

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



**PREVENCIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS DE PACIENTES
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA II DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR EL
TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

GLADYS FELICITA ANCHANTE VEGA

**CALLAO - 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA VOCAL

ASESORA: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 008-2017

Resolución Decanato N° 1095-2017-D/FCS de fecha 24 de Mayo del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	36
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	38
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	39
3.3 PROCESOS REALIZADOS	44
IV. RESULTADOS	48
V. CONCLUSIONES	56
VI. RECOMENDACIONES	57
VII. REFERENCIALES	58
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor es un ser humano que integra un grupo de riesgo para múltiples enfermedades y disfunciones orgánicas, derivadas del proceso de envejecimiento. Esto hace del adulto mayor una persona frágil, cuya integridad física, psicológica, social y espiritual, se ve en constante riesgo de ser afectada por factores externos. Dentro de las enfermedades y lesiones a las que se ve expuesto el adulto mayor, una de ellas es la caída. (1)

Las caídas son un grave problema de salud pública (4), son un riesgo real que acontece a las personas mayores tanto en la comunidad como durante los ingresos al centro hospitalario.

Todo paciente que ingresados en un centro hospitalario tienen, en alguna medida, riesgo de caerse durante su estancia, existen múltiples factores asociados al aumento del riesgo tanto intrínseco como extrínseco al entorno hospitalario enfrenta a una serie de riesgos potenciales derivados de la atención hospitalaria, que repercuten en la convalecencia, prolongan los días de hospitalización y elevan el costo económico por las complicaciones inherentes a ellas. (3)

El índice de caídas dentro de un centro hospitalario, es considerado uno de los indicadores más relevantes para evaluar la calidad de los Cuidados de Enfermería, por lo tanto, el personal de salud debe tomar conciencia de caída es la correcta "Identificación de los pacientes en riesgo".

Es por esto, que el equipo de Enfermería como principal integrante del grupo multidisciplinario debe realizar la oportuna identificación del riesgo para prevenir daños y disminuir la morbilidad. (2)

El análisis de las circunstancias en que se produce este evento adverso es fundamental. Es aquí en donde los profesionales de Enfermería se enmarcan como el principal protagonista de este proyecto en bien de la seguridad de los pacientes mencionados. (2)

EL presente informe de experiencia profesional titulado "Prevención de Riesgos de caídas en pacientes adultos mayores hospitalizados", tiene por finalidad contribuir a identificar los factores de riesgo, así como la valoración de riesgos a través de escala de valoración, contribuyendo a una mejor calidad de vida

El presente informe consta de VII capítulos.

Capítulo I: Describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivo, justificación. **Capítulo II:** Marco teórico, antecedentes, marco conceptual, definición de términos. **Capítulo III:** Experiencia Profesional, recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados en el tema del informe. **Capítulo IV:** Resultados. **Capítulo V:** Conclusiones. **Capítulo VI:** Recomendaciones. **Capítulo VII:** Referencias. **Anexos.**

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

El problema de las caídas alcanza la cualidad de “gigantes de la geriatría” y se les incluye dentro de concepto de inestabilidad, además no son una enfermedad en sí misma, sino la expresión de múltiples patologías tanto crónicas como agudas.

Los accidentes a nivel mundial se encuentran como la quinta causa de muerte y del total dos terceras partes son caídas y de ellas el 20% se da en hombres y el 40% en mujeres, ambos mayores de 65 años de edad, esto se traduce a los cambios fisiológicos y morfológicos, influyen en las caídas, ya que en el caso de las mujeres la falta de producción de hormonas acelera la deficiencia de calcio en los huesos. (2)

En los Estados Unidos de Norte América hasta el 2005 las caídas representan la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años. Se calcula que para el 2025 la población geriátrica llegara a ser 1200 millones de adultos mayores. (3)

Se dice que es más caro curar que prevenir. Se considera que el costo promedio de una lesión por caída en Estados Unidos de América es aproximadamente de 20.000 dólares. (2,3)

En América Latina como en el resto del mundo, está obteniendo importancia la obtención de información alrededor del tema de la salud de

los adultos mayores. En este caso específico, las caídas ameritan intervenciones multidisciplinarias. (4).

Considerando el continuo e intenso proceso de envejecimiento, y la necesidad de perfeccionar la seguridad, mantener la independencia y la autonomía de la persona mayor para, así, mejorar su calidad de vida mediante intervenciones fundamentadas en el paradigma de la promoción de la salud y de la prevención de agravamientos a la salud, son necesarias la evaluación y la estratificación de caídas del adulto mayor.

Es un tema importante de investigación, estudios tienen como propósito subsidiar intervenciones preventivas costo-efectivas, además del mantenimiento de la seguridad y de la calidad de vida del anciano. Por tal motivo se emplean en la práctica instrumentos evaluativos de riesgos de caídas.

La finalidad de emplear instrumentos evaluativos es la de medir un determinado fenómeno, haciéndolo más concreto o palpable. Por lo tanto el propósito es reflejar la necesidad de construir un instrumento evaluativo de riesgo de caída en las personas mayores que permita una evaluación multidimensional y, de esta forma posibilite una mayor identificación de los factores de riesgo y, en consecuencia, intervenciones de prevención más efectivas. (5).

El último censo poblacional del año 2013, revela, que la población de adultos mayores representa el 9.1% y se espera que para el año 2025 esta crezca hasta una proporción del 12.6%, siendo el Perú uno de los países con una elevada tasa de envejecimiento. (6).

1.2 Objetivo

Describir intervenciones de enfermería para la prevención de riesgos de caídas de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

1.3 Justificación

Ya que, en los últimos cinco años el mayor porcentaje de pacientes hospitalizados son adultos mayores y las caídas de los mismos, ocupan uno de los principales eventos adversos y las lesiones sufridas van de moderadas a graves tales como hematomas, fracturas y hasta la muerte.

Además de las limitaciones físicas como resultado de la caída, el adulto tiene miedo de sufrir una nueva caída. Esta problemática de salud aumenta el costo social, ocupan permanente las camas de los servicios hospitalarios, aumentan las intervenciones quirúrgicas, el tratamiento de las causas y consecuencias de la caída requiere personal de enfermería especializada, y en algunos casos es causal de una demanda con responsabilidad ética, penal, civil o administrativa.

Me parece un tema interesante desde el punto de vista funcional y social, ya que la población de adultos mayores en el mundo y en el Perú se ha venido incrementando en los últimos años, y aunque el envejecimiento es un proceso natural e irreversible, comprende cambios funcionales y

- psicológicos que no solo involucra al adulto mayor sino también a la familia.

Es así que el personal de Enfermería del Servicio de Medicina debe aceptar y tomar conciencia; que uno de los aspectos más importantes en la prevención de riesgos de caídas del adulto mayor es la correcta "identificación de los pacientes en riesgo", es indispensable conocer y elaborar estrategias para evitar o disminuir este riesgo teniendo en cuenta que es mejor prevenir que curar y así facilitar una mejor "calidad de vida" a los usuarios de nuestro servicio donde laboramos.

El índice de caídas es considerado uno de los indicadores para evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

CANTOS UNCALA V., RIVAS JEREZ A., 2015, Publico un artículo de "Riesgos de caídas en pacientes institucionalizados: Papel de Enfermería". España. **Objetivo:** Conocer diferentes propuestas de medida de seguridad. **Desarrollo:** Las caídas suponen un problema real en los pacientes que se encuentran hospitalizados o institucionalizados, siendo considerado un indicador de calidad asistencial, puesto que cuanto mayor sean las incidencias de caídas, menor será la calidad de asistencia prestada y viceversa. Las actividades de garantía de calidad en las instituciones se deben centrar en identificar los problemas asistenciales de cada paciente para poder analizarlos de forma sistemática y, de este modo, corregirlos y realizar un seguimiento, asegurando un control continuo. De tal manera que enfermería tiene un papel fundamental en la prevención de esta problemática. Según Virginia Henderson, la prevención de caídas consiste en mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente, mediante los cuidados de enfermería. **Conclusión:** La enfermería, como parte del equipo de profesionales que forma parte de las instituciones, juega un papel importante en la prevención de caídas. El personal de enfermería posee una gran responsabilidad en cuanto a las intervenciones independientes siendo

aquellas actividades que encontramos en el campo de acción específico de enfermería, tales como la identificación, prevención y tratamiento de las respuestas humanas, la forma como el paciente va respondiendo a un estado de salud o enfermedad. (7).

En el ingreso de un paciente a una institución, el personal de enfermería debe evaluar sus condiciones y el riesgo de caídas, debe poseer una coordinación afectiva con el resto del equipo que se encuentra involucrado en la asistencia del paciente, así como, una comunicación adecuada con el paciente, si lo permite su condición emocional y física.

OLVERA ARREOLA S., HERNÁNDEZ CANTORAL A., 2013, Artículo especial "Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados". México. **Objetivo:** Describir los factores intrínsecos y extrínsecos que están relacionados con la presencia de caídas en los pacientes hospitalizados. **Desarrollo:** Todo ingreso hospitalario conlleva riesgos, uno de ellos es la probabilidad de sufrir una caída que pueda originar lesiones. Por tal motivo, las caídas constituyen un indicador de calidad asistencial y se clasifican como un evento adverso, donde las consecuencias pueden ser de leves a graves, e incluso la muerte. Para obtener un ambiente libre de riesgos deben considerarse acciones preventivas para minimizar los factores riesgosos, los cuales pueden ser sufrir una caída en el ambiente hospitalario, y los extrínsecos que se refieren al entorno hospitalario, dirigida a la infraestructura, ya que son ambientes desconocidos para el paciente e inciden negativamente en su

de ambulación, implica adaptarse a mobiliarios diferentes y genera una gran dependencia para resolver sus necesidades básicas. **Conclusión:** Debido al impacto y frecuencia del número de caídas, es fundamental investigar, analizar y establecer políticas y programas que incidan en la disminución de los factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos, que presentan los pacientes hospitalizados. Los factores intrínsecos, si bien no se pueden modificar, es posible controlarlos, para ello es necesario hacer una valoración e identificación de los riesgos para promover las medidas preventivas. En relación con los extrínsecos, es responsabilidad del equipo multidisciplinario de salud identificar, prevenir o eliminar las causas que contribuyen a la presencia de caídas.(8).

Antecedentes Nacionales

ZAPATA SILVA I., 2013, “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el nivel de conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del riesgo de caídas de pacientes de los servicios de medicina del Hospital Base de la Red Asistencial Almenara. Perú. **Objetivo:** Determinar la efectividad del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería”, en el nivel de conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control de riesgo de caídas en pacientes de los servicios de Medicina. Hospital Base de la Red Asistencial Almenara. **Desarrollo:** Uno de los eventos adversos, en el

cuidado hospitalario, son las caídas de pacientes durante la permanencia en el hospital; estas, representan un problema importante porque desencadenan una serie de trastornos funcionales y la pérdida de autonomía del paciente para satisfacer sus necesidades cotidianas. En el Hospital Base Almenara el perfil del paciente, que experimenta más caídas, es la persona adulta mayor de sexo masculino, con limitaciones sensoriales para ver o escuchar, marcha no estable, y que no llama para ser atendido, sufren la caída en horas de la madrugada entre las 01.00 y las 07.00 horas y en menor porcentaje, durante el día. **Método:** Estudios cuantitativos, explicativo, la muestra fue de 80 pacientes, 40 para el grupo de estudios y 40 para el grupo de control. Las variables de interés fueron tres: el nivel de conocimiento de las enfermeras acerca de las caídas, los factores extrínsecos e intrínsecos relacionados, la segunda variable fue el grado de cumplimiento de la valoración del riesgo y la tercera fue el grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo aplicadas por las enfermeras. **Conclusión;** La aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería”, fue efectiva al obtener puntuaciones medias más altas en el nivel de conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del riesgo de caídas en pacientes adultos hospitalizados de los servicios de Medicina del Hospital Base de la Red Asistencial Almenara, tanto en el grupo de estudio antes y después de la intervención.(9).

ALIAGA DÍAZ E., CUBA FUENTES S., 2016, "Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida" Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. **Objetivo:** Promover un envejecimiento activo y actividades preventivas que podrán ser aplicadas según el contexto particular de cada persona. **Desarrollo:** Dada la naturaleza multifactorial de las caídas, la evaluación de los factores de riesgo para los adultos mayores que presentan caídas o que tengan algún trastorno de la marcha o el equilibrio debe ser multifactorial.

El profesional de la salud, al ponerse en contacto con el adulto mayor, debería evaluar el riesgo de caídas, para ello, el Panel en Prevención de Caídas en las personas mayores recomienda realizarlo a través de tres preguntas: ¿tuvo dos o más caídas en el último año?, ¿tuvo una caída reciente?, ¿tiene dificultad para caminar o del equilibrio?. **Conclusión:** Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en el adulto mayor, buscan lograr un envejecimiento exitoso. Las actividades preventivas en el adulto mayor deben estar dirigidas no solo al riesgo de enfermar, sino a la alteración de la función que produce la enfermedad y otras condiciones que puedan deteriorar la salud del adulto mayor, como las caídas. Es importante dar al adulto mayor las pautas necesarias para ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla, intentando mantener en todo momento su autonomía, su calidad de vida y, sobre todo respetando siempre sus valores y preferencias.(10)

SILVA FHON J., PORRAS RODRÍGUEZ M., GUEVARA MOROTE G., 2014, “Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día” Horizonte Médico Lima, Perú.: **Objetivo:** Evaluar el riesgo de caídas asociados a las variables socio demográficas y el estado cognitivo en el adulto mayor. **Desarrollo:** Los que presentan alteración del equilibrio tienen mayor prevalencia de caer comparado con aquellos que no presentan desequilibrio. Los adultos mayores pueden presentar algún tipo de alteración en la marcha, que es definida, como el aumento de la susceptibilidad que tiene el adulto mayor de caer y que puede causar daños físicos. Otro cambio importante que ocurre en el adulto mayor, es la disminución del estado cognitivo, definido como cualquier déficit en las funciones mentales superiores tales como inteligencia, memoria y aprendizaje y puede estar influenciado por enfermedades crónicas degenerativas y aspectos psicosociales. El adulto mayor que presenta déficit cognitivo tiene mayor chance de caer comparado con aquel que tiene un estado cognitivo adecuado. Existen otras afecciones que pueden llevar al adulto mayor a otosclerosis, alteraciones visuales como cataratas, glaucoma y alteraciones de la musculatura cervical como sufrir de artrosis. **Método:** El estudio fue diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal con adultos mayores de 60 años. **Conclusión:** El riesgo de caídas a las que esta propenso esta población, puede deberse muchas veces al déficit visual, estudiosos del área, refieren que el déficit visual limita al anciano a realizar actividades y ver adecuadamente en

lugares donde hay poca luz, distinguir la altura y objetos en el suelo. Sufrir de enfermedades crónicas como alteraciones visuales, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, artritis y el consumo de múltiples medicamentos incrementan el riesgo de sufrir caídas. (11).

2.2. Marco Conceptual

Caídas Intrahospitalarias del Adulto Mayor

Todos los pacientes al ingresar a un centro hospitalario tienen en alguna medida el riesgo a caerse durante su estancia. Existe múltiples factores asociados al riesgo, tanto intrínsecos al paciente, como extrínsecos al entorno. Se ha encontrado que la principal alteración fisiológica que contribuye a este problema es el déficit sensorial (auditivo y visual), entre los patológicos están los musco esqueléticos, cardiovasculares, y entre los psicológicos (depresión, demencia, confusión mental). (1)

2.2.1 Definición de caída intrahospitalarias

El termino de caídas se encuentra definido de diversas formas en la literatura: la real: la Real Academia de la Lengua Española refiere que es “el movimiento de un cuerpo de arriba abajo por a la acción de su peso debido a la atracción que sobre él ejerce la tierra”, de acuerdo con la OMS “son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga; el National

Center for Patient Safety, las describe de forma similar, con la salvedad de que puntualiza las excepciones: “movimiento descendente, repentino, no intencionado, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie, excluyendo caídas resultantes de golpes violentos o acciones deliberadas”. A partir de las definiciones anteriores, las caídas en pacientes hospitalizados se describen como sucesos de índole involuntaria que hacen movilizar el cuerpo de un paciente de arriba hacia abajo contra una superficie por acción de su peso, dentro de una institución de salud.(11).

2.2.2 Epidemiología de las caídas intrahospitalarias

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Es la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Según expone la OMS, se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424000 personas debido a caídas, y más de un 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países bajos y medianos ingresos, de hecho los mayores de 65 años son quienes sufren caídas mortales.

Por lo tanto, el factor edad es una causa determinante aunque no la única para el desarrollo de caídas. Ya que también, por ejemplo, el grado de fragilidad se ha visto relacionado con una mayor frecuencia de caídas (OMS, 2008).

Estudios internacionales, señalan que la tasa anual promedio de caídas en el grupo de 65 a 75 años varia del 15% al 28% en personas sanas. Esta cifra se incrementa al 35% en personas mayores de 75 años de edad.

En el proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (proyecto SABE), se realizaron encuestas relacionadas con la frecuencia de caídas en adultos mayores de siete ciudades de Latino América y el Caribe y de acuerdo con este estudio, ser del sexo femenino, tener más edad y tener síntomas de depresión profunda o alguna limitación funcional, son factores de riesgo asociados de forma independiente con caídas en adultos mayores.(12)

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importante por su elevada frecuencia, especialmente por las repercusiones que provocan tanto en la calidad de vida del anciano, como del cuidador. El 50% de los pacientes que caen presentan síndrome post- caída (miedo a caer de nuevo), también conocido como astatoabasofofia, a su vez se considera que éste es un factor de riesgo para presentar una nueva caída. En otros estudios se ha reportado que el síndrome post-caída afecta a una de cada cinco personas que sufren caídas. Según Revisión de nuevos conceptos, Departamento de Epidemiología Clínica Instituto Nacional de Geriatria de Brasil. (12).

Si no se trata, esta condición puede dar lugar a un síndrome regresivo, con consecuencias físicas, psicológicas y sociales adversas. En Colombia, un estudio realizado por el grupo de la Dra. Cursio encontró que los ancianos con miedo a caerse tienen casi el doble de riesgo de sufrir una caída. (12).

Las lesiones relacionadas con las caídas, tienen un alto costo considerable.

2.2.3. Grupo de Riesgo

Existen ciertos grupos de personas en los que es mayor el riesgo de sufrir una caída, especialmente en los extremos de la edad. Las personas mayores de 65 años representan los porcentajes más altos y está claramente evidenciado que a mayor edad aumentan los riesgos para sufrir este tipo de eventos. La magnitud del riesgo puede deberse al menos en parte a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos reaccionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada. Algunos autores señalan a la mujer con mayor riesgo a caídas, ya que en caso de las mujeres la falta de producción de hormonas acelera la deficiencia de calcio en los huesos y más aún si durante los embarazos no ingirió calcio y ácido fólico. (13).

2.2.4. Factores de riesgo para caídas

Pueden ser intrínsecos los que comprenden las características propias de la persona y los extrínsecos se refieren al entorno hospitalario.

a) Factores Intrínsecos

Los factores inherentes al paciente que intervienen para sufrir una caída en el ambiente hospitalario son diversos, sin embargo existen algunos que se presentan con mayor frecuencia.

En cuanto al estado clínico, las alteraciones neurológicas, cardíacas, respiratorias, metabólicas y mentales, fueron los factores intrínsecos que más inciden en las caídas de los pacientes. Algunos estudios sugieren que los pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva o de una enfermedad de medicina general, neoplasia o accidente cerebro vascular, pueden tener un mayor riesgo de caerse.

Los pacientes con estado emocional alterado tienen un riesgo potencial de sufrir caídas, tal y como sucede con la ansiedad, la excitación, la desvalorización, las tendencias suicidas, la depresión, la presencia de somnolencia, el sopor, el estupor, las alteraciones de la memoria o la conducta, la incapacidad para comprender o cumplir las indicaciones y con los pacientes renuentes a solicitar ayuda.

La alteración del estado cognitivo es el factor más comúnmente identificado en pacientes hospitalizados que sufren caídas; esta situación

se ha descrito como confusión o desorientación, pero la memoria limitada o la incomprensión también pueden aumentar el riesgo de caída en un paciente.

Otro factor que está fuertemente asociado con las caídas intrahospitalarias es la deambulaci3n; diversas investigaciones muestran que los problemas en la movilidad y la deambulaci3n fueron las causas que propiciaron 74% y 65% de las caídas, como los trastornos músculo-esqueléticos dentro de los cuales tenemos: patologías de las articulaciones, deformidad de la columna vertebral, alteraciones de los pies, pérdida del tono muscular de extremidades inferiores, miopatías.

Existen también patrones de marcha característicos de determinados procesos patológicos que influyen en la incidencia de este accidente, como en la enfermedad de Parkinson el evento vasculo cerebral, las mielopatías, entre otros.(11).

Por otra parte, existe una correlaci3n directa entre el número de fármacos ingeridos y la predisposici3n a caer, de tal forma que a partir de cuatro fármacos el riesgo se incrementa. Los hipotensores, diuréticos, antiarrítmicos y los psicofármacos, son los más frecuentemente encontrados como responsables. Las benzodiazepinas, fundamentalmente las de vida media larga, son también factores predisponentes. Los neurolépticos, principalmente los clásicos, pueden condicionar caídas por la producci3n de parkinsonismo farmacológico,

efectos anticolinérgicos cardiovasculares o sedación excesiva. Los antidepresivos pueden también presentar efectos secundarios anticolinérgicos y ser causa pre disponente de caídas.

b) Factores Extrínsecos

En diferentes instituciones se ha observado que la prevalencia de factores de riesgo está dirigida a la infraestructura, ya que son ambientes desconocidos para el paciente e inciden negativamente en su deambulación, implica adaptarse a mobiliarios diferentes y genera una gran dependencia para resolver sus necesidades básicas.

Por su incidencia, destacan los factores relacionados con los dispositivos de seguridad.

Características del suelo: (suelos resbaladizos, deslumbramiento producido por suelos excesivamente brillantados o encerados, mojados, felpudos sueltos, alfombras gruesas).

Iluminación: (deslumbramiento excesivo, iluminación inadecuada).

Escaleras:(ausencia de pasamanos, iluminación insuficiente, peldaños demasiados altos, peldaños desgastados).

Cuarto de baño: suelo resbaladizo, ducha o bañera resbaladizas ausencia de asideros, tazas de inodoro demasiado bajas).

Dormitorio:(cama demasiado alta, distancia excesiva entre la cama y el cuarto de baño, iluminación insuficiente, felpudos sueltos, falta de cierre de las barandillas de la cama). Los barandales de las camas proporcionan a los pacientes una barra segura para desplazarse de un lado a otro e

indudablemente evitar una caída; sin embargo, en el paciente desorientado pueden aumentar el grado de ansiedad y agitación. Mobiliario en mal estado; estantes demasiados altos, acceso difícil al timbre de llamada o al baño.

Los pacientes con dolor, con necesidad de ir al baño o ansiedad, intentan saltar o salir por la parte inferior de la cama; cualquiera de estos intentos puede terminar en caída. Algunos estudios reportan que las caídas se suscitaron por el uso inadecuado de barandales y de silla de ruedas, con 50 y 46.2%,

En cuanto a la gestión hospitalaria, se reportó, que cerca de 80% de las caídas tienen como causas principales la falta de orientación y entrenamiento a los pacientes, así como la falta de comunicación en más de 60% de los casos; las estadísticas de caídas reportaron como causa principal la inadecuada valoración del paciente, seguida por la orientación y la capacitación.

Otro factor extrínseco es el personal sanitario insuficiente o de reciente incorporación.

En cuanto al acompañamiento y lugar de ocurrencia, estudios identifican que el número de caídas ocurre con mayor frecuencia en compañía de un familiar, (por la falta de información a la familia del paciente en riesgo por parte de los profesionales), y en la habitación del paciente, especialmente desde la cama. (14).

2.2.5. Prácticas seguras en la prevención de caídas.

A todo paciente que ingrese en el hospital se le realizará la valoración para detectar aquellos con riesgo de caída, según los factores de riesgo especificados en el diagnóstico enfermero "Riesgo de caídas". Dicha valoración debe ser una actividad continua dirigida a detectar el riesgo cuando se producen cambios en el estado del paciente. En aquellos pacientes en los que se haya identificado dicho diagnóstico, se seleccionarán los resultados (NOC) que se han de obtener y las Intervenciones enfermeras (NIC) que se han de poner en marcha para que el paciente consiga dichos resultados, haciendo especial hincapié en la educación al paciente y familia. Las actividades de prevención se planifican de forma individualizada y relacionada con cada uno de los factores identificados. Estas actividades han de ser consideradas como la actividad prioritaria de los cuidados del paciente en relación a las caídas. Las medidas de prevención generales sobre los factores de riesgo extrínsecos deben planificarse y aplicarse a todos los/las pacientes hospitalizados/as desde el ingreso y a lo largo de su estancia. En caso de producirse una caída, la enfermera realizará una valoración del estado del paciente y posibles lesiones que se puedan haber producido, aplicará los cuidados pertinentes y avisará al facultativo responsable del paciente, en caso necesario, según su criterio. Evaluará la efectividad de las medidas aplicadas hasta ese momento y programará las intervenciones necesarias en relación con la prevención de caídas. De todo ello debe quedar constancia escrita en la historia clínica del paciente, tanto de las actividades de prevención como de las realizadas cuando se produce una caída y las posteriores actividades, de acuerdo al formato de registro establecido en cada hospital. (3).

TABLA N° 1 (3)

ACTIVIDADES RELACIONADAS A LOS FACTORES DE RIESGOS

INTRÍNSECOS

Relacionados con Eliminación: Nicturia, urgencia miccional , diarreas, fármacos	Actividades Preventivas Proporcionar ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en el urinario. Disminuir el aporte de líquidos por la tarde, o a partir de las 19n horas y administrar los diuréticos por la mañana
Medicación: La administración de los siguientes grupos de fármacos: Diuréticos, inotrópicos, hipoglucemiantes, antihipertensivos, antiartríticos, anticoagulantes, betabloqueadores	Observar los efectos que producen en el paciente los medicamentos administrados e instruir a la familia -paciente acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación.
Historia anterior de caídas N° Caídas último año	Conocer la historia previa de caídas e investigar y actuar sobre los factores desencadenantes
Estado cognitivo Agitado, confuso, desorientado severo y leve.	Observar las modificaciones en el estado de conciencia de los pacientes.
Déficits sensoperceptivos Sordera, ceguera, hipoacusia, visión disminuida.	Asegurar que el paciente lleve correctamente colocadas sus prótesis, proporcionándole ayuda si precisa para colocarlos.

<p>Estado físico-dependencia Movilidad. Deambula con ayuda. Portadores de dispositivos Externos. Limitación de la movilidad Deambula inestable Mareos o sincopes por alteraciones en la perfusión sanguínea.</p>	<p>Tener en cuenta estas características de los pacientes tanto de los déficits sensorceptivos como del estado físico y aplicar alternativas (apoyo familiar u otros).</p>
<p>Dificultad en la comprensión. Limitación cognitiva. Enfermedad neurológica, cardíaca respiratoria.</p>	

Fuente: Gobierno del Principado de Asturias.. Prevención de caídas de pacientes ingresados.

TABLA N° 2 (3)

ACTIVIDADES PREVENTIVAS RELACIONADAS A LOS FACTORES DE RIESGOS EXTRÍNSECOS.

<p>Cama</p> <p>Ausencia o mal estado de las barandillas de la cama, del freno de la cama, altura de la cama.</p>	<p>Mantener la cama en la posición más baja posible excepto cuando se realice algún tipo de cuidado.</p>
<p>Habitación</p> <p>Timbre de llamada (mal funcionamiento o alejado).</p>	<p>Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo de la habitación (mobiliario).</p>
<p>Falta de pasamanos en la habitación</p>	<p>Retirar muebles bajos que supongan un riesgo para la deambulaci3n (tropezos).</p>
<p>Mobiliario inadecuado</p>	<p>Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas mesillas).</p>
<p>Desorden f3sico de la habitaci3n.</p>	<p>Seleccionar sillas / sillones adecuadas con reposa brazos y una altura apropiada para poder levantarse y sentarse. Disponer de una iluminaci3n adecuada para facilitar la visibilidad.</p>
<p>Baños</p> <p>Servicio con mala accesibilidad, con limitaci3n del espacio</p>	<p>Barras de seguridad con sujeci3n, baños con duchas no tinas. Suelo antideslizante.</p>
<p>Utensilios personales.</p>	<p>Establecer revisiones peri3dicas del estado de los andadores, bastones, etc.</p>

Ropa y calzado inadecuado.	Orientar a los pacientes y familiares el uso de zapatillas antideslizantes.
Infraestructuras Suelo mojado deslizante.	Evitar suelos irregulares, mojados o resbaladizos
Organización inadecuada de la unidad en cuanto a recursos personales y/o materiales.	
Personal Personal insuficiente	Valorar la inclusión de las mejoras en los correspondientes planes funcionales.
Falta de instrucción de la familia.	Proporcionar pases de ingreso a familiares o acompañantes. a pacientes que lo necesiten. Instruir a los pacientes para pedir ayuda cuando lo necesiten.
Gestión No cumplimiento del protocolo	Aplicación y seguimiento del protocolo. Aplicar medidas extraordinarias de seguridad (acompañamiento familiar, vigilancia estrecha).

Fuente: Gobierno del Principado de Asturias.. Prevención de caídas de pacientes ingresados.

2.2.6. Actuaciones Preventivas en Familiares

El principal objetivo es educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria. Se proporcionará información oral y/o escrita. El contenido de esta información podría operativizarse en un folleto con el siguiente contenido:

a) Consejos para el paciente durante el ingreso:

- Indicarles que pidan ayuda cuando lo necesiten al personal hospitalario.
- Informarles de la altura de las camas y la forma apropiada de levantarse.
- Aconsejarles que pidan ayuda para recoger los objetos que se les caigan.
- Recomendarles el uso de calzado adecuado, antideslizante y cerrado.
- Advertirles de los peligros de los suelos húmedos.

b) Consejos para familiares y/o acompañantes durante el ingreso:

- Solicitar la colaboración de los familiares y/o acompañantes en las medidas de prevención de caídas desarrolladas por el personal hospitalario y tratar de concienciarlos sobre las normas básicas a observar durante el ingreso del paciente.

- Que pidan información sobre la actuación a seguir ante cualquier dispositivo colocado al paciente.
- Que pidan información para acompañar al paciente al baño.
- Que pidan información de la actuación a seguir ante las actividades que pueda realizar el paciente.
- La necesidad de informar al personal sanitario de que la visita ha finalizado. (3)

2.2.7. Consecuencias más frecuentes de las caídas

Las complicaciones derivadas por las lesiones ocasionadas por las caídas, pueden favorecer un empeoramiento gradual del paciente y predisponerle a sufrir un progresivo deterioro que le lleve finalmente a fallecer, como es el caso de las fracturas de cadera en el paciente anciano. Dentro de las lesiones consideradas como **leves, o de daño menor**, se pueden encontrar con mayor frecuencia:

- Contusiones.
- Dolores.
- Arañazo o hematomas
- Heridas superficiales.

Entre las consecuencias más **graves o lesiones** mayores que pueden causar serios problemas de salud en el paciente, se han encontrado:

Luxaciones.

- Fracturas en las extremidades superiores (manos y brazos).
- Fracturas costales.
- Fracturas en las extremidades inferiores, siendo una de las principales las fracturas de cadera.
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Hemorragias intracraneales, especialmente el hematoma subdural.

También se encuentra consecuencias mediatas tales como:

- Trauma psicológico y síndrome post caída, se manifiesta través del miedo a caer otra vez, o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social, y restricción de las actividades de la vida diaria.
- Sobreprotección familiar: Los familiares ante una caída, con frecuencia reaccionan con ansiedad y se convierten en sobre protectores que limitan la relativa autonomía del anciano.
- Limitación de movilidad, dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD).

Las consecuencias de las caídas van desde las físicas donde la fractura es la consecuencia más seria de las mismas. Su incidencia aumenta con la edad y es más alta en mujeres. Las caídas pueden ocasionar fractura de cadera, hemorragia interna, neumonía aspirativa, lesiones de tejidos blandos y pérdida de la funcionalidad e independencia entre otros. El 1% de ellas produce una fractura de cadera, el 5% otras fracturas mientras

otro 5% lesión mística grave, el 50% o más de los ancianos que se caen, admiten vivir con ese temor y a una cuarta parte, el miedo los ha hecho dependientes para bañarse y vestirse, los familiares, a menudo, reaccionan con ansiedad y toman actitudes excesivas.

Otras consecuencias son daños de tejidos blandos, los traumas de tejidos nerviosos (poco frecuente, pero graves); así como la hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias y sobre todo, el trombo embolismo pulmonar y las úlceras de decúbito.

En muchas ocasiones la caída genera una inseguridad en el paciente ante el potencial riesgo de volver a caer, diciéndole: "no haga esto, no hago esto otro". Con esto el anciano se retrae, lo cual debemos combatir por los riesgos de pérdida de autoestima tanto psíquica como física. Existen factores limitantes físicos y psíquicos, relacionados con el Síndrome de post caída, en forma de círculo vicioso. Por lo tanto, sumado al miedo a caer, que está siempre presente por la angustia que ello genera, la humillación que se presenta especialmente cuando el paciente ha necesitado ayuda para pararse, dado que es incapaz de hacerlo por sí sólo, acarrea rápidamente un rechazo a salir y el temor de someterse a la prueba de desplazarse por sí solo, incluso en su propio hogar, es una de las consecuencias psicológicas más comunes, que puede llegar en algunos casos a la depresión reactiva. Desde el punto de vista físico, la pérdida de movilidad es ocasionada inicialmente por los dolores del golpe

ocasionado por la caída. A esto se le puede agregar el síndrome de inmovilidad provocado por el miedo a moverse, favoreciendo pérdida de masa muscular, rigidez y se asocia a descoordinación durante la marcha. (15).

La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera es del 10-20 % más alta que entre aquellas de igual sexo y edad que no la han sufrido. La mayor parte de estos fallecimientos ocurren en los cuatro meses siguientes, además, es causa de incapacidad física posterior, ya que la mitad de los que sobreviven tras ella no recuperan nunca el nivel funcional que tenían antes. (15).

Junto con el daño físico, se pueden derivar otro tipo de situaciones que aunque no se valoren tras las primeras impresiones de la caída pueden ocasionar circunstancias desfavorables tanto para el paciente como para el sistema de salud, por la hospitalización prolongada, aumento de los costos económicos, responsabilidad legal que puede ir en contra de la reputación y la imagen social.

2.2.8. Disposiciones para la prevención de caída.

1.- Identificación del riesgo de caída de pacientes.

Al ingresar al servicio de hospitalización, inicio de cada turno, frente a cambios en el estado de salud. Reporte de cambio de turno.

2. Implementación de medidas de prevención en pacientes identificados con riesgo.

Educar al paciente y familia.

3.- Intervención y mitigación del daño en caso de caída del paciente.

1. Intervenciones inmediatas.

Cuidados inmediatos, comuníquese y solicite evaluación médica,

Aplique medidas de prevención para caídas futuras y anote en formato de notificación de evento adverso.

2. Notificación de E.A.

- Entrega a la jefatura.
- El profesional a cargo de la supervisión consolida en el "Reporte Mensual de Caídas" y deriva a la Jefatura del Departamento.
- Se remite el consolidado a la Oficina de Gestión de Calidad o Planeamiento y a Oficina de Evaluación de los Procesos del Cuidado del Paciente de la Red, quienes actualizan la base de datos de E.A. a nivel de Red. (16)

Teoría de Dorothea Orem: (17).

Define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1. Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos

orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

-Requisitos del autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

-Requisito de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

-Requisito de autocuidado de desviación de la salud que surgen o están vinculados a los estados de salud.

1. Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y porque se necesita la intervención de la enfermera.

2. Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- Sistema de enfermería parcialmente compensadora: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistema de enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades del autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad del autocuidado, barreras o factores que lo dificulten, recursos

para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal del trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que propone D. Orem, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso de la persona inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona.
3. Ayudar física y psicológicamente a la persona.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal.
5. Enseñar a la persona que se ayuda.

Aplicación de la teoría de Dorotea Orem en caídas de adultos mayores:

Cuidar y ayudar a las personas ancianas a vivir esta nueva etapa de sus vidas es la esencia del trabajo que realizan las enfermeras, ya que ellos se enfrentan a situaciones de cambios a las cuales deben procurar adaptarse.

El papel de la enfermera se limitara a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje. El papel de la enfermera es principalmente el de regular la

comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.

Por consiguiente, el profesional de enfermería se encargará de lograr que el adulto mayor se convierta en un agente de autocuidado al ayudarlo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar la consecuencia de dicha enfermedad.

Los requisitos del autocuidado constituyen una parte importante de la valoración del paciente, para así establecer un plan de cuidados de acuerdo con las necesidades de autocuidado y las capacidades que posee el individuo para poder satisfacerlas.

Con la teoría del autocuidado, se puede, disminuir las caídas, aumentar los conocimientos de la familia y del cuidador.

2.3 Definición de Términos:

1.-. Caída: (18)

Se define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite una persona al suelo en contra de su voluntad.

2.-Prevención: (19)

Conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud.

3.- Adulto mayor: (20)

Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona, es la fase en que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

4.- Evento Adverso: (21)

Todo accidente o suceso recogido de la historia clínica del paciente que ha causado daño al paciente. Es una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte directamente ligado con la atención al paciente y no al proceso patológico.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos. (Anexos).

Para la realización del presente Informe de Experiencia Laboral, se llevó a cabo a través de la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria:

- Revisión de historias clínicas: datos de filiación (edad, sexo), estado civil, anamnesis, tiempo de enfermedad, examen físico y auxiliares, TAC, exámenes hematológicos.
- De los informes de caídas de pacientes del servicio de Medicina Interna II 4to. "C", que la Enfermera responsable de la atención al paciente, tiene que presentar al Jefe del servicio o a la Supervisora de turno así como del consolidado mensual del indicador de caídas de paciente.
- Guías de Protocolo de Seguridad de paciente del HNERM., donde describe las actividades de la enfermera en el servicio con respecto a las caídas de adultos mayores.
- Procesamiento de datos; se refiere al planeamiento de actividades médicas, y de enfermería en base a la valoración de riesgos para el cuidado integral.

3.2 Experiencia Profesional

Inicio mis labores en EsSalud, en Febrero 12 del año 1986, laborando por siete meses en el servicio de Reten, en horarios rotativos, el objetivo de esto es conocer las diferentes especialidades hospitalarias (neurología, neonatología, medicina cirugía, UCI, etc.), y adquirir destrezas y habilidades, donde mi función era netamente asistencial. En Octubre fui designada al servicio de Medicina Interna 4to. "C", hasta donde estoy laborando actualmente, donde desempeño funciones asistenciales, administrativas (reemplazó de jefaturas por seis meses), educativas y de docencia.

A través de estos años de haber laborado como Enfermera Asistencial en el servicio de Medicina Interna II 4to. "C", he podido diferenciar los cambios realizados desde el ingreso al servicio como hasta la actualidad. Estos cambios son referidos al ambiente hospitalario, a la disponibilidad de material, al incremento de personal de Enfermería, sobre todo al aumento significativo de adultos mayores, los cuales requieren cuidados especializados. En el servicio de Medicina donde laboró actualmente, uno de los síndromes geriátricos con mayor prevalencia, es el de las caídas, ocupando así en algunos meses del total de servicios de Medicina la tasa más alta según lo plasma el indicador de caídas que se utilizan en esta institución.

- Descripción del Área Laboral:

El Servicio de Medicina Interna II, se encuentra ubicado en el cuarto piso es uno de los ocho servicios de Medicina con que cuenta el HNERM. con una capacidad para 39 camas.

Es un servicio hospitalario con diversos diagnósticos, cuyo tratamiento es brindar una atención integral al paciente.

- Recursos Humanos:

El servicio de Medicina Interna II cuenta con 16 Licenciadas en Enfermeras, 14 Técnicos de Enfermería, cuyas actividades son definidas en los procesos. Se labora en turnos rotativos: en la jefa, 01 sub jefa o coordinadora y 03 Enfermeras asistenciales, en cuanto al personal técnico se cuenta con 03. El turno de tarde es de 13.00 pm. 07.20 pm. Laborando 03 Lic. en Enfermería, 01 coordinadora, y 02 asistenciales, contando con 02

Técnicos. En turno noche de 07.00 pm. a 07.20 am. laborando 02 Lic. en Enfermería y 02 técnicos de Enfermería.

En el área de limpieza se cuenta con personal SILSA, destinados para el servicio 02, en el horario de 07.00 a 15.00 pm.

- Infraestructura, Equipamiento y Materiales:

El servicio de Medicina Interna II, es uno de los 8 servicios de Medicina con que cuenta el hospital y está ubicado en el cuarto piso en el lado C.,

cuenta con: oficina para el jefe del servicio, 01 oficina para la jefa de Enfermería compartida con el personal de computo, una sala de examen donde se ubica la asistente social, cuenta con 39 camas distribuidas en: 15 ambientes unipersonales, y 12 ambientes bipersonales, cuenta con un una estación, un tópic de Enfermeras, donde se subdivide en área limpia y área sucia, depósito de ropa limpia y ropa sucia, área de refrigerio, un lavachatas, 02 servicios higiénicos para el personal, de damas y varones.

El servicio cuenta con 03 bombas de infusión, 02 pulsímetro, 04 tensiómetros, 01 estetoscopio, 05 balones de oxigeno portátiles 04 coches de tratamiento, 01 coche de paro con un balón de oxigeno portátil, con un balón de oxigeno grande, un ambú y una balanza.

Prestaciones:

Actividades asistenciales definidas en relación a la administración de tratamiento, medicinas y atención asistencial a pacientes hospitalizados.

FUNCIONES REALIZADAS EN LA ACTUALIDAD:

1.- Área Administrativa:

Asumir la coordinación del servicio cuando sea requerida.

Hacer cumplir la programación de actividades de los pacientes, acudiendo a sus citas programadas.

Coordinar con otros servicios el ingreso y salida de los pacientes ya sea de alta o de transferencia.

Realizar control de material de alto costo del servicio, así como proporcionar material al personal, en coordinación con la jefa del servicio.

Hacer en informe de Enfermería, del turno correspondiente.

2.- Área Asistencial:

Participar en el reporte de Enfermería.

Aplicar el proceso de atención de Enfermería (PAE), teniendo en cuenta las necesidades y/o problemas biopsíco-sociales del paciente, como parte del tratamiento, recuperación.

Brindar una atención con comodidad y confort, directa, oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares definidos.

Participar en la visita médica con el equipo multidisciplinario.

Controlar y verificar el tiempo de permanencia de los medios invasivos según guías y protocolos establecidos.

Efectuar las notas de enfermería en la Historia clínica.

Preparar física y psicológicamente al paciente programado para procedimientos, brindar asistencia antes y después de la realización de los mismos.

Realizar actividades preventivo-promocionales a nivel individual y colectivo en el ámbito de su competencia.

Efectuar y verificar el cumplimiento de las normas y medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección concurrente y terminal de materiales, equipos, para prevenir las infecciones intrahospitalarias.

Efectuar actividades y procedimientos asistenciales de enfermería durante el cuidado al paciente según protocolos, guías y documentos de gestión institucionales: aplicación de los cinco correctos al momento de administrar los medicamentos, aplicación de técnica correcta del lavado de manos entre otros.

Velar por la seguridad mantenimiento y operatividad de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.

3.- Área Docencia:

Participación activa en los comités del servicio, científicos y de mejoramiento, a través de talleres, charlas. .

Participación activa en orientación sobre el servicio a internas de Enfermería.

Orientar y educar al paciente y familia sobre sus derechos y sus deberes dentro del servicio.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Para la elaboración del presente informe se ha tomado en cuenta las escalas de valoración, es una de las principales herramientas que sirve para disminuir la incidencia de caídas, pues evalúa el grado de riesgo de caer que el adulto mayor tiene en un momento determinado.

La escala más utilizada es la de J.H. Downton, en esta tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir caída.

Entre los factores que se analizan figuran los siguientes:

Caídas previa, medicación, déficit sensorial, estado mental, deambulación.

También se tomó en cuenta la teoría de Dorothea Orem, por haberme permitido una atención eficiente, con soporte científico y tecnológico, lo cual permitió relacionarlo con la experiencia profesional.

El autocuidado, en caídas de adultos mayores hospitalizados, ya que es un conjunto de acciones que realiza una persona para controlar factores internos y externos, que pueden comprometer su vida.

La teoría del déficit de autocuidado, nos guía a asumir el cuidado del adulto mayor dependiente ya sea total y parcial, y la Teoría de los Sistemas de Enfermería nos explica los modos que se pueden brindar cuidados al individuo o apoyando con la educación.

APORTES

Por la experiencia profesional en el Servicio de Medicina Interna II, en la prevención de riesgo de caídas, es necesario mencionar la importancia de la educación y orientación a los pacientes, familiares y los cuidadores, ha contribuido a la aplicación de las guías de valoración al ingreso de un paciente adulto mayor, así como la aplicación de la teoría de Dorothea Orem. sobre el autocuidado.

Enfermería a través del plan de cuidados proporciona a las personas adultas mayores asistencia en su autocuidado, según sus requerimientos y a las incapacidades que se presentan por su situación personal.

INNOVACIONES

Revisión y actualización de guías de bioseguridad para el cuidado del adulto mayor, basados en el protocolo de la institución y en nuestra realidad.

Colaborar con el proyecto familiar- acompañante para el cuidado del adulto mayor.

Participación en el mejoramiento y renovación de los registros de enfermería y así, facilitar la unificación de criterios para la atención y el trabajo en equipo en el servicio de Medicina.

LIMITACIONES PARA EL DESEMPEÑO PROFESIONAL

El factor tiempo y la sobrecarga laboral. La carga laboral del personal de enfermería, es un factor que repercute directamente en la calidad de atención que se brinda al paciente., teniendo en cuenta para determinar el grado de carga de trabajo se debe tomar en cuenta: dependencia del paciente, complejidad de la actividad y el tiempo empleado en ella.

Insuficiente personal de enfermería y técnico, ya que el grado de dependencia de pacientes adultos mayores es alto y el trabajo es en equipo, para brindar una atención integral.

Los horarios de trabajo que muchas veces no permiten participar en cursos de capacitación para el desarrollo profesional. El reglamento del personal de EsSalud demasiado rígido, obstaculizando muchas veces licencias o permisos y que al final se tiene que tramitar sin goce de haber, ocasionando un desbalance económico.

El material inmobiliario deteriorado y/o insuficiente, camas con barandas en mal estado, camas demasiado altas para los pacientes adultos mayores.

Escases de chalecos de sujeción, de manoplas adecuadas para la inmovilización.

Desde el punto de vista de Enfermería una de las causas de agitación psicomotriz es la desconfianza. Es así que la familia es uno de los principales factores en el riesgo de caídas del adulto mayor, por tal motivo el servicio proporciona paseos permanentes al familiar, pero a veces encontramos obstáculos de parte de ellos, ya que a veces a pesar de proporcionales el pase permanente no pueden quedarse acompañando a su familiar por diversos motivos, y aun así no aceptan se les realice la sujeción respectiva de protección que puede ser con manoplas, muñequeras chalecos de sujeción aduciendo que “no son animales para sujetarlos”, sumándose a esto la deficiencia de personal, puesto que en el servicio en el turno de mañana una Enfermera y un técnico atiende a 13 pacientes, en el turno de tarde y noche una Enfermera y un técnico atienden a 20 pacientes, cabe decir cuando el personal está completo.

El presente informe se ha realizado con datos estadísticos del Consolidado del Indicador Caídas de Paciente, desde el año 2013 hasta el año 2015.

IV. RESULTADOS

Los resultados obtenidos, permiten elaborar un perfil del paciente con alto riesgo de caída hospitalizados en el servicio, con más frecuencia en 61 años de edad o mayores, y de sexo masculino.

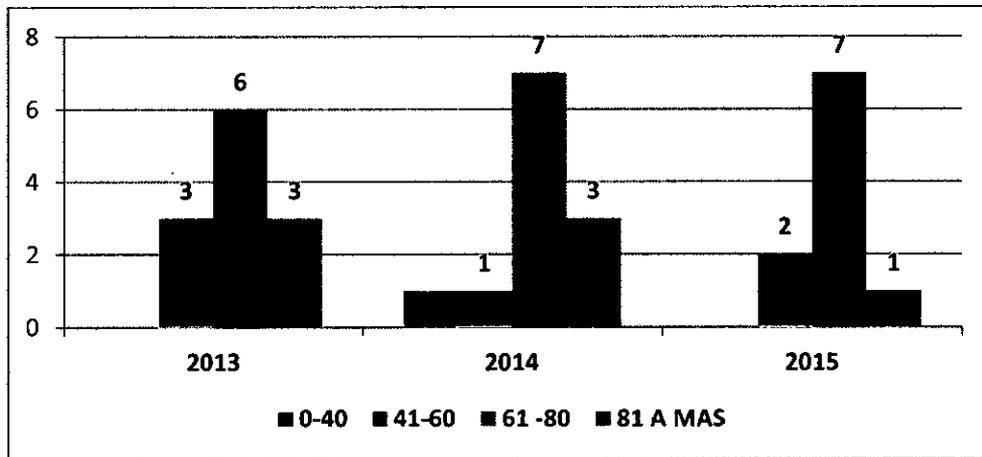
A continuación se hará una descripción más detallada de los resultados en los siete cuadros estadísticos, teniendo en cuenta la edad, sexo, tipo de caída, estado de conciencia, hora de caída, causas de caída, daño por caída y las medidas de seguridad antes de caída.

CUADRO N° 4.1
CAÍDAS SEGÚN EDAD MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA II 4 "C"

	2013	2014	2015
0-40	0	1	0
41-60	3	1	2
61 -80	6	7	7
81 A MAS	3	3	1

FUENTE: Consolidado del indicador de caídas

GRAFICO CUADRO N° 4.1
CAÍDAS SEGÚN EDAD



Se puede apreciar que en cuanto a la EDAD, tanto en los años 2014 y 2015 se tienen un máximo de 7 pacientes, que corresponden a la edad de 61 a 80 años, mientras que en el año 2013 éste máximo fue de 6, en el mismo rango de edades.

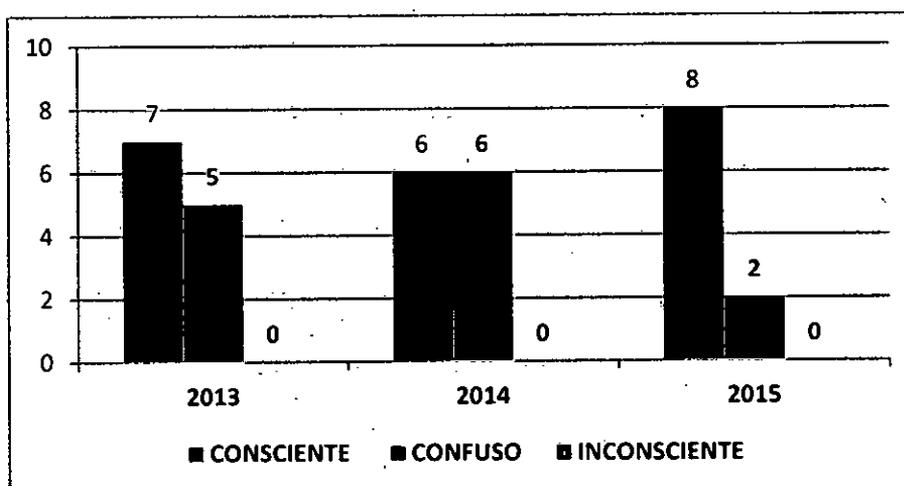
CUADRO N° 4.2

CAÍDAS SEGÚN ESTADO DE CONCIENCIA EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA II 4 "C"

	2013	2014	2015
CONSCIENTE	7	6	8
CONFUSO	5	6	2
INCONSCIENTE	0	0	0

FUENTE: Consolidado del indicador de caídas

GRAFICO CUADRO N° 4.2 CAÍDAS SEGÚN ESTADO DE CONCIENCIA



Se puede apreciar que en cuanto EL ESTADO DE CONCIENCIA, se tiene que el punto más elevado corresponde al año 2015 donde 8 pacientes estuvieron conscientes tras la caída, mientras que en los años 2013 y 2014 fueron 7 y 6 los que estuvieron conscientes, respectivamente.

CUADRO N° 4.3

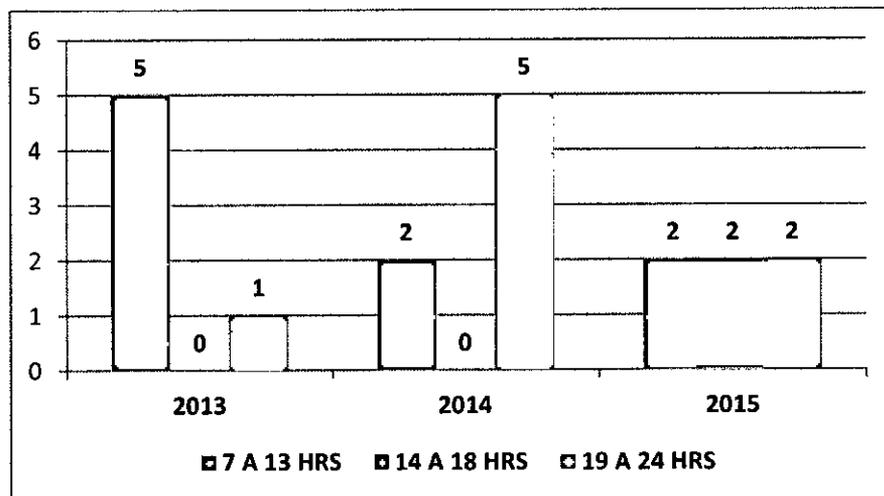
CAÍDAS SEGÚN HORA EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA II 4" C"

	2013	2014	2015
7 A 13 HRS	5	2	2
14 A 18 HRS	0	0	2
19 A 24 HRS	1	5	2

FUENTE: Consolidado del indicador de caídas.

GRAFICO CUADRO N° 4.3

SEGÚN HORA DE CAÍDA



Se puede apreciar que en cuanto a HORA DE CAÍDA, se obtuvieron los siguientes resultados: el 2013 hubo 5 caídas de 7 a 13 horas, el 2014 hubo 5 caídas de 19 a 24 horas, y el 2015 hubo 2 caídas en los 3 periodos de tiempo por igual.

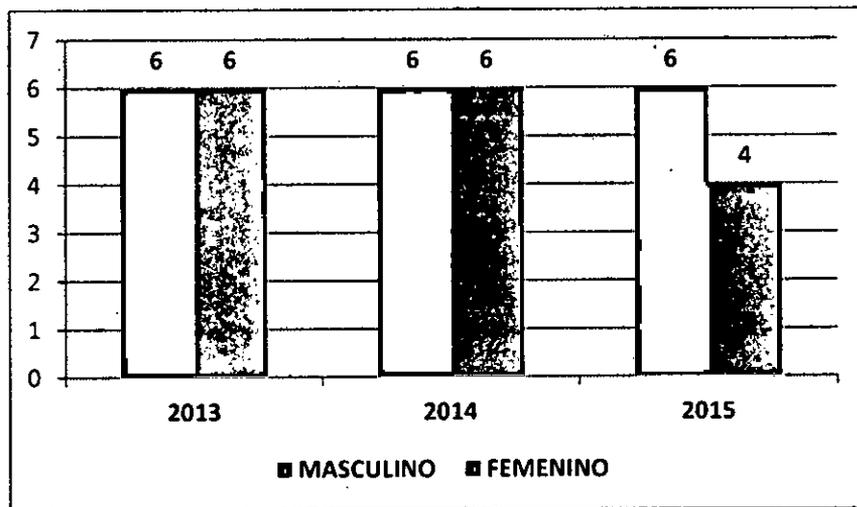
CUADRO N° 4.4

CAÍDAS SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA II 4 "C"

	2013	2014	2015
MASCULINO	6	6	6
FEMENINO	6	6	4

GRAFICO CUADRO N° 4.4

CAÍDA SEGÚN SEXO



Se puede apreciar que en cuanto a SEXO, la distribución de 6 fue exactamente igual en todos los años, 2013 y 2014, a excepción del 2015, en el que solo hubo 4 caídas correspondientes a personas del sexo femenino.

CUADRO N° 4.5

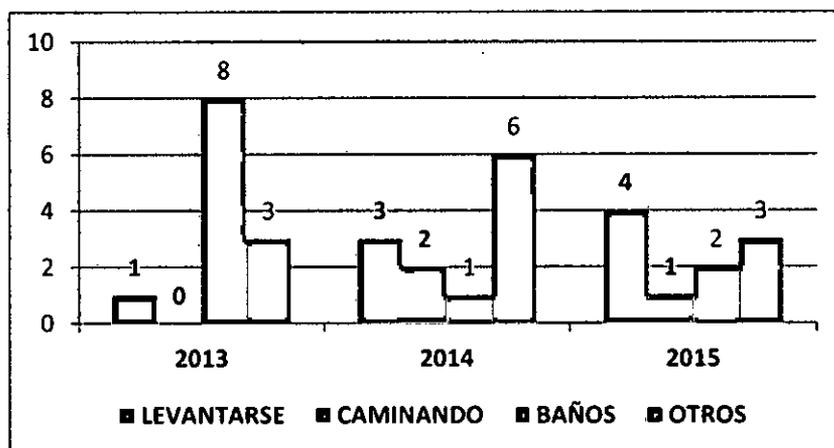
**CAÍDAS SEGÚN CAUSAS EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA II 4
"C"**

	2013	2014	2015
LEVANTARSE	1	3	4
CAMINANDO	0	2	1
BAÑOS	8	1	2
OTROS	3	6	3

FUENTE: Consolidado del indicador de caídas.

GRAFICO CUADRO N° 4.5

CAÍDAS SEGÚN CAUSAS



Se puede apreciar que en cuanto a CAUSA DE CAÍDA, el pico más alto fue en el 2013, siendo la causa los baños y mientras que en el 2014 la causa más recurrente de las caídas fue catalogada como otros, y en el 2015 la causa más frecuente fue por levantarse.

CUADRO N° 4.6

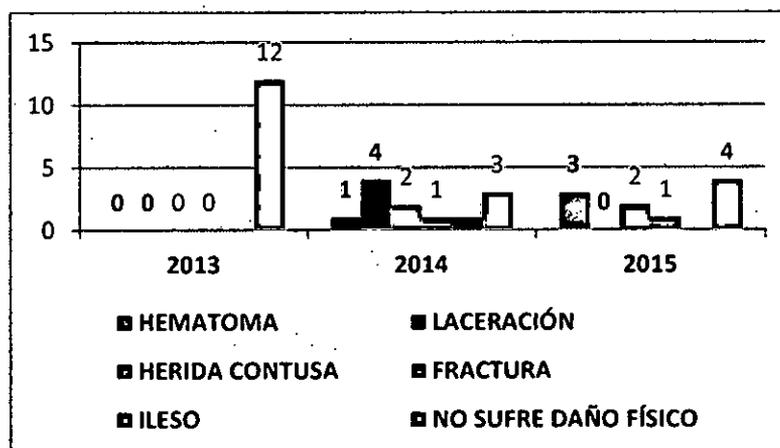
DAÑOS POR CAÍDAS EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA II 4" C"

	2013	2014	2015
HEMATOMA	0	1	3
LACERACIÓN	0	4	0
HERIDA CONTUSA	0	2	2
FRACTURA	0	1	1
ILESO	0	1	0
NO SUFRE DAÑO FÍSICO	12	3	4

FUENTE: Consolidado del indicador de caídas.

GRAFICO CUADRO N° 4.6

DAÑO POR CAÍDA



Se puede apreciar que en cuanto a DAÑO POR CAÍDA, en el año 2013 ningún paciente sufrió daño físico, mientras que en los años 2014 y 2015 sí hubo diferentes daños siendo los más frecuentes laceración y hematoma, respectivamente.

CUADRO N° 4.7

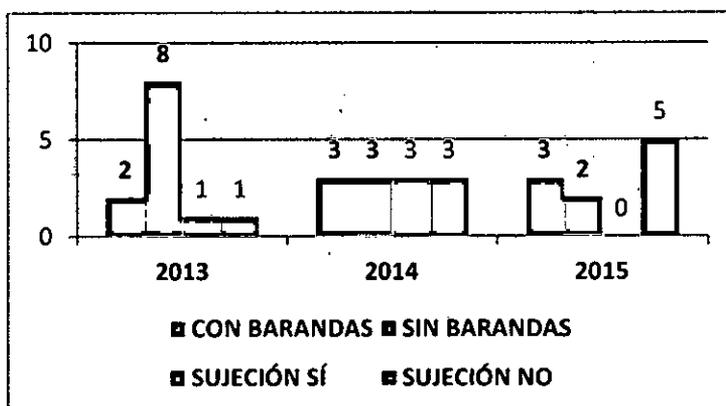
**MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTES DE LA CAÍDA EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA II 4" C"**

	2013	2014	2015
CON BARANDAS	2	3	3
SIN BARANDAS	8	3	2
SUJECIÓN SÍ	1	3	0
SUJECIÓN NO	1	3	5

FUENTE: Consolidado del indicador de caídas.

GRAFICO CUADRO 4.7

MEDIDAS DE SEGURIDAD



Se puede apreciar que en cuanto a MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTES DE LA CAÍDA, en el año 2013 la mayor cantidad de éstas ocurrieron por estar sin barandas, mientras que en el 2015 la mayor cantidad ocurrió por no tener sujeción.

V. CONCLUSIONES

- a) Las caídas en los adultos mayores en la mayor parte se debe a la suma de varios factores de riesgo, tanto intrínsecos (dependientes del individuo), como factores extrínsecos (dependiente del ambiente que lo rodea).
- b) Las consecuencias de las caídas en los adultos mayores, en la mayoría de los casos son leves, pero en otras oportunidades pueden ser graves.
- c) Todos los pacientes adultos mayores pluripatológicos hospitalizados deben ser considerados de alto riesgo de caídas. Las herramientas de detección y las escalas de valoración de riesgo son útiles en la identificación de adultos mayores con alto riesgo de caídas en el ámbito hospitalario.
- d) La educación al familiar y al paciente adulto mayor orientado debe ser oportuna y precisa.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A la Institución renovar el mobiliario que muchas veces se encuentra deteriorado, proporcionar camas bajas adecuadas para el adulto mayor.
- b) El uso adecuado de accesorios personales del paciente, zapatillas adecuadas para levantarse, mantenimiento continuo del material mobiliario (banquetas, barandas de seguridad en las camas)
- c) Realizar una valoración integral al ingreso del paciente y durante su estancia hospitalaria, utilizando las escalas de valoración de riesgo de caídas de J. H. Downton y así establecer un Plan de Cuidados siguiendo el protocolo de la Institución.
- d) Orientar al paciente y familia sobre el riesgo de caídas y la utilización de los recursos disponibles y necesarios sobre la seguridad del paciente.

VII. REFERENCIALES

1. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados. Parroquia Sidcay. Repositorio digital de la Univ. de Cuenca. Alvarado Espinoza, 2013.
2. Prevención de caídas del paciente del Hospital General de Alicante Miguel Ángel Fernández. 2012.
3. Prácticas Seguras Relacionadas con cuidados de Enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. Gobierno del Principado de Asturias.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS).2016
5. Evaluación del Riesgo de Caídas en las personas mayores. SciELO, por L. Terra Jones, España 2014.
6. Estado de la población Peruana INEI, www.inei.gob.pe. El último Censo poblacional Perú 2013
7. Cantos Uncala V., Rivas Jerez A, Riesgos de caídas en pacientes institucionalizados . Perfil de Enfermería, España 2015.
8. Olivera Arreola S., Hernández Cantoral A, Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados , México 2013.
9. Zapata Silva I., Fortaleciendo el cuidado preventivo de Enfermería. 2013
10. Aliaga Díaz E., Cuba Fuentes S., Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida
11. caída en el adulto mayor que acude a los Centros de Día, Horizonte Médico Lima-Perú 2014.
12. Revista Hospital Universitario Pedro Ernesto 2014.
13. Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad, factores asociados, Castro Martin, Estrella

14. Diagnostico de Enfermería, Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados.
15. Factores de riesgo, ocurrencia y consecuencia de caídas en adultos mayores, [wwwMonografias.com](http://www.Monografias.com), Salud. Yamilka Fis Pérez, 2011.
16. Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas de Pacientes, Oficina de Calidad y Seguridad del paciente. ESSALUD, 2013
17. Teoría Déficit del Auto cuidado Dorotea Orem, punto de partida para Calidad en la Atención. Revista Médica Electrónica, 2015.
18. OMS. Caída 2012.
19. Procesos para la Prevención y Reducción de la frecuencia de Caídas. Ministerio de Salud 2013.
20. Definición ABC. www.definiciónabc.com-social.
21. Prácticas seguras para la prevención , reducción y riesgos de caídas EsSalud. 2012.

ANEXOS

- Hoja de Valoración de riesgo de caídas (Escala de J. H. Downton).
- Notificación de caídas de pacientes que se usa en el HNERM.
- Consolidado del Indicador de caídas de pacientes del año 2013, 2014 y 2015
- Escala de Tinetti
- Imagen N° 1 y 2

ANEXO N° 1

FECHA: _____

EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES ADULTOS
(Escala de J.H. Downton)

VARIABLES		PUNTAJE
Caídas Previas	No	0
	Si	1
Uso de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (Ictus)	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	No deambula	1
Puntaje obtenido		

Puntaje	Riesgo
3 a más	Alto riesgo
1 a 2	Mediano riesgo
0	Bajo riesgo

Nota: en pacientes con agitación psicomotora de inmediato se considera puntaje alto.

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Fuente: Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. ESSALUD 2013

ANEXO N° 2

ESCALA DE TINETTI

Actividades Básicas de la vida diaria - funcional

EQUILIBRIO		MARCHA	
<u>EQUILIBRIO SENTADO</u>		<u>INICIACIÓN DE LA MARCHA</u>	
Se inclina o desliza en la silla	0	Duda o varios intentos de comenzar	0
Seguro y firme	1	No duda	1
<u>LEVANTARSE</u>		<u>LONGITUD Y ALTURA DEL PASO</u>	
Incapaz sin ayuda	0	<u>OSCILACIÓN DE PIE DERECHO E IZQUIERDO (C/U)</u>	
Capaz pero usa brazos para ayudarse	1	No sobrepasa el otro pie	0
Capaz sin usar los brazos	2	El pie no se separa totalmente del suelo al dar el	1
<u>INTENTOS DE LEVANTARSE</u>		El pie se separa totalmente del suelo	2
Incapaz sin ayuda	0	<u>SIMETRÍA DEL PASO</u>	
Capaz pero necesita más	1	Longitud igual de los pasos	0
Le un intento	2	Los pasos parecen iguales	1
Capaz de levantarse en el primer intento		<u>CONTINUIDAD DEL PASO</u>	
<u>EQUILIBRIO DESPUÉS DE PONERSE DE PIE</u>		Paradas o discontinuidad entre pasos	0
Inestable (oscila, mueve pies, tronco).	0	Los pasos parecen continuos	1
Estable pero usa andador o bastón o se agarra).	1	<u>CAMINO</u>	
Estable sin ningún soporte	2	Desviación pronunciada o usa ayuda	0
<u>EQUILIBRIO DE PIE</u>		Desviación leve/moderada	1
Inestable	0	Recto sin ayuda	2
Estable pero amplia base de sustentación	1	<u>TRONCO</u>	
No requiere ayudas	2	Oscilación pronunciada o usa ayuda	0
<u>EMPUJÓN</u>		No oscila, pero flexiona rodillas, espalda o separa	1
Comienza a caer	0	brazos	1
Oscila	1	No oscila, no flexión, no separa brazos	2
Firme	2	<u>ESTANCIA AL CAMINAR</u>	
<u>OJOS CERRADOS</u>		Talones separados	0
Inestable	0		
Firme	1		

		Talones casi se tocan al caminar	1
<u>RO 360°</u>			
isios discontinuos	0		
ontinuos	1	PUNTAJE MÁXIMO = 12	
estable (se agarra)	0		
table	1		
<u>NTARSE</u>			
seguro	0		
sa brazos o movimientos suaves	1		
iguro, movimiento suave	2		
PUNTAJE MÁXIMO= 16			
PUNTAJE TOTAL MÁXIMO = 28			
4-28 = SEGURA Y FUNCIONAL		EQUILIBRIO FUNCIONAL =9/16	
3-23 = POTENCIAL PARA CAÍDAS		MARCHA FUNCIONAL = 5/12	
1-19 = RIESGO DE MUCHAS CAÍDAS			
Fuente: Infodoctor.org.www.escalaTinetti			

ANEXO N° 3

**HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.**

INFORME N° ENF. ASISTENCIAL

LIMA

SRA.

ENFERMERA SUPERVISORA ()

JEFE()

ASUNTO: CAÍDA DE PACIENTE HOSPITALIZADO DEL SERVICIO _____

DÍA: _____

TURNO: _____

Tengo a bien dirigirme a Ud. para saludarla e informarle lo siguiente:

Siendo los horas: ____ Paciente Nombres y Apellidos: _____

N°SS _____ Edad ____ Sexo ____ Diagnóstico _____

_____ Fecha de ingreso _____ Circunstancia de caída _____

Medidas de Protección antes de la caída _____

ACCIONES REALIZADAS:

1.-Valoración del paciente: _____

Estado de Conciencia _____

Evaluación física: CFV: PA _____ P _____ T _____ R _____

Diagnóstico de Enfermería _____

2.- Se solicita evaluación médica a horas _____ se apersona el Dr. _____
_____, quién evalúa al paciente _____ e indica

Resultados de exámenes _____

3.- Comunicación a Enfermera Supervisora a: _____ horas apersonándose la
Lic. _____

4.- Paciente queda en estado _____

Es lo que informo a Ud.

Atentamente.

NOMBRES Y APELLIDOS

C.E.P.

Original y 2 copias.

Fuente: Oficina de Calidad y Seguridad del paciente
ESSALUD 2013.

RED ASISTENCIAL REBAGLIATI
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CONSOLIDADO DEL INDICADOR CAÍDAS DE PACIENTE

SERVICIO: **MEDICINA INTERNA II 4°C**

MES: **ENERO A DICIEMBRE**

N°	MES	2013					2014					2015				
		N° DE CAIDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	SEXO		N° DE CAIDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	SEXO		N° DE CAIDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	SEXO	
					M	F				M	F				M	F
1	ENERO	2	78	12.9	2		0	64			2	70	18.9	1	1	
2	FEBRERO	2	85	12.8		2	1	66	14.8		.1	0	70			
3	MARZO	1	70	9.8	1		2	84	11.7	1	1	0	67			
4	ABRIL	0	82	15.3			1	75	11.5	1		0	78			
5	MAYO	2	84	11.3	1	1	0	55				1	67	15.9	1	
6	JUNIO	0	80	10.4			2	62	16.5	1	1	1	65	20.7		.1
7	JULIO	0	88	11.2			2	64	12.5	1	1	0	73			
8	AGOSTO	1	80	12.5		1	1	81	14.0	1		2	62	31.5	1	1
9	SEPTIEMBRE	3	72	9.0	1	2	0	72				0	70			
10	OCTUBRE	1	58	16.8	1		1	79	11.0	1		2	78	12.3	2	
11	NOVIEMBRE	0	85	12.8			1	61			1	2	82	15.7	1	1
12	DICIEMBRE	0	87	13.9			1	72	15.0		1	0	80			
TOTAL		12	929	12.4	6	6	12	835	13.4	6	6	10	842	19.2	6	4

% DE CAIDA DE PACIENTE: **1.3%** % DE CAIDA DE PACIENTE: **1.4%** % DE CAIDA DE PACIENTE: **1.2%**

RED ASISTENCIAL REBAGLIATI
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CONSOLIDADO DEL INDICADOR CAÍDAS DE PACIENTE

SERVICIO: **MEDICINA INTERNA II 4 °C**

MES: **ENERO A DICIEMBRE**

N°	MES	2013						2014						2015					
		N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	ESTADO DE CONCIENCIA			N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	ESTADO DE CONCIENCIA			N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	ESTADO DE CONCIENCIA		
					CONCIENTE	CONFUSO	INCONCIENTE				CONCIENTE	CONFUSO	INCONCIENTE				CONCIENTE	CONFUSO	INCONCIENTE
1	ENERO	2	78	12.9	1	1		0	64				2	70	18.9	2			
2	FEBRERO	2	85	12.8		2		1	66	14.8	1		0	70					
3	MARZO	1	70	9.6	1			2	84	11.7	1	1	0	67					
4	ABRIL	0	82	15.3				1	75	11.5		1	0	78					
5	MAYO	2	84	11.3	1	1		0	55				1	67	15.0	1			
6	JUNIO	0	80	10.4				2	62	18.5	1	1	1	65	20.7	1			
7	JULIO	0	88	11.2				2	64	12.5		2	0	73					
8	AGOSTO	1	80	12.5	1			1	81	14.0		1	2	62	31.5	1	1		
9	SEPTIEMBRE	3	72	9.0	2	1		0	72				0	70					
10	OCTUBRE	1	58	16.8	1			1	79	11.0	1		2	78	12.3	2			
11	NOVIEMBRE	0	85	12.9				1	61		1		2	62	15.7	1	1		
12	DICIEMBRE	0	67	13.9				1	72	15.0	1		0	80					
TOTAL		12	929	12.4	7	5	0	12	835	13.4	6	6	0	10	842	19.2	8	2	0

% DE CAIDA DE PACIENTE: **1.3%**

% DE CAIDA DE PACIENTE: **1.4%**

% DE CAIDA DE PACIENTE: **1.2%**

CONSOLIDADO DEL INDICADOR CAÍDAS DE PACIENTE

SERVICIO: **MEDICINA INTERNA II 4 "C"**

MES: **ENERO A DICIEMBRE**

N°	MES	2013							2014							2015							
		N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	HORA DE CAIDA				N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	HORA DE CAIDA				N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	HORA DE CAIDA				
					7:00 a 13:00 hrs.	> 13:00 a 19:00 hrs.	> 19:00 a 24:00 hrs.	> 00:00 a 7:00 hrs.				7:00 a 13:00 hrs.	> 13:00 a 19:00 hrs.	> 19:00 a 24:00 hrs.	> 00:00 a 7:00 hrs.				7:00 a 13:00 hrs.	> 13:00 a 19:00 hrs.	> 19:00 a 24:00 hrs.	> 00:00 a 7:00 hrs.	
1	ENERO	2	78	12.9	2				0	64					2	70	18.9	1			1		
2	FEBRERO	2	85	12.8	1		1		1	66	14.8			1	0	70							
3	MARZO	1	70	9.6	1				2	84	11.7			2	0	67							
4	ABRIL	0	82	15.3					1	75	11.5			1	0	78							
5	MAYO	2	84	11.3			2		0	55				1	67	15.9		1					
6	JUNIO	0	80	10.4					2	62	16.5			2	1	65	20.7						1
7	JULIO	0	88	11.2					2	64	12.5			1	1	0	73						
8	AGOSTO	1	80	12.5			1	1	1	81	14.0			1	2	62	31.5						2
9	SEPTIEMBRE	3	72	9.0	1			2	0	72				0	70								
10	OCTUBRE	1	58	16.8				1	1	79	11.0			1	2	78	12.3		1				1
11	NOVIEMBRE	0	85	12.9					1	61		1			2	62	15.7	1			1		
12	DICIEMBRE	0	67	13.9					1	72	15.0	1			0	80							
TOTAL		12	929	12.4	5	0	1	6	12	835	13.4	2	0	5	5	10	842	19.2	2	2	2	2	4

% DE CAIDA DE PACIENTE: **1.3%**

% DE CAIDA DE PACIENTE: **1.4%**

% DE CAIDA DE PACIENTE: **1.2%**

CONSOLIDADO DEL INDICADOR CAÍDAS DE PACIENTE

SERVICIO: **MEDICINA INTERNA II 4 °C**

MES: **ENERO A DICIEMBRE**

N°	MES	2013							2014							2015						
		N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	CAUSA DE CAIDA				N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	CAUSA DE CAIDA				N° DE CAÍDAS	N° DE EGRESOS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	CAUSA DE CAIDA			
					LEVANTARSE	CAMINANDO	BAÑO	OTROS				LEVANTARSE	CAMINANDO	BAÑO	OTROS				LEVANTARSE	CAMINANDO	BAÑO	OTROS
1	ENERO	2	78	12.9			2		0	64					2	70	18.9	1				1
2	FEBRERO	2	85	12.8			1	1	1	66	14.8			1	0	70						
3	MARZO	1	70	9.8			1		2	84	11.7	1		1	0	67						
4	ABRIL	0	82	15.3					1	75	11.5	1			0	78						
5	MAYO	2	84	11.3			2		0	55					1	67	15.9	1				
6	JUNIO	0	80	10.4					2	62	16.5	1			1	65	20.7		1			
7	JULIO	0	88	11.2					2	64	12.5			2	0	73						
8	AGOSTO	1	80	12.5			1		1	81	14.0			1	2	62	31.5	1				1
9	SEPTIEMBRE	3	72	9.0	1		1	1	0	72				0	70							
10	OCTUBRE	1	58	16.8				1	1	79	11.0			1	2	78	12.3	1			1	
11	NOVIEMBRE	0	85	12.9					1	61			1		2	62	15.7				1	1
12	DICIEMBRE	0	67	13.9					1	72	15.0		1		0	80						
TOTAL		12	929	12.4	1	0	8	3	12	835	13.4	3	2	1	6	10	842	19.2	4	1	2	3

% DE CAIDA DE PACIENTE:

1.3%

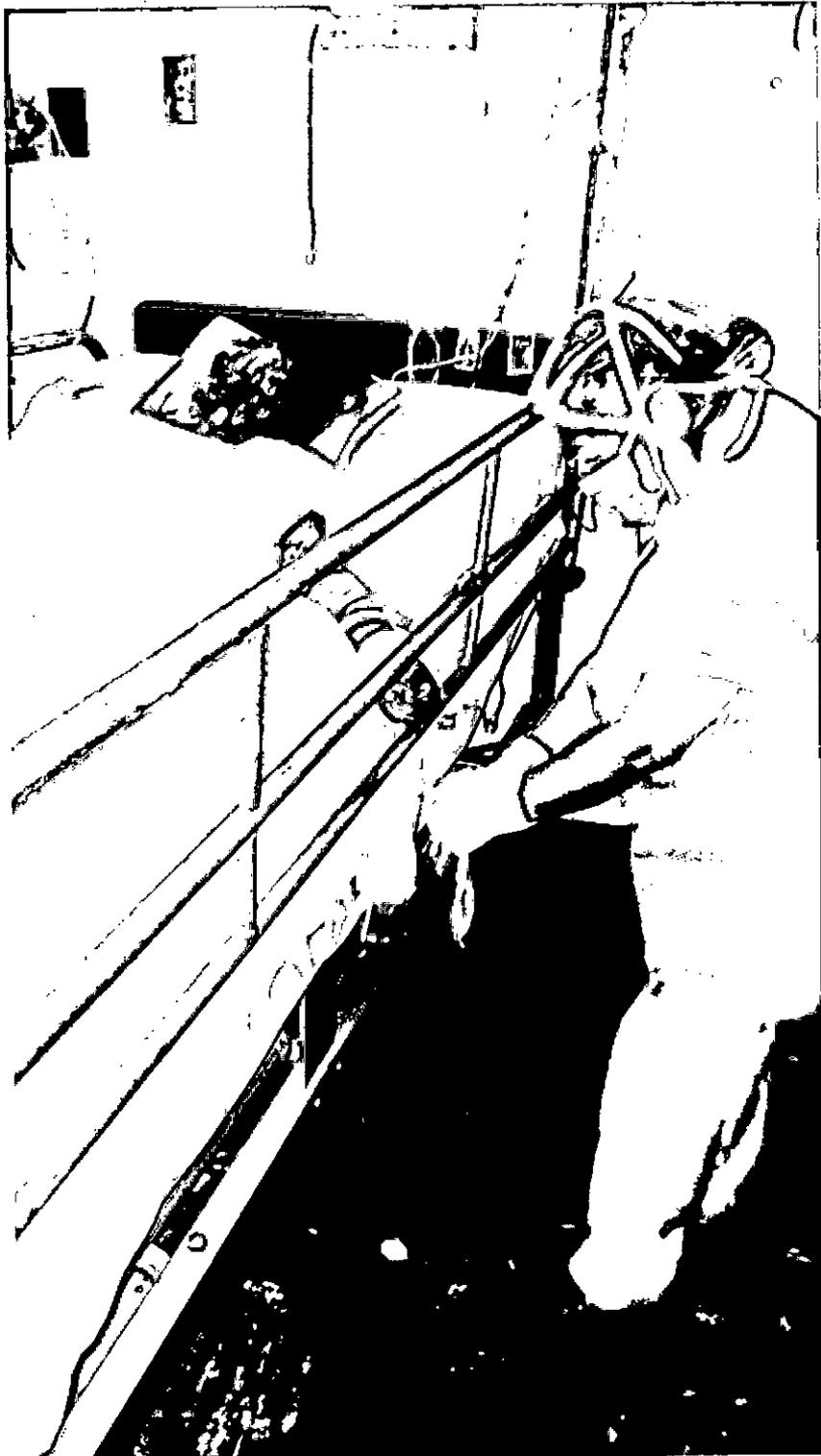
% DE CAIDA DE PACIENTE:

1.4%

% DE CAIDA DE PACIENTE:

1.2%

IMAGEN N° 01 SUJECIÓN RESTRICTIVA DE MANOPLAS



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2016

IMAGEN N° 02 SUJECCIÓN RESTRICTIVA CON CHALECO



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2016