

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS
A PACIENTES ADULTOS MAYORES DE SERVICIO MEDICINA
DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN 2013 – 2015**

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

FERNANDO ERIK MARTINEZ SOLIS

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTE
- DRA. NÉLIDA ISABEL CHÁVEZ LINARES SECRETARIA
- MG. MARÍA DEL ROSARIO GUTIÉRREZ CAMPOS VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 337

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 25/11/2016

Resolución Decanato N° 1351-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2. OBJETIVO	5
1.3. JUSTIFICACIÓN	6
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1. ANTECEDENTES	10
2.2. MARCO CONCEPTUAL	12
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	28
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL	31
3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	36
IV. RESULTADOS	40
V. CONCLUSIONES	43
VI. RECOMENDACIONES	44
VII. REFERENCIALES	45
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

Las caídas son frecuentes en los ancianos y se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en esta población. Las caídas suelen ser un indicador de fragilidad y puede ser factores de predicción de muerte, además de causas indirectas como las fracturas. Sólo aproximadamente la mitad de los pacientes geriátricos hospitalizados por una caída seguirán vivos un año después. Los accidentes son la quinta causa de muerte en personas de más de 65 años de edad. Las caídas y sus complicaciones concomitantes deben ser evitables, pero es más fácil identificar los factores de riesgo que prevenir su incidencia. (1)

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidado de Enfermería en prevención de caídas a pacientes adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Alberto Sabogal Sologuren - 2013 – 2015" tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en la prevención del riesgo de caídas.

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

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La población mundial ha estado envejeciendo desde sus propios orígenes, aunque no de forma constante, con una tendencia a acelerarse en las últimas décadas. El grupo de los mayores de 60 años aumenta significativamente en la actualidad, también el grupo de "los muy viejos", o sea, los mayores de 80 años, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores (AM) en los países más desarrollados y el 12 % en los llamados en vía de desarrollo. (2)

El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida. Estos cambios se manifiestan en declinaciones en el estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva al anciano a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual. (3)

A medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al

suelo, contra su voluntad. Junto con la inestabilidad, constituye uno de los grandes síndromes geriátricos. (4)

Las caídas en la población anciana son un problema importante de salud pública, con consecuencias médicas y económicas notables. Se calcula que en el año 2020 el costo que generarán será de unos 30.000 millones de euros.

Las caídas se ubican como la segunda comorbilidad en AM mexicanos con 42.9%(2); en Santiago de Chile, la prevalencia de caídas es de un 34.0%, levemente superior al de la Ciudad de México (33.5%), pero por sobre Sao Paulo (29.0%) y Montevideo (27.0%). (5)

Los factores de riesgo para la aparición de las caídas son: factores intrínsecos y factores extrínsecos, los factores intrínsecos están relacionado directamente con la idiosincrasia y/o condiciones patológicas del paciente y los factores extrínsecos tienen que ver con las condiciones medioambientales en el hogar, la calle u hospitalización.

Las consecuencias de las caídas pueden ser de tipo menor como contusiones y mayores como las temibles fracturas de fémur, cadera o incluso la muerte.

Se ha observado que en los servicios de hospitalización de las distintas instituciones de salud estatales o de la seguridad social no se cuenta con una infraestructura amigable o adecuada para la atención y

desplazamiento de los pacientes geriátricos, así también la falta de personal, la ausencia de un número importante de camas clínicas con dispositivos de seguridad como barandales acrecienta el riesgo de caídas.

El déficit de personal asistencial también es un factor importante en la aparición de las caídas.

Por lo mencionado es de vital importancia realizar una prevención destinada a disminuir el riesgo de caídas en los adultos mayores, siendo un inicio importante el realizar estudios actualizados acerca de la naturaleza de los riesgos a los que están expuestos los pacientes geriátricos en especial el riesgo de caídas.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en la atención de pacientes adultos mayores y la prevención caídas en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina II del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

1.3. Justificación

Nivel teórico: La importancia de este estudio radica en el conocimiento propio de los factores de riesgo asociados a caídas de los pacientes geriátricos de nuestra realidad peruana y de esta manera verificar si los resultados obtenidos corresponden a los encontrados en estudios realizados en otras latitudes. Pretendiendo también describir la exposición e interacción al riesgo de caídas que tienen nuestros pacientes geriátricos en un hospital nacional y obtener una visión propia de lo que pueda estar ocurriendo en otros centros asistenciales. Actualmente no se cuenta con muchas investigaciones sobre este tema tan sensible para nuestra sociedad, es por ello que la realización de este estudio de investigación proporcionará conocimientos importantes favoreciendo esto a la realización de más investigaciones sobre el tema.

Nivel Metodológico: La realización de este estudio de investigación supone también la creación de instrumentos propios y validados para la valoración del riesgo de caídas entendiendo que en la actualidad contamos con instrumentos importados como la escala de Downton, la escala de A.M. Tromp, la escala de Tinetti entre otros, que nos han proporcionado datos relevantes sobre la situación o el riesgo de caídas de nuestros pacientes pero creo necesario contar con un instrumento propio que refleje la realidad e idiosincrasia de nuestros pacientes y de las enfermeras que aplicarían estas escalas.

Nivel Práctico: Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 424 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. (6)

Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. (6)

Por lo expuesto es de vital importancia que se eviten al máximo estos accidentes y más si son en una población tan vulnerable como son personas adultas mayores y sobre todo si se encuentran en una situación de dependencia o fragilidad como es la hospitalización. Entonces reconocer, asimilar y sensibilizar a las enfermeras acerca de la importancia de determinar los riesgos de caídas en los pacientes geriátricos favorecerá enormemente a que menos pacientes adultos mayores caigan, evitando así complicaciones tan tristes o funestas como la muerte.

Nivel Económico: Las lesiones relacionadas con las caídas tienen un costo económico considerable. El costo medio para el sistema sanitario por cada lesión relacionada con caídas en mayores de 65 años es de US\$ 3611 en Finlandia y US\$ 1049 en Australia. (6)

En una realidad en que los recursos son escasos para la satisfacción de todas las necesidades y en una sociedad como la nuestra en que el ingreso PBI per cápita de 14 mil dólares americanos está muy por debajo de los 56 mil dólares americanos de los que dispone Estados Unidos, entonces no podemos darnos el lujo de padecer de accidentes de este tipo siendo los mismos prevenibles y más si pone el riesgo la vida de nuestros pacientes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

MACHADO R. y Col. (Cuba, Enero 2011- Julio 2011) Realizaron un estudio titulado "Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos de salud de Guanabo". Tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a las caídas en los ancianos, según el grado de dependencia siendo las conclusiones del mismo: Entre los factores de riesgos extrínsecos más representados figuraron: mobiliario en mal estado, suelos desnivelados o irregulares e iluminación deficiente, y los intrínsecos: hipertensión arterial, uso de hipotensores, alteraciones visuales, hábito de café y artrosis. (7)

NOBREGA E. y Col. (Brasil, 2014) Realizaron un estudio de investigación titulado "Factores determinantes del riesgo de caídas en ancianos: un estudio sistemático". Cuyo objetivo fue identificar a partir de una revisión sistemática de la literatura los principales factores de riesgo de caídas en las personas mayores, siendo las conclusiones del mismo: Los principales factores de riesgo a caídas en personas mayores están relacionados con aspectos biológicos, conductuales, ambientales y socioeconómicos. Demás factores identificados fueron la reducción muscular, el equilibrio, la depresión, los obstáculos en el camino, el abuso, la falta de pasamanos y la historia de las caídas. (8)

PORTO G. Daiane y Col. (Brasil, 2013) Realizaron un estudio titulado "Factores de riesgo para nuevas caídas accidentales en ancianos atendidos en un centro ambulatorio de traumatología". Cuyo objetivo fue Identificar los factores de riesgo para nuevas caídas accidentales en ancianos atendidos en un centro ambulatorio de traumatología de un hospital universitario en Rio Grande do Sul, Brasil, siendo las conclusiones del mismo: Los factores de riesgo para nuevas caídas accidentales identificados con mayor frecuencia en los ancianos investigados fueron: La combinación de factores intrínsecos e extrínsecos, que incluyen los riesgos ambientales, es la asociación más relevante para la ocurrencia de nuevas caídas.⁽⁹⁾

DUEÑAS E, y Col (México, 2015), realizaron un estudio titulado "Sobrecarga del cuidador principal como factor de riesgo para caídas en pacientes geriátricos". Cuyo objetivo es identificar si la sobrecarga del cuidador principal es un factor de riesgo para la presencia de caídas en pacientes geriátricos. Y se concluyó que la mayor cantidad de pacientes que sufrieron caídas contaba con cuidadores que no padecían sobrecarga, en comparación con una menor cantidad de pacientes que sufrieron caídas, Cuyos cuidadores sí presentaban sobrecarga, encontrándose también que la dependencia grave sí estuvo asociada con el aumento en las caídas ⁽¹⁰⁾

SANDOVAL L, CAPUÑAY J. y VARELA L (Perú, 2006), realizaron un estudio titulado "Caídas en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia", cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de caídas en adultos mayores. Se realizó un estudio prospectivo y randomizado y se incluyeron 60 pacientes ambulatorios de 60 o más años de edad, del Servicio de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Teniendo como resultado que la frecuencia de caídas fue de 33% y ocurrieron en mayor frecuencia en el grupo de 80-89 años de edad. Las caídas ocurrieron en exteriores (55%), y por factores extrínsecos (65%). (11)

GALVEZ M. y Col. (Perú, 2005), realizaron un estudio de investigación titulado "Correlación del Test "Get Up And Go" con el Test de Tinetti en la evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores", teniendo como objetivo Hallar la correlación del Test "Get Up and Go" con el Test de Tinetti. la población estuvo conformada por adultos mayores, que acuden a la consulta externa del consultorio de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. La muestra fue tomada mediante muestreo accidental, se tomó a los primeros 100 pacientes que acudieron al consultorio externo de geriatría durante el mes de marzo del 2005. Concluyendo que Existe correlación entre una prueba compleja y amplia, el Test de Tinetti, y otra más sencilla y corta, el "Get Up and Go", el cual debe ser usado como la herramienta inicial para evaluar el riesgo de caídas. (12)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Envejecimiento

La OMS define envejecimiento como un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, individual y por el momento inevitable que se asocia al paso del tiempo, tornando a un individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación a los retos de la vida, influenciando tanto por factores genéticos, ambientales como por la capacidad de adaptación del ser humano. (13)

En el ser humano envejecer es un proceso complejo, lento, progresivo, heterogéneo e irreversible que implica varios factores biológicos, psicológicos y sociales. (14)

No podemos establecer el momento en que un organismo inicia su proceso de envejecimiento, aunque lo que sí sabemos es que desde el momento de la concepción, el ciclo vital del sujeto ya es finito, teniendo fecha de caducidad. (15)

a) Teorías del Envejecimiento

El envejecimiento se define en términos cronológicos por el paso del tiempo: en términos subjetivos, como la manera en que la persona se siente, y desde el punto de vista funcional, por los cambios en su capacidad física y mental. Las múltiples teorías sobre el envejecimiento proporcionan un marco para comprender el proceso desde distintas perspectivas. (16)

Teorías Biológicas del Envejecimiento

Entre las principales teorías biológicas podemos mencionar: La Teoría del Envejecimiento Programado. Los cuerpos envejecen de acuerdo a su patrón de desarrollo normal establecido en cada órgano. Para la Teoría del Desgaste Natural, se envejece debido al uso continuo. La Teoría Inmunológica, considera que a través de los años hay disminución de la respuesta inmune ante los antígenos externos y, paradójicamente, un aumento a los propios. La Teoría de los Radicales Libres, explica que en el envejecimiento hay una lesión irreversible en la célula. La Teoría Sistemática, describe el envejecimiento como el deterioro a la función del sistema neuroendocrino y las Teorías Genéticas que son las que más se acercan a la intimidad del proceso del envejecimiento, sostienen que en el ciclo de réplica celular se pierde una pequeña porción de ADN hasta provocar la muerte de la célula. (17)

Teorías Psicológicas del Envejecimiento

Dentro de las principales teorías y modelos psicológicos sobre la vejez, existen dos grupos: Los modelos de crisis normativa y el de programación de eventos. La Teoría de Crisis Normativa, hace referencia al desarrollo universal de cambios acoplados a ciertas edades, La Teoría Psicosocial de Erikson, quien trazo el desarrollo de la personalidad en ocho estadios, desde el

nacimiento hasta la muerte, en cada uno de ellos, el individuo debe ganar una situación evolutiva concreta, que la hará sentir satisfecho y definirá su identidad personal; buscarla es el gran deber de la vida; La Teoría de Programación de Eventos, menciona que el desarrollo depende del desenlace evolutivo por sucesos importantes de la vida de cada persona tales como despidos, viudez, guerra, jubilación, etc. La Teoría del Ciclo Vital, parte de la idea de que el desarrollo no es exclusivo de la infancia y la juventud, sino que se da a lo largo de todas las edades, incluyendo la vejez. (18)

Teorías Sociológicas del Envejecimiento

Estas teorías consideran que el envejecimiento es un proceso normal de la vida y que en él inciden, la personalidad, la familia, las actitudes, los valores, la cultura, etc; es decir acontece dentro del curso social. Entre las principales teorías tenemos: Teoría de la Desvinculación, de la actividad, del fin de los papeles, de la continuidad y la Teoría del Entorno Social. (19)

b) La Persona Adulta Mayor y su caracterización

Etimológicamente, la palabra "viejo" deriva del latín *vetulus* (de cierta edad, algo viejo, viejecito), también se halla en el latín vulgar *vaclus* (hombre anciano), que proviene de *vetus* (con muchos años, viejo), donde oculta la raíz griega *etos* (años). La palabra envejecer deriva, etimológicamente, del latín *veterascere*,

veterescere y los términos sustantivos que se derivan de “envejecimiento” como “envejecidos, envejecidas”, tienen un sentido similar al de “viejos, viejas” desde el momento que se refieren a esta última etapa.

Un organismo manifiesta el envejecimiento cuando decrece su vitalidad y cuando proporcionalmente aumenta su vulnerabilidad. Por tanto, el organismo viejo se diferencia del joven por el enlentecimiento de unas funciones y la desaparición de otras, lo mismo que por la elevada incidencia de enfermedades. (20)

Características Biopsicosociales – Espirituales de la persona adulta mayor

El envejecimiento se debe en gran parte, a las características genéticas, sin embargo, también se ven influenciado por el medio ambiente, la adaptación en su diario vivir y por el estilo de vida de cada persona, dándole el carácter de singularidad, heterogeneidad y una personalísima forma de envejecer.

Características Biológicas

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento a nivel general producen una involución de todo el organismo y se establece de forma progresivo un deterioro conforme avanza la edad. Los cambios en la apariencia física son los más visibles. Así tenemos que la piel se hace más delgada, más seca, y más

transparente. Se produce la pérdida del pelo y la aparición de canas. Asimismo, disminuye la fuerza muscular, capacidad del movimiento y respuesta rápida. Se produce la pérdida de calcio en los huesos (osteoporosis). El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso y el flujo cerebral se reducen, sin embargo no hay cambios intelectuales ni conductuales. Los reflejos disminuyen en intensidad de respuesta y estructura y el ciclo del sueño se altera. Los sentidos también se ven afectados. Las defensas inmunológicas disminuyen haciéndolos susceptibles a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas.

Características Psicológicas

Los cambios psicológicos son variables y heterogéneos debido a experiencias vividas, contexto sociocultural, nivel intelectual y genética de cada persona. Las modificaciones más perceptibles son referidas a las capacidades intelectuales, personalidad y el carácter.

Referente a la salud mental, el deterioro de la vejez no es lo típico. La mayoría de los adultos mayores gozan de buena salud mental. Existen muchos factores relacionados con la salud mental, como la salud física, ajuste psicológico, sentido de autocontrol, estatus socioeconómico, apoyo social, eventos de

vida con énfasis en la multi direccionalidad del cambio y la plasticidad.

Los cambios en la personalidad y carácter, en la vida adulta, y más aún en la vejez, muestran tendencia a la estabilidad de la personalidad. (21)

2.2.2. Concepto de Caídas

Las caídas son el resultado de una serie de interacciones entre la persona y las condiciones ambientales del medio donde se encuentre, y constituyen un importante problema de salud en el anciano por el alto potencial de complicaciones que conllevan. La frecuencia, la morbilidad y la mortalidad están relacionadas directamente con la edad, porque el envejecimiento aumenta, además de los factores de riesgo, la posibilidad de lesionarse y las consecuencias de las lesiones.

La incidencia anual de las caídas asciende al 25% en la población entre 60 -70 años y al 47% después de los 75 años. Esta cifra aumenta para los mayores de los 80 años y disminuye a partir de los 85. (22)

Las caídas son más frecuentes en las mujeres, aunque conforme pasan los años, la tendencia es a igualarse. (23)

Con el envejecimiento, el deterioro de la marcha va a ser progresivo y definitivo, agravado en la mayoría de las ocasiones por la presencia de diferentes enfermedades que van haciendo acto de presencia conforme el individuo se hace mayor. Si nos fijamos en las personas que nos rodean, es muy diferente la forma de caminar de una de 30 años a la de una de 50, y la de ésta con la de una de 70, y es que según avanza la edad se modifican el centro de gravedad, la coordinación, los reflejos, el equilibrio, la fuerza, la flexibilidad, etc. Las alteraciones de la marcha van a ocasionar aumento de morbilidad, riesgo de caídas, limitación psicológica del anciano por miedo a caer, y, en definitiva, son un factor de riesgo muy importante de institucionalización. (24)

a) Causas de las Caídas

La caída es el resultado de la interacción de factores intrínsecos (trastornos individuales), factores extrínsecos (riesgos medioambientales) y factores circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando).

El riesgo de caída se incrementa conforme aumentan los factores de riesgo, aunque debemos saber que son los factores intrínsecos los más importantes en la génesis de una caída. (25)

La mayoría de los estudios coinciden en que las caídas y fracturas son una de las principales causas de incapacidad e incluso la

muerte en este grupo de la población, de hecho son las caídas la sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años y las fracturas de caderas constituyen las causas más frecuentes de muerte traumática en mayores de 75 años. (26)

Factores Intrínsecos

Entre los factores intrínsecos se encuentran las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, las enfermedades tanto agudas como crónicas y el consumo de fármacos.

Alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad: Los cambios fisiológicos relacionados con la edad tenemos las modificaciones musculo esqueléticas y la disminución del control sensorial (función visual, vestibular y propioceptiva). En conjunto o de forma aislada estos cambios afectan el equilibrio corporal, la alineación y la marcha, y repercuten directamente en el número de caídas que tienen las personas de edad.

Las modificaciones musculo esqueléticas que con más frecuencia predisponen a las caídas son la osteoporosis y la cifosis. A estos cambios hay que añadir que los huesos del pie se desplazan, modificando los centros de presión hacia el borde interno del pie dando lugar a la aparición de callosidades y patologías en los pies de intensidad variable que favorecen las caídas. (27)

Las caídas pueden ser la primera manifestación, o en otros casos, una manifestación atípica de enfermedad aguda. Así, las infecciones, sobre todo respiratorio y urinario, o la insuficiencia cardíaca o respiratoria, la anemia pueden debutar de esta forma. Es lo que se conoce como caída premonitoria. (28)

Factores Extrínsecos

En la valoración de los factores extrínsecos hay que tener en cuenta el entorno o ambiente en que se mueve el anciano, así como su actividad. Entre las actividades más comunes asociadas a las caídas figuran levantarse y mantenerse en cama, sentarse y levantarse de la silla, tropezar con objetos, bajar las escaleras, etc.

Son diferentes los factores de caídas en ancianos que viven en la comunidad que en los ancianos institucionalizados. También difiere si el anciano está sano o se trata de un anciano frágil. Se entiende por anciano frágil el que presenta edad avanzada, discapacidad mental y funcionalidad asociada, datos de pluripatología y polifarmacia. (29)

La seguridad es un derecho de todos los seres humanos en especial de los más vulnerables. Una seguridad es esencial efectiva para lograr un envejecimiento activo y exitoso. Seguridad tiene un papel relevante en el proceso de envejecimiento activo, con respecto a las caídas y las barreras arquitectónicas (30)

Escalas de Medición del Riesgo de Caídas

Dentro del cuidado de enfermería resulta trascendental la evaluación del riesgo de sufrir una caída. Una actividad que por sí misma debe posibilitar valorar e implementar distintas medidas para garantizar la seguridad de los pacientes. Así algunas de las escalas de valoración de riesgo de caídas más conocidas son:

1. Escala de riesgo de caídas múltiples de A.M. Tromp
2. Escala de funcionalidad de Crichton
3. Escala de Macdems aplicada en pacientes pediátricos
4. Escala St. Thomas- stratify- para todo tipo de población
5. Escala de Morse utilizada en población hospitalizada en general
6. Escala Humpty Dumpty específica de pediatría
7. Escala de CHAMPS, utilizada en población pediátrica
8. Escala de J.H. Downton utilizada para valorar riesgo de caídas

Escala de J.H. Downton

La escala de Downton fue diseñada el año 1993 con el objetivo de evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas.

Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido 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 una caída.

Entre las dimensiones que considera tenemos:

- Caídas previas
- Medicamentos
- Déficit sensitivo – motores
- Estado mental
- Deambulación

2.2.3. Paciente Geriátrico

La geriatría se define como la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano en situación de salud o de enfermedad. Incluye aspectos relativos a la mayor parte de las disciplinas clínicas y constituye una parte de la gerontología. (31)

La gerontología es el estudio del proceso de envejecimiento en todos sus aspectos. El termino fue utilizado por primera vez por Metchnikoff en 1901 en su libro "La naturaleza del hombre: estudios de una filosofía optimista". (32)

Se entiende como paciente geriátrico a todo enfermo mayor de 65 años con pluripatología de tendencia invalidante con problemas sociales y mentales que, de no ser identificados, prevenidos o tratados abocan a dependencia. No más del 15% de los enfermos mayores de 65 años ingresados a los hospitales reúnen las características de enfermo geriátrico. (33)

El aumento de la población de edad avanzada debido a las bajas tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, entre otros han contribuido al envejecimiento (34)

La Valoración Geriátrica Integral

La VGI, "Valoración Geriátrica Exhaustiva" o "Evaluación Quíntuple" es un proceso diagnóstico multidisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos, sociales y espirituales, que pueda presentar el Adulto Mayor, con el objeto de desarrollar un plan de intervención y seguimiento de dichos problemas. (35)

La VGI es la verdadera tecnología de la geriatría, ya que en ella se apoya gran parte de la praxis de la especialidad. Aunque su origen, consustancial con el nacimiento de la disciplina, se remonta a 1940, ha sido, sin embargo en los últimos años cuando se ha universalizado su conocimiento. (36)

El estado funcional del anciano es un factor de evolución y de pronóstico más importante que el diagnóstico de la enfermedad. Se llega a una situación de incapacidad funcional y dependencia por múltiples caminos o, lo que es lo mismo, por muy distintos diagnósticos médicos: accidente cerebro vascular, demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, síndromes neurológicos, fracturas, enfermedades del aparato locomotor, graves alteraciones sensoriales y, sobre todo, por la concurrencia de múltiple patología tan frecuente en el paciente anciano. (37)

2.2.4. Teoría de Enfermería de Hildegard Peplau

Una teoría se define como una suposición o sistema de ideas que se propone para explicar un fenómeno determinado. (38)

A finales del siglo XX, gran parte del trabajo teórico en enfermería se centró en la articulación de cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud y enfermería. Debido a que estos cuatro conceptos se pueden superponer en casi cualquier trabajo de enfermería, a veces se conocen colectivamente como un metaparadigma en enfermería. (39)

Hildegard Peplau planteo la teoría de las relaciones interpersonales, de acuerdo con ella, el paciente y la enfermera contribuye y participan en la promoción de la interacción que se

descubre entre ellos. Ambos son concebidos como seres humanos, cada uno con un campo de experticia y percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, presuposiciones, expectativas y actividades. La interacción de estos es el centro del proceso de enfermería. Esta relación se caracteriza por ser una relación de carácter lingüístico y terapéutico. (40)

Meleis sostiene que los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica evitan que ésta se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras, al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud. (41)

La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Fases de la relación enfermero paciente

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera paciente: (42)

a) Orientación, el individuo tiene una "necesidad insatisfecha" y precisa apoyo profesional. El enfermero ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

b) Identificación, el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación).

c) Explotación, el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación; Resolución, durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero.

d) Resolución, durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero.

Papeles de la enfermería

Peplau describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermero paciente. (43)

a) **Papel de extraño**, Peplau afirma que, es debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal como es.

b) **Papel como persona a quien recurrir**, el enfermero proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados.

- c) **Papel docente**, es una combinación de todos los papeles y “procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información”.
- d) **Papel conductor**, el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.
- e) **Papel de sustituto**, el paciente asigna al enfermero/a un papel de sustituto. Las actitudes y conductas del enfermero/a crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior.
- f) **Papel de asesoramiento**, Peplau opina que el papel de asesoramiento es el que tiene más importancia en la enfermería gerontológica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros responden a las demandas del paciente. Enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales.

2.3. Definición de Términos

- a) **Caídas:** Según la OMS, las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo a tierra u otra superficie firme que lo detenga. (44)
- b) **Envejecimiento:** Conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. (45)
- c) **Factores de riesgo de caídas:** Los factores de riesgo para sufrir una caída se clasifican en intrínsecos y extrínsecos. (46)
- d) **Paciente geriátrico:** El paciente geriátrico se define como aquel que cumple tres o más de las siguientes condiciones: Generalmente mayor de 75 años, suele presentar pluripatología, presencia de uno o más síndromes geriátricos, consumo de tres o más medicamentos al día, con limitaciones funcionales físicas o mentales, con problemas sociales añadidos y sobre lo anterior aparición de una enfermedad aguda. (47)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo utilizaron los registros de Enfermería del servicio, como anotaciones de enfermería, fichas de valoración de riesgo de caída y UPP, así también de las historias clínicas se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

a) Autorización:

Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio de Medicina II, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.

b) Recolección de Datos:

Recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico. (48)

La recolección de datos se realizó consignando y revisando cada una de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina II.

c) Procesamiento de Datos:

Es la Técnica que consiste en el manejo de los datos primarios de entrada, son evaluados y ordenados, para obtener información útil, que luego serán analizados por el usuario final, para que pueda tomar las decisiones o realizar las acciones que estime conveniente. (49)

El procesamiento de los datos se realizó de manera manual y haciendo uso para su mejor manejo del programa Microsoft Excel.

d) Resultados:

Los resultados obtenidos fueron presentados para una mejor comprensión a través de tablas y figuras.

La estadística descriptiva consiste en la presentación de manera resumida de la totalidad de observaciones hechas, como resultado de una experiencia realizada. Nos informa en general sobre el comportamiento de un fenómeno. (50)

e) Análisis e interpretación de resultados:

Una vez que los datos se han codificado, transferido a una matriz, guardada en un archivo y "limpiado" los errores, el investigador procede a analizarlos. El análisis y la interpretación de los resultados se realizaron a través de la contrastación de la literatura y los antecedentes correspondientes al tema de estudio.

3.2. Experiencia profesional

Recuento de la Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional inicia en el año 2004 al egresar de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos como Licenciado en Enfermería y durante estos 13 años de ejercicio profesional he desempeñado funciones en el ámbito público y privado, en las áreas asistenciales, administrativa, docente y de investigación.

En abril del año 2004 inicio mi SERUMS Remunerado en la Posta Medica de Lamud (EsSalud), ubicado en el Distrito de Lamud, Provincia de Luya en el Departamento de Amazonas, desempeñando funciones de tipo preventivo promocionales en las distintas campañas de salud que se requerían, educando en los vasos de leche, locales comunales, instituciones educativas, clubes de madre, etc. de la misma manera se prestó apoyo directo a las diferentes instituciones de la Provincia de Luya como: Alcaldía Provincial, Alcaldía Distrital, Sub Prefectura y Unidad de Gestión Educativa Provincial (UGEL).

En Diciembre del año 2005 inicio funciones en el área privada a través de la empresa SG NATCLAR SAC especializándome en el área de Salud Ocupacional y Emergencias, realizando exámenes médicos ocupacionales y capacitaciones sobre primeros auxilios y prevención de emergencias a trabajadores mineros, empleados y directivos. Para la realización de estas actividades trabaje en distintas Unidades

Mineras como: U.M. Rosaura (Huarochiri), U.M. Yauliyacu (Huarochiri) y U.M. Yauli (Junín).

En Abril del año 2008 ingreso a trabajar al Hospital Alberto Sabogal Sologuren de EsSalud, desempeñando función asistencial en el Servicio de Medicina realizando actividades recuperativas y educación a los pacientes hospitalizados. Por ser un hospital de referencia y ante la carencia de camas disponibles este Servicio de Medicina permite al profesional de enfermería realizar múltiples actividades y procedimientos como transfusiones, quimioterapia, administración de nutrición parenteral y enteral, colocación de tubos orotraqueales, catéteres venosos centrales, toracocentesis, paracentesis, curaciones de pie diabético, etc. Una característica importante es que más del 60% de los pacientes que se encuentran hospitalizados son Personas Adultas Mayores que implica un manejo especial y dedicado.

En el año 2011 inicio función docente en la Universidad Privada Cayetano Heredia como jefe de prácticas en Enfermería en Salud del Adulto y Adulto Mayor, tiempo después, en el año 2013, la Universidad Alas Peruanas me convoca para ser docente de prácticas con la asignatura de Fundamentos de Enfermería, y conjuntamente, ingreso a trabajar a la Universidad Cesar Vallejo como Docente de Practica y Teoría con la asignatura de Enfermería en Salud del Adulto I, cargo que desempeñó hasta la fecha y que me ha traído múltiples satisfacciones, motivo por el cual en enero del año 2015 inicio la

Maestría en Docencia Universitaria en la Universidad Cesar Vallejo y conjuntamente en octubre del mismo año inicio la Segunda Especialidad en Enfermería Geriátrica y Gerontológica en la Universidad Nacional del Callao.

Descripción del Área Laboral

EL Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, es uno de los Hospitales más importantes del Perú a cargo de EsSalud, hospital de referencia a nivel nacional y se encuentra en Jr. Colina S/N – Bellavista – Callao.

Organización:

El Servicio de Medicina II está dirigido en la parte médica por la Dra. Susana Medina Portugal y en la Jefatura de Enfermería por la Lic. Rosana Cueva Gonzales y la coordinación de enfermería por la Lic. Betsaida Rivero Benavente.

Recursos Humanos:

El Recurso Humano es el factor más importante del Servicio de Medicina II, es el encargado ejecutar las estrategias, la toma de decisiones; el equipo de enfermería está constituido por 27 Licenciados de Enfermería y 33 Auxiliares y Técnicos de Enfermería.

Infraestructura:

El servicio de Medicina II está distribuido en tres grandes áreas de atención a los pacientes hospitalizados: Servicio de Medicina Damas II, Varones II y Anexos.

Prestaciones:

Las prestaciones que brinda el Servicio de Medicina II son la disposición de 78 camas clínicas de las cuales 27 es para damas y 41 para varones, contamos con un área de atención, tratamiento y curación de pacientes con diagnóstico de Pie Diabético.

Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Las funciones que realizo en la actualidad como Licenciado en Enfermería en el Servicio de Medicina II son múltiples pero se resumen de la siguiente manera:

Área Asistencial:

- Control y grafica de signos vitales en la historia clínica
- Examen físico céfalo caudal
- Valoración del riesgo de caídas
- Valoración del riesgo de UPP
- Curación de UPP
- Prevención del riesgo de caídas: Disposición y ubicación de camas

- Administración de nutrición enteral y parenteral según requiera
- Aspiración de secreciones orales y traqueales
- Curación de catéteres venosos centrales, ostomias, traqueostomias, heridas, etc.
- Transfusión de hemoderivados
- Administración de medicamentos
- Control de glicemia y administración de insulino terapia

Área Administrativa

- Líder de grupo de guardia
- Ingreso y egreso de los pacientes
- Actualización del Kárdex de enfermería
- Coordinación de procedimientos con los distintos servicios
- Coordinación de ambulancia para los pacientes al alta
- Control y requerimiento de material biomédico
- Reporte de las actividades de enfermería
- Control y abastecimiento del coche de paro

Área Docencia:

- Educación al paciente y familia
- Coordinador de capacitación del Servicio
- Capacitación continua al personal de enfermería
- Docente universitario en las Universidad Cesar Vallejo y Alas Peruanas

Área Investigación:

- Estudio de tiempos y movimientos en los procedimientos de enfermería
- Bioseguridad y manejo y disposición de residuos sólidos
- Relaciones interpersonales y trabajo en equipo

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

El Servicio de Medicina II es un servicio sui géneris por que sin ser un servicio de geriatría propiamente dicho atiende a este grupo etario, entendiéndose que más del 60% de los pacientes hospitalizados son Personas Adultas Mayores.

“Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 a más años de edad”. (51)

En el trabajo día a día se observa que los esfuerzos en la atención a los pacientes se tienen que duplicar y más, debido a la demanda diaria de hospitalización, la realización de distintos procedimientos, los requerimientos propios del paciente y familia; y todo esto sin considerar la ingente necesidad de contar con mejores recursos de tipo biomédico así como el abastecimiento de insumos propios de la atención en salud, y por último considerar que actualmente se tiene un déficit de personal de Enfermería siendo más crítica a nivel del profesional de enfermería.

Con todo lo mencionado un punto a prestar mayor atención es que aproximadamente el 80% de los pacientes son de grado de dependencia III y IV.

Dependencia del paciente es el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades, Grado de dependencia III, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades. (52)

En estas circunstancias se prestó mayor interés al riesgo expreso que tienen los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina II de sufrir caídas.

Ante ello en el servicio cuenta con una escala de valoración del riesgo de caídas denominado Escala de Riesgo J. H. Downton, el cual según 5 criterios: caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y deambulacion; nos permite determinar el riesgo de caída que tiene cada uno de los pacientes hospitalizados, este instrumento se aplica al ingreso del paciente al servicio y de manera periódica cada semana y/o ante la necesidad y/o cambio en el estado de salud del paciente.

Por lo expresado, es un esfuerzo de la jefatura del servicio hacer un seguimiento continuo sobre el cumplimiento en la aplicación de esta escala de valoración para disminuir la incidencia de caídas y las complicaciones que estas traen.

Caso/s relevante/s

En el año 2015 se presentó un incidente importante, un paciente de iniciales J.F.K. de 58 años de edad, con Diagnóstico Médico ACV Isquémico hospitalizado en el Servicio de Medicina Anexos, presento una caída en el turno mañana, golpeándose la cabeza y tórax, teniendo como complicación un TEC Severo llegando a requerir tomografías cerebrales y transferencia al servicio de UCIN para un mejor manejo, todo lo ocurrido se conllevó a realizar el análisis de evento adverso por parte de la institución.

Este incidente hizo que la jefatura y el personal asistencial internalizara la importancia de una adecuada prevención de riesgos, iniciando todo con una adecuada valoración al ingreso del servicio de cada uno de los pacientes.

Innovaciones – Aportes

Por lo expuesto se hicieron modificaciones importantes en la prevención del riesgo de caídas a nivel de todo el hospital:

- Creación del comité de riesgos y accidentes del Servicio
- Aplicación de identificación de pacientes y riesgos
- Se instituyó la aplicación de la Escala de Riesgo de Downton.
- Capacitaciones continuas al personal, paciente y familia sobre la prevención de caídas.
- Solicitud de camas con barandas
- Aplicación del reporte de incidentes

Limitaciones para el Desempeño Profesional

Dentro de las limitaciones para el buen desempeño profesional y particularmente sobre el tema de caídas puedo mencionar:

- El Servicio de Medicina II no cuenta con el 100% de camas con barandas, las mismas que no son adecuadas por la calidad y la altura de las mismas, eso sin considerar los años de uso que pasan los 10 años, necesitándose la renovación de estas.
- No se cuenta con manoplas adecuadas para la sujeción mecánica y prevención de caídas en pacientes con alteración del sensorio.
- El piso en su mayoría no es antideslizante.
- Los baños no tienen las condiciones arquitectónicas requeridas.
- No se cuenta con el total de pasamanos requeridos en los pasadizos.
- No se cuenta con implementos terapéuticos como bastones, caminadores, etc.

IV. RESULTADOS

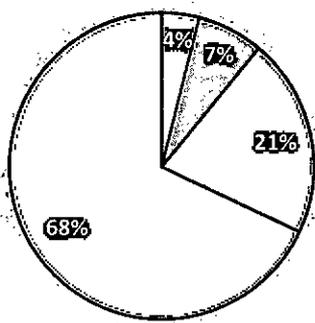
Cuadro 4.1.

Medidas de frecuencia de edad y sexo de los pacientes hospitalizados

Grupo Etario	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
18-30	2	8	1	2	3	4
31-45	3	12	2	5	5	7
46- 59	5	20	9	21	14	21
Mayor 60	16	60	30	72	46	68
Total	27	100	41	100	68	100

Fuente: Oficina de Estadística (2016)

Grupo Etareo



■ 18 - 30 años ■ 31 - 45 años ■ 46 - 59 años ■ 60 a más

Figura 1. Edad de los pacientes hospitalizados

En el cuadro 4.1 y figura 1 observamos que el 68% de los pacientes hospitalizados son personas adultos mayores y de ellos el mayor porcentaje varones.

Cuadro 4.2

Medidas de frecuencia del riesgo de caída según sexo

SEXO	Alto		Mediano		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	21	52	6	15	13	33	40	59
Femenino	11	40	7	25	10	35	28	41
Total	32	48	13	19	23	34	68	100

Fuente: Estadística del Servicio de Medicina II (2016)

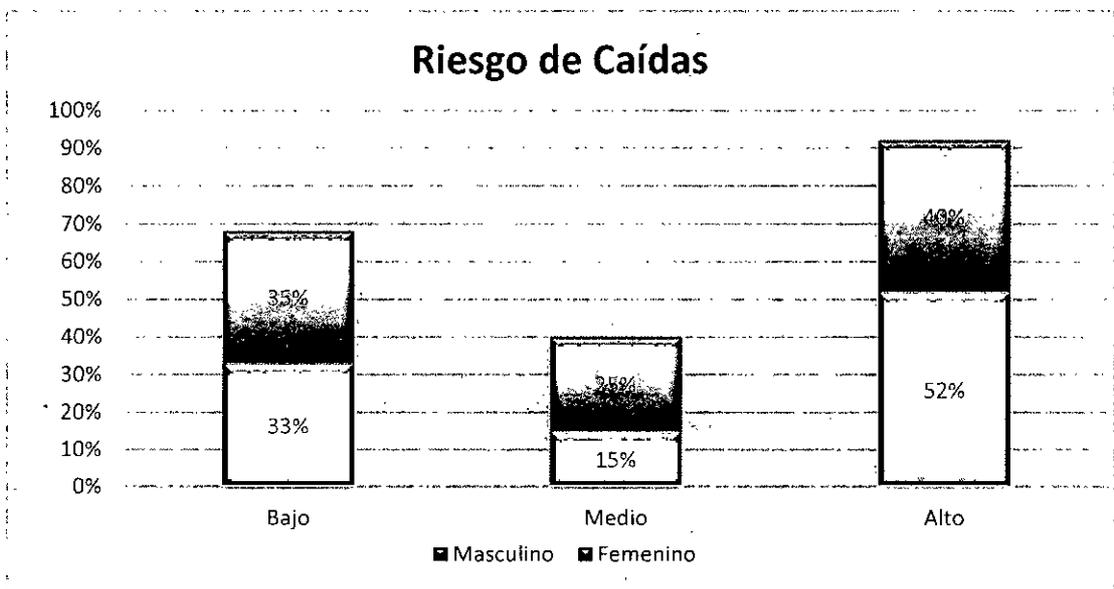


Figura 2. Nivel de riesgo de caídas según sexo

En el cuadro 4.2 y figura 2 vemos que 48% de los pacientes hospitalizados tienen un riesgo alto de caída según la Escala de J.H. Downton, el 13% un riesgo medio y el 48% un riesgo bajo.

Cuadro 4.3

Medidas de frecuencia de tipo de camas

Servicio	Barandas		Sin Barandas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Varones	34	58	6	60	40	57
Damas	24	42	4	40	28	43
Total	58	100	10	100	68	100

Fuente: Estadística del Servicio (2016)

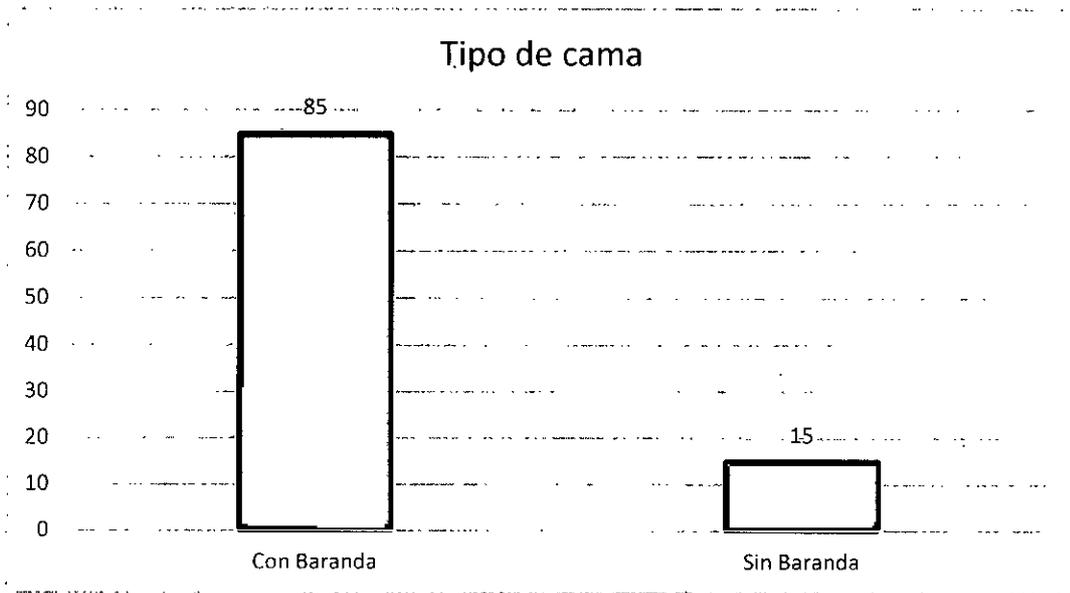


Figura 3. Tipos de camas

En el cuadro 4.3 observamos que el 15% de las camas clínicas no cuentan con barandas lo que expone a un marcado riesgo de caídas a los pacientes hospitalizados en las distintas áreas del Servicio de Medicina II.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente adulto mayor y particularmente al paciente en alto riesgo de presentar caídas.
- b) Más del 68 % de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina II son mayores de 60 años conformándose en una población expuesta a las caídas por los cambios propios del envejecimiento.
- c) Los riesgos de caída en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina II es Alta en un 48%, Mediana en un 19% lo que evidencia la necesidad de priorizar estrategias de prevención del riesgo de caídas.
- d) La disposición de camas con barandas es insuficiente, teniendo que el 10% de las camas clínicas del Servicio no tienen baranda y eso sin considerar las condiciones en las que se encuentra, entendiéndose que las mismas tienen mucho tiempo de antigüedad.

VI. RECOMENDACIONES

- a) *A los profesionales:* La capacitación continua es la herramienta indispensable en el logro de objetivos de toda índole, capacitar al personal de salud, paciente y familia en la prevención de riesgo de caídas es necesaria e indispensable en esta labor, toda vez que involucra permanentemente en la prevención de accidentes y particularmente las caídas.
- b) *A la jefatura:* Debido a la demanda y las necesidades propias de los pacientes hospitalizados es de vital importancia contar con un sistema de gestión eficiente, que permita supervisar y controlar la aplicación las escalas de prevención de caídas de manera periódica.
- c) *A la institución:* Gestionar la oportuna contratación de personal de enfermería capacitado y especializado en la atención de pacientes geriátricos así como de dotar del material necesario para la atención como camas clínicas con barandas, implementos terapéuticos como bastones y caminadores y acondicionar adecuadamente la arquitectura del Servicio de Medicina para que no sea un riesgo patente.

VII. REFERENCIALES

- (1) Kane R., Ouslander J. y Abras I. Geriatria Clínica. 4ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores, 2004.
- (2) Cruz Quijano y otros. Algunas causales relacionadas con caídas en el adulto mayor en el hogar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 31(1): 35 – 41. Setiembre 2014.
- (3) Machado Cuetaro y otros. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de Guanabo. *Medisan*. Vol. 18(2): 156. Enero 2014.
- (4) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. España. Editorial International Marketing & Communication. 2006.
- (5) Leiva Caro. Relación entre competencia, usabilidad, entorno y riesgo de caída en el adulto mayor. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. Vol. 23(6):39-48. Junio 2014.
- (6) OMS. Caídas. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>. Artículo web.
Consultado el 10 de marzo del 2016.

- (7) Machado Cuetaro y otros. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de Guánabo. Medisan. Vol. 18(2): 156. Enero 2014.
- (8) Nobrega Medeiros y otros. Factores determinantes del riesgo de caídas en ancianos: un estudio sistemático. Journal of Research Fundamental Care Online. Vol.615:111-1120.Diciembre 2014.
- (9) Porto Gauterio y otros. Factores de riesgo para nuevas caídas accidentales en ancianos atendidos en un centro ambulatorio de traumatología. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. 33(1): 35-43. Noviembre; 2014.
- (10) Salas Delgado y otros. Sobrecarga del cuidador como factor de riesgo de caídas en pacientes geriátricos. Salud Pública de México. Vol.57 (3):198-199. Junio; 2015.
- (11) Sandoval y otros. Caídas en el Adulto Mayor. Estudio de una Serie de Pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300004 . Artículo web. Consultado el 9 de Marzo del 2016.
- (12) Gálvez Cano y otros. Correlación del Test Get and Go con el Test de Tinetti en la Evaluación del Riesgo de Caídas en los Adultos Mayores. Acta Medica Peruana. Vol. 27(1): 8-11. Enero 2010.

(13) OMS. Caídas. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>. Artículo web.

Consultado el 10 de marzo del 2016

(14) García Hernández M. y Martínez Sellares R. Enfermería y Envejecimiento. Barcelona: Elsevier; 2012.

(15) Millán Calenti J. Gerontología y Geriatria: Valoración e intervención. Madrid: Editorial Panamericana; 2011.

(16) Smeltzer S., Bare B., Hinkle J., y Cheever K. Enfermería Médico quirúrgica Brunner y Suddarth. 12ª. ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2013.

(17) Leitón Espinoza Z. y Gómez Lujan M. El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2012.

(18) Leitón Espinoza Z. y Gómez Lujan M. El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2012.

(19) Leitón Espinoza Z. y Gómez Lujan M. El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2012.

(20) Salgado A., Guillen F. y Ruipérez I. Manual de geriatría, 3ª. ed. Barcelona: Editorial Masson; 2003.

- (21) Leitón Espinoza Z. y Gómez Lujan M. El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2012.
- (22) García Hernández M. y Martínez Sellares R. Enfermería y Envejecimiento. Barcelona: Elsevier; 2012.
- (23) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. España. Editorial International Marketing & Communication. 2006.
- (24) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. España. Editorial International Marketing & Communication. 2006.
- (25) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. España. Editorial International Marketing & Communication. 2006.
- (26) Millán Calenti J. Gerontología y Geriatria: Valoración e intervención. Madrid: Editorial Panamericana; 2011.
- (27) García Hernández M. y Martínez Sellares R. Enfermería y Envejecimiento. Barcelona: Elsevier; 2012.
- (28) Macías Núñez J., Guillen Llera F. y Ribera Casado J. Geriatria desde el principio. 2ª. ed. Madrid: Editorial Glosa; 2015.

- (29) Macías Núñez J., Guillen Llera F. y Ribera Casado J. Geriatria desde el principio. 2ª. ed. Madrid: Editorial Glosa; 2015.
- (30) Parreirinha Gemito M., Sousa Batinas M., Parreira Mendes F, Costa Santos S. y Lopes M. Prevención de caídas en los ancianos domiciliados: promoción del envejecimiento activo. <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/r6s131.php> consultado el 15 de enero del 2016
- (31) Farreras Valenti P. y Rozman C. Medicina Interna. 15ª. ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- (32) Farreras Valenti P. y Rozman C. Medicina Interna. 15ª. ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- (33) Álvarez Gregori J. y Macías Núñez J. Dependencia en Geriatria. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2009.
- (34) Parreirinha Gemito M., Sousa Batinas M. , Parreira Mendes F, Costa Santos S. y Lopes M. Prevención de caídas en los ancianos domiciliados: promoción del envejecimiento activo. <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/r6s131.php> consultado el 15 de enero del 2016.
- (35) Arpasi Quispe O. Manual de escalas VGI. Lima: 2015.
- (36) Álvarez Gregori J. y Macías Núñez J. Dependencia en Geriatria. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2009.

- (37) Perlado F. Teoría y Práctica de la Geriatria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1995.
- (38) Kozier Snyder B. y Erb Glenora S. Fundamentos de enfermería. 7ª. ed. Madrid: Mcgraw Hill Interamericana; 2005.
- (39) Kozier Snyder B. y Erb Glenora S. Fundamentos de enfermería. 7ª. ed. Madrid: Mcgraw Hill Interamericana; 2005.
- (40) Salazar Maya, A. y Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera – paciente es el núcleo del cuidado.
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13541> consultado el 25 de octubre el 2016.
- (41) Galvis López, M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172> consultado el 3 de noviembre del 2016.
- (42) Galvis López, M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172> consultado el 3 de noviembre del 2016.
- (43) Galvis López, M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172> consultado el 3 de noviembre del 2016.

(44) OMS. Caídas. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>. Artículo web.

Consultado el 10 de marzo del 2016

(45) Kane R., Ouslander J. y Abras I. Geriatria Clínica. 4ª ed. Mexico:

McGraw-Hill Interamericana Editores, 2004.

(46) Kane R., Ouslander J. y Abras I. Geriatria Clínica. 4ª ed. Mexico:

McGraw-Hill Interamericana Editores, 2004.

(47) Millán Calenti J. Gerontología y Geriatria. Madrid: Editorial Medica

Panamericana, 2011.

(48) Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., y Baptista Lucio P.

Metodología de la Investigación. 6ª ed. Mexico: McGraw-Hill

Interamericana Editores, 2014.

(49) Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., y Baptista Lucio P.

Metodología de la Investigación. 6ª ed. Mexico: McGraw-Hill

Interamericana Editores, 2014.

(50) Martina Chávez M., Alarcón Matutti E., Gutiérrez Villafuerte C., García

Cribilleros E., Whittembury Vlásica A., y Terukina Terukina R. Guía

Teórica de Estadística Aplicada a las Ciencias de la Salud. Lima: 2008.

(51) Ley Nª 28803 Ley de las Personas Adultas Mayores.

(52) MINSA. Compendio de guías de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencias y desastres. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ogdn/esp/docguias/INTRODUCCI%C3%A0N%20al%2017oct.pdf> Consultado el 5 de noviembre del 2016.

ANEXOS

Anexo 1.

Producción Anual del Servicio de Medicina II

01.01 Signos Vitales y Constantes Vitales	
01.01.01 Presión Arterial	4540
01.01.02 Pulso	4540
01.01.03 Respiración	4540
01.01.04 Temperatura	2439
01.01.05 Presión Venosa Central	0
01.01.06 Presión Arterial Media	0
01.01.07 Balance Hídrico	722
01.01.08 Peso y/o talla	207
01.02 Instalación de Cateterismo	
01.02.01 Vesical	4
01.02.02 SNG	20
01.02.03 Rectal	0
01.03 Tratamiento Farmacológico y otros	
01.03.01 Medicamentos orales	4084
01.03.02 Medicamentos por SNG	2042
01.03.03 Instalación de gotas Oft, OTRL, Nasaes	149
01.03.04 Administración de Medicamentos Parenterales	
01.03.04.01 Vía Intramuscular	76
01.03.04.02 Vía Subcutáneo	1182
01.03.04.03 Vía Endovenosa	10296
01.03.04.04 Vía Intradérmica	0
01.03.04.05 Venoclisis	692
01.03.05 Administración de Terapias Especiales	
01.03.05.01 Quimioterapia	534
01.03.05.02 Biológicos	0
01.03.05.03 Sangre y/o Hemoderivados	338
01.03.05.04 Minipulso de Solumedrol	20
01.03.05.05 Insulinoterapia	1618
01.03.05.05 Otros	0

Anexo 2.

010-2013



PRÁCTICAS SEGURAS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN (ESCALA DE NORTON)

SERVICIO: CAMA:

APELLIDOS Y NOMBRES DE PACIENTE:

N° AUTOGENERADO Y/O HISTORIA CLÍNICA:

Variables		FECHA DE EVALUACIONES				
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
a) Condición Física	Buena	4	4	4	4	4
	Regular	3	3	3	3	3
	Pobre	2	2	2	2	2
	Muy Mala	1	1	1	1	1
b) Estado Mental	Orientado	4	4	4	4	4
	Apático	3	3	3	3	3
	Confuso	2	2	2	2	2
	Inconsciente	1	1	1	1	1
c) Actividad	Deambula	4	4	4	4	4
	Deambula con ayuda	3	3	3	3	3
	Cama / Silla	2	2	2	2	2
	Encamado	1	1	1	1	1
d) Movilidad	Totas	4	4	4	4	4
	Disminuida	3	3	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1	1	1
e) Incontinencia	Control	4	4	4	4	4
	Incontinencia ocasional	3	3	3	3	3
	Urínaria	2	2	2	2	2
	Urínaria - Fecal	1	1	1	1	1
Puntaje Obtenido						
Firma y sello enfermera						

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE DEL NIVEL DE RIESGO DE UPP

1	Alto	5 - 11
2	Evidente riesgo de úlceras en posible formación	12 - 14
3	Bajo	15 - 20

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por el Departamento de Enfermería del HINCASE y la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Asistencial Arequipa. Abril 2011.

ANEXO 3

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES ADULTOS
(ESCALA DE J.H. DOWNTON)

SERVICIO:

CAMA:

APELLIDOS Y NOMBRES:

N.º AUTOGENERADO O HISTORIA CLÍNICA:

VARIABLES		RIESGO	FECHA DE REEVALUACION				
			Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Caídas previas	No	0	0	0	0	0	
	Si	1	1	1	1	1	
Uso de medicamentos	Ninguno	0	0	0	0	0	
	Tranquizantes-sedantes	1	1	1	1	1	
	Diuréticos	1	1	1	1	1	
	Hipotensores (no diuréticos)	1	1	1	1	1	
	Antiparkinsonianos	1	1	1	1	1	
	Antidépresivos	1	1	1	1	1	
	Otros medicamentos	1	1	1	1	1	
Déficit sensorial	Ninguno	0	0	0	0	0	
	Alteraciones visuales	1	1	1	1	1	
	Alteraciones auditivas	1	1	1	1	1	
	Extremidades (ictus, ...)	1	1	1	1	1	
Estado mental	Orientado	0	0	0	0	0	
	Confuso	1	1	1	1	1	
Deambulación	Normal	0	0	0	0	0	
	Segura con ayuda	1	1	1	1	1	
	Insegura con ayuda	1	1	1	1	1	
	No deambula	1	1	1	1	1	
Puntaje obtenido							

Nota: En paciente con agitación psicomotora de inmediato se considera puntaje alto

Interpretación del puntaje

- 3 a más = alto riesgo
- 1 a 2 = mediano riesgo
- 0 = bajo riesgo

Fuente: Pauta de Valoración de Riesgo de Caída. Iniciativa implementación de prácticas seguras para el fortalecimiento de la cultura de seguridad, RAAR 2011