro de una comunicación eficaz entre la familia y el profesional enfermero se ha convertido en una prioridad en los hospitales españoles, como fundamento para establecer una relación terapéutica adecuada, basada en los cuidados centrados en la familia.(15)

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

a. Generalidades

El 30 de Diciembre de 1941 se inauguró en la Provincia Constitucional del Callao el Hospital de Varones “Daniel Alcides Carrión”, siendo presidente de la República el Mariscal Oscar R. Benavides. La construcción de esta importante institución de Salud, destinada a la atención de la clase trabajadora de la Provincia, estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao. Por su parte el Hospital San Juan de Dios, sede docente de la UNMSM, abrió sus puertas el 15 de Junio de 1968, para la atención exclusiva de mujeres, convirtiéndose posteriormente en Hospital General. Su construcción también estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao. Por entonces, era Presidente de la República el Arq. Fernando Belaúnde Terry.

El 15 de Marzo de 1991, mediante R.M N°0269-91-SA/DM, el complejo es designado HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, categoría que se da a aquellas Instituciones de Salud que brindan atención especializada, con capacidad para resolver problemas de mayor complejidad.

En la actualidad el Hospital Carrión nivel III-1 tiene una capacidad de 565 camas para hospitalización, 01 amplio y moderno servicio de Emergencia con Unidad de Shock Trauma, 109 consultorios Externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Odontoestomatología, 01 Unidad de Cuidados Intensivos, 01 Unidad de Cuidados Intermedios, 01 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 01 Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales, 05 Salas Quirúrgicas Electivas y 03 Salas de Emergencia, 01 Unidad de Quemados, 01 Moderno Departamento Oncológico, y una Unidad de Neurointervencionismo de última generación, 01 Servicio de Preventorio (Centro de Prevención y Detección del Cáncer y otras Enfermedades), un moderno servicio de Gineco Obstetricia y un nuevo sistema de atención denominado Hospital de día.

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es la Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional y sede docente de pre y post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y otras Universidades Públicas y privadas.

b. Campo de Aplicación

Las mejoras se realizaron en el Servicio de Medicina Pediátrica I – II estructurado para atender 18 niños por sala, es decir con capacidad para hospitalizar hasta 36 niños desde los treinta días de nacido, hasta los catorce años, once meses y veintinueve días de vida. Brinda Atención Integral de Salud en diversas especialidades médicas, con un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y sin complicaciones. Con una gestión que garantice atención oportuna, eficiente y eficaz con calidad, calidez y compromiso social; brindando educación a la madre en temas de salud; contando con personal profesional y técnico de alta competitividad que actúa de acuerdo a las necesidades de nuestra población usuaria.

c. Misión del Servicio: “Somos un Servicio de Medicina Pediátrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, que brindamos Atención Integral de Salud oportuna, eficiente y eficaz con calidad, calidez y compromiso social; brindando educación a la madre en temas de salud y atendiendo niños desde los treinta días, hasta los catorce años, once

meses y veintinueve días de vida; contando con personal profesional y técnico de alta competitividad que actúa de acuerdo a las necesidades de nuestra población usuaria”.

d. Visión del Servicio: “Ser un servicio técnicamente acreditado y socialmente prestigioso. Logrando que para el año 2020 cuente con diversas especialidades con el fin de lograr un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y sin complicaciones, dirigida a nuestros usuarios; con una gestión que garantice la calidad y calidez en los cuidados de enfermería, renovando e implementando estrategias de innovación y docencia”.

e. ANALISIS FODA

INTERNO	EXTERNO
<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Personal con Amplia experiencia profesional y técnica para el cuidado del paciente pediátrico hospitalizado. ● Atención con calidad y calidez al paciente y familia. ● Educación constante a las madres en cuidados básicos de sus niños. ● Buenas relaciones interpersonales con el Equipo Interdisciplinario. ● Capacitación y actualización permanente de mejora continua del Equipo de Enfermería. 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incremento de Centros Médicos particulares cercanos al hospital y así mismo la presencia del Hospital de la Solidaridad y del hospital chalaco.

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ● El 20 % del Equipo de Enfermería, es personal mayor de 50 años y con comorbilidad. ● Equipos y mobiliario deteriorados por antigüedad (cunas, sillas, coches, hamacas, manómetros). ● Indicador de caídas en el paciente pediátrico hospitalizado, mayor al estándar esperado. ● Ambientes de aislados con infraestructura inadecuada (ausencia de lavadero y baño). ● Guías de intervención y procedimientos no aprobados. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pertener al Gobierno Regional del Callao. ● Pertener al Colegio de Enfermeros de la Región Callao. ● Convenios con diversas universidades.

F. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA

f.1 Listado de problemas

- Falta de Directiva en una cultura de seguridad y gestión de riesgo de caídas en el niño hospitalizado.
- Desconocimiento de la madre, sobre los cuidados para prevenir caídas en el niño.
- 1 Enfermera y 1 Técnica para la atención de 18 niños, madre con bajo nivel de educación y acompaña permanentemente al niño hospitalizado.
- Promedio de 3 a 7 días de hospitalización, según complejidad de la enfermedad.
- Sillas deterioradas, el servicio no dispone de sillones, hamacas o colchonetas donde descanse la madre.
- Equipo de Salud y/o internas que rotan por el Servicio, sin orientación en medidas para prevenir caídas.

f.2 MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN					
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	Total
1º Falta de Directiva en una cultura de seguridad y gestión de riesgo de caídas en el niño hospitalizado	3	3	3	3	3	15
2º Desconocimiento De la madre, sobre los cuidados para prevenir caídas en el niño.	3	3	3	3	3	15
3º Una Enfermera y una Técnica para la	3	3	2	3	3	14

atención de 18 niños, madre con bajo nivel de educación y acompaña permanentemente al niño hospitalizado.						
---	--	--	--	--	--	--

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN					
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	Total
4º Sillas deterioradas, el servicio no dispone de sillones, hamacas o colchonetas donde descansa la madre.	3	2	2	3	3	13

5º Equipo de Salud y/o internas que rotan por el Servicio, sin orientación en medidas para prevenir caídas.	2	2	3	2	3	12
6º Promedio de 3 a 7 días de hospitalización, según complejidad de la enfermedad.	1	1	1	1	1	5

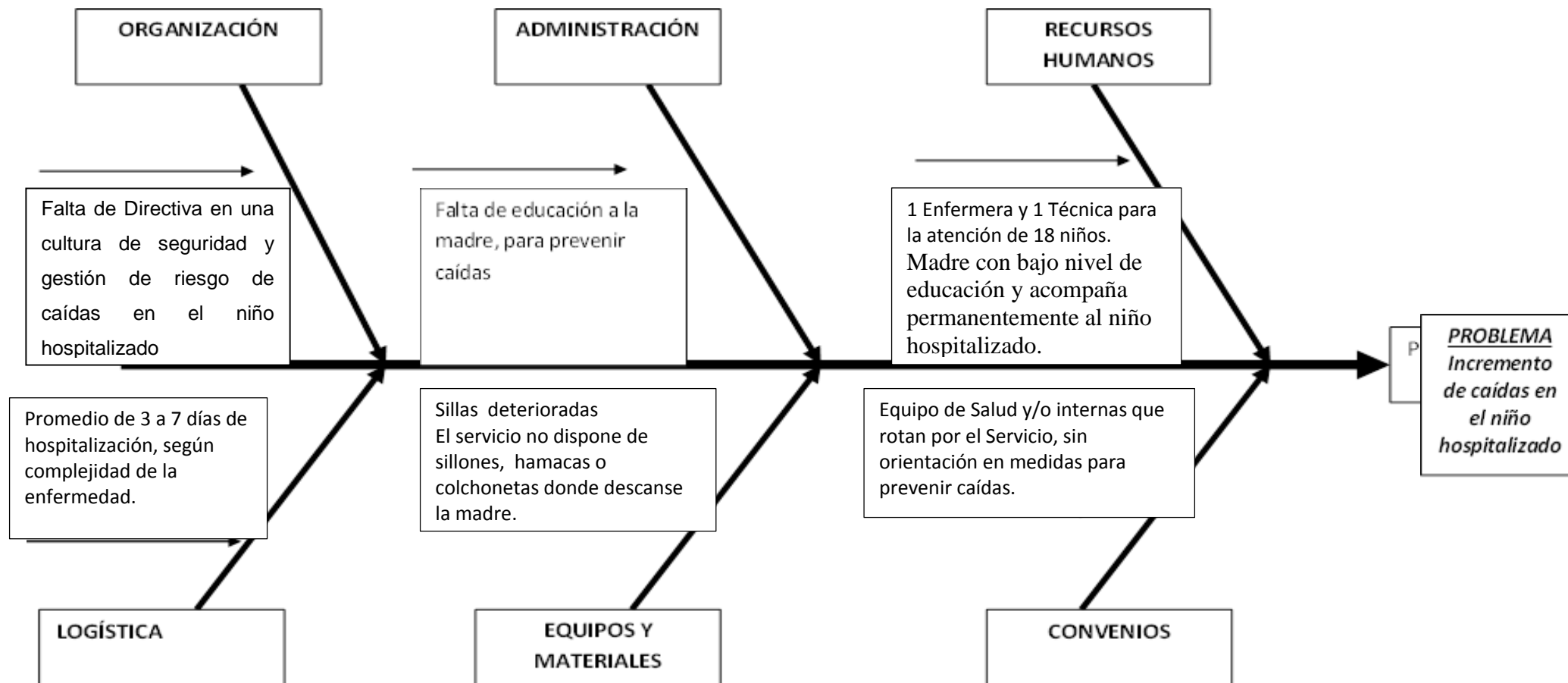
LEYENDA: BUENO : (1 puntos)

REGULAR : (2 puntos)

DEFICIENTE : (3 puntos)

DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS Y EFECTOS

DIAGRAMA ISHIKAWA



**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN: PROBLEMAS – CAUSAS –
CONSECUENCIAS**

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Falta de Directiva en una cultura de seguridad y gestión de riesgo de caídas en el niño hospitalizado	No se conformó un comité de prevención de Caídas en el paciente hospitalizado.	El personal organiza sus actividades a criterio, sin una directiva técnica que unifique y guie las acciones a realizar.
Desconocimiento De la madre, sobre los cuidados para prevenir caídas en el niño.	Ausencia de orientación y/o educación a los padres en cuidados para prevenir caídas. Falta de participación en medidas preventivas.	Incremento en la frecuencia de caídas en el niño hospitalizado.
1 Enfermera y 1 Técnica para la atención de 18 niños, madre con bajo nivel de educación y acompaña permanentemente al niño hospitalizado.	Desinterés en los Directivos para incrementar el N° de Enfermeras y Técnicas, acorde al indicador de relación Enfermera – Paciente Pediátrico.	Tiempo insuficiente para realizar la educación y vigilancia en la conducta del niño y la madre.
Promedio de 3 a 7 días de hospitalización, según complejidad de la enfermedad.	Dependerá del estado hemodinámico del niño y complicaciones.	A mayor complicaciones, los días de hospitalización se prolongan y mayor riesgo de caída.
Sillas deterioradas, el servicio no dispone de sillones, hamacas o colchonetas donde descansa la madre.	La madre acompaña al niño las 24 horas, por lo tanto al no descansar, no se encuentra en condiciones emocionales y físicas de cuidar a su hijo.	Madre sin descanso adecuado, se torna irritable quedándose dormida con su niño en brazos, incrementando el riesgo de caída.
Equipo de Salud y/o internas que rotan por el Servicio, sin orientación en medidas para prevenir caídas.	Falta de conocimiento en las acciones para prevenir caídas en el niño hospitalizado.	Durante la atención al niño y olvidar levantar la baranda de la cuna, Incrementa el riesgo de caídas.

I. Propuesta y planificación del Plan

a. OBJETIVO GENERAL

Implementar y estandarizar acciones de seguridad para prevenir y disminuir el daño por caída y sus complicaciones en los pacientes hospitalizados.

Objetivos Específicos:

- a. Identificar los factores de riesgo extrínseco de caídas y establecer intervenciones resolutivas.
- b. Identificar los factores de riesgo intrínseco utilizando la escala de Humpty Dumpty en niños y establecer intervenciones resolutivas.
- c. Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención.
- d. Educar a la familia y cuidadores en relación a los cuidados a realizar para evitar caídas.
- e. Comprometer a los padres de los pacientes pediátricos que acompañan permanentemente durante la hospitalización a cumplir las normas para prevenir caídas.
- f. Garantizar la transferencia de información entre profesionales acerca de los pacientes en riesgo de caída estableciendo un registro de notificación que permita reconocer incidencias, causa y estrategias de mejora.

análisis de las Posibles soluciones



Planificación estratégica y operativa

Problema	Objetivos	Metas	Actividades	Fecha de inicio	Fecha de fin	Responsables	Recursos
Desconocimiento De la madre, sobre los cuidados para prevenir caídas en el niño.	Educar a la madre y familia en relación a los cuidados para prevenir caídas en el hospital y comunidad.	Educación al 100 % de madres, de los niños hospitalizados.	Realizar Sesiones educativas de lunes a viernes de 8.30 a 9 am Orientación individual a la madre, al ingreso al servicio, a través de cartilla informativa.	Junio 2009	continuo	Enfermera Jefa	Rotafolios Videos Cartillas Gigantografias
Actitud negativa en un porcentaje de madres, para recibir la educación e incumplimiento del cuidado para prevenir caídas.	Sensibilizar a la madre, sobre la importancia del cumplimiento de las acciones para prevenir caídas.	100 % madres deben firmar el compromiso, al ingresar al servicio.	Terminada la orientación individual a la madre, en el ingreso al servicio, debe firmar el compromiso.	Julio 2013	continuo	Enfermeras asistenciales	Cartillas Compromisos
Sillas deterioradas, el servicio no dispone de	Equipar con hamacas, para el descanso de la madre acompañante durante la noche.	Lograr la compra de 36 hamacas	Remitir documentos de compra con especificaciones técnicas al Dpto.	Mayo 2010	Setiembre 2011	Enfermera Jefe	Solicitudes

sillones, hamacas o colchonetas donde descanse la madre.			de Enfermería y Dpto. Pediatría				
Falta de Directiva en una cultura de seguridad y gestión de riesgo de caídas en el niño hospitalizado	Implementar Directiva de seguridad y gestión de riesgo de caídas en el niño hospitalizado.	Directiva aprobada con Resolución Directoral.	Identificación de los Factores de riesgo extrínseco. Identificación de los Factores de riesgo intrínseco de caídas. Incorporación de Escala Humpty Dumpty	Abril 2015	Aprobado el 21 marzo 2016 con RD N° 075-2016 D.E.- H.N.D.A.C.	Enfermera Jefa	Computadora Impresora Chalecos de sujeción mecánica Cartillas informáticas Gigantografías
Falta de capacitación al Equipo de salud y/o internas rotantes sobre implementación de Directiva.	Capacitar al Equipo de Salud, internas rotantes en relación a la aplicación de la directiva.	100 % del personal de salud capacitado.	Socializar Directiva en reuniones de servicio. Coordinar con Jefe Dpto. Pediatría para socializar al Equipo Médico.	Mayo 2016	Se socializa la Directiva cada 6 meses y se realiza la inducción al personal nuevo.	Enfermera Jefa	Multimedia
1 Enfermera y 1 Técnica para la	La Enfermera Jefe en coordinación con	Incrementar a 4 Enfermeras y 4	Documento solicitando el	Abril 2010	Continuo y reiterativo	Enfermera Jefa	Impresora Papel

atención de 18 niños, madre con bajo nivel de educación y acompaña permanentemente al niño hospitalizado.	la Jefa del Departamento, debe gestionar el incremento del Personal de Enfermería.	Técnicas en cada turno de 12 horas.	incremento de personal en Enfermería. Documento reiterativo.	2011 2012 2013 2014 2015 2016			
---	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--

d. Diagrama de Gantt

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA																																
	A partir de junio 2009				A partir de Mayo 2010					Setiembre 2011				A partir de Julio 2013				A partir de abril 2015				A partir de mayo 2016				Continuo Junio 2020							
*Realizar Sesiones educativas de lunes a viernes de 8.30 a 9 am *Orientación individual a la madre, al ingreso al servicio, a través de cartilla informativa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
* Terminada la orientación individual a la madre, en el ingreso al servicio, debe firmar el compromiso.										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
*Remitir documentos de compra con especificaciones técnicas al Dpto. de Enfermería y Dpto. Pediatría					x	x	x	x	x	x	x	x	x																				
*Identificación de los Factores de																		x	x	x	x	x	x	x	x								

III. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

ACTIVIDADES	Cumplimiento en la fecha	Cumplimiento fuera de la fecha
*Realizar Sesiones educativas de lunes a viernes de 8.30 a 9 am *Orientación individual a la madre, al ingreso al servicio, a través de cartilla informativa.	X X	
* Terminada la orientación individual a la madre, en el ingreso al servicio, debe firmar el compromiso.	X	
*Remitir documentos de compra con especificaciones técnicas al Dpto. de Enfermería y Dpto. Pediatría		X
*Identificación de los Factores de riesgo extrínseco. *Identificación de los Factores de riesgo intrínseco de caídas. *Incorporación de Escala Humpty Dumpty	X X X	
*Socializar Directiva en reuniones de servicio. *Coordinar con Jefe Dpto. Pediatría para socializar al Equipo Médico.	X X	

a) Cumplimiento del plan de acuerdo a lo que se proyectó.

Según la identificación de los problemas, se plantearon actividades de mejora, los mismos que fueron evaluados y se formularon otras actividades, como la implementación del compromiso que firma la madre, al ingreso de la hospitalización. Esta actividad debido a un porcentaje de

madres, que no quieren recibir la educación y se resisten a cumplir con los cuidados para prevenir caídas en el niño.

b) Valoración del cumplimiento de plan

El plan se desarrolló de forma regular cumpliendo con todos los objetivos

OBJETIVOS	SI	NO
Educar a la madre y familia en relación a los cuidados para prevenir caídas en el hospital y comunidad.	X	
Sensibilizar a la madre, sobre la importancia del cumplimiento de las acciones para prevenir caídas.	X	
Equipar con hamacas, para el descanso de la madre acompañante durante la noche	X	
Implementar Directiva de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados.	X	
Capacitar al Equipo de Salud, internas rotantes en relación a la aplicación de la directiva.	X	

IV. EVALUACIÓN

De acuerdo a los Objetivos e indicadores tenemos:

Objetivo 1: Educar a la madre y familia en relación a los cuidados para prevenir caídas en el hospital y comunidad.

Indicador: Desconocimiento de la madre, sobre los cuidados para prevenir caídas en el niño.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO					
AVANZADO				100 %	

Objetivo 2: Sensibilizar a la madre, sobre la importancia del cumplimiento de las acciones para prevenir caídas.

Indicador: Actitud negativa en un porcentaje de madres, para recibir la educación e incumplimiento del cuidado para prevenir caídas.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO					
AVANZADO				100 %	

Objetivo 3: Equipar con hamacas, para el descanso de la madre acompañante durante la noche

Indicador: Sillas deterioradas: el servicio no dispone de sillones, hamacas o colchonetas donde descansa la madre.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO					
AVANZADO				100 %	

Objetivo 4: Implementar Directiva de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados.

Indicador: Falta de Directiva en una cultura de seguridad y gestión de riesgo de caídas en el niño hospitalizado.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO					
AVANZADO				100 %	

Objetivo 5: Capacitar al Equipo de Salud y/o internas rotantes en relación a la aplicación de la directiva.

Indicador: Falta de capacitación al Equipo de salud y/o internas rotantes sobre implementación de Directiva.

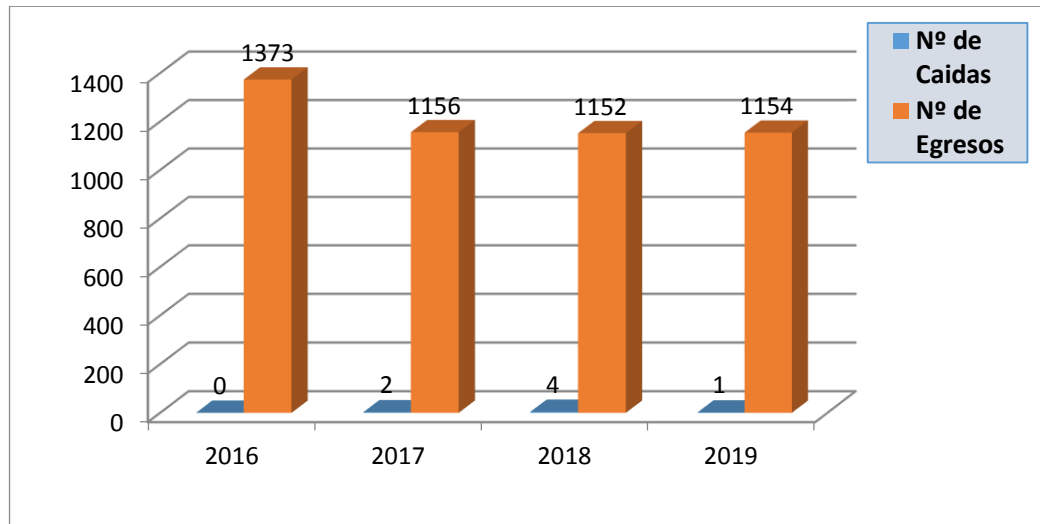
NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO					
AVANZADO				100 %	

Objetivo 6: La Enfermera Jefe en coordinación con la Jefa del Departamento, debe gestionar el incremento del Personal de Enfermería.

Indicador: 1 Enfermera y 1 Técnica para la atención de 18 niños, madre con bajo nivel de educación y acompaña permanentemente al niño hospitalizado.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL		25 %			
INTERMEDIO					
AVANZADO					

GRAFICO N° 2
FRECUENCIA DE CAÍDAS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION CALLAO, PERÚ 2019



Fuente: Registro de Indicador de Caídas del servicio de Medicina Pediátrica año 2016 - 2019 en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión.
Indicador: Número de pacientes que sufren caídas por 100 sobre total de pacientes hospitalizados por año (16)

Para determinar el indicador de caída en el paciente hospitalizado, se analiza el N° de caídas ocurridas en un determinado tiempo, entre el total de pacientes egresados, multiplicado por 100. Siendo El valor estándar esperado optimo menor al 1 %. En el gráfico N° 2 se observa en el año 2016 no se evidencio ninguna caída; en el año 2017 se informó 2 (0.17 %) caídas; en el año 2018 hubo un incremento de 4 (0.35 %) caídas y en el año 2019 disminuyo al 1 (0.08 %). Por lo tanto, se evidencia la implementación efectiva para prevenir caídas en el niño hospitalizado, al estar el indicador estándar menor al 1 %.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente trabajo académico son:

1. Se logró la Aprobación de la Directiva de Prevención de caídas en el paciente hospitalizado con Resolución Directoral N° 075-2016 – DE –HNDAC.
2. Se implementó en el Servicio de Medicina Pediátrica la escala Humpty Dumpty que evalúa el riesgo de caídas en niños (0 a 14 años). Al ingresar el paciente pediátrico al servicio de hospitalización, la Enfermera aplica la escala y determina el nivel de riesgo de caída, registrándolo en el kardex de enfermería.
3. Determinado el nivel de riesgo, el Equipo de Enfermería realiza las intervenciones resolutivas que son monitoreadas, registradas en la historia clínica e informada en el reporte de enfermería.
4. El Equipo de Enfermería del servicio de Medicina Pediátrica, está consciente sobre la importancia de la educación, la comunicación asertiva y buen trato, para lograr el involucramiento de la familia en los cuidados para prevenir caídas en el niño durante la hospitalización.
5. El Servicio de Cirugía Pediátrica, logró implementar la Directiva de Prevención de Caídas en el año 2017, proceso que duro aproximadamente 10 meses; al requerir gestionar la disminución de los factores de riesgo externos, capacitación al Equipo de Enfermería y la implementación de material de educación e imprenta.

RECOMENDACIONES

Debe ser un compromiso de la Institución gestionar, la renovación de camas clínicas con barandas y sillones de descanso para la madre, implementar timbre de llamada, mejorar la iluminación y la nivelación del suelo. Asimismo el cumplimiento del indicador de relación Enfermera – Paciente Pediátrico, que va permitir disponer del tiempo necesario para la comunicación asertiva y educación a la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Organización Mundial de la Salud. [consultado 10 Ene. 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Revista Ciencia y Cuidado. ISSN1794-9831/ E-ISSN 2322-7028/ Vol. 13 N° 1/ Ene-Jun 2016 Cúcuta, Colombia.
3. Indicadores Centinelas Hospitalarios. Departamento de Enfermería. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2012
4. Hoffmann, Leticia; Wegner, Wiliam; Biasibetti, Cecilia; Peres, Merianny De Avila; Gerhardt, Maria; Breigeiron Marcia Koja. Rev. Brasileira de Enfermería. Vol. 72 N° 3. Páginas 707 – 714. Porto Alegre - Brasil Jun.2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0484>.
5. Castillo Espitia, Edelmira; Ocampo Gonzales, Melva Patricia. Investigación y Educación en Enfermería. Rev. Volumen 31 N° 3 Páginas 354 – 363. 2013.
6. Solano Sernaque, Zarela. Intervención de la madre acompañante en el cuidado al niño hospitalizado del servicio de pediatría de un hospital local, Chiclayo 2014 Editorial. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.
7. Cabrejos Cango, Violeta Gregoria; Hurtado Esteban, Giovanna Olga; Rosillo Marchan, Ana Luisa. Intervención educativa para la integración de madres primerizas en el cuidado de las necesidades básicas del recién nacido hospitalizado con bajo peso. Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia 2015, Perú.

8. Ruíz Morí, Jorge. Educación para la salud en la prevención de eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Editorial Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. 2014. <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/2235>.
9. Paredes Huamán, Rosa; Akajosi Trujillo, Mirtha. Efectividad del Programa Educativo “Madre Participante” en el Mejoramiento de los Conocimientos y Prácticas para Prevenir Caídas y Eritemas de pañal en los Niños Menores de Cinco Años Hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao – Perú 2014.
10. Marriner Tomey, A.; Raile Alligood, M.; Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid - España; 2011. Capítulo 21. 31 mayo 2013. Disponible en:
<http://teoriasenenfermeria.blogspot.com/2013/05/modelo-de-promocion-de-salud-capitulo-21.html>.
11. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
12. Proyecto de Ley de derechos del Niño Hospitalizado (2014). [consultado 21 de Marzo del 2015] Recuperado de:
[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdo/c02_2011_2.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/c770348d0a45c63005257c91006d7647/\\$FILE/PL03213040314.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdo/c02_2011_2.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/c770348d0a45c63005257c91006d7647/$FILE/PL03213040314.pdf)
13. Directiva de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao – Perú. Marzo 2016. Disponible en: www.hndac.gob.pe.

14. Herrero Fernández, Natalia. Hospitalización Infantil: el Niño y la Familia. 2014. Falta ciudad
15. Asociación de Enfermeros de Ontario RNAO. Guía de Buenas Prácticas Cuidados Centrados en la Persona y Familia. Mayo 2015 – Canadá.
16. Indicadores Centinelas Hospitalarios. Departamento de Enfermería. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019

ANEXOS

ANEXO N° 1

	DIRECTIVA	DIR-OGC-002
	Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados Oficina de Gestión de la Calidad Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 001
		Página 1 de 21

DIRECTIVA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

Elaborado por:	DE DE OGC OGC	Lic. Mirtha AKAJOSI TRUJILLO Lic. Nery CHOY ZAVALA Dra. Cecilia MENA SAAVEDRA Sr Carlos SALCEDO WESTRES
Revisado por:	DAGC DAPSS OAJ OEA OEPE OEPE-UO	Dr. Segundo GARCIA GARCIA Dr. Elber DEL AGUILA QUISPE Abog. Susana VERANO ZELDA Lic. Cesar RAMIREZ ANGELES Econ. Juan RUIZ RAMIREZ Lic. Karim SÁNCHEZ ARROYO
Aprobado por:	DG	Dra. María Elena AGUILAR DEL AGUILA
Resolución Directoral N° 075		Fecha: 21 MAR. 2016


8



 J. RUIZ R.

 C. RAMIREZ

ANEXO N° 02

	DIRECTIVA	DIR-OGC-002
	Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados Oficina de Gestión de la Calidad Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”	Edición N° 001
		Página 17 de 21

ANEXO N° 3

ESCALA HUMPTY DUMPTY FALLS STORE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN NIÑOS (0 A 14 AÑOS)

UNIDADES PEDIÁTRICAS: ESCALA HUMPTY DUMPTY – NIÑO HOSPITALIZADO		
Parámetros	Criterios	Puntos
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3 – 7 años	3
	7 – 13 años	2
	Más de 13 años	1
Género	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnóstico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de oxigenación (problemas respiratorios, anemia), deshidratación, anorexia, vértigo.	3
	Trastornos psíquicos o de conducta	2
	Otro diagnóstico	1
Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvida sus limitaciones	2
	Orientado en sus propias capacidades	1
Factores ambientales	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente ambulatorio	1
Cirugía sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de las 48 horas	2
	Más de 48 horas/ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes (excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes) hipnóticos, barbitúricos, fenotiazinas, antidepresivos, laxantes/ diuréticos narcóticos.	3
	Uno de los medicamentos antes mencionados	2
	Ninguno	1
TOTAL		

Interpretación del Puntaje de la escala HUMPTY DUMPTY

<7 puntos: sin riesgo

7 – 11 puntos: riesgo bajo

>12 puntos: riesgo alto

ANEXO Nº 3



SERVICIO DE MEDICINA PEDIÁTRICA I- II

Cada sala de pediatría tiene programado recibir hasta 18 niños, serán atendidos por un equipo médico, una enfermera y una técnica de enfermería..

-La caída es la acción que hace perder el equilibrio hasta dar con el cuerpo en tierra; complicaciones: traumatismo encefalocráneo, fracturas, convulsiones y mayor tiempo de hospitalización.

Porque nos preocupamos de la seguridad de nuestros niños es necesario que usted cumpla las normas del servicio (cartilla informativa).

Si, La madre se queda es para cuidar a su niño y deberá cumplir lo siguiente:

1. Asegúrese que las barandas de la cuna y/o cama estén levantadas siempre.
2. Cuando el niño este solo permitir colocarle el chaleco de sujeción.
3. No camine mientras carga a su niño, podría Ud. Tropezar y caer.
4. No permita que su niño corra en el servicio, podría tropezar y caer.
5. Si su niño usa silla de ruedas, asegúrese que esté con las correas aseguradas y abrochadas.
6. Acompañe a su niño al baño especialmente si tiene algún dispositivo conectado, haga saber a la enfermera si necesita ayuda.
7. Terminando de amamantar a su hijo, deberá colocarlo en la cuna.
8. No deje que su niño manipule algún equipo médico, como los balones de oxígeno y bombas de infusión.
9. Si la madre convulsiona debe comunicar al Personal que lo atiende.
10. Si la Madre esta muy cansada, no debe cargar a su niño.



Gobierno Regional del Callao
Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"



Servicio Medicina

Pediátrica I y II



*Madre
Participante*

Elaborado por:
Equipo de Salud de Medicina Pediátrica I y II

ANEXO N° 04

COMPROMISO QUE FIRMA LA MADRE Y/O FAMILIAR RESPONSABLE SERVICIO DE MEDICINA PEDIÀTRICA I – II

Cada sala de pediatría tiene programado recibir hasta 18 niños, serán atendidos por un Equipo Médico, una Enfermera y una Técnica en enfermería. La caída es la acción que hace perder el equilibrio hasta dar con el cuerpo en tierra; complicaciones: traumatismo encefalocràneo, fracturas, convulsiones y mayor tiempo de hospitalización.

Porque nos preocupamos de la seguridad de nuestros niños es necesario que usted cumpla las normas del servicio (cartilla informativa).

Si, la madre se queda es para cuidar a su niño y deberá cumplir lo siguiente:

1. Asegúrese que las barandas de la cuna y/o cama están levantadas siempre.
2. Cuando el niño este solo permitir colocarle el chaleco de sujeción.
3. No camine mientras carga a su niño, podría usted tropezar y caer.
4. No permita que su niño corra en el servicio, podría tropezar y caer.
5. Si su niño usa silla de ruedas, asegúrese que esté con las correas aseguradas y abrochadas.
6. Acompañe a su niño al baño especialmente si tiene algún dispositivo conectado, haga saber a la enfermera si necesita ayuda.
7. Terminado de amamantar a su hijo, deberá colocarlo en la cuna.
8. No deje que su niño manipule algún equipo médico, como los balones de oxígeno y bombas de infusión.
9. Si, la madre presenta: convulsiones Si () No ()
Toma medicamentos Si () No ()

Mencione:.....

Otras enfermedades:

Si la madre convulsiona o está muy cansada NO DEBE cargar a su niño

COMPROMISO

EL incumplimiento de lo mencionado que genere la caída de mi hijo, será de mi entera responsabilidad, exonerando de cualquier responsabilidad al Equipo de Salud.

Nombre del Paciente:.....N°

Cama:.....

Nombre de la madre:.....Edad

(madre):.....

Firma:.....DNI:.....

Fecha:.....

