

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ECUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA**

2011- 2016

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

FABIOLA ARACELI HIDALGO LEIVA

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 190 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1647-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Págs.:
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	20
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS	37
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	38
3.1 FASES DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	38
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	39
IV. RESULTADOS	45
V. CONCLUSIONES	53
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIALES	57
ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN

Las caídas son un grave problema de salud pública, “son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario, y constituyen un indicador de calidad asistencial”.

Una caída puede parecer inofensiva cuando no produce contusión ni traumatismo, pero ninguna debe ser considerada como benigna; si resulta con lesión de tejidos blandos o fracturas de diversa índole, la gravedad de las consecuencias se medirá con base en las complicaciones del estado clínico inicial, aumento de la estancia hospitalaria, de los costos para la institución y para el paciente; y en algunos casos es causal de una demanda con responsabilidad ética, penal, civil o administrativa. (1)

Durante la estancia hospitalaria pueden suceder una serie de incidentes que originan lesiones y en algunas ocasiones dejan secuelas, incrementando el tiempo de hospitalización, la morbilidad o mortalidad. Dichas incidencias pueden darse por el error de un individuo, pero con mucha frecuencia, los errores pueden producirse por fallas en los procesos de atención aplicados en la institución o servicio o por una inadecuada actuación del personal que integra el equipo de salud. Lo cierto es que los accidentes sí ocurren, y muchos de los pacientes son perjudicados, a veces de manera irreversible. El tradicional juramento médico (“Lo primero es no hacer daño”) rara vez es violado intencionalmente por parte de los enfermeros y resto de personal

sanitario, pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de obtención de atención sanitaria. Lo primero que debemos hacer es reconocer esta realidad, y quizá lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura.

En este sentido, desde Florence Nightingale, hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente mejorando de manera continua los procesos de atención que brinda, respondiendo estos a un modo de actuación profesional basado en un conocimiento científico, elemento esencial en la cultura de calidad que se estampa en los servicios de salud que brinda.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del Problema

Caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo. El organismo de la ONU definió una caída como un evento en el que una persona pierde la postura inesperadamente para terminar en el piso o en un nivel más bajo del que ocupa.

Las caídas constituyen la segunda causa de muerte accidental en el mundo, causando unos 424.000 decesos al año, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En un informe sobre el tema, la OMS reveló que más del 80% de las caídas fatales ocurren en países de ingreso bajo y medio, y que los adultos mayores de 65 años sufren la mayor parte de esos accidentes mortales. Además de los casos irremediables, 37,3 millones de personas al año requieren atención médica por heridas debidas a caídas graves.

Las caídas tienen una frecuencia de tres a 13 veces por cada 1,000 días de hospitalización en el Reino Unido, de los que entre 20 y 30% causan daños físicos, desde lesiones moderadas como hematomas, hasta fracturas (especialmente de cadera) o traumatismos craneoencefálicos. No existe un rango de eventos de caídas permitido institucionalmente; asimismo, la bibliografía muestra datos heterogéneos, desde instituciones

que reportan incidencias muy bajas que oscilan entre 0.18%⁷⁻⁹ y 0.47%,¹⁰ hasta otros hospitales que llegan a 2.2%.

- Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales.
- Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos.
- Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.
- Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.
- Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son. Por ejemplo, en la población infantil de la República Popular de China, por cada muerte debida a caídas hay 4 casos de discapacidad permanente, 13 que necesitan más de 10 días de hospitalización, 24 que necesitan de 1 a 9

días de hospitalización, y 690 que buscan atención médica o faltan al trabajo o a la escuela. (2)

En el Hospital III José Cayetano Heredia de Piura las caídas son eventos reportados como eventos adversos, siendo estas notificadas por lo general sólo cuando las consecuencias de la misma son relevantes o implican un compromiso mayor a la integridad del paciente que puede provocar una secuela e incluso acciones legales hacia el personal de salud. Desde el año 2011 hasta el primer trimestre del 2016 se han reportado 65 caídas de pacientes en todas las áreas del hospital lo cual según la oficina de estadística está por debajo de las cifras reales reportadas.

1.2 Objetivo de la investigación

Describir los Cuidados de Enfermería en pacientes hospitalizados con Riesgo De Caídas en El Servicio De Emergencia Del Hospital III José Cayetano Heredia ESSALUD PIURA 2011- 2016.

1.3 Justificación

Las caídas de los pacientes hospitalizados son un indicador de calidad en la atención y representa un importante problema de salud; entender por qué ocurren es el primer paso para prevenir y controlar las mismas. Las complicaciones de las caídas de los pacientes en la hospitalización pueden ir desde traumas leves hasta la muerte, sin contar con el impacto psicológico, emocional y muchas veces económico a las familias y al

mismo paciente. Por otro lado la institución y el personal de salud a cargo puede verse sometido a incómodas reclamaciones de orden legal que afectan el desempeño y buen nombre de la institución.

Si bien sabemos que las caídas son un evento adverso que se da frecuentemente en una institución sanitaria, la falta de intervención en la identificación y prevención de las mismas es una falta grave por parte del personal profesional de Enfermería cuya esencia de ser es el cuidado del paciente ya que somos responsables de velar por su bienestar (físico, psicológico y espiritual) e integridad, protegiéndolo de todo daño. (3)

Este trabajo tiene por finalidad contribuir al mejoramiento en la calidad del servicio de atención que presta el personal de enfermería del área de Emergencia de manera que la identificación precoz de los factores de riesgo de caídas y la implementación de intervenciones encaminadas a reducir las mismas en los pacientes hospitalizados sea una práctica sencilla y de rutina que contribuya a producir un impacto positivo en la prevención de la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios atendidos y sus familias.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

QUISPE TINTA N.; TOLEDO QUECARA, N. (2015) para obtener el título profesional de Licenciadas en Enfermería, realizaron una tesis titulada: Factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca de julio – octubre del 2015”. Objetivo: Analizar los factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca de Julio - Octubre del 2015. La investigación fue de tipo analítico - causal según el tiempo transversal se tuvo como población de 450 pacientes de los servicios de Cirugía A y B y de medicina y una muestra de 80 pacientes hospitalizados a quienes se les aplicó la entrevista estructurada y el cuestionario de la escala de valoración de JH DOWNTON. Resultados. Los factores extrínsecos que se relacionan con el riesgo de caídas en paciente hospitalizados fueron el servicio de hospitalización ($p=0.037 <0.05$), la condición de la infraestructura ($p=0.037 <0.05$) y el personal para la atención ($p=0.042 <0.05$); Los factores intrínsecos que se relacionan con el riesgo de caídas fueron el género del paciente($p=0.039 <0.05$), el estado de conciencia ($p=0.037 <0.05$), la presencia de dolor ($p=0.000 <0.05$), la movilidad del paciente ($p=0.000 <0.05$), las alteraciones de eliminación ($p=0.004 <0.05$), los antecedentes de caída ($p=0.031 <0.05$) y las alteraciones en la comprensión ($p=0.000 <0.05$). Y el riesgo encontrado según la Valoración

de JH DOWNTON el 52.4% tuvieron alto riesgo de caídas el 41.3% tuvieron mediano riesgo y el 6.3% fueron de bajo riesgo. Conclusiones: Los factores intrínsecos y extrínsecos se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. (3)

LUCÍA AMAT A. Y LEÓN PERALTA (2014) realizaron un trabajo de investigación para optar el título profesional de médico cirujano titulado: "Relación entre el uso de benzodiazepinas y el riesgo de caídas en el adulto mayor, consultorio externo de geriatría – Hospital III Yanahuara, Essalud – Arequipa 2014" cuyo objetivo fue: Determinar si existe alguna relación entre el uso de benzodiazepinas y el riesgo de caídas en adultos mayores, en consultorio externo de geriatría del Hospital III Yanahuara Essalud de Arequipa, 2014. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y transversal, incluyéndose 350 pacientes ambulatorios de 60 años a más, de ambos sexos; quienes, luego de revisar sus historias clínicas para evaluar si cumplían los criterios de selección, realizaron el test Timed Up & Go. Con los resultados de dicho test se dividió la muestra en pacientes con riesgo y pacientes sin riesgo de caídas; A todos los pacientes se les realizó preguntas relacionadas al uso y tipo de benzodiazepina utilizada.

Resultados: De un total de 350 pacientes estudiados, 47.4% usaban benzodiazepinas frente a un 52.6% que no las utilizaban. Hubo mayor proporción de uso de benzodiazepinas de acción corta (63.85%) sobre uso de benzodiazepinas de acción larga (36.15%). Dentro del grupo de

pacientes usuarios de benzodiazepinas predominan los pacientes entre 80 a 89 años (39.2%), seguido de pacientes entre 70 a 79 años (36.1%); un 15.7% estaban entre 60 a 69 años y solo un 9% eran mayores de 90 años. Se evidencia mayor predominio de mujeres (72.9%) sobre varones (27.1%) en el grupo de usuarios de benzodiazepinas. Dentro de todos los pacientes se observa que un 53.1% presentan riesgo de caídas contra un 46.9% sin riesgo. En los pacientes que utilizan benzodiazepinas hubo una discreta mayor proporción de riesgo de caídas (58.4%) sobre los que no tienen riesgo de caídas (41.6%). Se observa que el uso de benzodiazepinas tiene significancia estadística para el riesgo de caídas ($p < 0.05$), además presenta un OR de 1.5 lo que implica asociación entre las dos variables. El factor edad dentro del grupo de usuarios de benzodiazepinas también presentó relación ($p < 0.05$), sin embargo el factor sexo y el factor tipo de benzodiazepina utilizada no presentaron relación estadística significativa con el riesgo de caídas ($p > 0.05$).

Conclusión: el uso de benzodiazepinas tiene relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor, con significación estadística ($p < 0.05$), confirmando lo reportado en la literatura. Influye así mismo dentro de los usuarios de benzodiazepinas la edad, mientras que no se encontró relación entre el sexo y el tipo de benzodiazepina con el riesgo de caídas. (4).

ZAPATA SILVA, IRENE MERCEDES (2013) realizó una investigación, publicada en la Revista Científica de Ciencias de la Salud sobre 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 del riesgo de caídas en pacientes de los servicios de medicina del Hospital Base de la Red Asistencial Almenara, cuyo Objetivo fue: 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 del riesgo de caídas en pacientes de los servicios de Medicina. Hospital Base de la Red Asistencial Almenara. El Estudio fue cuantitativo, explicativo, de diseño cuasi experimental con grupo de estudio y grupo control. La muestra fue de 80 enfermeras, 40 para cada grupo, seleccionadas por muestreo intencional. Durante la intervención se capacitó a las enfermeras, se aplicó la escala de John Downton y una guía de recomendaciones para evitar caídas. Los instrumentos fueron: un cuestionario y dos listas de cotejo, cuya confiabilidad se estableció mediante el Coeficiente alfa de Cronbach y el índice de Kappa de Cohen. Resultados: El nivel de conocimientos de las enfermeras del grupo de estudio se incrementó del 27.5% al 95%, mientras que el grado de cumplimiento de la valoración del riesgo y medidas de control del riesgo de caídas, alcanzó el 55% en el mismo grupo. Conclusiones: Se encontró diferencias estadísticamente significativas, según la prueba de Student antes y después de la intervención, en las tres variables de estudio y entre el grupo de estudio y

grupo control ($p < 0.01$ y $p < 0.05$), confirmando la hipótesis planteada.

(6)

REBAGLIATI TIRADO C., RUNZER COLMENARES F., HERRUITINIÈRE IZQUIERDO M., LAVAGGI JACOBS G., PARODI GARCÍA J.,(2012) en un trabajo publicado por la Universidad de San Martín de Porres, sobre Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar tuvo como OBJETIVO : Determinar la prevalencia de algunas características de los pacientes hospitalizados. El Estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal, realizado en el Centro Geriátrico Naval, Callao, Perú en una población de 711 pacientes de 60 años o más, de uno y otro sexo, hospitalizados entre Enero del 2010 y Noviembre del 2011. Se utilizó la base de datos de la Unidad de Agudos del Centro Geriátrico Naval de los pacientes hospitalizados durante este periodo. Se midió riesgo de malnutrición (MNA), funcionalidad (Índice de Barthel), riesgo de problema social (Escala de Gijón), depresión (Escala Geriátrica de depresión de Yesavage) y deterioro cognitivo (MMSE). RESULTADOS: La edad promedio fue: $78 \pm 8,2$ años. Se registró polifarmacia en 650 (91,4%) casos, hipertensión en 492 (69,2%), estreñimiento en 399 (56,1%), diabetes mellitus tipo 2 en 329 (46,3%), malnutrición y caídas en 250 (35,2%), incontinencia urinaria en 199 (28%) e hipotiroidismo en 113 (16%). En el aspecto social, se registró 264 (37,1%) casos de dependencia funcional y 252 (35,4%) casos con problema social.

Finalmente, en el aspecto mental, se encontró una prevalencia de 422 (62,2%) casos de depresión y 244 (34,4%) de deterioro cognitivo. Conclusiones: Los adultos mayores hospitalizados tienen una alta prevalencia de distintas condiciones clínicas como el estreñimiento, la hipertensión arterial, la depresión. Con riesgo de deterioro durante la hospitalización. Los servicios geriátricos actuales deben interferir en la prevención para una mejor calidad de vida del anciano. (7)

SILVA-FHON J.; PORRAS RODRIGUEZ M., ET (2014) realizaron un trabajo publicado por La Revista horizonte Médico de la Universidad San Martín de Porres titulado: Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día cuyo objetivo era: Evaluar el riesgo de caídas asociado a las variables sociodemográficas y el estado cognitivo en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día en la ciudad de Lima – Perú. Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; en una población de 150 adultos mayores de 60 años y más, de ambos sexos, que acuden a dos Centros de Día. Para la colecta de la información se utilizó los instrumentos de perfil social, Mini-Examen del Estado Mental y la Escala de Tinetti. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva. Análisis de asociación por el Odds Ratio con IC 95% y significancia de $p < 0.05$. Resultados: Predominó el sexo femenino (75.3%), el grupo etario con 80 años y más (33.3%). A la evaluación de la Escala de Tinetti se obtuvo una puntuación promedio de 21.7 ($=6.1$). 54.7% presentó alto riesgo de caer; 36.7% con riesgo de caer con relación al

estado cognitivo, se encontró que 20.7% presentaban estado cognitivo inadecuado. A la asociación, se verificó que el adulto mayor más viejo, presenta mayor riesgo de caer. Conclusiones: Se resalta la necesidad que el equipo multi profesional incentive la actividad física para mantener una fuerza y postura adecuada, además de ejercicios de memoria preservando el estado cognitivo, promocionando un envejecimiento activo y saludable. (8)

La Rev. Latino-Am. Enfermagem publicó un estudio: Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados, realizado por MELISSA DE FREITAS LUZIA, MARCO ANTONIO DE GOES VICTOR Y AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA (2011), que tuvo como objetivos: identificar la prevalencia del Diagnóstico de Enfermería (DE) Riesgo de caídas en las internaciones de pacientes adultos en unidades clínicas y quirúrgicas, caracterizar el perfil clínico e identificar los factores de riesgo de los pacientes con este DE. Fue un estudio transversal con muestra de 174 pacientes. Los datos fueron recolectados en un sistema de prescripción de enfermería informatizado y en las fichas médica on-line; el análisis se realizó estadísticamente. Resultados: la prevalencia del De Riesgo de caídas fue de 4%. El perfil de los pacientes apuntó para ancianos, género masculino (57%), internados en las unidades clínicas (63,2%), con tiempo mediano de internación de 20 (10-24) días, portadores de enfermedades neurológicas (26%), cardiovasculares (74,1%) y varias enfermedades concomitantes ($3\pm 1,8$).

Los factores de riesgo prevalentes fueron: alteración neurológica (43,1%), movilidad perjudicada (35,6%) y extremos de edad (10,3%). Conclusión: los hallazgos contribuyeron para evidenciar el perfil de los pacientes con riesgo de caída internados en unidades clínicas y quirúrgicas, lo que favorece la planificación de intervenciones preventivas para este evento adverso. (5)

SILVA FHON J.; ET (2012), realizó un trabajo sobre Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional, publicada por la Rev. Latino-Am. Enfermagem cuyo Objetivo fue: Determinar la prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Método: Estudio epidemiológico transversal de base poblacional, con una muestra por conglomerado de doble estadio de 240 sujetos, con edad superior de 60 años, de ambos los sexos, residentes en Ribeirão Preto. Los datos fueron colectados entre noviembre del 2010 y febrero del 2011 y se utilizaron los cuestionarios: perfil social, evaluación de caídas; Medida de Independencia Funcional y Escala de Lawton y Brody. Fue adoptado el nivel de significancia de 0,05. Para la identificación de la ocurrencia de caídas y su relación con la capacidad funcional fueron utilizadas las pruebas de razón de prevalencia y regresión logística múltiple. Resultados: La edad promedio fue de 73,5 años ($\pm 8,4$), el 25% con 80 años a más, predominio del sexo femenino; el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. Promedio 1,33 caídas ($\pm 0,472$); con mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores más jóvenes; el lugar más

frecuente fue el patio y el baño. Hubo fuerte correlación entre nivel de independencia funcional y las actividades instrumentales con la edad y no hubo relación entre los adultos mayores que sufrieron caída con las variables sexo y edad. Conclusión: Hubo predominio de mujeres que sufrieron caídas relacionados a la independencia funcional, lo que puede ser prevenido con estrategias de promoción a la salud al adulto mayor, políticas para ofrecer mejor condición de vida a personas durante el proceso de envejecimiento. (6)

LÓPEZ MARTÍNEZ R.; ROMÁN REYES, S. (2011). En un estudio descriptivo y transversal con muestreo por conveniencia (49 pacientes), titulado "Riesgo de caídas en pacientes hospitalizados" realizado en el Hospital Regional de Coahuila de Coahuila "Dr. Valentín Gómez Farías", tuvieron como objetivo principal Identificar los factores de riesgo para presentar caídas intrahospitalarias en adultos mayores de 65 años hospitalizados en una institución de cuidado agudo como la Fundación Cardioinfantil. Observaron el predominio del sexo femenino (55.1%); el rango de edad fue de 15 a 91 y la media 38.4 años; predominaron los casados (67.3%), seguidos por solteros los (20.4%). Las patologías actuales de las personas hospitalizadas con mayor porcentaje fueron las gineco-obstétricas (34.7 %), y policontundidos (16.3%). La mayoría (57.1%) no padecen algún tipo de afección con morbilidad agregada; se observa que predominan las mujeres (36.7 %). La mayor parte de la muestra (89.8%), no presentó alguna limitación para riesgo de caídas; sin

embargo el 10.2% sí las presentaba, dato que la enfermera debe considerar como muy relevante. De acuerdo a lo observado la polifarmacia es del 49 %, con un porcentaje igual de personas que no consumen ningún tipo de medicamento. Con respecto a los antecedentes de caídas la mayoría (77.6%) respondió no haber sufrido este evento. Los resultados destacan que las mujeres son quienes más necesitan ayuda para la deambulaci3n por parte del familiar o enfermera, ya que se encuentran en reposo en cama (77.8%). Los porcentajes m1s relevantes en ambos sexos fueron equilibrio d3bil (40.9% y 59.3%). Tambi3n destaca porcentajes muy semejantes en equilibrio alterado (13.6 y 14.8). 3stos 3ltimos porcentajes pueden considerarse de riesgo para la ca3da y se requiere cuidado estrecho por parte del personal de enfermer3a. Los porcentajes que destacan son aquellos de riesgo alto, los cuales nos se1alan a los pacientes que requieren mayor observaci3n. En los varones fue de 40.9% y de 22.2% en femenino. El grupo de 15 - 29 es quien evidenci3 mayor riesgo alto de ca3das (40.0%). Solo una parte mayor de 60 a1os mostr3 riesgo alto. Las personas con riesgo se presentaron en casi un tercio de la muestra (30.6%). Es relevante el dato por una mayor supervisi3n que debe tener el personal de enfermer3a al otorgar cuidado a estos pacientes con alto riesgo de ca3das. (7)

La Revista Mexicana de Enfermer3a Cardiol3gica publica un trabajo de investigaci3n realizado por TAPIA C3LEX, M.; SALAZAR CEFERINO, G; CORT3S VILLARREAL, H. (2012) titulado Factores que influyen en el

riesgo de caída de los pacientes hospitalizados cuyo objetivo fue: Identificar los factores que influyen en las caídas de pacientes hospitalizados. Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de enero a diciembre de 2008; se incluyeron los casos de pacientes hospitalizados que sufrieron caídas. Se elaboró un instrumento para recolectar datos de la base informática del Departamento de Calidad del Cuidado y del expediente clínico de los pacientes quienes sufrieron caída. Variables: edad, sexo, estado neurológico, acompañamiento, riesgo de caída, medidas de seguridad, sitio donde se originó la caída, presencia de lesiones. Resultados: Ingresaron 5,753 pacientes, de los cuales 39 presentaron caída durante su estancia hospitalaria; el 72% fue mayor de 50 años, predominó el sexo femenino con 56%; 31% correspondió a caída del Reposet; 100% de los pacientes estaban en estado de alerta y 74% se encontraban solos. El 92% tenía riesgo de caída alto. Conclusiones: El estudio identificó como factores para caída, la permanencia en el Reposet del paciente mayor de 50 años, con una valoración del riesgo de caída alto. Estos datos demuestran que existen áreas de oportunidad para la valoración, comunicación y vigilancia al paciente hospitalizado, por tal motivo es necesario enfatizar la manera correcta de llevar a cabo el estándar de prevención de caídas. (1)

Otro estudio analítico realizado por MÉNDEZ FANDIÑO Y. R. (2010) retrospectivo tipo casos y controles sobre factores de riesgo de caídas

intra-hospitalarias en pacientes de 65 años o mayores en la fundación cardiolinfantil de Bogotá Octubre de 2010 concluyó lo siguiente:

Los factores de riesgo tradicionales para que ocurran caídas intra-hospitalarias por deterioro neurológico son similares en instituciones de cuidado crónico y agudo.

Factores de riesgo no tradicionales como diagnóstico cardiovascular en la hospitalización puede ser factor de riesgo para caídas intra-hospitalarias.

El riesgo de caída relacionado con medicamentos especialmente neurológicos mencionado en otros trabajos no fue en este estudio estadísticamente significativo.

Algunas variables consideradas una forma de prevención como acompañante permanente, habitación individual, barandas elevadas no son factores protectores, por el contrario de riesgo.

Las consecuencias de las caídas en la mayoría de las ocasiones son leves pero en otras pueden incluso provocar la muerte del paciente.

La escala de predicción de riesgo de caída empleada por enfermería es eficaz para predecir la caída más no para prevenirla posiblemente. (8)

2.2 Marco conceptual

Definición de caída

El término caída se encuentra definido de muy diversas maneras, no parece existir un acuerdo dentro de la bibliografía consultada respecto a este término. Diversas son las definiciones de caída entre las que están:

FUENTE: Joint Commission Resources: "CAÍDA: descenso no planeado al suelo que puede no resultar en daño físico"

FUENTE: BMC Medicine "CAÍDA: un individuo va a reposar involuntariamente al suelo o a una superficie inferior a la de su estado original"

FUENTE: J Nippon Med Sch: "CAÍDA HOSPITALARIA: incidente en el cual un/una paciente repentinamente e involuntariamente va a reposar al suelo o a otra superficie"

FUENTE: FGIM 2004: "CAÍDA: un descenso inesperado y repentino desde la posición horizontal, sentado o de pie, que incluye, deslizamiento desde una silla al suelo, pacientes encontrados en el suelo o caídas que ocurren mientras que el/la paciente está siendo asistido/a por el personal sanitario"

FUENTE: OMS 2004 CAÍDA: la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad.

FUENTE: Protocolo de caídas del Complejo Hospitalario de Zamora 2003

CAÍDA: el súbito y no intencionado cambio de posición que causa la precipitación del individuo a un nivel inferior, sobre un objeto, el piso o el suelo, aclarando que no es consecuencia de un episodio agudo de parálisis, crisis epiléptica o fuerza externa irresistible.

FUENTE. Asociación Norteamericana de Enfermería NANDA, el riesgo de caída se define como “el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico”. (9)

Factores que intervienen en las caídas de pacientes:

Factores de riesgo intrínsecos: Son aquellos que están relacionados con el propio estado del paciente: deficiencias en el equilibrio, la marcha, la fuerza muscular, la agudeza visual y la cognición; también se asocian a la presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicación psicotrópica.

Factores de riesgo extrínsecos: Aquellos que están vinculados con el ambiente físico hospitalario: iluminación poco adecuada, suelos resbaladizos, superficies irregulares, barreras arquitectónicas, espacios reducidos, mobiliario deficiente, ausente y/o en malas condiciones, entorno desconocido, altura de camas y camillas, ausencia de dispositivos de anclaje, altura y tamaño de barandales, mal funcionamiento de dispositivos de apoyo, así como una inadecuada valoración del riesgo.

EXTRINSECAS	INTRINSECAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Barandilla de la cama inadecuada. 2. Freno de la cama inadecuado o defectuoso. 3. Iluminación no adecuada. 4. Timbre de llamada muy retirado o inaccesible. 5. Mobiliario no adecuado. 6. Servicio inaccesible y sin asideros y sin adaptador para WC. 7. Suelo mojado deslizante. 8. Desorden. 9. Ropa y calzado inadecuado. 10. Espacios reducidos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Movilización y deambulaci3n sin solicitar ayuda en pacientes con d3ficit de movilidad. 2. Edad superior a 65 a1os o inferior a 5 a1os. 3. Estado de confusi3n, desorientaci3n y/o alucinaci3n 4. Impotencia funcional (amputaci3n de miembro, paresia, par3lisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilizaci3n prolongada. 5. Alteraciones oculares o sensitivas. 6. Postoperatorio inmediato. 7. Sedaci3n o ingest3n de f3rmacos que produzcan depresi3n del nivel de conciencia o mareos. 8. Alcoholismo y/o drogadicci3n. 9. Actitud resistente, agresiva o temerosa.

	<p>10. Hipotensión.</p> <p>11. Hipoglucemia.</p> <p>12. Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.</p> <p>13. Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones...)</p> <p>14. Enfermedades cardiacas (arritmias, portadores de marcapasos...)</p> <p>15. Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)</p> <p>16. Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulaci3n (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores...)</p> <p>17. Antecedentes de caídas.</p>
--	---

Escala de valoraci3n del riesgo de caídas

En la actualidad se han diseñado y validado diferentes escalas predictoras de riesgo de caídas por diferentes autores como respuesta a la necesidad de detectar tempranamente los pacientes con mayor riesgo de presentar caídas y adoptar medidas preventivas.

Existen diferentes escalas que permiten evaluar el riesgo de caídas de una persona atendiendo a distintos criterios. La escala de Downton, se utiliza para 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, Pero debemos tener en cuenta que ninguna escala contempla todos los posibles factores de riesgo.

La escala de J.H. Downton es una escala que recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales.

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. (10)

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Cuidado de Enfermería

El cuidado de enfermería, determinado por el conjunto de funciones basadas en la relación interpersonal y en el conocimiento técnico-científico orientadas a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve, interviene de forma preponderante en la prevención, la curación y la rehabilitación de los individuos en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.

Cuidados De Enfermería En La Prevención De Caídas:

El personal de enfermería, integrante de un equipo interdisciplinar, es el que realiza la oportuna identificación del riesgo para prevenir daños y disminuir la morbilidad. El objetivo de las estrategias de prevención es diseñar intervenciones que reduzcan al mínimo el riesgo de que ocurran,

aminorando o eliminando los factores que contribuyen a éstas y, al mismo tiempo, manteniendo o mejorando la movilidad y autonomía del paciente. Tras la identificación del paciente de riesgo, es esencial la formación del personal de la salud y el trabajo interdisciplinar.

Intervenciones Para Prevenir Las Caídas:

Relacionadas con el personal:

- Proporcionar formación al equipo asistencial.
- Diagnóstico enfermero "Riesgo de Caídas". Plan de cuidados individualizado.
- Comunicar que "existe riesgo".
- Recorridos frecuentes para verificar las condiciones del paciente y atención oportuna a su llamada.
- Mantener comunicación estrecha con el paciente y/o la familia.
- Involucrar a la familia y solicitar su apoyo para proporcionar cuidados seguros.
- Explicar al paciente y a la familia las causas del riesgo y las medidas de seguridad.
- Reportar las fallas, descomposturas o falta de equipo o material dispuesto para la seguridad del paciente, a quien corresponda.
- Documentar todos los hechos o acciones relacionados con la prevención o los accidentes e incidentes que se hubieren presentado.

- Registrar el nivel de riesgo, las acciones emprendidas y la respuesta obtenida.

Relacionadas con el paciente:

- Proporcionar formación.
- Intentar reducir la medicación conjunta. Revisión diaria de la misma.
- Instalar a los pacientes con mayor riesgo de caída cerca de la observación de enfermería.
- Favorecer el acompañamiento de pacientes que hay sido identificado con riesgo alto de caída.
- Utilizar pulseras o algún tipo dispositivo para identificar a los pacientes de alto riesgo.
- Utilizar calzado antideslizante.
- Facilitar el acceso al aseo.
- Proporcionar programas de deambulación. Sedestación previa al levantamiento.
- Instruir al paciente a que pida ayuda cuando la necesite.
- Intensificar la vigilancia de pacientes de alto riesgo (supervisión directa).

Relacionadas con el entorno:

- Mantener las camas en una posición baja y con las ruedas frenadas.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- Utilizar barandillas.

- Procurar que se mantenga el orden de los objetos de la habitación y pasillos. Evitar objetos caídos.
- Mantener mobiliario estable.
- Mejorar la iluminación. Luces nocturnas próximas a la cama y al baño.
- Instalar asideros en el inodoro.
- Acceso sencillo a timbres y luces.

Apoyo de la dirección:

- Proporcionar apoyo para la formación del personal.
- Favorecer el trabajo interdisciplinar.
- Garantizar la divulgación del programa de prevención de caídas.
- Potenciar una “cultura de la seguridad” en todo el centro.
- Revisar información aportada, para detectar áreas de oportunidad de mejora.
- Medidas de restricción y/o sujeción mecánica y/o química.

La inmovilización puede estar justificada en determinados casos, pero nunca para suplir la falta de medios materiales y/o humanos para el correcto manejo de un paciente. La mejor medida será siempre la observación, la proximidad y la atención del equipo de enfermería, ya que el ejercicio de cuidar es el eje central de éste.

Es imperativo mantener la dignidad y autoestima del paciente. Mantener la integridad física: ayudarlo en los autocuidados, observarlo con frecuencia, comprobar la perfusión y la integridad cutánea por debajo de

las sujeciones, cambios posturales, contacto verbal y táctil, garantizar confort.

Debe ser una medida temporal que sólo se utilizará en condiciones de emergencia extrema o como último recurso cuando las ventajas para el paciente superan con creces sus desventajas. Intentar siempre averiguar e invertir o eliminar la causa subyacente, mediante enfoques no restrictivos

Recomendaciones con respecto a estas medidas:

- Valoración individual. Investigar y tratar causas.
- Reconsideración de su indicación.
- Prescripción médica por escrito en las hojas de tratamiento.
- Información al paciente y/o familiares del motivo por el que se utilizan.

Indicaciones:

- Agresión física.
- Intento de auto-agresión.
- Confusión mental con agitación.
- Prevención de retiro de catéteres y sondas.
- Ventilación mecánica.

Medidas generales en área quirúrgica y de urgencias:

La enfermera responsable del paciente en estas Áreas realizará la valoración del riesgo. Si el paciente presenta alto riesgo de caídas, además de poner en marcha las medidas preventivas generales valorará

la necesidad del uso de barandillas. No se deben utilizar de forma sistemática las barandillas laterales para la prevención de caídas. Otros factores particulares del paciente podrían influir en la decisión de utilizarlas.

Cuando no sea posible el uso de barandillas, el paciente permanecerá vigilado por personal del Área y/o deberá estar acompañado.

Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar transferencias de cama o camilla o cambios de posición.

Medidas específicas en pacientes de riesgo.

Además de las medidas generales recomendadas para todos los pacientes, en aquellos cuya valoración del riesgo según la escala de J. H. Downton sea 3 o superior a 3, se debe aplicar un plan de prevención de caídas basado en cada uno de los factores de riesgo y alteraciones

a. Alteraciones de la movilidad / estabilidad.

Proporcionar material de apoyo si lo precisa (o recordarle que los traigan de casa) y mantenerlos accesibles al paciente (andador, silla de ruedas, bastones, adaptador WC,...). Por turno.

Recomendar la realización diaria de un programa de ejercicios activos o activo-asistidos para el fortalecimiento muscular, según sus posibilidades.

Ayuda en los desplazamientos: cuarto de baño, traslados.

Ayudarles en el aseo diario.

Animarles a la movilización dentro de sus posibilidades. Por turno.

Extremar estos cuidados si son portadores de sueros, sondas, drenajes.

b. Alteraciones sensoriales

Poner los objetos que precise al alcance de la mano. Por turno.

Vigilar alteraciones táctiles.

Recordar al paciente que lleve colocadas las prótesis siempre que sea posible (gafas, audífonos, etc.) o asegurar que las tenga siempre a mano.

Por turno.

Hablarle claro y comprobar que lo entiende.

c. Alteración del nivel de conciencia.

Entrenar las transferencias de forma activo-asistida o pasiva según sus posibilidades. C/12h.

Reorientar témporo-espacialmente en el entorno hospitalario por turno.

Valorar riesgos derivados de la medicación c/ 24h.

Evitar objetos cerca de paciente que puedan producir algún tipo de lesión.

d. Medicación que se relaciona con el riesgo de caída.

Revisión periódica de la medicación para prevenir caídas en personas mayores y manejo de forma efectiva la polimedicación y fármacos psicotrópicos, revisiones de la medicación habitual y búsqueda de alternativas a la medicación psicotrópica para la sedación. Las enfermeras, en colaboración con el equipo multidisciplinar, colaborará en la revisión diaria de la medicación a lo largo de la estancia hospitalaria

comprobando la necesidad de las mismas y las alternativas propuestas (modificación de dosis, cambio de fármaco, etc.)

- Valorar el efecto de la medicación (diuréticos, sedantes...). Por turno.
- En el caso de toma de diuréticos, proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la cuña o botella durante la noche. C/ 4h.
- Levantarlo de la cama progresivamente.

e. Alteraciones de la eliminación

- Proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la cuña o botella durante la noche c/4h.
- Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Si se administran enemas o laxantes, proporcionar ayuda para ir al baño.

Caídas anteriores

- Conocer las circunstancias de las caídas previas al ingreso.
- Reforzar la confianza y disminuir el miedo y la ansiedad ante nuevas caídas.
- Educar sobre la modificación de factores que pudieran estar relacionados con la historia de cama a camilla o mesa quirúrgica y viceversa, o cambios de posición.

Monitorización:

Consiste en la evaluación de forma regular del progreso del paciente, es decir, de la efectividad de las intervenciones y de la necesidad de

rediseñarlas. Es fundamental la documentación y registro de las caídas, si llegan a producirse.

Documentación y registro de caídas:

- La Enfermera Responsable valorará las consecuencias de la caída y avisará al médico, si lo considera oportuno.
- registrará: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente (antes y después de la caída), médico que atendió y consecuencias inmediatas.
- Cubrirá el informe de caídas y lo entregará a la supervisora de la Unidad.
- Controlará el estado del paciente en horas sucesivas.
- La Supervisora de la Unidad comprobará que estaba evaluado el riesgo de caídas y si se habían establecido las medidas preventivas, y entregará el Informe de Incidencia de Caídas a la Dirección de Enfermería, junto con el informe de Caídas. (10)

Base Teórica

A. Teoría Del Autocuidado (Dorothea Orem)

Esta teorista describió la Teoría General del Autocuidado, la cual se divide en tres subteorías relacionadas:

a.-La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de 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, dirigida 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 además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

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

b.- 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 por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c.- La teoría de 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 sufre al paciente.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

- *Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:* El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- *Sistemas de enfermería de apoyo-educación:* la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

La Relación Enfermero-Paciente-Familia

Representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice:

Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.

Valoración: evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).

Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia. (10)

Aporte Propio

Se consideró dicha teoría porque al referirse a autocuidado no sólo hace referencia al cuidado que la persona se brinda a sí misma, sino el cuidado que se brinda a los demás y al entorno de manera que se consiga el objetivo que es el bienestar tanto físico, psicológico y espiritual. También

fue considerada porque esta teoría incluye la importancia de involucrar al mismo paciente y a su familia para que se sientan comprometidos en su cuidado siendo un valioso elemento de apoyo en la planificación de los cuidados de Enfermería que se brindará al mismo.

2.3 Definición De Términos

a. Caída hospitalaria: Hace referencia a la caída de un paciente en las instalaciones de una institución destinada formalmente para el cuidado de la salud.

b. Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

c. Complicación por caídas: Es la consecuencia física, psicológica, emocional, económica, generada a la propia persona afectada y/o a su familia.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe se tomaron datos estadísticos de la Oficina de Estadística del Hospital Regional III José Cayetano Heredia.

3.2 Experiencia profesional

Yo Fabiola Araceli Hidalgo Leiva, lic en enfermería, laboro en el Hospital III José Cayetano Heredia de ESSALUD hace 5 años, siendo ubicada en el Servicio de Emergencia desde el día de mi ingreso.

El hospital José Cayetano Heredia es un hospital nivel III de referencia que atiende tanto pacientes asegurados como no asegurados, SIS, FOSPOLI, que llegan de la ciudad y/o referidos de hospitales y clínicas privadas locales, así como de las distintas provincias del departamento incluyendo también al departamento de Tumbes.

El servicio de emergencia está distribuido en diferentes áreas, como son tópicos de medicina con capacidad para 7 camas, Trauma Shock recientemente implementada y que cuenta con 2 a 3 camas; sala de observación o reposo I con 15 camas; tópico de cirugía que tiene a su vez un ambiente de reposo con capacidad para 10 camas, además de los ambientes habilitados para traumatología, curaciones, evaluación del paciente que ingresa y una cama para paciente crítico, haciendo un total de unas 14 a 15 camas; la UCE (Unidad Crítica de Emergencia) con

capacidad para 5 camas, la unidad de reposo II con 13 camas y la unidad de pediatría.

3.3 Procesos realizados

El Servicio de Emergencia es un servicio que permanentemente ve sobrepasada su capacidad de atención, esto motivado por ser un hospital de referencia de toda la Región, incluso de Tumbes, aunado a esto atiende también pacientes no asegurados, con convenios (SIS, FOSPOLI, SOAT entre otros), que genera trabajo adicional a todo el personal de salud, siendo este insuficiente para la demanda.

La valoración de los pacientes al momento de su ingreso se hace sobre todo tomando en cuenta la patología por la cual es ingresado, si es posible se le acomoda en una cama, de lo contrario queda en la camilla de la ambulancia del hospital o centro de salud de donde procede o en su defecto queda en una silla de ruedas o una silla común.

Desde mi ingreso al hospital la situación es la misma, el riesgo de caídas que presentan los pacientes muchas veces es alto, tanto por su estado de salud actual como por la deficiencia del mobiliario del hospital que ya se encuentra obsoleto y que genera un riesgo adicional al inherente al paciente y por el hacinamiento que limita el trabajo realizado y que es una causa probable de que se presenten caídas en los pacientes y por qué no también del personal.

A pesar de que ESSALUD cuenta con protocolos para la atención del paciente en cuanto a administración de medicamentos, prevención de caídas entre otros, éstos eran poco tomados en cuenta y sobre todo aplicados o si se realizaba no quedaba un registro del mismo ni una comunicación entre el personal de un turno a otro de forma que se pudiera tomar las medidas correspondientes que la eviten y al momento de producirse una caída en los pacientes esto quedaba limitado a la atención del mismo, siendo su notificación muchas veces obviada por posibles "acusaciones" de negligencia al personal de salud, especialmente al personal profesional y técnico de enfermería. Un evento que llamó mi atención y motivó aún más de la realización de este trabajo y además puso en alerta a todo el personal profesional de Enfermería es el que se debió a la caída de una paciente de iniciales T.J.V. de C. de 51 años, que se encontraba en el tópicó de medicina en la camilla 6, la cual tenía el diagnóstico médico: crisis hipertensiva, EVC isquémico vs tumoración cerebral y tenía como antecedentes ser una paciente renal en Hemodiálisis, postrada crónica, hipertensa, diabética y que ingresó en estado de somnolienta, afásica, con una evaluación de la Escala de Glasgow de 9 puntos, cabe mencionar que esta paciente se encontraba en una camilla que no estaba en condiciones óptimas para prestar la seguridad debida, solo una de las barandas de la misma ofrecía de alguna manera seguridad y la otra no funcional pegada hacia la pared, ameritando y solicitando la presencia de un familiar permanente al

cuidado de la paciente debido a que no se contaba con otra camilla disponible para su atención. Como consecuencia de la caída la paciente sufrió un hematoma cerebral, que desencadenó que fuera intervenida quirúrgicamente y pasara a UCI para su recuperación. Este evento adverso identificado pudo ser prevenido si se contara con los requisitos mínimos indispensables en un hospital de nivel III en cuanto a infraestructura, mobiliario y dotación de personal.

La identificación del riesgo de caída fue realizada por el personal de enfermería tomando las providencias del caso ejecutando y disponiendo medidas de prevención para la misma de acuerdo a los recursos con los que contaba en ese momento, a pesar de todo ello la paciente sufrió una seria lesión y el personal asistencial de ese turno se vio involucrado en un proceso legal, debido a la denuncia interpuesta por los familiares. Si bien las caídas de pacientes son eventos desafortunados que se dan en un ambiente hospitalario, ninguno causó impacto como este por las consecuencias que tuvo.

La clave es la detección de los pacientes con mayor riesgo de sufrir caídas. Para ello ahora se está utilizando la "Escala de Valoración de Riesgo de Caídas de Downton". Se identifica al paciente según el puntaje obtenido colocando dicha valoración en el kárdex de enfermería para de esta manera estar al tanto de que paciente necesita especial cuidado y tomar las medidas respectivas en salvaguarda de su seguridad, esta identificación al momento de su ingreso al tópico de emergencia, se hace

difícil debido a la afluencia grande de pacientes y a la falta de disponibilidad de camas en las demás ambientes; en el área de reposo y UCE esto se está tratando poco a poco de implementar como algo obligatorio por decirlo de alguna forma, ahí la valoración aparte de registrarse en el actual modelo de kárdex de enfermería (el anterior no contaba con un ítem de registro de la escala Downton) se realiza sobre la cama del paciente junto a los datos que lo identifican: se coloca el riesgo de caída según el puntaje obtenido y se realiza la señalización utilizando unos círculos de colores siendo el rojo: de riesgo alto; el amarillo de mediano riesgo y verde de bajo riesgo. Igualmente, se identifica los factores extrínsecos. Finalmente, se toman las medidas necesarias, se reevalúa periódicamente o cuando varíe la situación clínica del paciente y se registra en la historia clínica, aunque ahí todavía tenemos limitaciones en cuanto a la aplicación de diagnóstico enfermero de la NANDA: "Riesgo de caída" porque priorizamos el diagnóstico centrándonos más en la patología por la cual ingresa el paciente, además que se dificulta la revaloración por turnos debido a la carga de trabajo.

En cuanto a la notificación de las caídas existe un formato de registro que ha sido actualizado y que se encuentra en la Jefatura de Enfermería del servicio. Se ha solicitado mediante trámite administrativo la implementación de los servicios con nuevas camillas o por lo menos solicitando se les de mantenimiento a las que se tiene, ya que muchas de ellas no tienen barandas, no cuentan con frenos, documento que fue

firmado por todo el personal de enfermería, aunándose a la causa los demás profesionales de la salud y gestionado a través de trámite regular por las instancias correspondientes.

Poco a poco estos esfuerzos están dando sus frutos, debido al compromiso del personal de enfermería aún con las dificultades que se presentan.

Limitaciones:

- a. Demanda de pacientes mayor a la capacidad de atención del hospital lo que genera una dificultad para la valoración e identificación del paciente en riesgo de caída.
- b. Personal de enfermería insuficiente tanto profesional como técnica.
- c. Falta de compromiso del personal de enfermería para la utilización de la escala de valoración de riesgos de caída de J. Downton.
- d. Falta de realización de diagnóstico enfermero "Riesgo de Caídas" para la realización de un plan de cuidados sustentado en diagnósticos de La NANDA NIC NOC.
- e. Falta de educación al familiar para que sea un ente activo en el cuidado y así evitar riesgos en cuanto a su seguridad respecto a caídas en el paciente hospitalizado.

Aportes e innovaciones:

- a. utilización de la escala de valoración J. DAWTON
- b. registro de la valoración en el kardex e historia clínica.
- c. elaboración de un plan de cuidados mediante el uso del diagnóstico Enfermero "riesgo de caídas" y la planificación de cuidados y resultados NIC NOC. (13) (14) (15).
- d. involucrar a la familia y al mismo paciente en las medidas para prevenir las caídas mediante la educación
- e. actualización del formato de registro de caídas
- f. solicitud de dotación de mobiliario adecuado a las necesidades del servicio

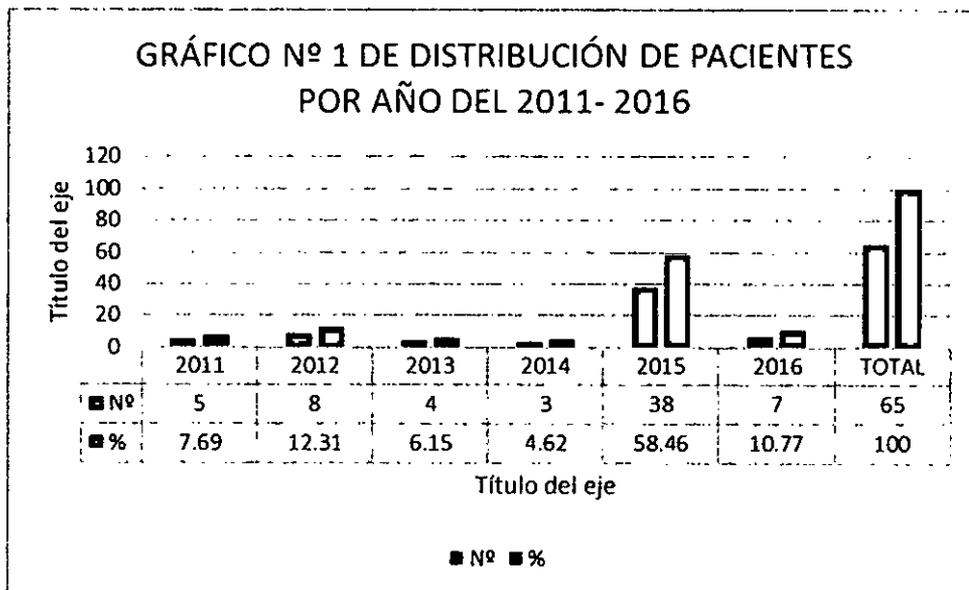
IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

DISTRIBUCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES POR AÑO DEL 2011 -
2016

AÑO	Nº	%
2011	05	7.69
2012	08	12.31
2013	04	6.15
2014	03	4.62
2015	38	58.46
2016	07	10.77
TOTAL	65	100

Fuente: Elaboración propia



En el Gráfico Nº 1 podemos apreciar que el año donde se registraron menos caídas fue el 2014 con un porcentaje del 4.62%, el 2015 por su

parte esta notificación fue la mayor de todas representando el 58.46% del total, no se puede afirmar con pruebas concretas las razones del poco registro que se tiene de caídas en los pacientes pero lo que sí ha observado la Oficina de Estadística es que hay un registro por debajo de las cifras reales y que podrían tener su origen en la falta de compromiso por parte del personal de reportar este evento sea por razones de miedo a ser sujetos de llamadas de atención o porque la caída no tuvo mayor complicación y por ende afectación al estado actual del paciente o quizás a la falta de un recurso humano que tenga a cargo y supervise este registro en cada servicio del hospital.

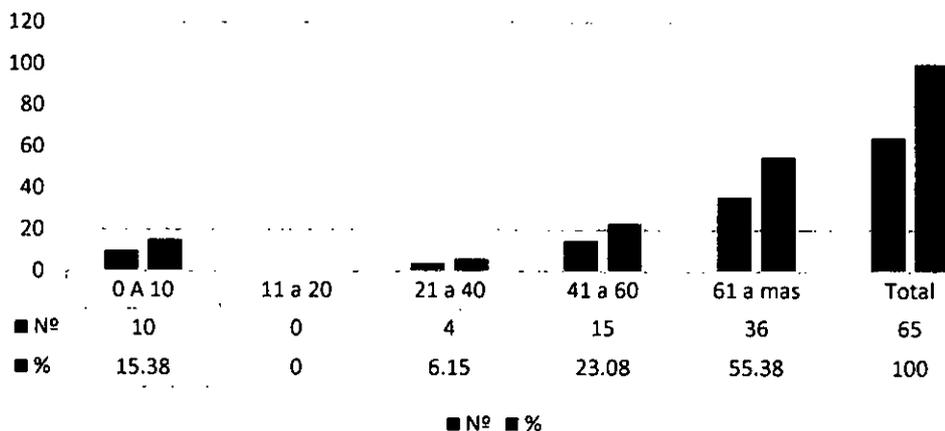
CUADRO 4.2

DISTRIBUCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES POR EDAD DEL 2011 - 2016

EDAD (años)	Nº	%
0 A 10	10	15.38
11 a 20	00	0.00
21 a 40	04	6.15
41 a 60	15	23.08
61 a mas	36	55.38
Total	65	100

Fuente: Elaboración propia

**GRAFICO N° 2 DE DISTRIBUCIÓN DE CAÍDAS EN
PACIENTES POR EDAD DEL 2011-2016**



En este GRÁFICO N° 2 se aprecia que las edades en las que se registraron mayor número de caídas de pacientes hospitalizados es la comprendida desde los 61 años a más, representando el 55.38% del total; por otra parte el otro grupo etéreo de mayor riesgo que son los niños comprendidos para este trabajo de 0 a 10 años cuenta también con un porcentaje de 15.38%. lo que no llama la atención debido a que las personas adultas mayores y los niños son las más vulnerables a sufrir estos eventos adversos tanto fuera como dentro de una institución hospitalaria.

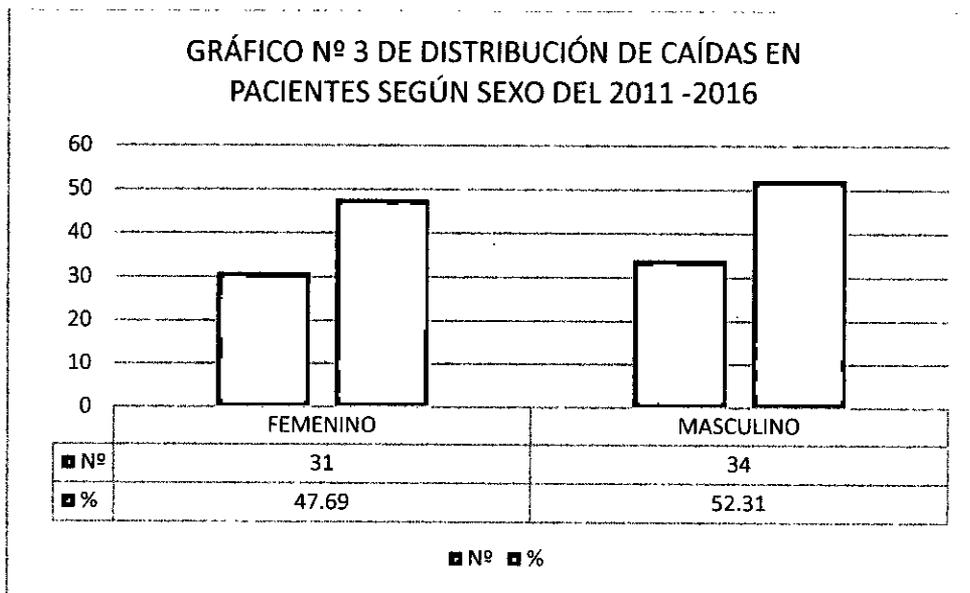
CUADRO 4.3

DISTRIBUCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES SEGÚN SEXO

DEL 2011 - 2016

SEXO	Nº	%
FEMENINO	31	47.69
MASCULINO	34	52.31
TOTAL	65	100

Fuente: Elaboración propia



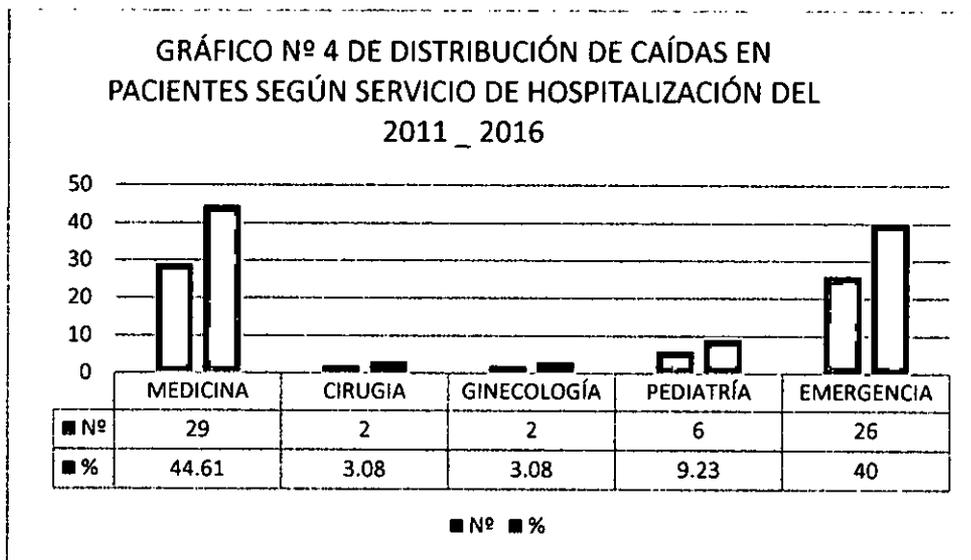
En el GRÁFICO Nº 3 no se observa mayor diferencia entre las caídas producidas en pacientes varones como en mujeres estando en porcentajes del 52.31% y 47.69% respectivamente.

CUADRO 4.4

DISTRIBUCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES SEGÚN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL 2011 - 2016

SERVICIO	Nº	%
MEDICINA	29	44.61
CIRUGIA	02	3.08
GINECOLOGÍA	02	3.08
PEDIATRÍA	06	9.23
EMERGENCIA	26	40.00
TOTAL	65	100

Fuente: Elaboración propia.



En el Gráfico Nº 4 se observa que el servicio en el que se ha reportado mayor número de caídas es Medicina con un porcentaje de 44.61% seguido con 40.0% el Servicio de Emergencia; este

dato puede correlacionarse con el tipo de pacientes que se encuentran en los mismos, que son los que mayormente presentan patologías que aumentan potencialmente el riesgo de sufrir caídas.

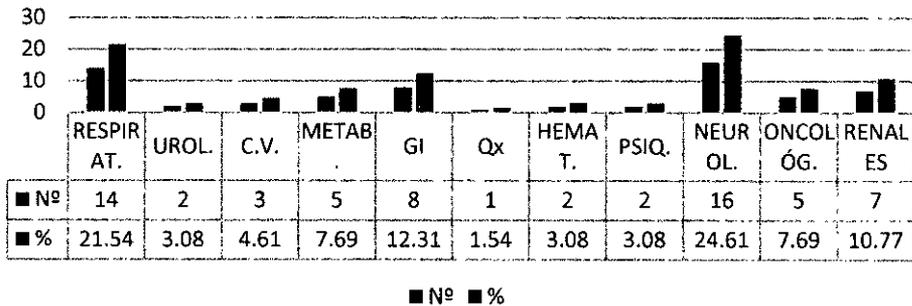
CUADRO 4.5

TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES SEGÚN
 PATOLOGÍA DE INGRESO DEL 2011 - 2016

PATOLOGÍA	Nº	%
RESPIRATORIAS	14	21.54
UROLÓGICAS	02	3.08
CARDIOVASCULARES	03	4.62
METABÓLICAS	05	7.69
GASTROINTESTINALE	08	12.31
QUIRÚRGICAS	01	1.54
HEMATOLÓGICAS	02	3.08
PSIQUIÁTRICAS	02	3.08
NEUROLÓGICAS	16	24.62
ONCOLÓGICAS	05	7.69
RENALES	07	10.77
TOTAL	65	100

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nº 5 DISTRIBUCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES
SEGÚN PATOLOGÍA DE INGRESO DEL 2011 - 2016



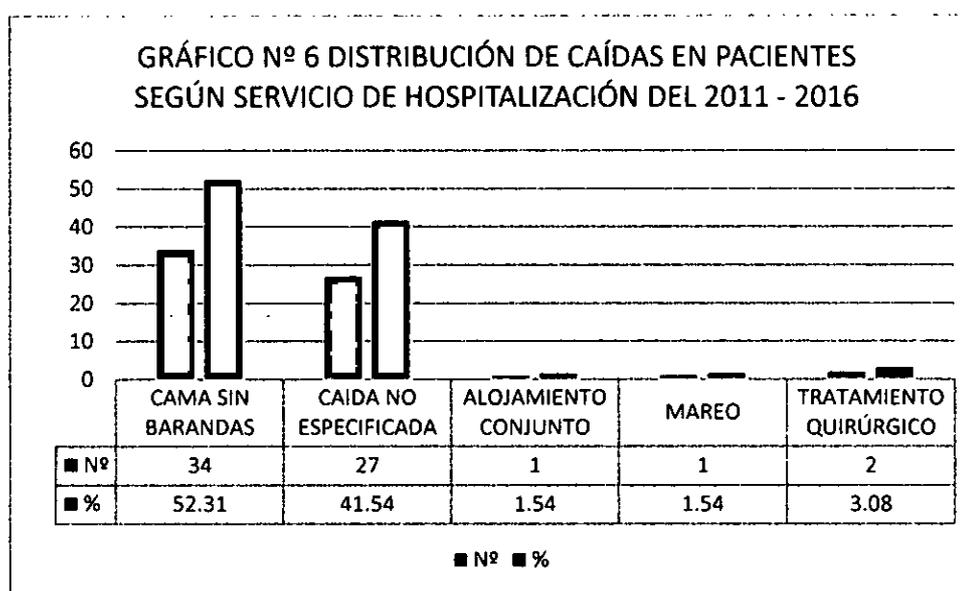
En este Gráfico Nº 5 se observa que en cuanto a caída relacionada con patología de ingreso las de mayor proporción son las neurológicas con un 24.61% que en este trabajo corresponden a los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV o DCV) y a los respiratorias con el 21.54% entre las que se encuentra principalmente las Neumonías y las IRAS (Infecciones respiratorias agudas).

CUADRO 4.6

TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES SEGÚN CAUSA REGISTRADA DE CAÍDA DE INGRESO DEL 2011 – 2016

CAUSA	Nº	%
CAMA SIN BARANDAS	34	52.31
CAIDA NO ESPECIFICADA	27	41.54
ALOJAMIENTO CONJUNTO	01	1.54
MAREO	01	1.54
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	02	3.08
TOTAL	65	100

Fuente: Elaboración propia



En el gráfico Nº 06 se muestra como principal causa de caídas en los pacientes hospitalizados las camas sin barandas con un 52.31% seguido de 41.54% que no refiere causa específica, otros que hacen un porcentaje muy bajo se reporta por mareos y al estar en alojamiento conjunto (1.54% cada uno) y por tratamiento quirúrgico (3.08%).

V. CONCLUSIONES

- a. Las caídas de pacientes son eventos adversos prevenibles en todo centro hospitalario, la gravedad de las consecuencias se medirá en base a las complicaciones del estado clínico inicial, aumento de la estancia hospitalaria, de los costos para la institución y para el paciente; y en algunos casos por ser causal de una demanda con responsabilidad ética, penal, civil o administrativa.
- b. Las caídas son un importante indicador de la calidad de los cuidados enfermero; realizar una correcta valoración del paciente será fundamental para conocer los factores de riesgo que presente de sufrir alguna caída (factores intrínsecos) así como valorar el entorno donde reside (factores extrínsecos) permitiéndonos establecer pautas de actuación encaminadas a minimizar los riesgos.
- c. En el Hospital José Cayetano Heredia de Piura las caídas son eventos reportados como complicaciones intrahospitalarias; desde el año 2011 hasta el primer trimestre del 2016 se han reportado 65 caídas de pacientes en todas las áreas del hospital lo cual según la oficina de estadística está por debajo de las cifras reales
- d. El año donde se registraron menos caídas fue el 2014 con un porcentaje del 4.62%, el 2015 por su parte esta notificación fue la mayor de todas representando el 58.46% del total.

- e. Las edades en las que se registraron mayor número de caídas de pacientes hospitalizados es la comprendida desde los 61 años a más, representando el 55.38% del total; por otra parte el otro grupo etáreo de mayor riesgo que son los niños comprendidos para este trabajo de 0 a 10 años cuenta también con un porcentaje de 15.38%.
- f. No se observa mayor diferencia entre las caídas producidas en pacientes varones como en mujeres estando en porcentajes del 52.31% y 47.69% respectivamente.
- g. El servicio de Medicina reportó el mayor número de caídas con un porcentaje de 44.61% seguido con 40.0% el Servicio de Emergencia.
- h. En cuanto a caída relacionada con patología de ingreso las de mayor proporción son las neurológicas con un 24.61% (DCV) y a los respiratorias con el 21.54% entre las que se encuentra principalmente las Neumonías y las IRAS (Infecciones respiratorias agudas).
- i. Se muestra como principal causa de caídas en los pacientes hospitalizados las camas sin barandas con un 52.31% seguido de 41.54% que no refiere causa específica, otros que hacen un porcentaje muy bajo se reporta por mareos y al estar en alojamiento conjunto (1.54% cada uno) y por tratamiento quirúrgico (3.08%).

VI. RECOMENDACIONES

- a. Dar a conocer los resultados de este trabajo a todo el personal profesional y técnico de enfermería del área ya que somos los que estamos en contacto las 24 horas del día con los pacientes y somos los encargados de velar por su seguridad.
- b. Motivar el uso permanente de la escala Dowton predictiva del riesgo de caída por todo el personal de enfermería teniendo en cuenta además la valoración de los factores externos o extrínsecos para poder tener una visión más objetiva de los principales riesgos a los que se ve sometido el paciente a nuestro cargo y tomar las medidas adecuadas para evitar caídas.
- c. Promover la notificación de estos eventos en el servicio por más que no haya una lesión considerable o evidente de daño producido en el paciente para tener datos estadísticos confiables y poder trabajar en base a ellos.
- d. Realizar el plan de cuidados de Enfermería con el diagnóstico de “riesgo de caídas” y plasmarlos en la historia clínica.
- e. Promover la capacitación permanente a los familiares mediante charlas educativas sobre los riesgos de caídas en pacientes hospitalizados, permitiéndole convertirse en ente colaborador en el cuidado del paciente.

- f. implementar estrategias preventivas haciendo hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.
- g. Solicitar mediante las instancias correspondientes la dotación de camas y mobiliario que se ajuste a las necesidades del servicio.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TAPIA CÓLEX ML,SCMyo. Factores que influyen en el Riesgo de caídas de los pacientes Hospitalizados. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2012; 20(1).
2. OMS cdpdI. caídas. 2016 setiembre..
3. MÈNDEZ FANDIÑO YR. FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS EN PACIENTES DE 65 AÑOS O MAYORES EN LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL. 2010 Octubre..
4. QUISPE TINTA NJTQNR. Factores que se relacionan con el Riesgo de Caídas en Pacientes Hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano. 2015 Julio - Octubre..
5. AMAT ALyLP. Relación entre el uso de benzodiazepinas y el riesgo de caídas en el adulto mayor, consultorio externo de Geriatría. 2014..
6. MERCEDES ZSI. Efectividad del programa "fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería". 2013..
7. Claudia Rebagliati Tirado FRCMHIGLJJFPG. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLOGICA Y SOCIAL DE UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA HOSPITALIZADA EN UN CENTRO GERIÁTRICO MILITAR. 2012..
8. Jack Roberto Silva Fhon MMPR. RIESGO DE CAÍDA EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A DOS CENTROS DE DÍA. LIMA, PERÚ. 2014..
9. De Freitas Luzia Myo. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de Caídas: Prevalencia y Perfil Clínico de Pacientes Hospitalizados. Revista Latinoamericana Enfermagem. 2014 Marzo; 22(2).

10. SILVA FHON JRSyo. Caidas en el Adulto Mayor y su relación con la Capacidad Funcional. Revista Latinoamericana. 2012 Septiembre; 20(http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf).
11. LOPEZ MARTINEZ RERRS. Riesgo de Caidas en Pacientes Hospitalizados. 2012..
12. Alvarez Moresuelas NABea. protocolo de valoración y medidas de prvencción a pacientes adultos con riesgo de caidas en la atención hospitalaria de OSAKIDETZA. 2009..
13. SANITAS. ESCALA DOWTON ANTEXRIESGO DE CAIDAS..
14. DELGADO DJ. PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS DE PACIENTES DE UCI..
15. DOROTHEA OREM. 2012 JUNIO 9 DE JUNIO..
16. NANDA. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. 2015- 2017..
17. Moorhhead S , Johnson M, Maas M, E. S. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). 2014..
18. BULECHEK G, BUTCHER H, DOCHTERMAN J, WAGNER C. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC). 2014.

ANEXOS

INICIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE: LESIÓN FÍSICA CODIGO DE DIAGNOSTICO: 00155		PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA		DOMINIO IV: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE : CONTROL DE RIESGO Y SEGURIDAD		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)	
		RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Riesgo de caída f/r : Ambientales (entorno desconocido, iluminación insuficiente, etc). Cognitivos (alteración de la función cognitiva). Fisiológicos (artritis, anemia, deterioro auditivo, deterioro de la movilidad, enfermedad aguda, incontinencia, dificultad para la marcha, etc). Medicación (agentes farmacológicos)		1909 CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS	190903 Coloca barreras para prevenir caídas. 100915 Utiliza barandillas si es necesario. 190902 Proporcionar ayuda para la movilidad. 100919 Utilizar procedimientos de traslado seguros. 190922 Proporcionar iluminación adecuada. 190909 Utilizar taburetes/escaleras de manera segura. Eliminar el desorden, derramamientos y abrelintadores del suelo. 190913 Adaptar la altura de la cama según sea necesario. 190916 Controlar la inquietud. 190917 Utiliza precauciones cuando toma medicamentos que aumentan el riesgo de caídas.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado. 3 A veces demostrado. 4 Frecuentemente demostrado. 5 Siempre demostrado.	Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO : 4 SEGURIDAD		CLASE: CONTROL DE RIESGOS	V DE INTERVENCIONES: 6490 Prevención de caídas	ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. - Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y familia. - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. - Ayudar a la deambulacion de las personas inestables. - Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas de transferencia del paciente. - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse si lo precisa. - Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo. - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. 	

			<ul style="list-style-type: none">- Retirar los muebles bajos que supongan un riesgo de tropieza.- Disponer iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.- Disponer superficies antideslizante, antiácidas.- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para disminuir los efectos secundarios que contribuyen a la posibilidad de caídas.
--	--	--	---

KARDEX DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

NOMBRE: EDAD: HC: CONDICIÓN :

DX: ANTECEDENTES:

FECHA							
DIETA							
MEDICACIÓN							
INFUSIONES PARENTERALES							
CUIDADOS DE ENFERMERÍA							
SNG							
S. FOLEY							
CVC/CAF							
DRENAJES							
GRADO DE DEPENDENCIA	I-II-III-IV						
EXAMENES AUXILIARES							
ESCALA DE NORTON							
ESCALA DOWTON							
FIRMA							

**HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA- PIURA – RED PIURA
INFORME DIARIO DE IDENTIFICAIÓN DE RIESGOS DE PACIENTES**

DIAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TOTAL	
CRITERIOS	DESCRIPCIÓN																																
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Cuenta con brazalete de identificación	SI																															
		NO																															
	Cuenta con pizarra de identificación	SI																															
		NO																															
	Registra fecha de colocación de CVP	Con fecha																															
		Sin fecha																															
	Registra fecha de colocación de CVC	Con fecha																															
		Sin fecha																															
	Cuenta con catéter urinario	Con fecha																															
		Sin fecha																															
5 correctos en la administración de medicamentos	Cumple con los 5 correctos	SI																															
		NO																															
PAUTAS DE SEGURIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Indicación terapéutica en expediente clínico																																
	Transcripción de medicamentos corresponde a indicación																																
	Administración por el mismo personal que lo prepara																																
	Registro de medicamentos administrados en léxico																																
	Soluciones parenterales con registro de datos puntuados																																
	Paciente informado de su tratamiento																																
GRADOS DE COMPLEJIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	I																															
		II																															
		III																															
		IV																															
ESCALAS DE VALORACIÓN	ESCALA MACDEM	A																															
		M																															
		B																															
	ESCALA DOWTON	A																															
		M																															
		B																															
	ESCALA NORTON	A																															
		M																															
		B																															