

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



**PLAN DE GESTIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ADULTO
HOSPITALIZADO SOBRE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO-2019**

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

NERY FABIOLA CHOY ZAVALA

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	PRESIDENTE
DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA	SECRETARIA
DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA	VOCAL

ASESORA: DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 94-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 14 de Abril del 2020

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.1 Descripción de la Situación problemática	
II MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes del estudio	10
2.2 Bases Teóricas	18
2.3 Marco conceptual	21
II Desarrollo de actividades para el plan de mejoramiento	29
3.1 PLAN DE GESTIÓN	
I. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA	29
1. Identificar el área y procesos a ser mejorados.	
a) Matriz de Priorización.	
b) Diagrama de Pareto	
2. MATRIZ DE PRIORIZACION PROBLEMAS-CAUSAS Y CONSECUENCIAS.	
II. PROPUESTA Y PLANIFICACION DE PLAN	38
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA.	
III. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO	43
Informe del plan.	

IV. EVALUACIÓN	45
4 CONCLUSIONES	55
5. RECOMENDACIONES	56
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
7. ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales y define el término de caída como, “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”. Las caídas se encuentran dentro del grupo de efectos adversos de la asistencia sanitaria, ya que se trata de un daño, lesión o complicación que acontece durante el proceso asistencial y que no está directamente producido por la enfermedad que ha motivado el ingreso. La estancia hospitalaria supone siempre un riesgo añadido al proceso por el que se ingresa poniendo en peligro la seguridad de los pacientes. (2)

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es la Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional y sede docente de pre y post grado de Universidades Públicas y privadas. En la actualidad el Hospital Carrión tiene una capacidad de 565 camas para hospitalización, 01 servicio de Emergencia con Unidad de Shock Trauma, 109 consultorios. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reveló que la

población del Callao es de 1 millón 28 mil habitantes y se estima que en el año 2021 esta población alcanzará a 1 millón 100 mil habitantes. y el 7,6% de 65 y más años de edad. (3)

El presente trabajo académico es descriptivo haciendo uso de la recolección de datos utilizando la técnica de revisión y análisis documental y como instrumento la directiva de prevención de caídas la escala de valoración de Downton, censo del servicio, registro de eventos adversos (caídas), estos datos se realizan en Excel, los resultados se presentarán en cuadros, tablas, gráficos, así como el análisis e interpretación de los datos. Se realiza, en el servicio de Cirugía Especialidades (Urología, Cirugía de tórax, Cardiología), ubicado en el 5° B con una capacidad de 32 camas, que alberga pacientes adultos y adultos mayores con patologías médico quirúrgicas, con un porcentaje de ocupación del 86%, de los cuales el 60% de pacientes son de Dependencia III. En el año 2019 se han reportado 4 caídas una de ellas con consecuencias muy grave, lo que me motivo a realizar el presente trabajo, teniendo en cuenta la Directiva de Prevención de caídas del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" (RDN°075-2016) y el estándar de caídas que debe ser cero.

Como jefa de servicio con 30 años de experiencia laboral, la seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo, y reflexión además de ser un indicador de la atención de enfermería. Uno de estos indicadores en la seguridad del paciente es la prevención de las caídas que como evento adverso se presenta más frecuentemente en los pacientes hospitalizados y a través de este estudio poder brindar un aporte en profundizar los conocimientos en seguridad de paciente.

El objetivo del Plan de Gestión es disminuir los riesgos de caídas y sus complicaciones en el paciente adulto hospitalizado, en el servicio de cirugía especialidades del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"-CALLAO a través de la Implementación de la directiva de prevención de caídas, rol que como jefa del servicio debo asumir con responsabilidad para mantener

indicadores negativos y trabajar gestionando, motivando y capacitando al personal a mi cargo, así como al paciente , cuidador y familiar de allí la importancia de este trabajo ya que de esta forma podemos valorar al paciente desde su ingreso y en cada turno, minimizando la estancia hospitalaria, costo personal, social, y así establecer una cultura de seguridad y gestión de riesgos a través de buenas prácticas aportando desde el punto de vista teórico en profundizar los conocimientos en seguridad de paciente, con énfasis en la prevención de caídas, teniendo en cuenta los estudios previos en relación al estudio donde los beneficiarios será todo el personal de enfermería que brinda cuidados a los pacientes adultos hospitalizados aplicando la directiva de prevención de caídas y por ende mejorar su desempeño lo que repercute en la calidad de atención.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída 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, pero pueden tener consecuencias.

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años. (4)

La Organización Panamericana de Salud (OPS) ha venido desarrollando el Programa de Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente, en el marco del cual se han desarrollado diferentes proyectos, entre los que cabe destacar: • Sistemas de notificación de incidentes en América Latina que recogen información sobre diferentes sistemas de notificación en la región y recomendaciones para su implementación y desarrollo. • Estudio Eventos Adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica- AMBEAS. El principal objetivo de esta

investigación era valorar la viabilidad de llevar a cabo este tipo de estudios en la región, así como conocer la frecuencia, características y evitabilidad de los eventos adversos en la población estudiada. Este estudio respondía al interés de los países de la región en ampliar el conocimiento sobre seguridad del paciente y forma parte de las líneas estratégicas contempladas en la Resolución CSP27.R10 del 5 de octubre de 2007: “Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad al paciente”. (5)

En España el Ministerio de la Sanidad, en el marco de la Seguridad de Paciente incluye dentro de su Plan de Seguridad de Paciente del Sistema Nacional de Salud Periodo 2015-2010 ,El MSSSI, en consonancia con las recomendaciones internacionales, decidió en el año 2005 desarrollar una estrategia de seguridad del paciente para el SNS en colaboración con las Comunidades Autónomas, respetando y complementando las acciones que éstas desarrollan en el ejercicio de su competencia en la provisión de servicios sanitarios. Los objetivos de la estrategia han estado básicamente orientados a mejorar la cultura de la seguridad y la gestión del riesgo sanitario, la formación de los profesionales, la implementación de prácticas seguras, la implicación de los pacientes y ciudadanos y la participación internacional. (6)

El Ministerio de Salud del Perú (2015), señala que la Ley N.º 26842, de la atención de salud en un entorno seguro (evitando eventos adversos) en servicios de salud mediante la reducción de riesgos y mejora de la seguridad del paciente. Por ende, este marco legal busca prioritariamente beneficiar en primer lugar a los pacientes, pero también a los profesionales de enfermería, a las instituciones de salud, y a todos los usuarios en general, que permitan optimizar la calidad de los servicios de salud y de esta manera estén exentos de incidentes, errores o daños. (7)

En el Hospital de Vitarte (2015), según reportes estadísticos anuales se han reportado 345 eventos adversos por infecciones intrahospitalarias 69.9%, errores en los medicamentos 14.2%, presencia de úlceras de presión 7%, complicaciones operatorias y postoperatorias 6%, uso de sangre o hemoderivados 0.9%, caídas del paciente 0.6%, errores en el diagnóstico 0.6%, falta de atención oportuna 0.6%, y la presencia de complicaciones post procedimiento 0.3%, entre otros aspectos. En el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, se observa que el profesional de enfermería presenta conflictos y malas relaciones entre sus colegas, de la misma manera el personal antiguo con muchos años de trabajo en el servicio es renuente al cambio, a las capacitaciones y al desconocimiento de la importancia de la cultura de seguridad del paciente; en el área de trabajo o servicio no se apoyan mutuamente, no hay suficientes enfermeras para afrontar la carga laboral, no se trabaja en equipo trayendo consigo la presencia de incidentes o errores. (8)

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, del total de eventos reportados en el año 2019 se observó que la mayor notificación fue por úlceras por presión estadio I y II 45 casos (22%), neumonía asociada a ventilador mecánico 44 casos (21%) e Infección de Herida operatoria asociada al parto por cesárea 42 casos (20%), seguida de Infecciones del tracto urinario asociada a catéter urinario permanente (14 casos) representa el 7%, caída de paciente 13 casos (6%), y fugas 12 casos (6%) y un tercer grupo representativo por la ocurrencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter umbilical 06 casos (3%), endometritis asociada al parto vaginal 05 casos (2%) y Migración de TOT 05 casos (2%).

En el ámbito de la hospitalización, las úlceras por presión y las caídas tienen la mayor proporción.

El Servicio de Cirugía especialidades del 5° B alberga a pacientes adultos predominando los adultos mayores en un 56% y un 68%

pertenecen al sexo masculino, con un grado de dependencia de 30%..Brinda atención especializada con patologías urológicas, cardiológicas y torácicas, actualmente contamos con personal capacitado enfermeras especialistas que brindan cuidados médico quirúrgicos a la población de la Provincia Constitucional del Callao de acuerdo a los objetivos estratégicos de la institución y del servicio. Manejamos indicadores de calidad y seguridad de paciente. En el año 2019 hubieron dos caídas, evento adverso una de ellas con consecuencias grave.

El impacto de ello generó en el servicio la urgente necesidad de prevenir la ocurrencia de caídas de pacientes y eliminación de riesgos en los pacientes. (9)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

PASA TS, MAGNAGO TSBS, y otros. 2017. Río Grande do Sul-Brasil Revista Latino-Americana Enfermera. "Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados." Objetivo Evaluar el riesgo para caídas de pacientes adultos hospitalizados y verificar la incidencia del evento en ese ambiente. Método Estudio de cohorte, desarrollado en las unidades de Clínica Quirúrgica y Clínicas Médica I y II de un hospital universitario, ubicado en el interior del estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Para la recolecta fueron evaluados datos del archivo: edad, sexo, fecha de hospitalización y alta, diagnósticos médicos y registro de ocurrencia de caídas. El análisis estadístico descriptivo de los resultados fue efectuado mediante las frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas; y del promedio, desvío estándar y mediana para las variables continuas, según la simetría de los datos. Resultados de los 864 pacientes internados en las unidades investigadas, en el período de 11 de marzo a 11 de julio del 2013, y que llenaron los criterios de inclusión, 831 fueron seguidos diariamente para evaluación del riesgo y ocurrencia de caídas. Las pérdidas (N=33; 3,8%) fueron debidas a rechazo de participar. En este estudio, predominaron pacientes del sexo masculino (N=500; 60,2%), en el rango de edad de 67 a 92 años (N=284; 34,2%), con promedio de edad de 58,1 ($\pm 16,1$) años. El tiempo promedio de internación fue de 7,7 días ($\pm 9,2$), mediana 4 días. El promedio de días de seguimiento fue 5,4 ($\pm 5,2$), con mediana de 4 (mínimo 1 y máximo 27 días). La Tabla 1 muestra la estadística descriptiva para la puntuación de la Morse Fall Scale (MFS), según el tiempo de hospitalización. Conclusiones Se constató que mayor porcentaje de los pacientes hospitalizados estaban clasificados con riesgo elevado para

caídas por la MFS. Se identificó tasa de incidencia de caídas del 1,68% y se verificó que mayor porcentaje de los pacientes que cayeron estaban clasificados en la categoría riesgo elevado para caídas. Esos datos señalan la posibilidad de que la MFS sea utilizada en la evaluación de riesgo para caídas, para fines de identificar factores que contribuyen a la ocurrencia de este incidente en el ambiente hospitalario, ya que evalúa diferentes ítems. La tasa de incidencia de caídas detectada en este estudio, aunque parezca baja, indica la necesidad de sensibilizar los profesionales de salud sobre la ocurrencia de ese incidente en los hospitales (10)

ALVES VC, FREITAS WCJ, y otros .2017. Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. Objetivo: Analizar la correspondencia entre las acciones contenidas en el protocolo prevención de caídas del Ministerio de la Salud con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) por medio del mapeo cruzado. Método: Estudio descriptivo realizado en cuatro etapas: levantamiento de acciones del protocolo, identificación de las intervenciones NIC relacionadas al diagnóstico de enfermería riesgo de caídas, mapeo cruzado y validación del mapeo a partir de la técnica Delphi Resultados: Fueron identificadas 51 acciones en el protocolo y 42 intervenciones en la NIC. Fueron realizadas dos rodadas de evaluaciones del mapeo por los peritos. Hubo correspondencia de 47 acciones del protocolo con 25 intervenciones NIC. Las intervenciones NIC que presentaron mayor correspondencia con acciones del protocolo fueron: prevención contra caídas, control del ambiente-seguridad e identificación de riesgo. Sobre la clasificación de semejanza y abrangencia de las 47 acciones del protocolo levantadas, 44,7% fueron consideradas más detalladas y específicas de lo que la

NIC, 29,8% menos específicas que la NIC y 25,5% fueron clasificadas como similares en significado a la NIC. Conclusión. La mayoría de las acciones contenidas en el protocolo es más específica y detallada, como todo, la NIC contempla mayor diversidad de intervenciones y puede fundamentar una revisión del protocolo para ampliación de las acciones relacionadas a la prevención de caídas. (11)

GARCÍA SÁNCHEZ, maría del Carmen. 2017- Murcia-España Tesis Titulada “Análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia.” Objetivos. Establecer un patrón descriptor de las caídas de las personas mayores institucionalizadas y analizar, con fines descriptivos los riesgos asociados a las mismas. Analizar el riesgo de sufrir caídas relacionadas con la funcionalidad en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, patologías crónicas, factores socio-familiares, estado nutricional, alteraciones de la marcha y el equilibrio, estado emocional y el estado cognitivo. Metodología. Se desarrolló un estudio con metodología cuantitativa, con finalidad descriptiva, de corte transversal, sobre el colectivo de personas mayores de la Región de Murcia. Resultados. Del total de la muestra de estudio, sufrieron caídas un 26,9%, siendo la frecuencia de una caída la más numerosa 15,8%. La edad media de la población que sufrió caídas fue de $84,08 \pm 8,10$ años, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con las caídas por circunstancias como la edad, el género o la de vivir en un entorno rural o urbano antes de la institucionalización. (12)

ALIAGA braulio, MOLINA natalia y otros. 2018. Chile. Revista. méd. Chile vol.146 no.7. Artículo de Investigación.” Prevalencia de pacientes con alto riesgo de caídas en un servicio médico-quirúrgico de un hospital universitario “El objetivo de este trabajo es determinar el porcentaje de PARC en nuestro servicio MQ, estimar la frecuencia de

indicación médica de medidas destinadas a reducir las caídas y su ejecución. De este modo podremos proyectar en el futuro estrategias de detección de PARC más sensibles y mejorar la indicación y ejecución de medidas preventivas. Materiales y Métodos: pacientes hospitalizados en un servicio Médico Quirúrgico del Hospital Clínico de la Red de Salud UC-Christus entre abril y julio de 2015, obteniéndose de cada paciente en una oportunidad los siguientes datos: Edad, antecedentes de caídas los últimos 3 meses, déficit sensorial (visual, auditivo), condición neurológica de riesgo (compromiso de conciencia, ACV reciente, crisis convulsiva reciente, psicosis), marcha inestable (marcha insegura o que requiere ayuda de terceros o equipos de apoyo), estado cognitivo (somnoliento o desorientado, agitación psicomotora o diagnóstico médico de delirium), fármacos de ARC (diuréticos, laxantes, anticoagulantes, hipotensores, opiáceos, hipnóticos, barbitúricos, antidepresivos, benzodiacepinas, antiparkinsonianos y antiepilépticos), y uso de equipos que limiten la movilidad (sonda urinaria, infusiones intravenosas continuas, líneas centrales de inserción periférica, sistemas de cierre de heridas por presión negativa). Se realizó un análisis descriptivo. Resultados de 60,4 años Los PARC tuvieron significativamente más antecedentes de caídas, uso de fármacos de alto riesgo, déficit sensorial, marcha inestable, condición neurológica de riesgo, somnolencia o desorientación que los pacientes de mediano y bajo riesgo de caídas ($p < 0,05$) se comparan la presencia de factores de riesgo). (13)

VARELA SILVA, Francis Enrique. 2018 - Nicaragua. Tesis Titulada “Riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados del servicio de cardiología de adultos, del instituto nacional cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras, en los meses de Diciembre del 2017 y Enero del 2018.” Objetivo: Determinar el riesgo de caídas en los pacientes de

cardiología de adultos en el Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa Honduras, en los meses de diciembre del 2017 y enero del 2018. Método: El instrumento de estudio seleccionado fue un cuestionario elaborado por el investigador, el que incluye la escala de riesgos de caídas de J.H. Downton, Resultados: participaron 83 usuarios externos (pacientes) el sexo femenino reportó más frecuentemente el antecedente de caídas, la edad fue la que contenía a los mayores de 65 años, los factores fisiológicos fueron los relacionados a atrofia muscular, degeneración articular y enlentecimiento de reflejos. Las afecciones asociadas más frecuentes; la cardiopatía isquémica, trastornos del ritmo, hipotensión, los Accidente Cerebrovascular, la osteoporosis y las anemias. Conclusión: existe una variedad de factores predisponentes, pero con una asociación débil, con la cual no se puede determinar magnitud, verdadera asociación ni significancia estadística, y que posiblemente si se contara con una muestra significativa (mayor) la tendencia de los resultados podría ser orientada a la significancia. (14)

ANTECEDENTES NACIONALES

ATAUJE SAITO, Hiroshi Ricardo 2018. Iquitos- Perú. Tesis titulada “Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017” Objetivo: Determinar el nivel de práctica sobre la prevención de eventos adversos en las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos. Material y método. Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utiliza métodos estadísticos para analizar los datos; de diseño no experimental, ya que se observa los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un

momento determinado; y por último, de tipo descriptivo porque la finalidad de la investigación fue describir o determinar la prevalencia de la variable de estudio (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014)

Resultados: Del 100% de los casos en los que se evaluó el cumplimiento de las medidas preventivas de los eventos adversos, el 55% de las enfermeras brindó la atención con un nivel de práctica óptimo, el 45% cuestionable y no se reportaron casos críticos

Conclusiones: El 55% de las enfermeras alcanzó un nivel de práctica óptimo en la prevención de eventos adversos, y el 45% cuestionable.

– Así mismo, en la práctica de prevención de caídas, el 74% obtuvo una calificación óptima, seguido del 20% que fue cuestionable, y finalmente, un 6% con la clasificación más baja. (15)

BADA DIAZ, alice stephanie, 2018. LIMA-PERÚ, Tesis titulada “Asociación del Riesgo de caídas según sexo en el Adulto Mayor Atendido en un Hospital de Lima- Perú. “Objetivos: Determinar la asociación del riesgo de caídas según sexo en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú de 2010 a 2015. Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y de corte transversal, con análisis secundario de la base de datos Dependencia funcional y fragilidad en adultos mayores del Centro Médico Naval, realizado durante el período 2010-2015 en una población de 1897 adultos mayores de 60 años, hombre o mujer, atendidos en el Servicio de Geriatria del Centro Médico Naval. Los datos fueron analizados en el programa estadístico STATA 13.0. Se realizó estadística descriptiva. Se utilizó la prueba Chi² cuadrado para determinar el grado de asociación entre las variables categóricas con un nivel de significancia de 0.05. Se construyó un modelo de regresión de Poisson para cuantificar asociación de factores asociados a riesgo de caídas. Los cálculos fueron realizados con un nivel de confianza (IC) del 95%. Resultados: La prevalencia de riesgo de caída en el sexo masculino fue de 19.8% y en el sexo femenino de 15.7%, y la diferencia

significativa fue $p < 0.05$. Conclusiones: En adultos mayores del Centro Médico Naval, los de sexo masculino tienen mayor riesgo de caída que los de sexo femenino. (16)

QUIÑONEZ TORRES, Jhoana Gretel, 2017.Lima- Perú. Tesis titulada “Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016” Objetivo: Estimar el riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico PNP “San José”, enero 2017 Materiales y método El presente trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo y transversal. Diseño de estudio sin intervención y observacional. Resultados: Se entrevistó a 120 personas adultos mayores, del cual el 63,3% es de sexo femenino y 36,7% sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 76,8 años, el 70% presentan un riesgo alto de caída, y un 30% riesgo bajo; el nivel de riesgo de caída según grupo de edad es de mayores porcentajes: en riesgo bajo con 58,3% al grupo de 60 a 71 años, en el riesgo alto con 42,9% al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de edad de 93 a 102 años no hay riesgo de caída bajo; los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%. Conclusiones: Se concluye que el nivel de riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico de la Policía “San José” enero 2017, es un riesgo alto. Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los déficits sensoriales. (17)

MORI YACHAS, Br. Natali Roxana. Año,2017, Lima-Perú. Tesis titulada “ Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017” Objetivo Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017.

Método: El estudio fue hipotético deductivo, de enfoque cuantitativo. Hipotético deductivo porque en el caso específico planteamos hipótesis de lo general a lo particular (Cegarra, 2011, p.82). asimismo, el enfoque fue cuantitativo, porque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.)Resultados: La cultura de seguridad de la paciente brindada por el profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte; del 100% (40), el 55.0% (22) es regular, 22.5% (09) es buena, y el 22.5% (09) es mala. La prevención de eventos adversos brindada por el profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte; del 100% (40), el 57.5% (23) es regular, el 22.5% (09) es deficiente, y el 20.0% (08) es excelente Conclusiones: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería, así como en el área de trabajo por parte de la enfermera en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. Lima – 2017. (18)

TORRES BLAS, Johana marisa ,2015. Lima – Perú. Tesis titulada “Autocuidado en la Prevención de Caídas que tiene el Adulto Mayor que asiste al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco periodo Enero a Marzo 2015” Objetivo: Determinar el nivel de autocuidado en la prevención de caídas en el adulto mayor que acude al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco periodo Enero - Marzo 2015. Método: Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. Resultados: De un total de 70 (100%) adultos mayores, solo el 20.0% (14) tiene un alto nivel de autocuidado respecto a los factores responsables de caídas, el 58.6% (41) tiene un nivel medio y 21.4% (15) tiene un nivel bajo. De un total de 70 (100%) adultos mayores, solo el 21.4% (15) tiene un alto nivel de autocuidado respecto a los factores intrínsecos responsables de caídas, el 54.3% (38) tiene un nivel medio y 24.3% (17) tiene un nivel bajo. Conclusiones: El nivel de autocuidado

global alcanzado por los adultos mayores que acuden al CIAM es medianamente aceptable, el control de los factores intrínsecos es predominantemente medio, seguido de bajo y en menor proporción existe alto nivel de autocuidado, los comportamientos que más fomentan el autocuidado están: la realización de actividades físicas, uso frecuente de zapatos cómodos y el no consumo de bebidas alcohólicas. Como déficit de autocuidado se encontró: el control al otorrino y el pararse bruscamente de la silla y de la cama. para el control de factores extrínsecos es predominantemente medio, seguido de bajo y en menor proporción existe alto nivel de autocuidado; los comportamientos que más fomentan el autocuidado están: el mantenimiento de la iluminación dentro de la vivienda, organización del hogar con pasillos libres de obstáculos, mantener los objetos de uso común al alcance de la mano, pisos limpios no resbalosos y uso de pasamanos en los vehículos y se encontró déficit de autocuidado en no contar con barandas en las duchas (19)

2.2 BASES TEORICAS

FLORENCE NIGHTINGALE – “TEORIA DEL ENTORNO” (1852)

Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en la enfermería. La filosofía de la enfermería explica el significado de los fenómenos observados a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica

Sostenía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz) componentes que siguen teniendo vigencia al día de la fecha

Su mayor éxito fue su participación en la guerra de Crimea. Un informe suyo acerca de las condiciones de vida de los soldados heridos impulsó al secretario de Guerra Sidney Herbert a enviarla al campo de batalla. Ella y sus compañeras reformaron y limpiaron el hospital, e hicieron caer la tasa de mortalidad de 40% al 2%.

"La dama de la lámpara", fue la denominación que le dieron a Florence los hospitalizados, debido a que por las noches recorría las salas con una lámpara.

Publicó aproximadamente 150 libros. Uno de ellos se tituló "Notas sobre enfermería" (1860). Este fue el primer libro para uso específico en la enseñanza de la enfermería y fue traducido a muchos idiomas.

Nightingale falleció en Londres, Inglaterra, el 13 de agosto de 1910 a los 90 años. Está enterrada en la Iglesia de St. Margaret. (20)

La Teoría de Florence Nightingale tiene relevancia en el presente trabajo ya que trata sobre la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas y que consideraba que la enfermera era la encargada de reflexionar de controlar sobre la importancia del ambiente para beneficiar la salud del paciente ya que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interfieren en la salud, debemos utilizar toda nuestra energía que poseemos para estar bien con nuestro entorno para nuestra seguridad y de los pacientes sobre todo en los adultos y adultos mayores en la prevención de caídas.

VIRGINIA HENDERSON Y SUS 14 NECESIDADES

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921.

Su carrera docente se inicia en 1922, cuando empieza a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Virginia Henderson, se caracteriza por utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona. Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike), identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow. En Henderson, la Independencia de la persona en la satisfacción de sus Necesidades Básicas es un criterio importante para la Salud.

NECESIDADES BÁSICAS. Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensables para mantener la integridad. Las necesidades básicas pueden ser:

- Universales: comunes y esenciales para todos.
- Específicas: se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona. (21)

Una de las 14 necesidades de Henderson nos habla sobre la seguridad evitar los peligros del lugar donde nos encontremos. Es importante la comprensión de fenómenos y procesos naturales desde la perspectiva científica para la toma de decisiones informadas para el cuidado del ambiente y la promoción de la salud orientadas a la cultura de la prevención, su propia seguridad física y mental de sí mismo y de otras personas en cuanto a los peligros potenciales de todo aquello que nos rodea , garantizando su seguridad física buscando la independencia de la persona sana o enferma teniendo en cuenta la autonomía del paciente a través de los cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades. La enfermera debe considerar que la prevención de caídas es uno de los

indicadores de calidad de los cuidados de enfermería cuyo seguimiento es importante para evitar un evento adverso que puede llevar a la discapacidad o la muerte del paciente.

2.3 Marco Conceptual

Caídas, factores extrínsecos e intrínsecos que determinan la incidencia de caídas:

Caída. – La Organización Mundial de la Salud define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria. Puede ser referida por el paciente o por un testigo. Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. En el mundo mueren alrededor de 646000 personas debido a las caídas, siendo los mayores de 65 años. Hay factores que determinan las caídas:

- **Grupos de riesgo.** - Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad.
- **Edad.** - La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad, las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento.
- **Sexo.** - Ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Entre las posibles

explicaciones de este hecho se encuentran los mayores niveles de comportamientos de riesgo y la mayor peligrosidad de las actividades laborales.

Riesgo de Caída. – Aumento de la susceptibilidad a las que pueden causar daño físico.

Factores de riesgo. – Son aquellos elementos o circunstancias que con independencia de su naturaleza inciden de forma negativa sobre el paciente haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección lo que puede provocar una caída.

Factores de riesgo extrínseco. – son aquellos factores relacionados con las circunstancias del entorno arquitectónico, del equipo, mobiliario, y el proceso.

Factores de riesgo intrínseco. – son aquellos factores relacionados con el mismo paciente, y determinados por cambios fisiológicos por la edad, patologías agudas, medicamentos.

Prevención en caídas. - fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación para aumentar la concienciación.

Complicación en caídas – Resultado clínico de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y /o al curso natural de su enfermedad.

Escalas de valoración. Consisten en una serie de categorías ante cada una de las cuales el observador debe emitir un juicio, indicando el grado en el cual se haya presente una característica en la actuación del alumno o la frecuencia con que ocurre determinada conducta.

Escala de Valoración de DOWNTON. – Es una herramienta que se utiliza en hospitalización para valorar el riesgo de caídas en personas adultas.

La escala puntúa cinco dimensiones, que son:

1. **Caídas previas.** En algunos documentos se hace hincapié en la historia de caídas en los últimos doce meses.
2. **Medicamentos.** Aquí se valoran los fármacos que de alguna manera pueden fomentar el riesgo de caídas.
3. **Déficits sensoriales.** No hace falta decir que la falta de visión o auditiva aumentan el riesgo de caídas. Afectaciones en las extremidades como amputaciones y/o intervenciones quirúrgicas hacen que se sumen puntos de riesgo y aumente el riesgo de sufrir una caída. Al igual que enfermedades que alteran la marcha como un ictus.
4. **Estado mental.** Un estado de confusión, agitación o deterioro cognitivo influye, y mucho, ya que pueden tener tres veces más riesgo de caerse que personas orientadas.
5. **Deambulaci3n.** La alteraci3n de la marcha, la movilidad, el equilibrio y el uso de dispositivos de ayuda (bastones, muletas...etc.) son aspectos a tener en cuenta a la hora de valorar este ítem.

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS.

Debe tener en cuenta el perfil de paciente con riesgo de caída:

- ✓ Toda persona con movilidad limitada.
- ✓ Alteraci3n del estado de conciencia, mental o cognitivo.
- ✓ Necesidades especiales de aseo.
- ✓ Déficit sensorial.
- ✓ Historia de caídas previas
- ✓ Medicaci3n de riesgo.

- ✓ Edad.
- ✓ Factor situacional: Durante la transferencia/transporte de pacientes.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA Y MITIGACIÓN DEL DAÑO EN CASO DE CAÍDA DEL PACIENTE

- ✓ Valore la caída y brinde los cuidados inmediatos, adopte las medidas de seguridad y precauciones para su movilización.
- ✓ Tranquilice a la familia y al propio paciente.
- ✓ Comunique y solicite evaluación médica.
- ✓ Brindar cuidados específicos sutura, vendaje,
- ✓ Vigilar al paciente en las siguientes horas.
- ✓ Valore el riesgo y aplique medidas de prevención para evitar caídas futuras como sujeción mecánica.
- ✓ Registre el evento en la historia clínica, además de realizar el informe a su inmediato superior, quien elevara el informe al departamento de enfermería.

Evento adverso. - Evento adverso: incidente desfavorable, hecho inesperado, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociaciones directa con la atención médica. Los principales eventos adversos.

Evento centinela: hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente. Principales eventos centinelas:

- Cirugías en el sitio equivocado.
- Complicaciones quirúrgicas graves

- Errores en prescripción y administración de medicamentos que lleven a la muerte.
- Accidentes anestésicos
- Caídas de pacientes
- Cualquier procedimiento de atención médica que provoque daño permanente o muerte al paciente.

Paciente. - El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra paciente es de origen latín “patiens” que significa “sufriente” o “sufrido”.

Prácticas Seguras. –Son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente.

Seguridad de Paciente. - La Organización Mundial Para La Salud (OMS) refiere que la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la JointCommission International (JCI) crearon las metas internacionales de seguridad del paciente, que reúnen las estrategias enfocadas en las situaciones de mayor riesgo para los usuarios o pacientes. La seguridad del paciente involucra a todos los estudios, prácticas y acciones promovidas por las instituciones sanitarias para disminuir y eliminar los riesgos de daños innecesarios relacionados con el cuidado de la salud. La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad

asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Metas Internacionales Publicadas por la Joint Commission, se basan en acciones específicas para mejorar la Seguridad del Paciente, identificadas en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica. META es Reducir el riesgo de daño causado por las caídas Reducir el riesgo de caídas evaluando y reevaluando el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes. Las caídas en el ambiente hospitalario son responsables de diversos daños y lesiones a los pacientes. Todos los pacientes deben ser evaluados en cuanto a su riesgo de caída e identificados correctamente para tener las medidas apropiadas. En caso de haber mayor riesgo de caída, es necesario garantizar:

- La eliminación de obstáculos y objetos del suelo.
- La presencia constante de un acompañante.
- El ajuste de los medicamentos que causan mareos o debilidad.

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PERÍODO 2015-2020 Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha venido desarrollando el Programa de Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente en el marco del cual se han desarrollado diferentes proyectos, entre los que cabe destacar:

- Sistemas de notificación de incidentes en América Latina que recogen información sobre diferentes sistemas de notificación en la región y recomendaciones para su implementación y desarrollo.
- Estudio Eventos Adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica- AMBEAS. El principal objetivo de esta investigación era valorar la viabilidad de llevar a cabo este tipo de

estudios en la región, así como conocer la frecuencia, características y evitabilidad de los eventos adversos en la población. En el ámbito español, se realizó un estudio para determinar la validez empírica de los indicadores de SP y hospitalización prevenible para la evaluación de la calidad de los proveedores sanitarios. Consejo de Europa La Declaración de Varsovia sobre seguridad del paciente del año 2006 recomendaba incluir la seguridad del paciente como una prioridad en las agendas nacionales e internacionales, cooperando con el Consejo de Europa, la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud para asegurar la implementación de acciones de seguridad del paciente. Como líneas estratégicas a desarrollar recomendaba: – Promover una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico. 30 SANIDAD – Establecer sistemas de notificación de incidentes para el aprendizaje y la toma de decisiones. – Implicar a los pacientes y ciudadanos en la mejora de la seguridad. Unión Europea (UE) – Comisión Europea. La Comisión Europea con el fin de ofrecer un alto nivel de protección a la salud de la población y apoyar a los Estados Miembros en el logro de una atención sanitaria más segura ha desarrollado diversas acciones, coordinando o apoyando las actividades y proyectos en los que han participado o participan los Estados Miembros, los profesionales y pacientes y la mayor parte de las organizaciones e instituciones con interés en el tema. – Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente. Declaración surgida de una conferencia organizada durante la presidencia de Luxemburgo de la Unión Europea, incluye recomendaciones específicas sobre seguridad del paciente a nivel de la Unión Europea, nacional y local. – Grupo de trabajo en Calidad y seguridad del paciente. Grupo dependiente del Grupo de Alto Nivel de Servicios de Salud y Atención Médica y constituido por decisión de la Comisión Europea en abril de 2004. Este grupo contribuyó de forma considerable a la propuesta de las Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre

seguridad del paciente e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Sirve como plataforma de intercambio de información sobre acciones en desarrollo, prioridades y soluciones innovadoras frente a los retos de la Unión Europea en seguridad del paciente y calidad. Integra representantes de la Comisión Europea, los Estados Miembros, la Organización Mundial de la Salud, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y otras partes interesada.

CAPÍTULO III
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE
MEJORAMIENTO.

3.1 PLAN DE GESTIÓN

I. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA

1. Identificación del área y proceso a ser mejorado.

El área en que se desarrolla el presente Plan de Gestión es en el Servicio de Cirugía Especialidades del 5° B° Urología, Cirugía de Tórax y Cardiología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao. A todo paciente que ingresa al servicio se le realizará la valoración enfermera haciendo uso de la herramienta de la Escala de Riesgo de Caída (J.H. DOWNTON), y a través del flujograma establecido en la Directiva de Prevención de caídas en Pacientes Hospitalizados lo cual permitirá clasificar el riesgo de caída para realizar las actividades de enfermería correspondientes.

a) Matriz de Priorización

Identificación de Problemas:

1. Ocurrencia de caídas de pacientes en el servicio, ocasionando daño severo.
2. Desmotivación del personal lo que genera ausentismo laboral
3. Omisión de la identificación de pacientes
4. Presencia de úlceras por presión en pacientes con enfermedades crónicas.

5. Comunicación no asertiva en el personal de enfermería que ocasionalmente produce no concordancia de la prescripción con el Kardex.
6. Personal de enfermería insuficiente que limita el cuidado óptimo del paciente.

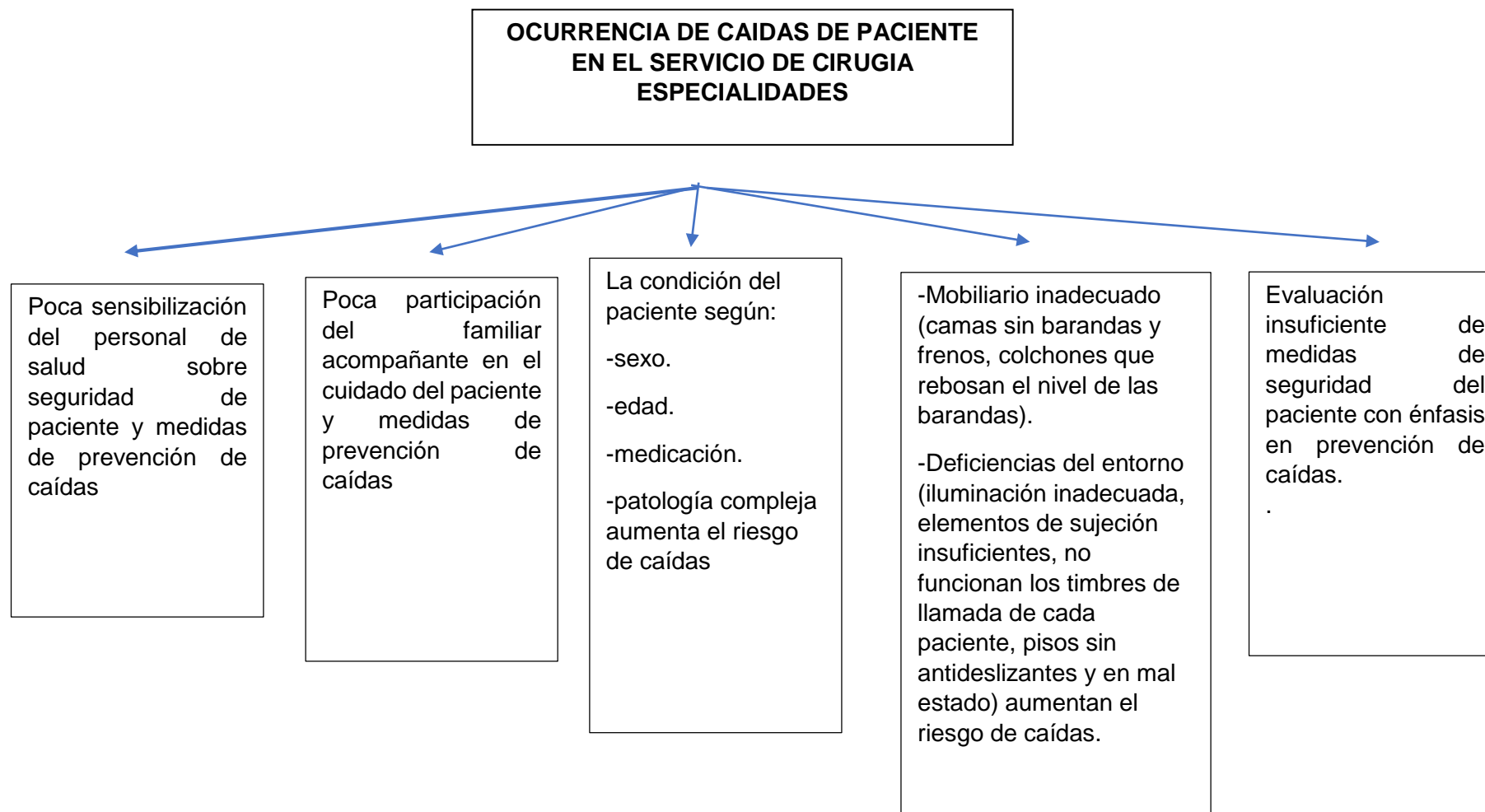
Cuadro N°1 Priorización de problemas:

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN					TOTAL
	Tamaño del grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	
1. Ocurrencia de caídas de pacientes en el servicio, ocasionando daño severo.	3	3	3	3	3	15
2. Omisión de la identificación de pacientes	3	3	3	2	3	14
3. Comunicación no asertiva en el personal de enfermería que ocasionalmente produce no concordancia de la prescripción con el kardex ,	3	3	3	1	3	13
4. Presencia de úlceras por presión en pacientes con enfermedades crónicas.	3	3	2	1	3	12
5. Desmotivación del personal que genera ausentismo laboral	3	3	2	1	3	12
6. Personal de enfermería insuficiente que limita el cuidado óptimo del paciente	3	3	1	3	1	11

Fuente: Elaboración propia

Leyenda: 1 - Bajo , 2 – Medio , 3 – Alto.

Problema



b) Diagrama de Pareto

ENCUESTA

¿A qué factores cree usted está relacionada la ocurrencia de caídas de los pacientes en el servicio de Cirugía Especialidades y en cuál de ellos sería más factible de intervención?

- a) Poca sensibilización del personal de salud sobre seguridad de paciente y medidas de prevención de caídas
- b) Poca participación del familiar acompañante en el cuidado del paciente y medidas de prevención de caídas
- c) La condición del paciente según sexo, edad, medicación o patología compleja aumenta el riesgo de caídas.
- d) Mobiliario inadecuado (camas sin barandas y frenos, colchones que rebosan el nivel de las barandas); deficiencias del entorno (iluminación inadecuada, elementos de sujeción insuficientes, no funcionan los timbres de llamada de cada paciente, pisos sin antideslizantes y en mal estado) aumentan el riesgo de caídas.
- e) Evaluación insuficiente de medidas de seguridad del paciente con énfasis en prevención de caídas.

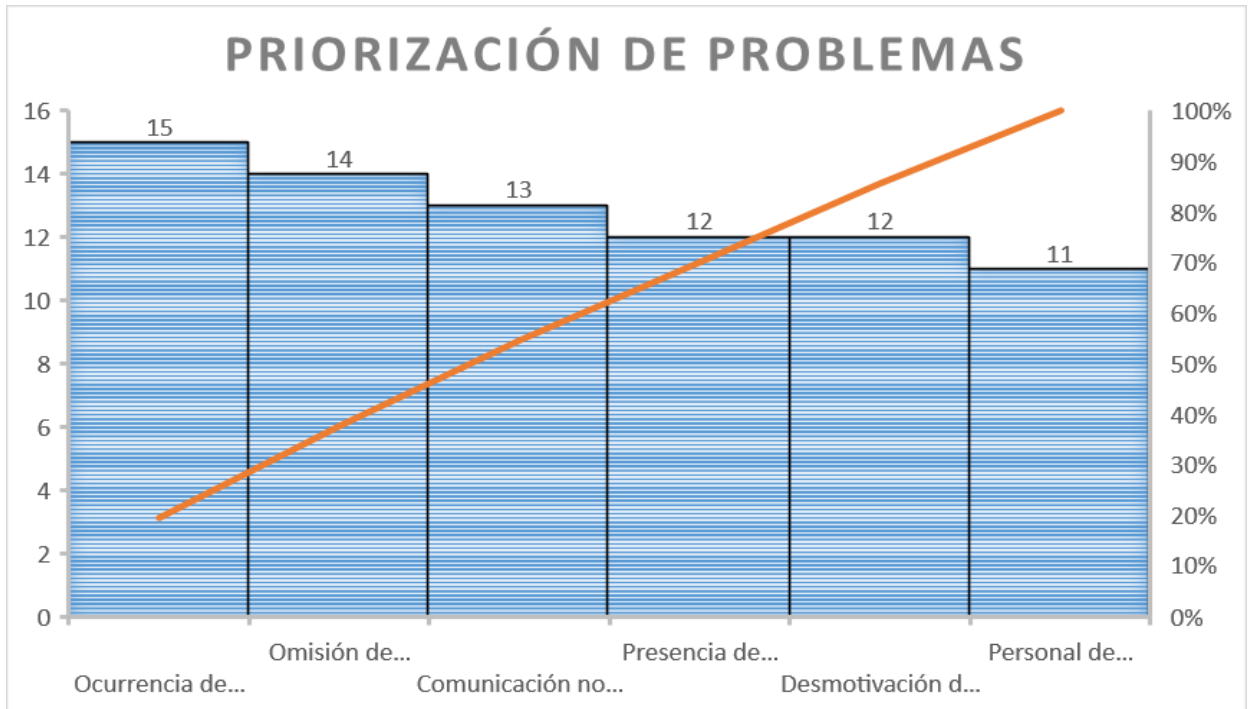
Total, de personal de enfermería: 20

- 7 personas marcaron la opción a
- 5 personas marcaron la opción b
- 2 personas marcaron la opción c
- 2 personas marcaron la opción d
- 4 personas marcaron la opción e

Cuadro N°2

CAUSAS	Frecuencia	%	%acumulado
Poca sensibilización del personal de salud sobre seguridad de paciente y medidas de prevención de caídas	7	35	35
Poca participación del familiar acompañante en el cuidado del paciente y medidas de prevención de caídas	5	25	60
Evaluación insuficiente de medidas de seguridad del paciente con énfasis en prevención de caídas.	4	20	80

<p>La condición del paciente según sexo, edad, medicación o patología compleja aumenta el riesgo de caídas.</p>	<p>2</p>	<p>10</p>	<p>90</p>
<p>Mobiliario inadecuado (camas sin barandas y frenos, colchones que rebosan el nivel de las barandas); deficiencias del entorno (iluminación inadecuada, elementos de sujeción insuficientes, no funcionan los timbres de llamada de cada paciente, pisos sin antideslizantes y en mal estado) aumentan el riesgo de caídas.</p>	<p>2</p>	<p>10</p>	<p>100</p>



2. Describir las causas y efectos negativos de la problemática apoyándose con diversas herramientas y técnicas de análisis.

Cuadro N° 3

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Ocurrencia de caídas de pacientes en el servicio de cirugía especialidades	a) Poca sensibilización del personal de salud sobre seguridad de paciente y medidas de prevención de caídas	No se toman medidas de seguridad en la atención de pacientes en prevención de caídas
	b) Poca participación del familiar acompañante en el cuidado del paciente y medidas de prevención de caídas	Incremento de la ocurrencia de caídas, por desconocimiento de medidas preventivas (eliminación de medidas de sujeción y barandas) .
	c) La condición del paciente según sexo, edad, medicación o patología compleja aumenta el riesgo de caídas.	Incremento de la estancia hospitalaria, costo económico y social. Agregar un daño colateral (TEC), fracturas.
	d) Mobiliario inadecuado (camas sin barandas y frenos, colchones que rebosan el nivel de las barandas); deficiencias del entorno (iluminación inadecuada, elementos de sujeción insuficientes, no funcionan los timbres de llamada de cada paciente, pisos sin antideslizantes y en mal estado) aumentan el riesgo de caídas.	Aumenta el riesgo y la incidencia de caídas
	e) Evaluación insuficiente de medidas de seguridad del paciente con énfasis en prevención de caídas.	No se aplica la escala de valoración de riesgo de caídas DOWNTON. No se cuenta con datos de aplicación de medidas de prevención de caídas.

Fuente Elaboración propia

II.-PROPUESTA Y PLANIFICACION DEL PLAN

a) Objetivo General:

Disminuir los riesgos de caídas y sus complicaciones en el paciente adulto hospitalizado, en el servicio de Cirugía Especialidades 5"B" Urología, Cirugía de Tórax y Cardiología, del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"-Callao, a través de la Implementación de la Directiva de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao.

Objetivos Específicos:

1. Sensibilizar a los trabajadores de salud del servicio en Seguridad del paciente con énfasis en prevención de caídas.
2. Establecer el uso estandarizado del instrumento de evaluación de riesgo de caídas a todos los pacientes que ingresan al servicio.
3. Evaluar la aplicación de las medidas de prevención de caídas a los pacientes del servicio.
4. Promover la participación de la familia del paciente en la prevención de caídas

b) Posibles soluciones.

Actividades O1:

- Elaboración de material educativo para capacitación.
- Distribución de escala de valoración de riesgo de caídas en cada sala.
- Reunión de capacitación a los trabajadores sobre Seguridad del pacientes y Directiva de prevención de caídas

Actividades O2

- Gestionar la impresión del formato de escala de valoración Downton, para su inclusión en el Kardex de enfermería.
- Elaboración de instrumento de evaluación de aplicación de escala de valoración

Actividades O3

- Elaboración de formato de evaluación de las medidas de prevención de caídas.
- Reuniones para socializar los resultados de las evaluaciones realizadas

Actividades O4:

- Educar al familiar acompañante en relación a las medidas de prevención de caídas.
- Elaborar tríptico educativo de prevención de caídas

c) Establecer decisiones para la solución herramientas a aplicar

Se utilizará la Directiva de Prevención de Caídas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. RDN° 075-2016-DG- HNDAC. Flujograma. ANEXO 1

Cuadro No 4 PLANIFICACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA

Problema	Objetivo	Metas	Actividades	Fecha de Inicio	Fecha de fin	Responsable	Recurso
Ocurrencia de caídas de pacientes en el servicio de cirugía especialidades	Sensibilizar a los trabajadores de salud del servicio en Seguridad del paciente con énfasis en prevención de caídas	100%	Elaboración de material educativo para capacitación.	Enero	Marzo	Jefe de servicio de Enfermería	R.Propios
			Distribución de escala de valoración de riesgo de caídas en cada sala.	Enero	Marzo	Jefe de servicio de Enfermería	R.Propios
			Reunión de capacitación al personal de enfermería sobre Seguridad del pacientes y Directiva de prevención de caídas	Enero	Marzo	Comité de capacitación del servicio	Recursos institucionales
	Establecer el uso estandarizado del instrumento de evaluación de riesgo de caídas a todos los pacientes que ingresan al servicio	100%	Gestionar la impresión del formato de escala de valoración Downton, para su inclusión en el Kardex de enfermería.	Febrero	Junio	Jefe de servicio de Enfermería	R.Propios
			Elaboración de instrumento de evaluación de aplicación de escala de valoración	Enero	Diciembre	Jefe de servicio de Enfermería	R.Propios

Problema	Objetivo	Metas	Actividades	Fecha de Inicio	Fecha de fin	Responsable	Recurso
Ocurrencia de caídas de pacientes en el servicio de cirugía especialidades	Evaluar la aplicación de las medidas de prevención de caídas a los pacientes del servicio.	70%	Elaboración de formato de evaluación de las medidas de prevención de caídas.	Mayo	Junio	Jefe de servicio de Enfermería	R.Propios
			Monitoreo de la aplicación de escala de valoración y medidas de prevención de caídas	Enero	Diciembre	Jefe de servicio de Enfermería	R.Propios
			Reuniones para socializar los resultados de las evaluaciones realizadas	Mayo	Diciembre	Comité de capacitación del servicio	Recursos institucionales
	Promover la participación de la familia del paciente en la prevención de caídas.	50%	Educación al familiar acompañante en relación a las medidas de prevención de caídas.	Marzo	Diciembre	Enfermera responsable de turno	Recursos institucionales
			Elaborar tríptico educativo de prevención de caídas	Enero	Marzo	Jefe de servicio de Enfermería	R.Propios

Cuadro N°5

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA 2019											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agt	Set	Oct	Nov	Dic
Elaboración de material educativo para capacitación.	X	X	X									
Distribución de escala de valoración de riesgo de caídas en cada sala.	X	X	X									
Reunión de capacitación al personal de enfermería sobre Seguridad del pacientes y Directiva de prevención de caídas	X			X				X				X
Gestionar la impresión del formato de escala de valoración Downton, para su inclusión en el Kardex de enfermería.		X				X						
Elaboración de instrumento de evaluación de aplicación de escala de valoración			X									
Elaboración de formato de evaluación de las medidas de prevención de caídas.			X									
Monitoreo de la aplicación de escala de valoración y medidas de prevención de caídas				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniones para socializar los resultados de las evaluaciones realizadas					X	X	X	X	X	X	X	X
Educar al familiar acompañante en relación a las medidas de prevención de caídas.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborar tríptico educativo de prevención de caídas	X											

III. IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO

Procesos realizados en el Plan de Gestión en la implementación de la Directiva de Caídas Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” R.D. No 075-2016-DG.

Se socializa la Directiva de Prevención de caídas y con ello:

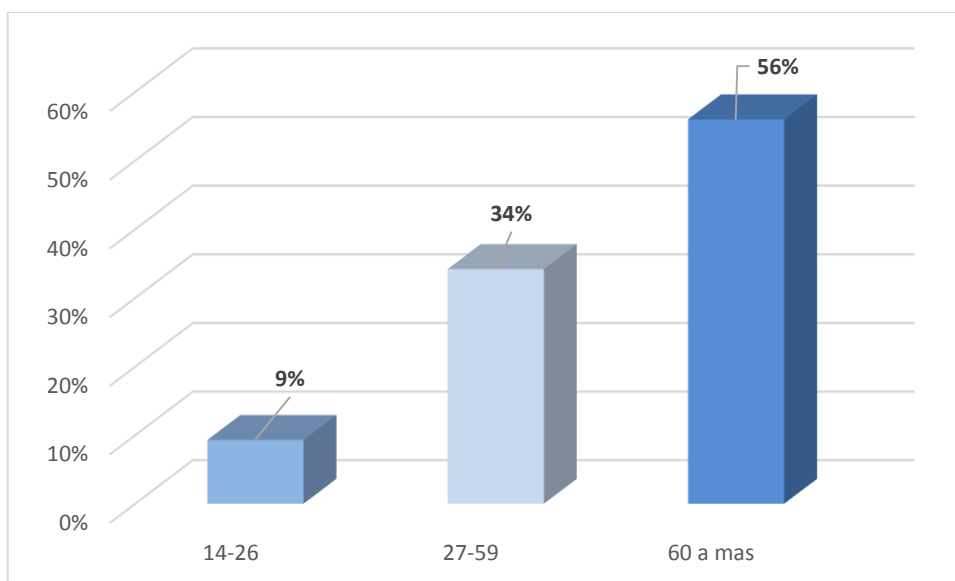
- La inclusión en el Kardex de Enfermería los riesgos de caídas al ingreso y por cada turno
- Valoración al ingreso del paciente aplicando la Escala de Valoración de Riesgo de caída y en cada turno.
- Se identifica y clasifica los riesgos de caídas, así como el registro, bajo, mediano, alto.
- Se aplica las medidas de prevención en todos los pacientes Hospitalizados según puntuación en Escala Downton.
- Se coloca en cada ambiente de paciente la Escala de Valoración de Riesgo de caída.
- La implementación de la identificación de paciente en una tabla colocada en la cabecera del paciente para identificación y anotación de riesgo de caída.
- Reevalúa, valora, identifica, registra y reporta en forma escrita y verbal, el riesgo de caída del paciente en el caso que haya cambios en su estado de salud.
- Se elabora un tríptico y rotafolio para educar al paciente, al cuidador y familia
- Se consolida mensualmente los datos obtenidos de los eventos adversos para tomar medidas correctivas.

- Se coloca el flujograma de Prevención de caídas en el Pionner de Kardex de Enfermería.

IV. EVALUACION

OBJETIVO	INDICADOR	META	EVALUACION
Sensibilizar a los trabajadores de salud del servicio en Seguridad del paciente con énfasis en prevención de caídas	Proporción de trabajadores capacitados en Seguridad del paciente	100%	86%
Establecer el uso estandarizado del instrumento de evaluación de riesgo de caídas a todos los pacientes que ingresan al servicio	Proporción de uso estandarizado de instrumento de evaluación de riesgo	100%	86%
Evaluar la aplicación de las medidas de prevención de caídas a los pacientes del servicio.	Proporción de Aplicación de la escala de valoración de riesgo de caídas	70%	86%
Promover la participación de la familia del paciente en la prevención de caídas.	Proporción de familias informadas	50%	70%

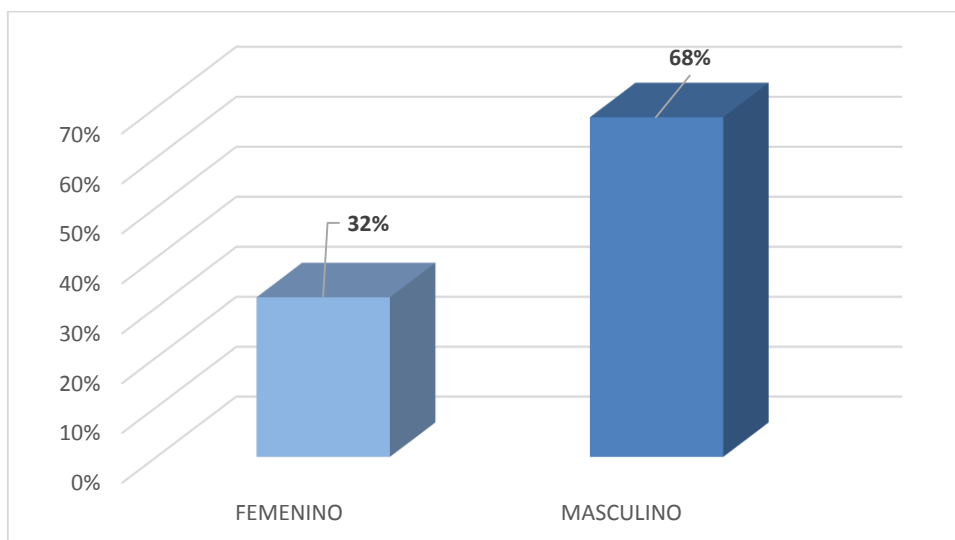
Gráfico N°1 EDAD



Fuente: Hoja de Kardex de Enfermería

En el gráfico N°1 se observa que del total de pacientes ingresados en el servicio de cirugía especialidades el grupo etáreo del adulto mayor de 60 años a más, que representa el 56% del total de ingresos.

Gráfico N°2 SEXO

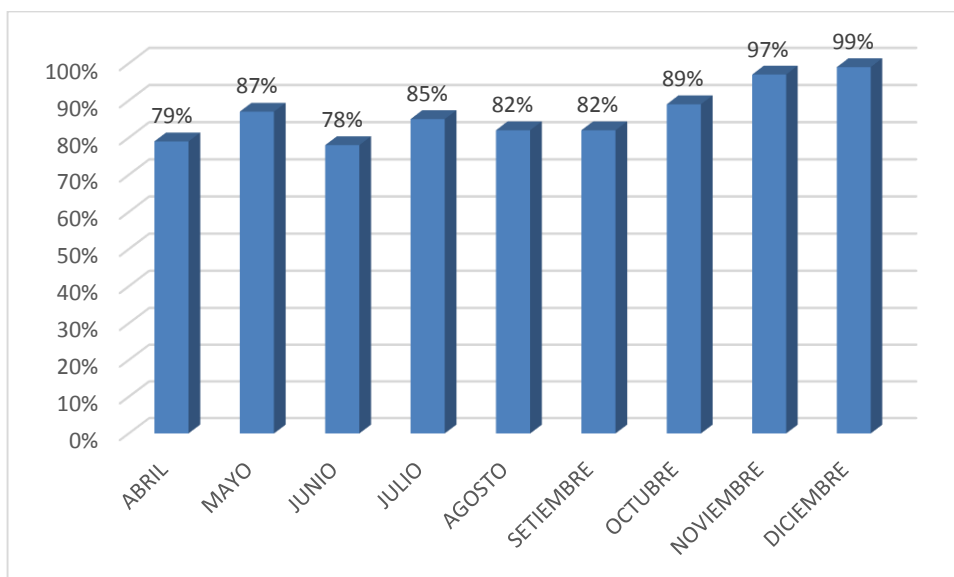


Fuente: Kardex de Enfermería

En el gráfico N°2 se observa que del total de pacientes ingresados al }servicio de cirugía especialidades del 5°B el 68% pertenecen al sexo masculino.

Gráfico N°3

EVOLUCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS(DOWNTON) . ABRIL- MAYO 2019.



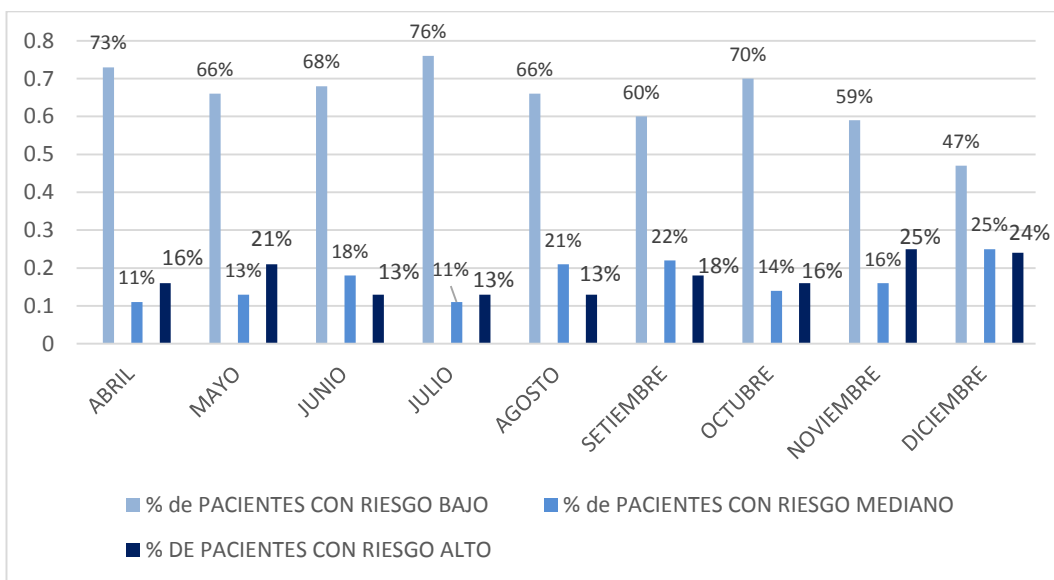
MESES	N° Ingresos	N° de Pacientes evaluados	Porcentaje de Valoración de riesgo de caídas
ABRIL	81	64	79%
MAYO	108	94	87%
JUNIO	77	60	78%
JULIO	85	72	85%
AGOSTO	93	76	82%
SETIEMBRE	83	68	82%
OCTUBRE	97	87	89%
NOVIEMBRE	79	77	97%
DICIEMBRE	69	68	99%
TOTAL	772	666	86%

FUENTE:CUADERNO DE PRODUCTIVIDAD-INGRESOS 2019

En el Gráfico N°3 se puede observar que el número de ingresos de Abril a Diciembre fueron 772 pacientes, de los cuales se realiza la valoración de riesgo de caídas a 666 pacientes, que representa el 86%. Se visualiza que el porcentaje de valoración en el último trimestre ha ido en aumento.

Gráfico N°4

PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDA. ABRIL-DICIEMBRE 2019



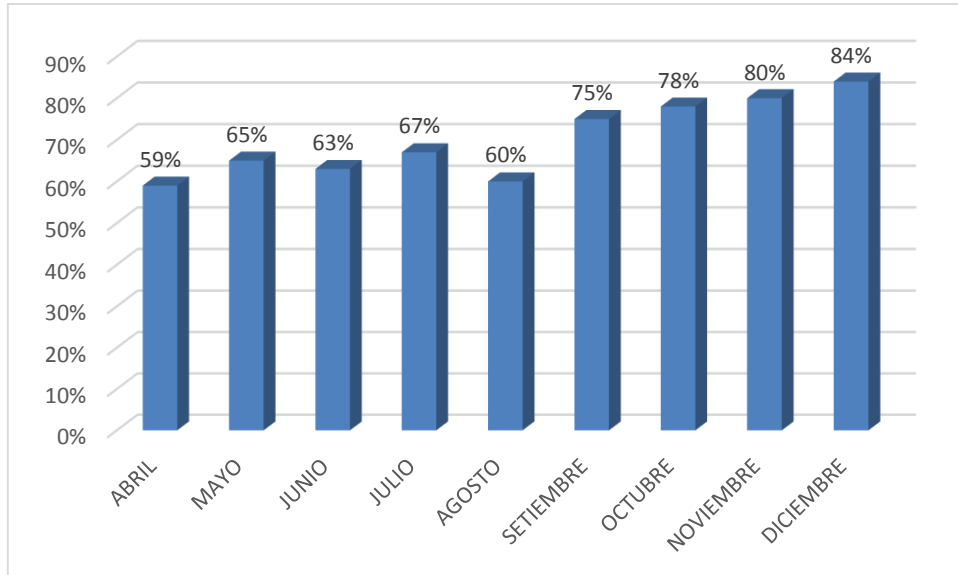
Fente: Cuaderno de productividad-Kardex de Enfermería.

PACIENTES CON RIESGO DE CAIDAS			
MESES	NºPACIENTES CON RIESGO BAJO	NºPACIENTES CON RIESGO MEDIANO	NºPACIENTES CON RIESGO ALTO
ABRIL	47	7	10
MAYO	62	12	20
JUNIO	41	11	8
JULIO	55	8	9
AGOSTO	50	16	10
SETIEMBRE	41	15	12
OCTUBRE	61	12	14
NOVIEMBRE	46	12	19
DICIEMBRE	35	17	16
FUENTE:CUADERNO DE PRODUCTIVIDAD			

En el gráfico N°4 se puede observar la clasificación de riesgo de caídas, donde el mayor porcentaje de riesgo alto se presentó en los meses de noviembre y diciembre con el 25% y 24% respectivamente.

Gráfico N°5

USO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA. ABRIL-DICIEMBRE 2020.



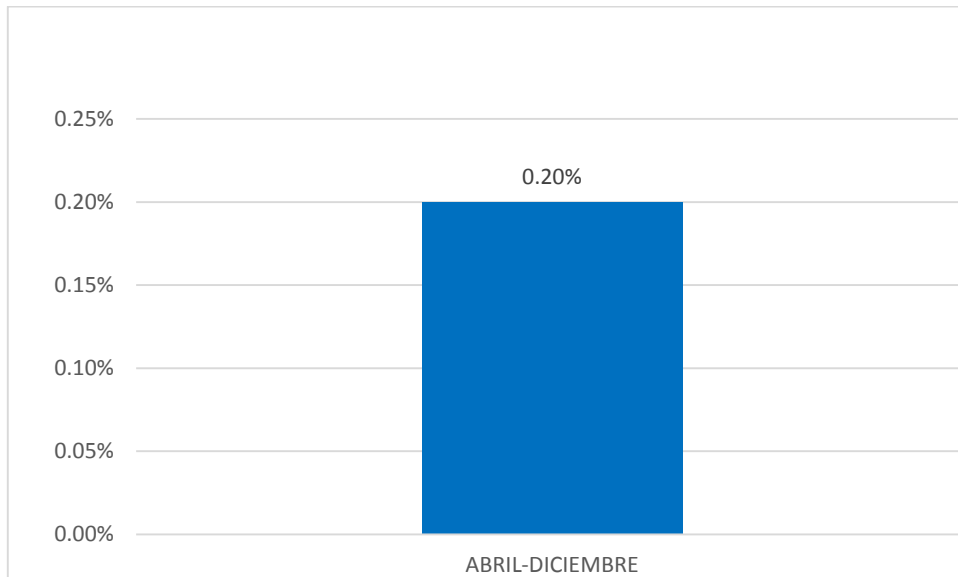
Fuente: Lista de chequeo "Cumplimiento de acciones preventivas implementadas en paciente con riesgo de caída. Umbral 80%

USO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES CON RIESGO DE CAIDA	
MESES	
ABRIL	59%
MAYO	65%
JUNIO	63%
JULIO	67%
AGOSTO	60%
SETIEMBRE	75%
OCTUBRE	78%
NOVIEMBRE	80%
DICIEMBRE	84%

En el Gráfico N°5 se observa que en el mes de Abril se aplicó en un 59% las medidas preventivas en pacientes con riesgo de caída que ha ido en incremento en el mes de diciembre con un 84%.

Gráfico N°6

PORCENTAJE DE CAIDAS ABRIL-MAYO 2019

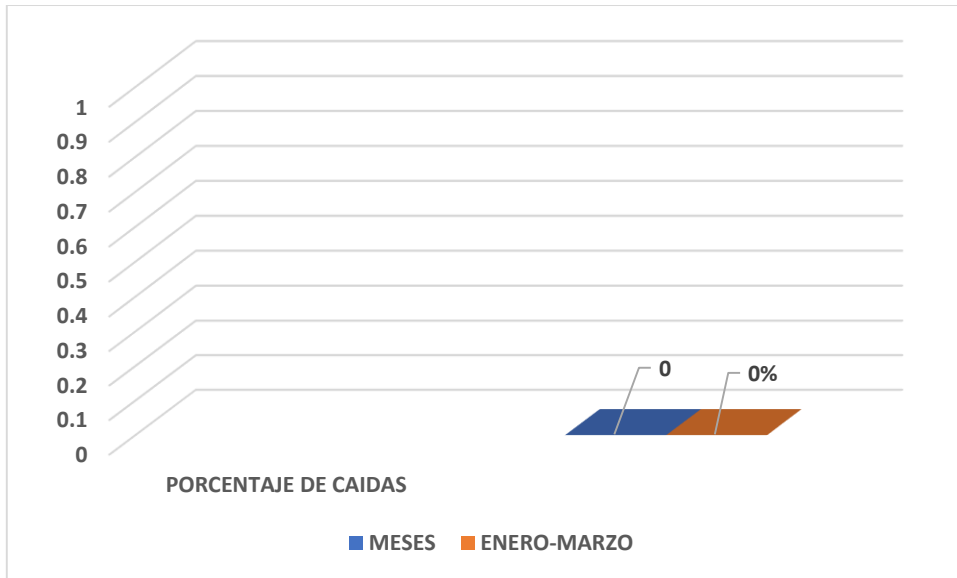


Fuente: Notificación de eventos adversos del servicio de cirugía especialidades

Se observa que en los meses de Abril a Diciembre se presentaron 2 caídas con un porcentaje de 0.2%, por encima del umbral que es $< 0.1\%$.

GRAFICO 6 A

PORCENTAJE DE CAIDAS EN EL PRIMER TRIMESTRE 2020

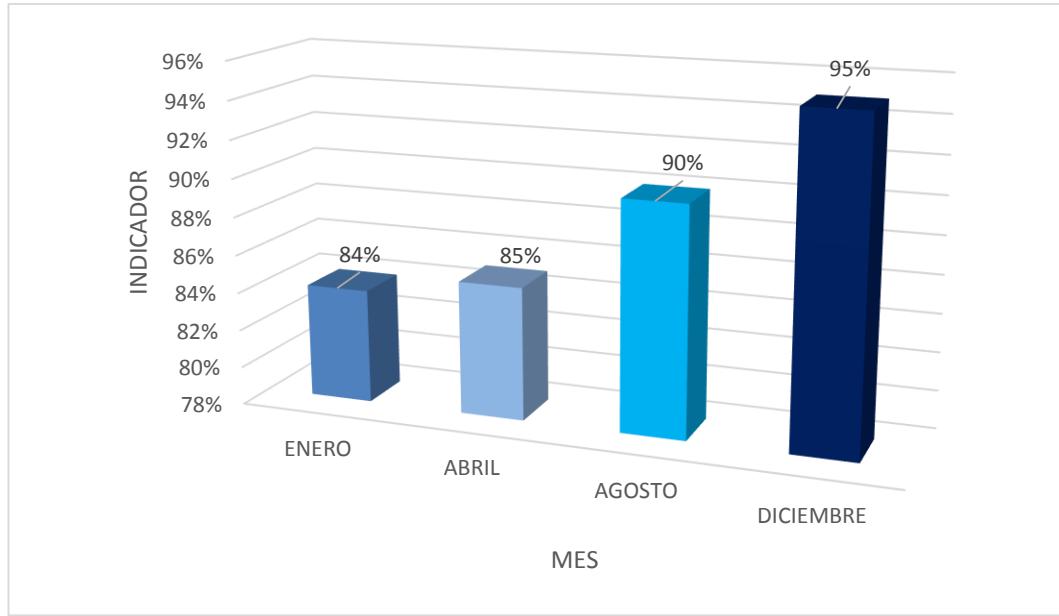


FUENTE: CENSO DIARIO DE INGRESOS-CUADERNO DE PRODUCTIVIDAD.

En el Gráfico 6B se puede observar que en el Primer Trimestre del 2020 no se registra ninguna caída. Se cumple con la Directiva de Prevención de Caídas.

Gráfico N°7

PERSONAL CAPACITADO EN PREVENCION DE CAIDAS.ENERO A DICIEMBRE DEL 2019.



Fuente: Cuaderno de asistencia a la capacitación

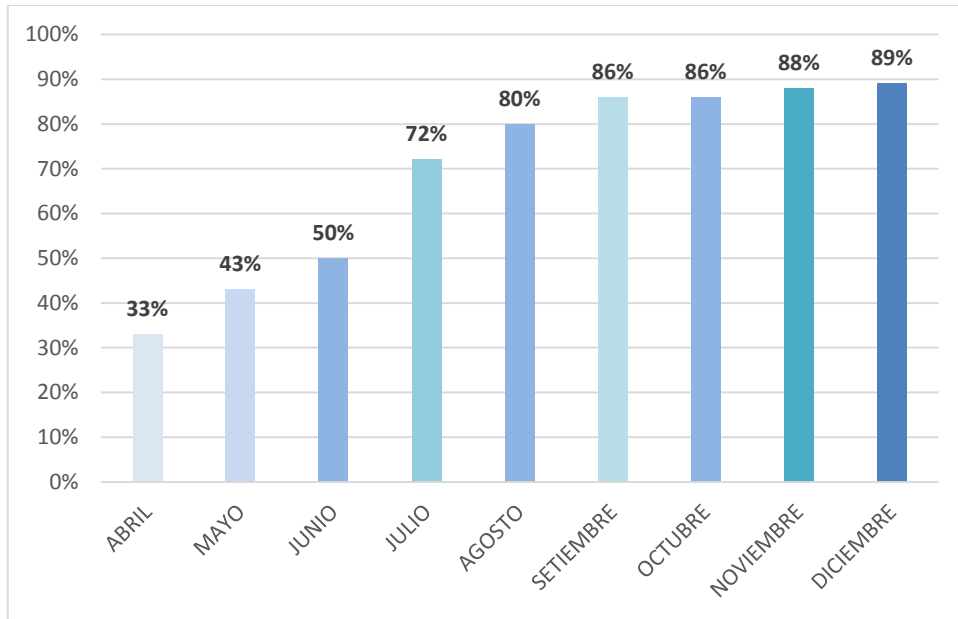
	PERSONAL CAPACITADO EN PREVENCION DE CAIDAS				TOTAL
	ENERO	ABRIL	AGOSTO	DICIEMBRE	
N°PERS. POS TEST APROBADO	16	17	18	19	68
N°PERS. ASISTE A LA CAPACI.	19	20	20	20	79
INDICADOR	84%	85%	90%	95%	86%

En el Gráfico N°7 se observa el porcentaje mayor de personal capacitado se presentó en el mes de noviembre con un 90% y diciembre con el 95% respectivamente.

Gráfico N°8

FAMILIAS INFORMADAS EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

ABRIL-MAYO2019.



FUENTE: Cuaderno de productividad del servicio

N°FAMILIAS INFORMADAS	N°PACIENTES CON RIESGO MEDIO Y ALTO	PROPORCION DE FAMILIAS INFORMADAS
4	12	33%
9	21	43%
7	14	50%
8	11	72%
17	21	80%
22	26	86%
19	26	86%
22	31	88%
17	33	89%
125	175	70%

En el gráfico N°8 se observa que el porcentaje de familias informadas desde el mes de Abril es del 33%y ha ido en aumento hasta alcanzar el 89% en el mes de Diciembre

4 CONCLUSIONES

- a) El 86% del personal de enfermería fueron capacitados en seguridad de paciente con énfasis en prevención de caídas en pacientes hospitalizados lo que influye en el cumplimiento y aplicación de la Directiva de Prevención de Caídas en el Servicio de Cirugía del 5° B". Según el indicador de capacitación (80%) estamos por encima del estándar, la meta es capacitar al 100% del personal, teniendo en cuenta al personal que rota o sale de vacaciones.
- b) El instrumento estandarizado de riesgo de caídas, Escala de DOWNTON se aplicó a un 86% de los pacientes que ingresaron al servicio de Abril a Diciembre del 2019. Teniendo en cuenta el flujograma a seguir según la Directiva de Prevención de Caídas de Paciente Hospitalizado. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión- Callao.
- c) Se realiza la clasificación de riesgo de caída en un 86% del total de ingresos y se tomaron las medidas de prevención según Directiva de Prevención de Caídas en pacientes Hospitalizados, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión- Callao
- d) El 70% de familias de pacientes ingresados fueron informados en la prevención de caídas, a través de rotafolio y trípticos En los meses de Abril-Diciembre 2019.
- e) En el primer trimestre del año 2020 ingresaron al servicio un total de 294 pacientes cumpliendo con la Directiva de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, utilizando la Escala de DOWNTON a la fecha no se ha registrado ninguna caída.

5 RECOMENDACIONES

- a) Al Departamento de Enfermería en coordinación con la jefatura de Enfermería servicio de Cirugía Especialidades del 5ºB: Continuar con la capacitación del personal en Seguridad del paciente, con énfasis en prevención de caídas.
- b) A la jefatura de la Oficina de Administración: Asegurar la disponibilidad del formato de evaluación de riesgo de caídas, en coordinación con imprenta de la institución.
- c) A las enfermeras del servicio: Realizar los esfuerzos necesarios para aplicar la evaluación de riesgo a la totalidad de pacientes y colocarlo en el Kardex de Enfermería. En este punto el enfermero ha de dejar constancia de si el paciente tiene riesgo de caerse o no. Reevalúa al paciente ante la presencia de cambios en su estado de salud por turno, registra y reporta verbalmente. Para ello se basará en los datos recogidos en la valoración, y en su juicio clínico.
- d) Realizar una evaluación y educación al cuidador principal, o de la familia a tener en cuenta en el Informe de Continuidad de Cuidados. Según la circunstancia del paciente la presencia e implicación del Cuidador puede determinar el riesgo de caer.
- e) Al Departamento de Enfermería en coordinación con la supervisora y jefa del servicio de Cirugía Especialidades del 5º B , verificar el cumplimiento de la Directiva de Prevención de Caídas y en otros servicios de enfermería en razón que en el servicio a disminuido el % de caídas de 0.2% a 0%.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD – OMS-(13.set.2019) GINEBRA -seguridad de paciente.<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- 2- MINSAL- (2019) Perú. Plan anual de seguridad de paciente of. Ide-calidad resolucióndirectoral-n-055-
<https://www.hejcu.gob.pe/media/attachments/2019/03/18>
- 3- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA-(2019) Perú.
<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/provincia-constitucional-del-callao-alberga-a-cerca-de-un-millon-de-habitantes-7689/>
- 4- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-(2018) Ginebra-Caídas
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- 5-ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD(2018) GINEBRA-Caídas <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>
- 6-Ministerio de la sanidad (2016) Madrid-España Documento Institucional de la estrategia de seguridad de paciente-Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- 7- MINSAL (2015) Perú-Ley General de Salud.26842.
- 8- HOSPITAL DE VITARTE (2015) Lima-Perú.Of. estadística.
<http://www.hospitalvitarpe.gob.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=1055>
- 9- HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION (2019) Lima-Perú.Of. Calidad.
- 10-PASA TS, MAGNAGO TSBS,y cols. (2017) Rev. Latino-Am. Enferma. <Http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>. “Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados.”

- 11- ALVES VC, FREITAS WCJ, y col (2017). Rev. Latino-Am Enfermagen Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986>.
- 12-GARCÍA SÁNCHEZ,maría del carmen (2017) Murcia-España Tesis Titulada “Análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia.”
- 13-ALIAGA braulio, MOLINA natalia y col. (2018) Chile.Rev. méd. Chile vol.146 no.7. Artículo de Investigación.” Prevalencia de pacientes con alto riesgo de caídas en un servicio médico-quirúrgico de un hospital universitario”
- 14-VARELA SILVA, Francis Enrique (2018)- Nicaragua. Tesis Titulada “Riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados del servicio de cardiología de adultos, del instituto nacional cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras, en los meses de diciembre del 2017 y Enero del 2018.”
- 15- ATAUJE SAITO, Hiroshi Ricardo (2018) Perú. Tesis titulada “Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017”
- 16-BADA DIAZ, alicestephanie (2018) LIMA-PERÚ, Tesis titulada “Asociación del Riesgo de caídas según sexo en el Adulto Mayor Atendido en un Hospital de Lima- Perú.”
- 17- QUIÑONEZ TORRES, Jhoana Gretel (2017) Perú. Tesis titulada “Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016”
- 18- MORI YACHAS,Br. Natali Roxana. Año (2017) Lima-Perú. Tesis titulada” Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos

por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017”

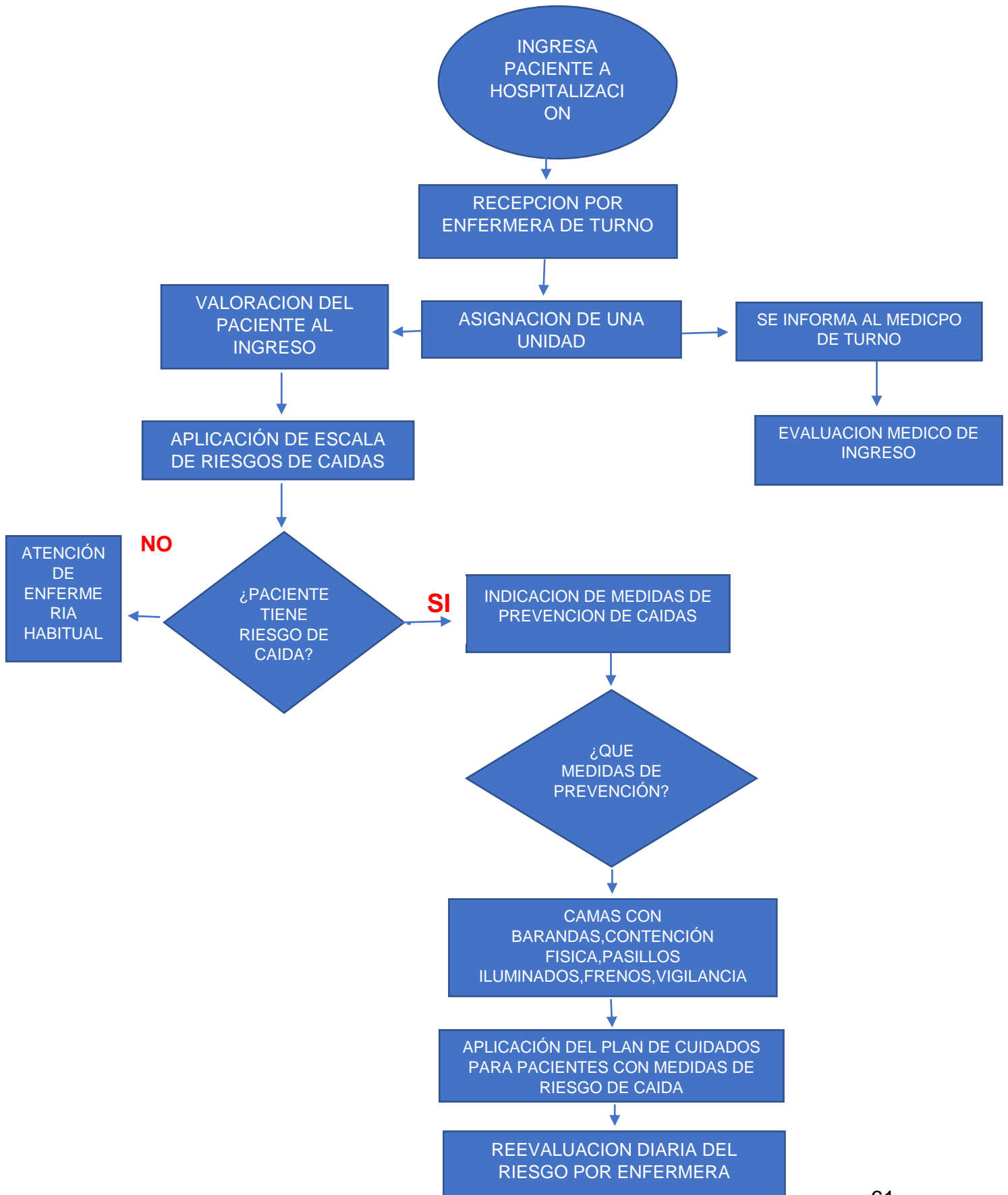
19-TORRES BLAS, johanamarisa (2015) Lima – Perú. Tesis titulada “Autocuidado en la Prevención de Caídas que tiene el Adulto Mayor que asiste al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco periodo Enero a Marzo 2015”.

20- MAYA JOSS, (2017) <http://mayajoss17.blogspot.com/2017/02/teoria-del-cuidado-del-entorno-florence.html>.

21-HERNANDEZ MARTIN, cristina (2016) Valladolid – España. El Modelo de Virginia Henderson en la Practica Enfermera. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=13013599DEC82030872E4CC67AA92B5E?sequence=1>


ANEXOS

FLUJOGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS







ANEXO 2

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

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

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


   J. RUIZ R.	Elaborado por:	DE DE OGC OGC	Lic. Mirha AKAJOSI TRUJILLO Lic. Nery CHOY ZAVALA Dra. Cecilia MENA SAAVEDRA Sr Carlos SALCEDO WESTRES
	Revisado por:	DAGC DAPBS OAJ OEA OEPE OEPE-UO	Dr. Segundo GARCIA GARCIA Dr. Elber DEL AGUILA QUISPE Abog. Susana VERANO ZELDA Lic. Cesar RAMIREZ ANGELES Econ. Juan RUIZ RAMIREZ Lic. Karim SANCHEZ ARROYO
	Aprobado por:	DG	Dra. Maria Elena AGUILAR DEL AGUILA
	 G. RAMIREZ	Resolución Directoral N°	015

ANEXO 3 CAPACITACION EN SERVICIO-PRE Y POS TEST.



ANEXO 4

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS QUE LA ENFERMERA UTILIZA PARA VALORAR EL RIESGO DE CAIDAS. ESCALA DE DOWTON

 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION SERVICIO DE CIRUGIA DE TORAX, CARDIOLOGIA Y UROLOGIA ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)		
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS.)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1

INTERPRETACION DE PUNTAJES

ALTO RIESGO: 3 o mas

MEDIANO RIESGO = 1 a 2

BAJO RIESGO = 0 a 1

ESCALA UTILIZADA

ADULTOS

ANEXO 6

INFORMACION SOBRE EL RIESGO DE CAIDAS, PERSONAL, FAMILIA Y/O CUIDADOR.

MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES.

- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto por turno.
- Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias.
- Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audifonos...). Revisar c/ 12h.
- Mantener ordenada la habitación y el aseo, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables,...). Se recomendará utilizar los armarios. Revisar c/12h.
- Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización). • Facilitar que el aseo esté accesible y con asideros.
- El paciente debe de tener accesible en todo momento el timbre de llamada y el teléfono. Por turno.
- Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente. Por turno.
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante. Por turno.



INFORMATE SOBRE
"RIESGO DE CAIDA EN
PACIENTES
HOSPITALIZADOS"
PRESENTADO POR
SERVICIO DE CIRUGIA DE
TORAX, CARDIOLOGIA Y
UROLOGIA



ANEXO 7

ROTAFOLIO DIRIGIDO A LA FAMILIA Y CUIDADOR DEL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS.

