

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



**PREVENCIÓN DE CAÍDAS INFORME DE EXPERIENCIA  
PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA 6C DEL HOSPITAL  
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

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

**MILUSKA PALOMINO GUTIERREZ**

**CALLAO - 2018  
PERÚ**

*Handwritten mark or signature.*



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO                      PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS                SECRETARIA
- MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO          VOCAL

### ASESORA: MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 003

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 30/01/2018

Resolución Decanato N° 149-2018-D/FCS de fecha 22 de enero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	8
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	27
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	29
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	29
3.3 Procesos Realizados del Informe	33
<b>IV. RESULTADOS</b>	38
<b>V. CONCLUSIONES</b>	47
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	48
<b>VII. REFERENCIALES</b>	49
<b>ANEXOS</b>	51

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral titulado: Prevención de caídas informe de experiencia profesional en el Servicio de Medicina 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Tiene como finalidad relatar las estrategias aplicadas en la prevención de caídas; resaltar la importancia de la educación y la capacitación, la necesidad de entornos más seguros que necesitan este tipo de pacientes con el fin del establecimiento de políticas eficaces para reducir el riesgo. Este evento no deseado se presenta en un 10 % de pacientes adultos mayores hospitalizados y es la segunda causa de muerte accidental en el mundo según la OMS<sup>(1)</sup>.

La OMS define las caídas como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad. Las caídas producen en el paciente anciano una elevada morbilidad y mortalidad (70-88% deriva en fractura de cadera).<sup>(1)</sup>

Una caída es la interacción entre factores de riesgo (enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio y de la marcha, fármacos, etc.) y exposición a situaciones de riesgo u oportunidades de caer que se deben tomar conjuntamente en consideración. En los últimos años se ha incrementado la incidencia de caídas en los servicios Por eso como Enfermera me vi encaminada a realizar diferentes actividades para la protección del adulto mayor, es decir plantear y aplicar escalas de

prevención de caídas como la escala de Downton, colaborar activamente con la de educación al paciente y familia.

En éste informe se detalla la importancia del personal de enfermería, para resolver los problemas críticos de salud de los asegurados a pesar de no contar con una infraestructura ideal para su atención; ya que dicho Servicio no es propiamente para el cuidado de pacientes geriátricos, Pero debido a que más del 80% de usuarios son mayores de 65 años, lo hacen ser un servicio al cuidado de pacientes geriátricos, asimismo la carencia de recursos humanos para hacer frente a la demanda creciente de la población senil, así también falta de insumos, la estancia prolongada de los pacientes y el abandono que sufren algunos usuarios por la familia. Por estos motivos se realizaron las siguientes estrategias que nos permitió disminuir la incidencia de caídas en el adulto mayor.

Consta de 7 capítulos, **Capítulo I** la descripción problemática, objetivos generales, justificación. En el **Capítulo II** Marco teórico conceptual o referencial, Antecedentes y la Definición de Términos **Capítulo III** Experiencia profesional, procesos y recolección de datos. **Capítulo IV** Resultados, **Capítulo V** Conclusiones, **Capítulo VI** Recomendaciones, **Capítulo VII** Referenciales y finalmente Anexos.

**La autora.**

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la Situación Problemática.

Actualmente se está notando un crecimiento ascendente en la población adulto mayor, y a nivel mundial la esperanza de vida ya está sobre los 60 años, esto conlleva a la búsqueda de nuevas estrategias para evitar complicaciones que derivan de las enfermedades propias del anciano, así también como de los eventos adversos como las caídas.

Según la OMS, las caídas son la segunda causa mundial de muertes por lesiones accidentales o no intencionales en mayores de 65 años<sup>(1)</sup>

En Latinoamérica se están llevando estrategias para prevenir las caídas, España ha desarrollado un plan elaborado por la SESCAM, que está orientado a la prevención de caídas en adultos mayores. Por su parte Chile, Cuba y Colombia cuentan con un plan nacional destinado a disminuir la incidencia de caídas<sup>(2)</sup>

A nivel nacional se están desarrollando planes para la prevención de caídas, ESSALUD<sup>(3)</sup> ha desarrollado una directiva denominada Prácticas seguras y gestión del Riesgo para la prevención de caídas de pacientes, a su vez el MINSA ha desarrollado un plan modelo realizado en el hospital Santa Rosa.<sup>(4)</sup>

Según los datos estadísticos de nuestro servicio Medicina Interna 6C, las caídas se presentan en su mayor porcentaje en las noches y en

pacientes adultos mayores desorientados acompañados o solos con o sin sujeción mecánica. Las consecuencias en su mayoría no traen secuelas mortales que lamentar, pero sí causas importantes de lesiones, morbilidad, institucionalización representando un alto costo social y económico.

En mi experiencia profesional los adultos mayores y los familiares no aceptan la incapacidad como proceso natural del envejecimiento, la dificultad que tienen los adultos mayores para adaptarse al nuevo entorno hospitalario, esto asociado a las pluripatologías, síndrome de desuso, el abandono que sufren muchos de ellos y el personal de enfermería insuficiente para la atención son los desencadenantes de las caídas.

### **Cuidados de Enfermería en la Prevención de caídas**

La prevención de caídas lo realizamos en los diferentes momentos de la estancia del paciente.

#### **Primer momento o al ingreso a la unidad de hospitalización.**

Debemos utilizar la escala de Downton para identificar a los adultos mayores con riesgo alto de caída.

- Preguntamos si ha tenido caídas anteriores. Si usa medicamentos sobre todo tranquilizantes y sedantes, si presenta déficit sensorial, su estado mental y por último si su deambulación es segura, se puntúa con 1 cada ítem, mayor de 3 representa riesgo alto de caída.



- Evaluación física, de la marcha y del equilibrio utilizamos a la escala de Tinetti.
- Sugerir calzado seguro antideslizante, nunca caminar con medias ya que se ha observado las caídas con estas prendas. Ubicar al paciente en su habitación, uso del baño y ducha, timbre de llamado, etc.
- Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuirlos.

#### **Segundo momento o Paciente ya hospitalizado**

- Indagar si durante su estancia presentó problemas en la deambulación, mareos y/o tropiezos para subsanar estos factores.
- Mantener el timbre cerca, así como el urinario al alcance sobre todo si está utilizando diuréticos.
- Asistir a corto plazo cuando el paciente toque el timbre, muchas caídas se producen por la demora en la atención al paciente.
- Coordinar con terapia de rehabilitación para que realice ejercicios de coordinación y de aumento de fuerza muscular.
- Valorar el estado nutricional del paciente, subsanar cualquier déficit con la ayuda de suplementos alimenticios que tenga la institución. Coordinar con el servicio de nutrición para que entreviste al adulto mayor sobre sus gustos y preferencias de las comidas y si es posible hacerle llegar estos alimentos.

### **Tercer momento o al alta del paciente**

- Realizar una evaluación final de los problemas más resaltantes que podrían desencadenar en caídas.
- Educación al paciente y familia encaminando hacia el autocuidado sin riesgo.
- Entregar material audiovisual sobre los cuidados en casa para la prevención de caídas.
- Concientizar hacia una alimentación sana y adecuada para el adulto mayor.
- Si el paciente se cayó durante la hospitalización reforzar la educación al paciente y familia sobre los factores desencadenantes que originaron las caídas con el fin de evitar la recurrencia.
- Llevar un registro de todos los pacientes que sufrieron caídas en el servicio.
- Realizar una entrevista con todo el personal con el fin de identificar los factores más comunes de caídas y la intervención oportuna para que no ocurra este evento adverso.

### **1.2 Objetivos**

Describir los cuidados de Enfermería en la Prevención de caídas en el informe de experiencia profesional en el servicio de Medicina 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

### **1.3 Justificación**

Las caídas son la principal causa de lesiones, incapacidad y/o muerte en adultos mayores, razón por la cuál es motivo de preocupación creciente la identificación de las causas y factores de riesgo que acompañan estas situaciones.

Los adultos mayores son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caída, y el riesgo aumenta con la edad teniendo como consecuencia lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse al menos, en parte a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.

A nivel psicológico se produce el síndrome post caída donde se producen cambios en la actitud y el comportamiento.

Las consecuencias sociales se refieren a la necesidad de ayuda para realizar actividades sociales y culturales.

En relación a las consecuencias económicas producen un aumento en los gastos institucionales al incrementarse la estancia hospitalaria.

Por todo lo expuesto se justifica realizar el presente informe que tiene como finalidad disminuir la incidencia de caídas en el Servicio 6C medicina del Hospital Rebagliati, mediante la aplicación de estrategias orientadas hacia la prevención de caídas, la promoción de la salud y, educación al adulto mayor y familia.

## II. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Antecedentes

MIYARES OLVARRIA, Adrián: **“Estudio de caídas de pacientes hospitalizados: Un evento adverso evitable Hospital HUMV Universitario Marqués de Valdecilla”- España Junio del 2014.**<sup>(5)</sup>

Mediante este estudio se concluyó que el mayor porcentaje de caídas en adultos mayores se presentan en las unidades de medicina y psiquiatría. Además, se evidenció que el 1% de pacientes hospitalizados sufren caídas y que sólo el 30% de los adultos mayores presenta secuelas de consideración.

SANDOVAL, Luis, CAPUÑAY, José, VARELA, Luis. **“Caídas en el adulto mayor” Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima Perú 2013.**<sup>(6)</sup>

Estudio prospectivo realizado a 60 pacientes ambulatorios de la jurisdicción de ambos sexos mayores de 60 años.

Se concluyó que por lo menos 33.3 % presentó al menos una caída el último año, La prevalencia de caídas entre el grupo etáreo de 60- 69 años fue mayor en mujeres, mientras que en el grupo de 80- 89 años fue igual entre hombres y mujeres. Así mismo la ocurrencia intradomiciliaria fue del 45%, mientras que la extra domiciliaria fue del 55 %, de igual manera

indicaron que 44% se cayeron de las escaleras y el 33% se cayeron al bajarse de la cama.

**ALVARADO ASTUDILLO, Lucía Isabel, ASTUDILLO VALLEJO, Christian Esteban, SÁNCHEZ BECERRA, Janeth Cristina "Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay, Cuenca, Ecuador 2013."<sup>(7)</sup>**

Con el siguiente estudio realizado en personas adultas mayores en la parroquia de Sidcay se concluyó que si existe relación entre la prevalencia mundial de caídas con la parroquia Sidcay y que existe factores de riesgo ligados a la edad que se presenta en mujeres mayores de 74 años con historial de caída anterior, que viven solas con enfermedades crónicas y estado mental confuso.

**SAGASTUME MARTÍNEZ DE MONTES, Melisa Gabriela" Ejercicios de equilibrio para mejorar el Sistema propioceptivo y disminuir el riesgo de caídas en el adulto mayor" Quetzaltenango- México."<sup>(8)</sup>**

Este estudio realizado en 50 participantes tomados al azar y utilizando la escala de Tinetti y la valoración de la propiocepción se concluyó que los adultos mayores del sexo femenino representan el 75% de caídas y que la prevalencia es mayor entre los adultos 61-70 años representando el 43% y que los adultos mayores entre 90 – 92 años representan el 2% de las caídas.

## **2.2 Marco Conceptual**

Las caídas en los adultos mayores hospitalizados representan un problema de primer orden que afecta en su mayoría a los adultos mayores de 65 años con graves consecuencias, ocupando el segundo lugar en causas de mortalidad por lesiones accidentales o no intencionales a nivel mundial .

La OMS creó en el 2004 la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, con el objetivo de incrementar la seguridad de la atención y establece la Seguridad del paciente como un principio fundamental sobre el que se tiene que regir todos los sistemas sanitarios del mundo.<sup>(1)</sup>

La Agencia nacional de seguridad del paciente del Reino Unido, publicada en el 2005 un documento titulado "Seguridad del paciente en 7 pasos" una guía en la que se recogen las diferentes fases que, llevadas a la práctica clínica, proporcionarían una organización sanitaria y por lo tanto más segura.<sup>(9)</sup>

A nivel nacional ESSALUD desarrolló una Directiva en el 2013, denominada "Prácticas seguras y gestión del Riesgo para la Prevención de caídas de Pacientes", con la finalidad de establecer criterios homogéneos en la Prevención y cuidados a pacientes con riesgos de caídas en los centros de ESSALUD. <sup>(3)</sup>

En mi experiencia profesional relacionado a la prevención de caídas en pacientes adultos mayores se pudo demostrar que dicha situación requiere de la humanización del cuidado, por ser los adultos mayores un grupo

etéreo frágil y dependiente, y es la población con mayor riesgo de caídas ya que tienen de 65 años a más y presentan signos de deterioro cognitivo, además presentan múltiples problemas médicos y toman múltiples medicamentos y presentan problemas de deambulación por eso tomé a Virginia Henderson como guía para impartir los cuidados de enfermería enfocados en el autocuidado y así poder prevenir las caídas.

**Virginia Henderson**, define a la enfermería en términos funcionales como “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo” es la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.<sup>10</sup>

Los elementos más importantes de su teoría son:

- la enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª

relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

**Las necesidades humanas básicas según Henderson son :**

- 1º .- Respirar con normalidad .
- 2º .- Comer y beber adecuadamente.
- 3º .- Eliminar los desechos del organismo .
- 4º .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada .
- 5º .- Descansar y dormir .
- 6º .- Seleccionar vestimenta adecuada .
- 7º .- Mantener la temperatura corporal .
- 8º .- Mantener la higiene corporal .
- 9º .- Evitar los peligros del entorno .
- 10º - Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos
- 11º .- Ejercer culto a Dios , acorde con la religión .
- 12º .- Trabajar de forma que pueda sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la Salud partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.



Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (Independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (Dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos. V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada Individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos :
  - Falta aguda de oxígeno.
  - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
  - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- **Persona** :Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia.

Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos , conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- **Entorno:** Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados .

- **Salud:** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

**Cuidados de enfermería aplicada a la Prevención de caídas tomando como guía la Teoría de Virginia Henderson.**

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

El presente informe está centrado en el sistema de apoyo-educación donde el adulto mayor será capaz de satisfacer sus necesidades humanas con la ayuda de la enfermera y así aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, en este sentido, el equipo de salud juega un papel importante como facilitador del aprendizaje, además para el personal de enfermería la satisfacción de las necesidades humanas es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo. Por lo tanto entre los objetivos primordiales de enfermería se encuentran aumentar el número de adultos mayores que practiquen un estilo de vida saludable, fomentar el desarrollo del autocuidado, disminuir la incidencia de eventos adversos entre ellas las caídas, fomentar el consumo responsable de la medicación prescrita, aumentar los conocimientos de la familia y del cuidador principal en relación a la asistencia que necesita el paciente para prevenir los eventos adversos y principalmente las caídas.

- Explicarle que al ingerir los somníferos y ansiolíticos se le dificultará la deambulación. Por ese motivo antes de acostarse debe ir previamente al baño y no deberá tomar demasiados líquidos después de las 6 pm.
- Disminución del riesgo ambiental: Informar al paciente y familia de los peligros en el ambiente en que se desenvuelve. Realizar un reconocimiento de la habitación baños, timbres y luces, los suelos y pasillos deben estar libre de obstáculos, evitar el uso de cera. Indicarle al adulto mayor de no deambular cuando el piso esté mojado.

- Los cables de los artefactos deben estar pegados a la pared y no en la zona de paso del adulto. Indicarle de no transportar objetos pesados, indicarle que si se cae algo al suelo llamar al personal para su apoyo, así mismo indicarle a la familia que revise el buen estado de las gafas, audífonos, bastones y andadores.
- Valoración del estado nutricional, un buen estado nutricional facilitará un aumento en la fuerza muscular y ayudará a la deambulaci3n m3s segura.
- La enfermera debe ayudar a la mec3nica corporal del paciente y motivarlo a realizar actividad f3sica, teniendo en cuenta sus limitaciones.

### **2.2.1 Prevenci3n de ca3das.**

**a) Defini3n de Ca3das:** La OMS define las ca3das como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad, Las ca3das se encuentran dentro de los eventos adversos evitables, ya que se trata de un da1o, lesi3n o complicaci3n que acontece durante el proceso asistencial y que no est3 producido directamente por la enfermedad que ha motivado el ingreso. La estancia hospitalaria supone siempre un riesgo a1adido al proceso por el que se ingresa poniendo en peligro la seguridad de los pacientes.<sup>(1)</sup>

**b) Prevención de caídas.** La prevención se desarrolla en los ámbitos primarios y secundarios.<sup>(13)</sup>

**Prevención primaria:** Son aquellas medidas encaminadas a evitar la caída.

- Mantener un campo de visión amplio para la deambulación del adulto mayor. Evitar transportar objetos pesados.
- Al coger algo del suelo es preferible arrodillarse y no cambiar de posición bruscamente.
- Mantenerse en buena forma física (favorecer las caminatas supervisadas por la familia o personal de enfermería.)
- Revisar el buen estado de gafas, audífonos, bastones, andadores, etc.
- Mantener una buena dieta equilibrada indicada para cada tipo de paciente.
- Uso de zapatos de suela antideslizante, que no friccionen el pie y de taco bajo, evitar llevar zapatillas sueltas.
- Evaluación de la marcha, preguntar si hay presencia de vértigo o problemas de visión.
- Conversar con el paciente e indicarle la restricción de líquidos por las noches hasta dos horas antes de dormir, ya que al ingerir los somníferos y ansiolíticos se le dificultará la deambulación.

- Disminución del riesgo ambiental: Informar al paciente y familia de los peligros en el ambiente en que se desenvuelve.
- Iluminación, interruptores en las entradas, mantener el entorno de paciente de día y noche iluminado.
- Suelos y pasillos libre de obstáculos, evitar el uso de cera, vigilar de no deambular cuando el piso esté mojado.
- Los cables de los artefactos deben estar pegados a la pared y no en la zona de paso del adulto.
- El cuarto de baño del paciente debe contar con agarraderas y si no hay buen equilibrio podrá bañarse sentado en una silla de plástico y con ayuda.

**Prevención secundaria,** Comienza una vez que el anciano ha sufrido caída y se basa en todos los factores que influyeron en la caída. (Si sufrió un mareo, si había unos objetos en el suelo, etc.) y las condiciones en que encontramos al paciente (Inconsciente, pálido, con signos de sangrado, con fracturas visibles, etc.). Ante este evento adverso deberíamos realizar las siguientes acciones

### **Intervención y mitigación del daño en caso de caída del paciente**

Intervenciones inmediatas

Cuidados inmediatos, comuníquese y solicite evaluación médica, aplique medidas para prevención para caídas futuras y anote en formato de notificación de evento adverso.

Definimos como **evento adverso** aquel que genera daño al paciente después de que éste ingresa a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proveído que con la enfermedad de base.

**La seguridad clínica**, se define como "La asistencia sanitaria exenta de riesgos o eventos adversos, en la que el individuo puede recibir un nivel de calidad asistencial óptimo sin sufrir incidentes que dañen o puedan dañar su salud" La seguridad clínica es un componente indispensable a la hora de hablar de calidad asistencial".

Pero el evento adverso no es el único concepto que debemos entender para hablar de la seguridad clínica. El estrecho margen que separa el error asistencial, el riesgo y daño producido en el enfermo, hace que sea necesario comprender donde se encuentra la línea que diferencia los distintos términos que se utilizan con más frecuencia, a la hora de hablar de la seguridad en la práctica clínica.

**Evento adverso no evitable:** Retomando la definición inicial, el EA no evitable es "todo daño real o potencial producido en el paciente derivado de la asistencia sanitaria" En este caso, la intervención sanitaria se ha realizado sin error de la práctica, pero el resultado no ha sido el esperado o deseado. En ningún caso existe intencionalidad por parte del profesional sanitario de desencadenar el EA.

**Evento adverso evitable:** "Daño real o potencial producido en el paciente derivado de la asistencia sanitaria" en este caso, el evento adverso evitable se desencadena cuando las intervenciones que el equipo



sanitario puede llevar a cabo en beneficio del paciente son mayores que las que éste ha recibido, o cuando la actuación del profesional no ha sido la correcta. Para estar frente a un EA evitable,

Se debe incluir otro concepto, el error, tampoco existe intencionalidad.

Bajo esta premisa podemos concluir que 4 de 10 caídas en los centros asistenciales se podrían prevenir.

### **c) Consecuencias del síndrome de caídas <sup>(11)</sup>**

Se pueden clasificar como inmediatas y tardías. Las Inmediatas incluyen:

Lesiones menores en partes blandas y fracturas, que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas. También se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable.

La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos y en algunos casos puede producirse un cuadro de hipotermia capaz de generar la muerte en el 90% de los casos.

Las consecuencias tardías comprenden:

Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones.

Síndrome post-caída caracterizado por la falta de confianza del paciente en sí mismo por miedo a volver a caer y restricción de la deambulación,

ya sea por él mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresión.

### **Factores que predisponen las caídas:**

Según la directiva de ESSALUD "Prácticas seguras y gestión del riesgo para la prevención de caídas de pacientes ". Para que suceda una caída intervienen factores intrínsecos y extrínsecos<sup>(3)</sup> Dentro de los **factores intrínsecos** o propios del paciente tenemos: Historial anterior de caída, estado cognitivo, déficits sensorio-perceptivos, estado físico-dependencia (El estado físico del adulto mayor juega un papel preponderante en las caídas) es decir evaluamos la fuerza muscular del adulto mayor, el estado musculoesquelético (indagamos si hay presencia de osteoporosis , artritis u artrosis u otra enfermedad limitante de la movilidad, medicación, eliminación, (necesidad de acudir varias veces al baño) enfermedades neurológicas, cardíacas y respiratorias, la edad del adulto mayor).Dentro de las enfermedades que predisponen las caídas y dejan secuelas de consideración tenemos a la **osteoporosis y la Osteopenia.**

**La osteoporosis** es una enfermedad causada por la descalcificación de los huesos. Como es bien sabido, el hueso es un tejido que está en constante formación y destrucción a lo largo de toda la vida. Este fenómeno se conoce como el remodelado óseo y se lleva a cabo por medio de la unidad de remodelación ósea que consiste en un conjunto de células encargadas de destruir pequeñas porciones de hueso que son posteriormente sustituidas por hueso nuevo. El remodelado óseo tiene

dos funciones principales, en primer lugar, al sustituir el tejido óseo viejo por el joven aumenta la resistencia del esqueleto a las fracturas, en segundo lugar asegura la disponibilidad de los minerales como el calcio, fósforo, y magnesio, para ser transportados del hueso al líquido extracelular y viceversa, de acuerdo a las necesidades del organismo. Las células que participan en el remodelado óseo son de diversos tipos, pero dos de ellas son las protagonistas principales del proceso. Los osteoclastos que son macrófagos especializados en destruir hueso, fenómeno denominado "resorción ósea" y los Osteoblastos células derivadas del tejido conectivo encargadas de formar hueso. Existen otras células como los osteocitos, linfocitos, macrófagos y células endoteliales que prestan su apoyo al proceso de remodelado. En la osteoporosis se produce una disfunción de las unidades de remodelado óseo que a su vez se debe fundamentalmente a dos tipos de alteraciones, la primera consiste en el establecimiento de un balance negativo. La segunda en un aumento del número de unidades de remodelación que da lugar a lo que se designa como "aumento del recambio óseo" En el adulto joven existe un balance óseo "Cero", ya que la cantidad de hueso formado por los osteoblastos es igual a la destruida previamente por los osteoclastos. Sin embargo, a los 40 años la producción es algo menor acrecentándose con el paso de los años, denominándose balance negativo.

**Aumento del recambio óseo.** Es el aumento del número de unidades de remodelación cuando éstas se encuentran en balance negativo supone un

aumento del número de puntos del esqueleto que se pierde masa ósea y por tanto una acumulación de dicha pérdida. En la menopausia, con la depleción de estrógenos que conlleva, se acelera la pérdida de masa ósea produciéndose la "osteoporosis post menopaúsica"

**Factores Extrínsecos.** Dentro de los factores extrínsecos, es decir los relacionados con el entorno del paciente y los derivados de la interacción de éste con el medio hospitalario, no cabe duda de que la infraestructura donde el adulto se encuentra es desconocida y es necesaria la adaptación a este nuevo entorno (cama, Habitación, baños, iluminación, timbre de llamado, ausencia de pasamanos, ropa y calzado, Infraestructura, personal insuficiente, gestión). También se incluyen los factores derivados del tratamiento farmacológico, tomando énfasis en los efectos secundarios que pueden causar en el estado funcional de los pacientes.<sup>(12)</sup>

#### **Cuidados de enfermería aplicados a la prevención de caídas.**

- Establecer un registro de notificación que permita un feed-back para conocer la incidencia de caídas, sus causas y establecer medidas preventivas. Lo primero será el uso de la escala de Downton con el fin de identificar a los adultos mayores con alto y mediano riesgo de caída, para prestarle mayor observación.
- Sensibilizar a profesionales de la salud, pacientes y cuidadores en la identificación de los factores de riesgo y las medidas correctivas

a tomar. Disminuir los factores extrínsecos propios de la habitación de los pacientes, observar que cuente con iluminación adecuada, camas bajas, agarraderas en los baños y duchas, timbres en buen estado, pisos antideslizantes, etc.

- Educar y promover la salud, orientación al paciente y familia hacia el autocuidado sin riesgos y coordinando con el equipo multidisciplinario para mitigar los problemas de malnutrición, disminución de las patologías asociadas a la debilidad muscular, contracturas y/o fracturas. Evaluación psicológica y psiquiátrica si fuese necesario para garantizar la salud mental.

### **Escala de valoración de riesgo usada en el Servicio 6C Medicina:**

#### **Escala de Downton**

Se utiliza para evaluar el grado de riesgo de caída del paciente a su ingreso a la unidad de hospitalización, evalúa 5 variables:

- 1. Caídas previas:** Si presentó alguna caída anteriormente será puntuado con 1 de lo contrario será puntuado con 0.
- 2. Uso de medicamentos:** Si está consumiendo cualquier medicamento habitualmente tendrá la puntuación de 1.
- 3. Déficit sensorial:** Si presentara alteraciones visuales o auditivas, o ictus tendrá la puntuación de 1, si no presentara ningún déficit será puntuado como 0.

**4. Deambulación:** Si no tiene ningún problema en la marcha será puntuado con 0, Si para la deambulación necesitara ayuda, o no deambulará la puntuación sería 1.

**Resultado de la evaluación:** Si el puntaje obtenido es:

**3 a más:** Alto riesgo de caída.

**1 a 2:** Mediano riesgo.

**0 :** Representa bajo riesgo.

### **2.3 Definición de términos**

- **Caídas:** La caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al adulto mayor al suelo, contra su voluntad (OMS), Esta precipitación puede ser repentina, involuntaria e insospechada. <sup>(1)</sup>
- **Factores de riesgo:** Es toda circunstancia o situación que incrementa las posibilidades de una persona de contraer alguna enfermedad o sufrir un traumatismo.
- **Factores intrínsecos:** Son aquellos factores dependientes del individuo propios del proceso de envejecimiento o por enfermedades que provocan alteraciones en la marcha e incrementan la inestabilidad.
- **Factores extrínsecos:** Corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico o bien, de elementos de uso personal que producen las caídas en el Adulto Mayor.

- **Incidente:** Se trata de un suceso que, si hubiese ocurrido en otras condiciones, podría haber dado lugar a daño o complicaciones en el paciente.
- **Evento adverso:** (EA). Suceso que se presenta y genera daño al paciente, después de que éste ingresa a una institución médica.
- **Adulto Mayor:** Será definida operacionalmente como el último estadio de la edad adulta, que se inicia aproximadamente a los 60 años

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

Para la realización del presente informe se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de los registros de enfermería, historias clínicas, los informes de caídas, Indicadores de calidad (Informes mensuales y anuales presentados a la Jefatura de Enfermería), Entrevista con los pacientes en algunos casos.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

Mi experiencia profesional se inicia en el año 1997 al culminar mis estudios en la Universidad Nacional Federico Villarreal, posteriormente como bachiller tengo la oportunidad de trabajar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (1997 – 1998). Realizando mi SERUMS en el Hospital Angamos-EsSalud, en la actualidad vengo laborando en el Hospital IV Edgardo Rebagliati Martins- EsSalud, desde el año 2000.

El trabajar en el servicio de Medicina 6C, me ha brindado mucho conocimiento sobre el manejo de pacientes geriátricos, las medidas preventivas y la aplicación de protocolos para evitar las caídas de los adultos mayores, así mismo ser partícipe de la implementación de la escala de Downton y la designación de los grupos de riesgo mediante gráficos de colores colocados en cada habitación indicando el grado de



riesgo de cada paciente. Trabajar en conjunto con la jefatura de enfermería para la revisión de banquillos que son generalmente los causantes de caídas al estar resbalosos y la inspección de sillas, camas y camillas, así como la seguridad en el ambiente del paciente, ya sea asegurándose de mantener una luz tenue en las noches y dejando al alcance de sus manos el timbre para acudir al llamado oportunamente, así mismo dando charlas al familiar acompañante para la prevención de caídas.

### **Descripción del Área Laboral**

El Servicio de Medicina 6C acoge en su mayoría a pacientes adultos mayores con pluripatologías destacando los pacientes con IRAS, diabetes, insuficiencia renal y oncológicos. La atención de Enfermería son las 24 horas en conjunto con el personal técnico que contamos con turnos rotativos. Se cuenta con personal médico desde las 8am hasta las 2 pm y presencia de los residentes de medicina desde las 7 am hasta las 8 pm en promedio. Contamos con el apoyo del clínico de guardia y el equipo de UCI las 24 horas quienes vienen al llamado ante cualquier emergencia. El Servicio de Medicina 6C está ubicado en el sexto piso sector C, cuenta con 39 camas, 4 de ellos destinados a los cuidados intermedios de pacientes críticos, Se cuenta con monitores móviles y empotrados de oxígeno y nebulización, así también con bombas infusoras y tensiómetros de mercurio portátiles, Un EKG y un coche de paro.

**Organigrama:**

**Estructural:** El servicio de medicina interna depende estructuralmente del Departamento de Enfermería y cuenta con:

Enfermera jefa: 01

Enfermeras Subjefes: 02

Enfermeras Asistenciales: 12

Técnicos de enfermería: 13

El personal se encuentra distribuido en turnos rotativos de mañana, tarde y noche durante las 24 horas del día.

**Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

Mi labor como personal de Enfermería estuvo encaminada hacia una atención basada en la aplicación de cuidados con base científica tomando como instrumento el Proceso de Atención de Enfermería y siguiendo los modelos o teorías de estudiosas como Jean Watson entre otras. Por eso nuestro objetivo será reincorporar al adulto mayor a su vida en sociedad, sin secuelas o problemas agregados de salud y autolimitación llevándolo hacia el autocuidado.

**a) Área Asistencial:**

A nivel de las actividades asistenciales mi labor es hacer una evaluación Inicial del paciente a la entrada de cada turno utilizando las escalas estandarizadas en mi servicio como son la escala de Downton y Norton para identificar oportunamente riesgo de caída y prevención de UPP.

De igual manera participar en la implementación de la Directiva de ESSALUD para la Prevención de caídas, Educar y colaborar activamente en la implementación de medidas para favorecer un ambiente adecuado para el adulto mayor.

Además, debo organizar, dirigir, programar, controlar y evaluar la atención de enfermería al paciente y familia de acuerdo a la Normas establecidas en el servicio. Realicé la supervisión de la aplicación normativa de la prevención de caídas en el servicio.

**b) Área Administrativa:**

Revisión de guías y normas para la atención de pacientes...

Registro de actividades diarias que se realizan en cada turno.

Registro de procedimientos.

**c) Área de Docencia:**

Participé activamente en todas las actividades académicas programadas por el servicio para la capacitación de nuestras colegas, preparé charlas y participé en el programa de familiar acompañante educando a la familia en los cuidados del adulto mayor para prevenir caídas y UPP.

Supervisé periódicamente el desempeño del personal técnico a su cargo y eventualmente a las alumnas de enfermería que rotan en el servicio.

Asistí a las reuniones programadas y extraordinarias que son convocadas por el servicio y la Jefatura de Servicio.

#### **d) Área de Investigación:**

Mi labor en el área de Investigación estuvo orientada hacia la prevención de caídas buscando estrategias para minimizar estos eventos adversos, ya sea viendo las causas principales de caídas y subsanando estas carencias con el fin de llegar a la meta cero caídas. Participé en la Implementación de las guías de Prevención de caídas.

Con la ayuda del manual de prevención de riesgos y seguridad del paciente, así como también variada información adicional pude aplicar las estrategias en el servicio con el fin de prevenir las caídas, es decir realizando una ronda en el servicio a la entrada de turno conjuntamente con el técnico de enfermería poniendo énfasis en los pacientes solos y más si estaban desorientados.

#### **3.3 Procesos realizados en el Tema del Informe.**

Partiendo de la premisa que el adulto mayor es el sujeto de nuestro estudio, a lo largo de mi experiencia laboral he tenido que poner en práctica los modelos de enfermería de Jean Watson principalmente y de otras estudiosas para lograr el autocuidado y prevenir las caídas.

Como es sabido los principales factores de riesgo de caídas son la falta de fuerza muscular o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio, reposo prolongado en cama, osteopenia y osteoporosis de cadera; así como problemas psicológicos y sociales

Primero he tenido que recurrir inicialmente a una evaluación precoz, rápida y certera, usando las escalas de evaluación geriátrica integral para poder identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales, que provocan alteraciones que llevan al adulto mayor a la incapacidad como a la inmovilidad. En el servicio 6C medicina se ha implementado ya como formato obligatorio la escala de Downton (Para calificar el riesgo de caída del paciente a su ingreso al servicio) y la escala de Northon para evaluar el riesgo de UPP.

Recurriremos a la escala de Katz y Barthel para medir las actividades básicas de la vida diaria. La escala de Lawton Brody para medir las actividades instrumentales.

Tinetti para medir marcha y balance, para evaluar la capacidad psíquica son útiles test Minimental Examinations (Folstein), y para la función afectiva la escala de depresión de Yessavage.

Pero debida a nuestra sobrecarga de pacientes debemos tomar dos escalas que son la escala de Downton para valorar riesgo de caída y Norton para evaluar UPP, nos valemos de preguntas sencillas para hacer una evaluación precoz y concisa como al preguntarle su nombre, edad, con quienes vive, porque viene al hospital ya estaremos valorando su estado de conciencia y al preguntarle si en casa se levantaba o si había un antecedente de caída anterior, esto nos daría una valoración de su balance y equilibrio. Posteriormente se le podrá realizar otras escalas. Esto nos servirá para valorar el riesgo de caída o no y podremos dar

recomendaciones al paciente y familia para que lo acompañe sobre todo en las noches si fuese necesario.

Muchas veces hemos tenido que recurrir a la sujeción mecánica debido al abandono de muchos adultos mayores y ante el riesgo inminente de caída, cuando la educación y la persuasión no nos dieron solución al problema.

De igual manera tenemos que saber que el adulto mayor hospitalizado es un ser complejo que está a nuestro cuidado y debemos evitar eventos adversos, valiéndonos de las teorías del envejecimiento, teorías y protocolos del cuidado de adultos mayores, educando al familiar acompañante y favoreciendo el autocuidado.

A nivel personal la educación y la persuasión que se impartió al paciente para que pida ayuda al bajar de la cama me ha dado mucha satisfacción, las rondas nocturnas que evitaron muchas caídas encontrando al paciente supuestamente lúcido bajándose por la parte posterior de una cama alta o por encima de las barandas.

Muchos pacientes que ingresan a primeras horas de la madrugada que casi no se podían valorar porque no entablaban conversación o tomándolos por hipoactivos, al amanecer se tornaban activos y trataban de bajarse de la cama sin zapatos, como anteriormente mencioné las rondas y la supervisión de estos pacientes con riesgo de caída disminuyen mucho la incidencia de caída.

Otro episodio también conocido era de los pacientes que no comentaban que se habían caído la noche anterior, porque minimizaban la caída y recién ante la presencia del dolor recién lo comunicaban.

El adulto mayor como un ente humano está influenciado por el medio ambiente, a su vez recibe mayor influencia de su casa y familia, pero a su ingreso al centro hospitalario queda bajo el cuidado de enfermería; es decir nosotras las enfermeras capacitadas y teniendo en cuenta teorías y ética del envejecimiento, llegamos a la conclusión que nuestro cuidado en el adulto mayor está encaminado hacia el autocuidado.

#### **Limitaciones para el desempeño profesional:**

Como es bien sabido el servicio de medicina no tiene una infraestructura propia para atender a pacientes geriátricos, por eso no cuenta con el mobiliario adecuado, las camas son altas, los baños no cuentan con agarraderas, la iluminación inadecuada y el personal insuficiente para la atención de pacientes adultos mayores en una proporción de 1 enfermera por 21 pacientes en los turnos de tarde y noche y 1 por cada 14 pacientes en los turnos de mañana, viéndose de lejos insuficiente la relación de enfermera paciente. Las caídas se presentan en mayor porcentaje cuando el paciente baja de la cama y resbala por la debilidad que lo caracteriza y por la altura de la cama, a esto se adiciona que el paciente tiene los reflejos disminuidos que lo imposibilitan de amortiguar las caídas muchas veces no se notifican y se minimizan por el mismo paciente o personal a cargo, no teniendo así una estadística correcta.

### **Caso relevante**

Paciente de 83 años se encontraba hospitalizado el mes de agosto del año 2015 con diagnóstico de síndrome confusional, durante las horas que permanecía acompañado con el familiar se mantenía sin sujeción, las pocas veces que lo dejaban sólo se le colocaba un chaleco de protección sujetado a la cama o sillón.

La noche del 30 de agosto 2015, se encontraba durmiendo acompañado por su hija, Cuando a las 3 am recibimos el llamado de alerta de la hija que su papá no se encontraba en la cama ni en el baño de la habitación, posteriormente revisamos cada habitación y baño del servicio incluidos tópicos, sala de examen y estación de enfermería, comunicándonos con los servicios vecinos ya que el servicio no cuenta con puerta, sin ubicar al paciente. Se prosiguió con la búsqueda cuando al abrir la puerta que conduce a la escalera de escape se encuentra al paciente parado agarrado fuertemente a la baranda de la escalera con signos de hipotermia. Inmediatamente se comunica al médico de turno y supervisora del servicio.

Se realizan cuidados inmediatos al paciente, se le transporta a su cama, se le aplica calor mediante cobertores y frazadas, se toman las funciones vitales y luego es evaluado por el clínico quien indica observación.

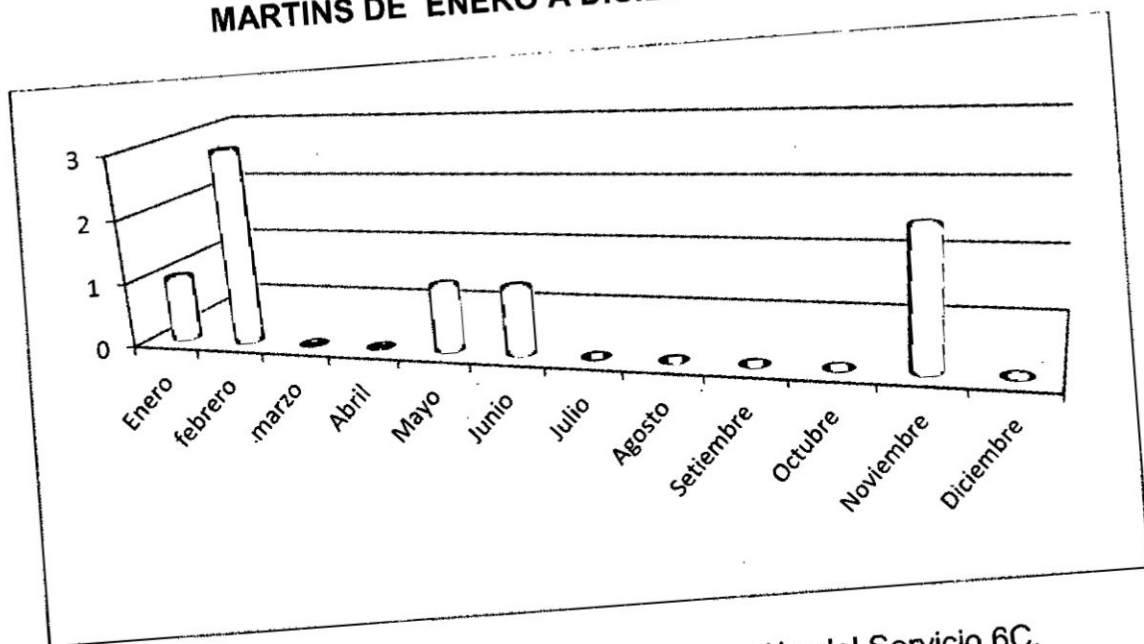
Las medidas correctivas realizadas en el servicio de medicina, aumento de las rondas nocturnas y colocación de llave a puerta de escape durante las noches.



#### IV. RESULTADOS

Cuadro 4.1

CAÍDAS DE ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL  
SERVICIO 6C MEDICINA DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS DE ENERO A DICIEMBRE 2015 .

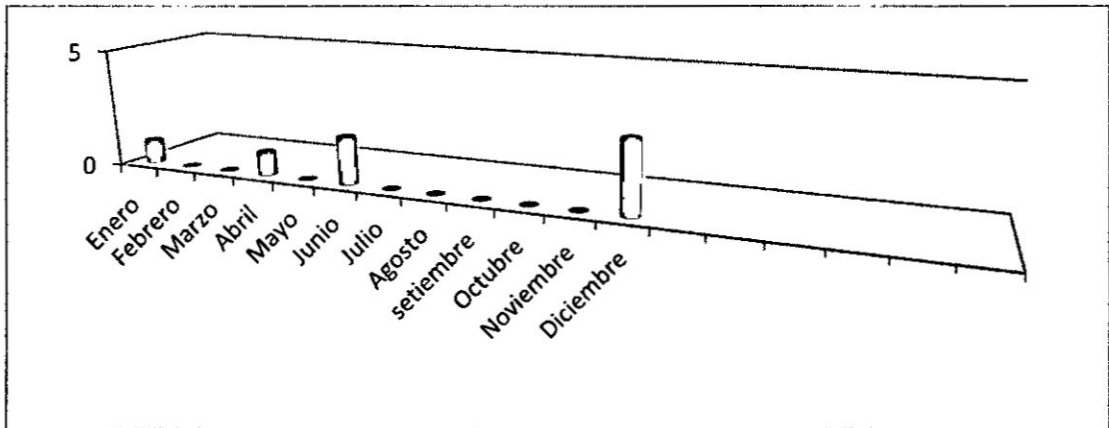


Fuente: Datos tomados de los indicadores de gestión del Servicio 6C.

Según este cuadro 4.1 podemos decir que el número de caídas no excede en tres cada mes. Habiendo mayor incidencia el mes de febrero y descendiendo la segunda mitad del año con cero caídas con un pico el mes de noviembre. Podemos acotar además que recién la segunda mitad del año se estaba poniendo en práctica la utilización de la escala de Downton a todos los pacientes al ingreso de su hospitalización.

**Cuadro 4.2**

**CAÍDAS DE ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL  
SERVICIO 6C MEDICINA DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI.  
ENERO A DICIEMBRE 2016.**



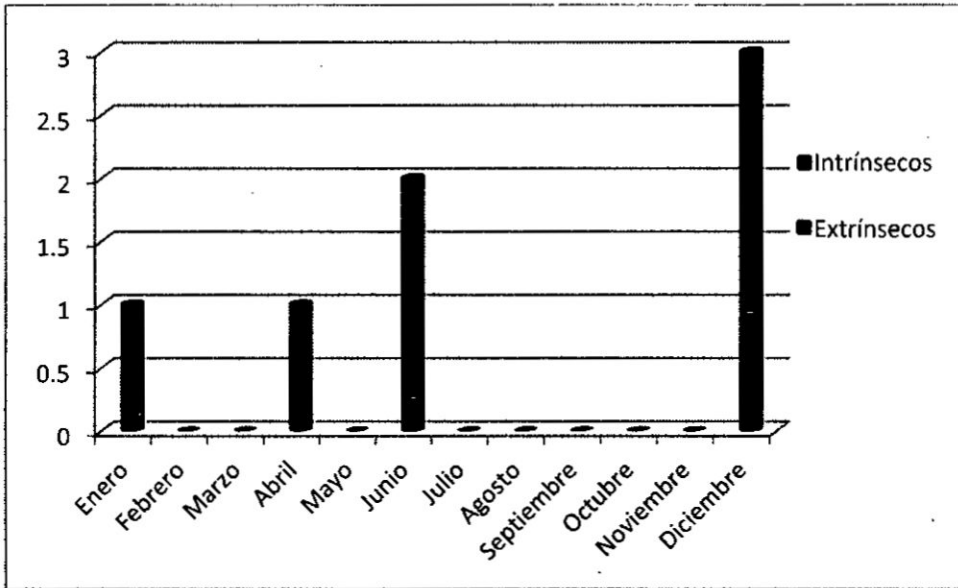
Fuente: Datos tomados de los indicadores de gestión del 6C.

Del cuadro 4.2 podemos concluir que el número de caídas en el año 2016 tuvo su pico en junio y su mayor incidencia en diciembre. Que la edad de los adultos mayores estuvo comprendida entre 65 y 89 años. Las personas del sexo masculino sufrieron más caídas respecto al sexo femenino. Además, se nota que a partir de la segunda mitad del año se logró el objetivo cero caídas, a excepción del mes de diciembre que se observa tres caídas dado que este mes las caídas se suscitaron en pacientes lúcidos, pero con problema neurológico de fondo, que fueron causas propiamente intrínsecas.

Podemos observar además comparando ambos cuadros que el número de caídas disminuyó en el 2016 respecto al 2015.

**Cuadro 4.3**

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS CAÍDAS DE LOS  
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA 6C DURANTE EL AÑO 2016**



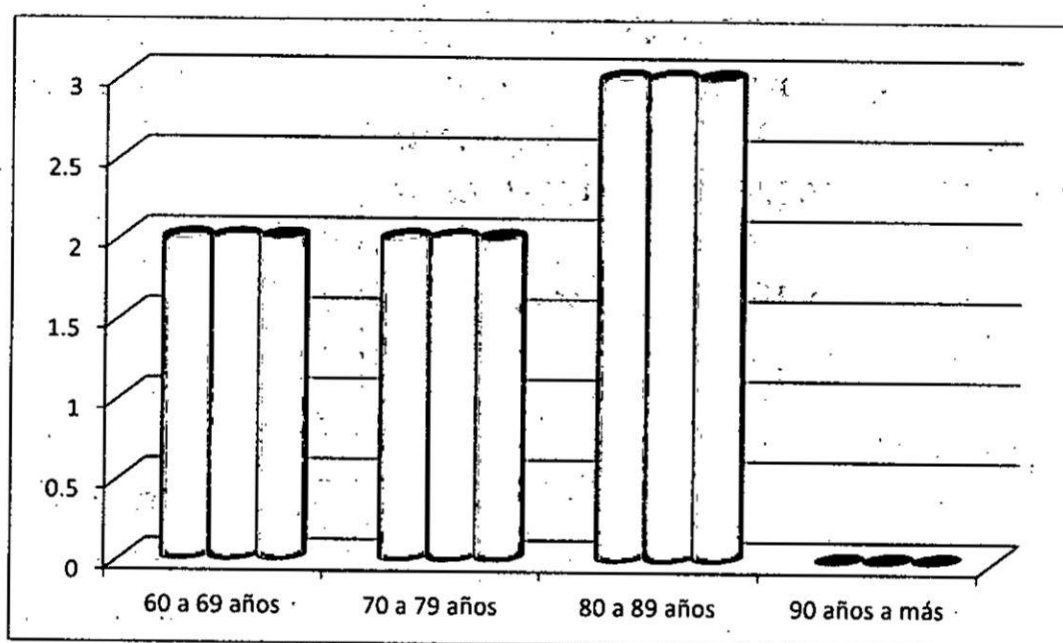
Fuente: Datos tomados de los indicadores de gestión del 6C.

Cuadro N° 4.3 Podemos indicar que para que se produzca la caída intervienen varios factores tanto intrínsecos como extrínsecos. Generalmente intervienen dos o más factores.

Durante el año 2016 los diagnósticos más frecuentes de caídas fueron los que afectaban el estado de conciencia, seguidos por los sensorceptivos, y por los problemas propios de la movilidad, sin embargo, estuvieron asociados al entorno del paciente como camas altas, ausencia de pasamanos o efectos secundarios de los medicamentos.

**Cuadro 4.4**

**DATOS ESTADÍSTICOS DE CAÍDAS SEGÚN RANGO DE EDAD EN  
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS DURANTE EL AÑO 2016.**



Fuente: Datos tomados de los indicadores de gestión del 6C.

Cuadro 4.4. Podemos observar en este cuadro que del 100 % de caídas el 28.5 % de caídas se presentaron en el grupo etáreo de 60 a 69 años, asimismo el grupo etáreo de 70 a 79 años representan el 28.5%, mientras que el grupo etáreo de 80 a 89 años representó el mayor porcentaje 43%. En conclusión, el grupo más vulnerable a las caídas está comprendido entre 80 a 89 años, teniendo que prestar cuidados especiales con personas de esta edad.

<b>Diciembre</b>	Demencia vascular	81 años	Factores intrínsecos (desorientado rompió la sujeción)	Hematoma en la cara.	Observación hasta el alta.
	Sd de Gillian Barré.	65 años	Factores intrínsecos y extrínsecos.	Golpe en costilla lado Derecho.	Se evidenció con la placa de RX que no hubo lesión ósea.
	Síndrome ascítico de EAD.	81 años	Factores Intrins. (edad, uso de bastón) y extrins.	Hematoma en occipital	Tomografía cerebral sin variación.

Fuente: Datos tomados de los indicadores de gestión del 6C.

**Resultados de los cuidados de enfermería en la prevención de caídas a los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio 6C Medicina.**

- Tomando como referencia los cuadros estadísticos se logra deducir que los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina 6C que sufrieron de caídas son los del grupo etáreo de 80 a 89 años ya que presentan mayor inestabilidad para la deambulaci3n.
- Seg3n el cuadro 4.5 el sexo masculino presenta mayor incidencia de caídas respecto al femenino. Adem3s del cuadro 4.5 deducimos que el 71.42% se cayeron en la noche y el 28.58 % en el transcurso del d3a.
- Del cuadro 4.3 se observa que para que se produzca la ca3da intervienen tanto los factores extr3nsecos como intr3nsecos siendo estos los principales desencadenantes de las ca3das.

## V. CONCLUSIONES

- a) Con los cuidados de enfermería y las nuevas estrategias de prevención de caídas. Se ha notado una notable disminución de las incidencias de caídas en el servicio de medicina 6C en el 2016 respecto al año 2015 y se ha podido concientizar al personal de salud, al paciente y a la familia sobre las medidas oportunas para prevenir las caídas.
- b) Con la escala de Downton a todo paciente al ingreso al servicio, se logra identificar a los pacientes de mediano y alto riesgo de caídas, y la toma de medidas de protección trabajando en la identificación de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos ya sea con la educación al paciente y familia, así como también con la optimización del entorno del paciente.
- c) La educación brindada al paciente y familia contribuyó con la disminución de caídas, esto se evidencia en los cuadros estadísticos que demuestran que la mayoría de pacientes sufrían caídas durante las noches, concientizando al familiar para la pernoctación junto al adulto mayor, así también se aumentaron las rondas nocturnas prestando mayor énfasis a los pacientes de mediano y alto riesgo de caída

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Seguir aplicando los protocolos y guías con el fin de disminuir la incidencia de caídas y que las guías existentes sean actualizadas y revisadas para su mejora si fuese necesario.
- b) Continuar sensibilizando al personal de enfermería para que tome acciones preventivas promocionales con el fin de disminuir el número de caídas.
- c) Actualizar permanentemente los conocimientos en el cuidado de pacientes geriátricos mediante las actividades académicas realizadas en los propios servicios o fuera de ellos.
- d) Supervisar el control de calidad de nuestros procedimientos para que se cumplan las normas de seguridad en la atención al paciente.
- e) Gestionar con las jefaturas para que se implemente prontamente un ambiente con la infraestructura adecuada para el paciente geriátrico.
- f) Sustentar con estadísticas y número de procedimientos realizados en los servicios la necesidad de mayor número de personal asistencial.



## VII. REFERENCIALES

1. OMS.org/ caídas de pacientes.
2. SESCOAM Protocolo de prevención de caídas 2012
3. MINSA ESSALUD. Directiva N° 008-GG-ESSALUD 2013 “Prácticas Seguras y gestión del Riesgo para la prevención y Reducción de caídas de pacientes”.
4. MINSA "Directiva de Prevención de caídas de pacientes hospitalizados del hospital Santa Rosa 2016”
5. MIYARES OLVARRIA, Adrián: “Estudio de caídas de pacientes hospitalizados: Un evento adverso evitable Hospital HUMV Universitario Marqués de Valdecilla “España junio del 2014.
6. SANDOVAL, Luis, Capuñay, José, Varela, Luis. “Caídas en el adulto mayor” Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima Perú 2013.
7. ALVARADO ASTUDILLO, Lucía Isabel, ASTUDILLO VALLEJO, Christian Esteban, SÁNCHEZ BECERRA, Janeth cristina “Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay, Cuenca, Ecuador 2013.
8. SAGASTUME MARTÍNEZ DE MONTES, Melisa Gabriela “Ejercicios de equilibrio para mejorar el Sistema propioceptivo y disminuir el riesgo de caídas en el adulto mayor” Quetzaltenango- México”.

9. Agencia Nacional de Seguridad del Reino Unido 2005 " Seguridad del paciente en 7 pasos"
10. HERNÁNDEZ Rangel Eduardo. Necesidades Básicas de Virginia Henderson. Scribd. Recuperado de es.scribd.com
11. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2015, Síndrome de caídas en el adulto mayor.
12. TAPIA V M SALAZAR, TAPIA C I . Olivares R C Prevención de caídas, Indicador de Calidad del cuidado enfermero. Revista mexicana de Enfermería cardiológica, Vol. 11 Núm. 2 2003.
13. Estrategia para la seguridad del paciente SSPA. Junta de Andalucía.
14. Curso de Enfermería moderna 7° Edición Ed. Harla.
15. Revista peruana de medicina experimental y Salud pública Vol. 33 N° 2 2016-
16. Simon Ángela, Compton Linda, "Enfermería Gerontológica" Editorial Interamericana 2009
17. VARELA, Luis. "Tópicos selectos en Geriatría" Edición Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú 2011.

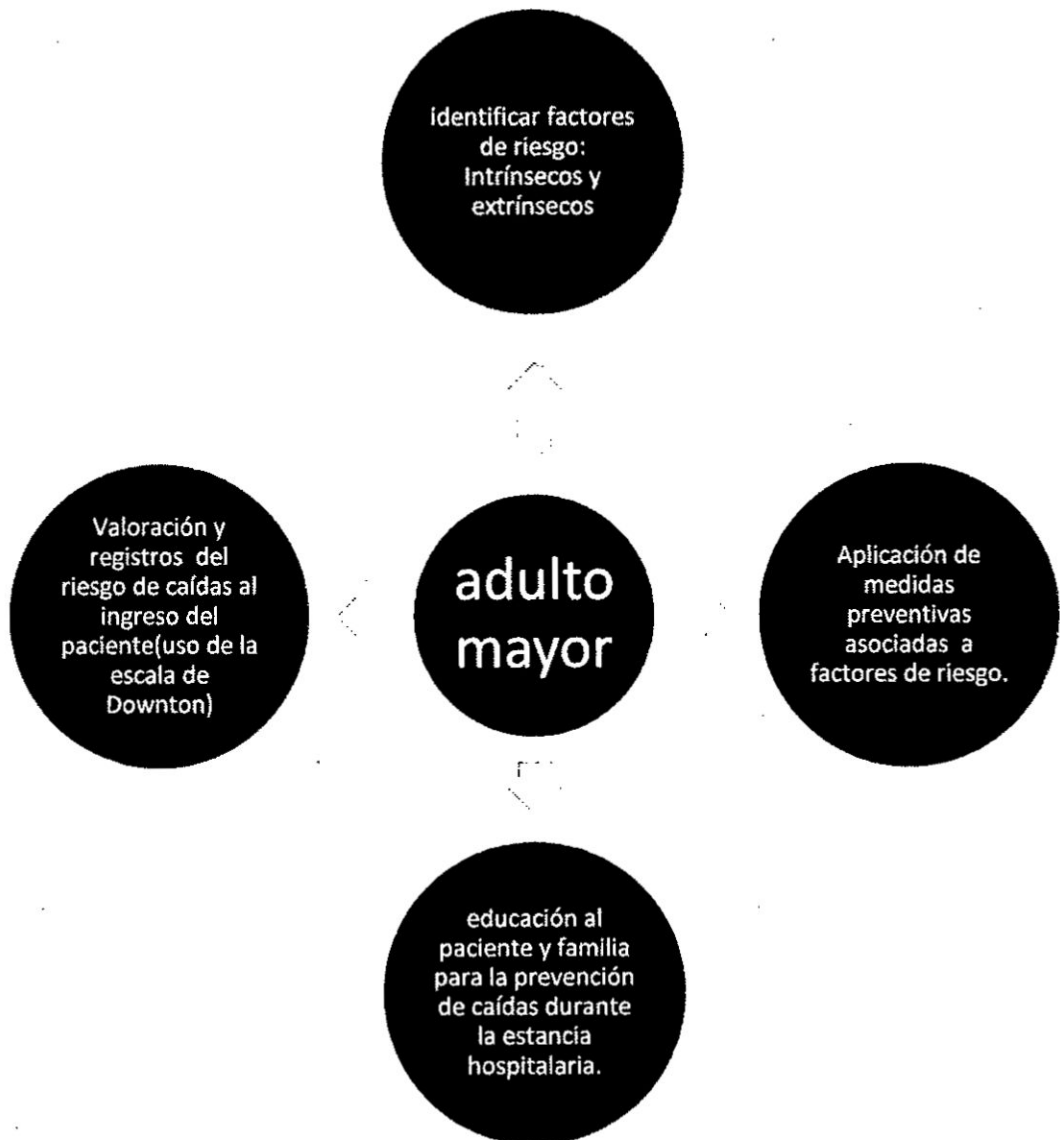
#### **Páginas Web, enlaces de Internet**

18. [www.portaladultomayor.com](http://www.portaladultomayor.com)
19. [www.mimp.gob.pe/adulto mayor/](http://www.mimp.gob.pe/adulto%20mayor/). Lineamientos de políticas para la promoción y buen trato al adulto mayor.
20. [www.elmedico.net](http://www.elmedico.net)
21. [www.gerontología.org](http://www.gerontología.org)

# **ANEXOS**

Anexo 01

PLAN DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS APLICADOS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA 6C



Anexo 01: Plan de prevención de caídas tomado de la Directiva N° 008-GG-ESSALUD 2013 "Prácticas seguras y gestión del Riesgo para la prevención de caídas de paciente.

**Anexo 02**  
**ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGOS.**

<b>VALORACION DE RIESGOS</b>					
SERVICIO: MEDICINA INTERNA 6 C			FECHA:		
EVALUACION DE RIEGOS DE CAIDA EN PACIENTES ADULTOS (ESCALA DE J.H.DOWNTON)			VALORACION DE RIESGO DE ULCERA POR PRESION (ESCALA DE NORTON)		
VARIABLES:		Puntaje	VARIABLES:		Puntaje
<b>CAIDAS PREVIAS</b>	SI	1	<b>Condición Física</b>	Buena	4
	NO	0		Regular	3
<b>USO DE MEDICAMENTOS</b>	Ninguno	0		Pobre	2
	Tranquilizantes Sedantes	1		Muy Mala	1
	Anticoagulantes	1	<b>Estado mental</b>	Orientado	4
	Hipertensivos (a duración)	1		Apatico	3
	Anti parkinsonianos	1		Confuso	2
	Antidepresivos	1		Inconsciente	1
Otros medicamentos	1	<b>Actividad</b>		Desmovida	4
Ninguno	0			Desmovida con ayuda	3
<b>DEFICIT SENSORIAL</b>	Alteraciones Visuales		1	Parca/Sola	2
	Alteraciones auditivas		1	Encamado	1
	Extrínsecas (T.T.U.S.)	1	<b>Movilidad</b>	Total	4
<b>ESTADO MENTAL</b>	Orientado	0		Disminuida	3
	Confuso	1		Muy Limitado	2
<b>DEAMBULACION</b>	Normal	0		Limitada	1
	Segura con Ayuda	1	<b>Incontinencia</b>	Control	4
	Insegura con Ayuda	1		Incontinencia Occasional	3
	No Deambula	1		Urinary	2
				Urinary - Fecal	1
<b>*PUNTAJE OBTENIDO</b>			<b>PUNTAJE OBTENIDO</b>		
<b>PUNTAJE</b>		Nota: En pacientes con agitación psicomotriz de inmediato se considera puntaje alto	<b>PUNTAJE</b>		Evidente riesgo de úlcera / posible formación
3 a más	Alto riesgo		5-11pts	Alto Riesgo	
1 a 2	Mediano		12-14pts		
0	Bajo riesgo		15-20pts	Bajo Riesgo	

**FRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA**

Anexo 02. Escala de Downton y Norton usadas en el Servicio 6 C Medicina.

## Anexo 03 FORMATO DE REPORTE Y NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN SALUD.



PLAN ANUAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE 2016

ANEXO Nº 01  
SEGURIDAD DEL PACIENTE

FORMATO DE REPORTE Y NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN SALUD

*El reporte de Efectos Adversos que usted va a realizar nos permite identificar riesgos y situaciones que ayudaran a mejorar la seguridad en la atención de nuestros pacientes asegurados en el HNERM.*

Apellidos y Nombres:			
Edad:	SEXO:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Situar en el cuadro:
Diagnostico:			
Cursar en:		Fecha de reporte:	
Personal que notifica: (marcar)		<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Enfermera
		<input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha del evento/incidente:		Hora:	
Descripción del evento/incidente: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

Según las definiciones descritas, lo ocurrido se trata de:

- Incidente: Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
- Evento adverso: Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos.

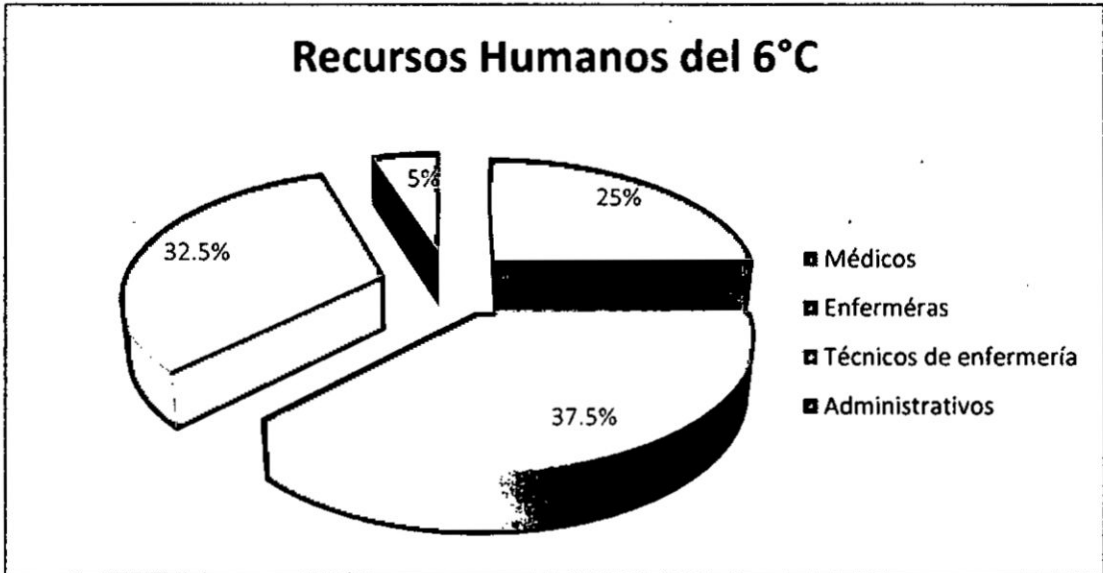
Según las consecuencias del evento Adverso, marcar a que tipo corresponde:

- Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia.
- Moderado: un evento que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga a estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- Grave: En este evento adverso, el paciente necesita de una intervención como por ejemplo de una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, o se prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- Muerte: En este caso, el evento causo la muerte o la propicio a corto plazo.

\*Reporte manual en tanto se implemente el Sistema de Registro, Notificación, Procedimientos y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos. (Software).

**Anexo 04**

**RECURSOS HUMANOS DEL 6C**



**Anexo 05**

**PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL 6C**

TOTAL DE PERSONAL SANITARIO DEL 6C				
PERSONAL DE ENFERMERÍA	CONDICIÓN LABORAL			
	NOMBRADOS	CONTRATO INDETERMINADO	CAS	TOTAL
ENFERMEROS	04	10	01	15
TÉCNICOS	01	10	02	13
<b>TOTAL</b>	<b>05</b>	<b>20</b>	<b>03</b>	<b>28</b>

**Anexo 06**  
**PERSONAL DEL 6C MEDICINA INTERNA**



**Personal de enfermería, médicos y residentes de medicina, personal administrativo del 6C.**



**Fuente: Elaboración propia, 2017**



**Anexo. 07**

**NÚMEROS DE PACIENTES AL EGRESO SEGÚN SEXO AÑO 2016**

MES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
ENERO	48	53	101
FEBRERO	60	39	99
MARZO	56	43	99
ABRIL	76	37	103
MAYO	63	34	97
JUNIO	41	44	85
JULIO	56	53	109
AGOSTO	48	58	106
SETIEMBRE	41	53	94
OCTUBRE	46	50	96
NOVIEMBRE	43	46	89
DICIEMBRE	43	56	99

Podemos decir de este cuadro que el 52.76 % de pacientes el año 2016 fueron del sexo masculino y el 47.24% del sexo femenino.

## Anexo 08

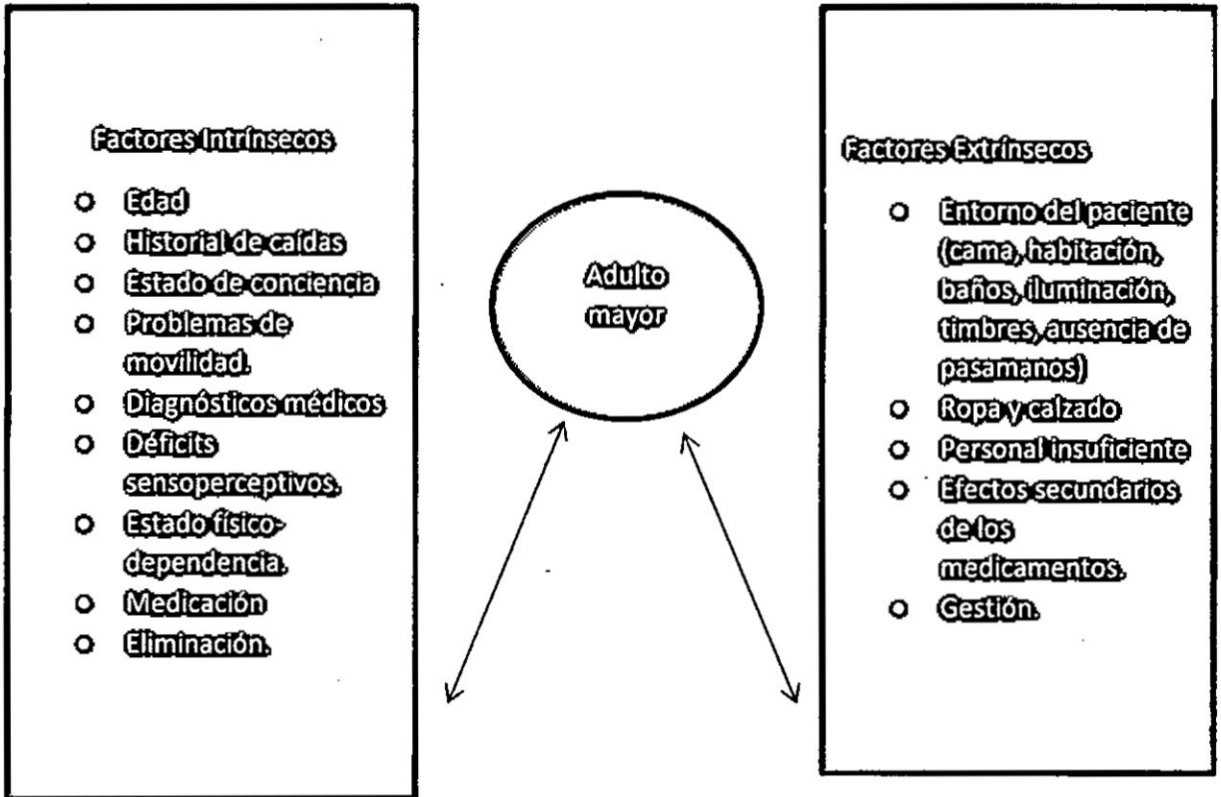
### CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de caídas, relacionado con alteración del equilibrio, uso de ansiolíticos, deterioro de la movilidad física y disminución del estado mental.</p> <p>Riesgo de caída relacionado con la edad igual o mayor de 65 años.</p>	<p>-Evitar que el paciente se precipite al suelo.</p> <p>Hacer Participe a la familia en los cuidados para prevenir las caídas.</p> <p>-Evitar complicaciones por la inmovilidad.</p> <p>-Lograr el autocuidado</p> <p>Lograr que el adulto mayor logre deambular sin peligro de caída.</p>	<p>-Valorar a los pacientes con la escala de Dowton, Tinetti y de las actividades diarias para medir el riesgo de caída que tienen.</p> <p>-Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar el riesgo de caída.</p> <p>-Proporcionar al paciente dependiente medios de ayuda al alcance de la mano (timbre urinario) y responder a la luz o sonido de llamado inmediatamente.</p> <p>-Utilizar barandas con la longitud y alturas adecuadas para evitar caídas.</p>	<p>-Se ha estudiado que las caídas se presentan más en las noches.</p> <p>Educando al familiar se logra disminuir la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados, ya que el adulto mayor presenta menos episodios de agitación o desorientación al estar con sus familiares.</p> <p>-Al realizar las rondas se logra identificar oportunamente los pacientes desorientados o agitados tomando medidas correctivas.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Dolor agudo relacionado a la precipitación al suelo</p> <p>Déficit del autocuidado: baño/higiene relacionado r/c debilidad debido a la caída, dolor por la caída y miedo a volver a caer.</p> <p>Riesgo de caídas r/c uso de dispositivos de ayuda.</p> <p>Trastorno de la marcha, inestabilidad r/c inmovilidad parcial de miembros inferiores.</p>	<p>Disminuir el dolor del paciente.</p> <p>Conciliar el sueño.</p> <p>Lograr el autocuidado sin riesgo.</p> <p>Lograr la deambulación sin riesgo.</p> <p>Rehabilitar al paciente.</p>	<p>Manejo del dolor.</p> <p>Valorando el nivel y/o grado del dolor con la escala de clasificación numérica del 0 al 10.</p> <p>Valore la localización.</p> <p>Administración de analgésico prescrito por el médico.</p> <p>Apoyar al paciente a la hora de trasladarse de la cama al baño para que se realice su higiene o baño completo.</p> <p>Mantener el entorno del paciente libre y despejado para favorecer la deambulación.</p> <p>Coordinar con la terapeuta para que reciba terapia rehabilitadora.</p>	<p>Se logra calmar el dolor, evidenciando una fascie tranquila.</p> <p>El paciente logrará mayor fuerza muscular al trasladarse frecuentemente.</p> <p>Con el apoyo de la familia y del personal de enfermería se logrará la deambulación.</p>

Anexo 09.

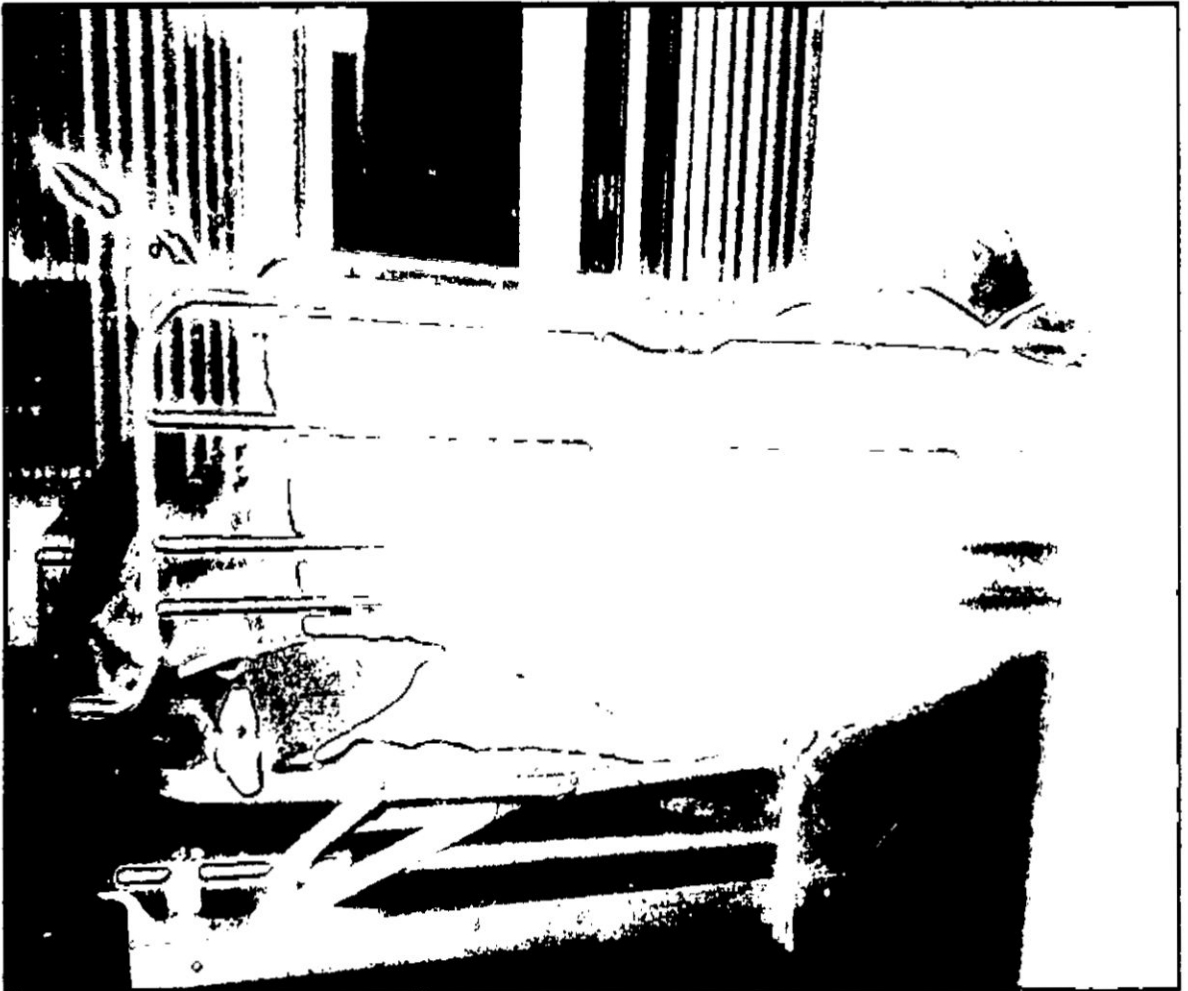
**FACTORES MÁS FRECUENTES QUE OCASIONAN LAS CAÍDAS DE  
PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO 6C  
MEDICINA HNERM. 2016**



Anexo 09 Podemos observar que para que se produzca la caída intervienen varios factores tanto intrínsecos como extrínsecos. Durante el año 2016 los diagnósticos más frecuentes de caídas fueron los que afectaban el estado de conciencia, seguidos por los sensorceptivos, y por los problemas propios de la movilidad, sin embargo, estuvieron asociados al entorno del paciente como las camas altas, ausencias de pasamanos, o efectos secundarios de los medicamentos.

## Anexo 10

### HABITACIÓN DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA 6C.

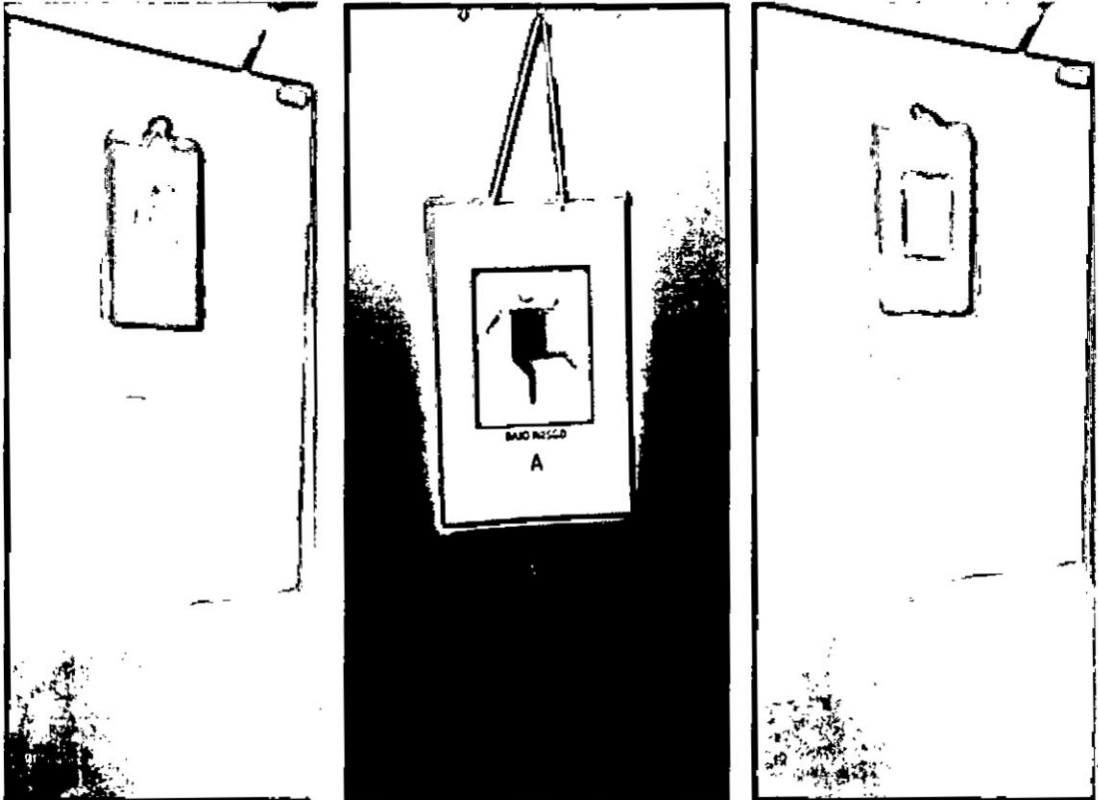


Fuente: Elaboración propia, 2017

Habitación del paciente, Nótese las camas altas, el paciente se encuentra en cama con barandas para su protección y el timbre cerca para llamar ante cualquier necesidad.

**Anexo 11.**

**CARTELES DE PREVENCIÓN DE CAIDAS UTILIZADOS EN EL SERVICIO  
6C MEDICINA.**



**Fuente: Elaboración propia, 2017**

Carteles de bajo, mediano y alto riesgo de caída colgados en la puerta del paciente.