



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN CUANTO AL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ÁREA DE
HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL PADRE CAROLLO "UN CANTO A LA VIDA"
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2016

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Licenciada en enfermería.

Profesora Guía
Lilia Simbaña

Autora
Michelle Stefania Jácome Caiza

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Lilia Pilar Simbaña Criollo
Magister en Administración Hospitalaria
CI: 1709901316

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Mirian Rosana Morales Porras
Especialista en Medicina Crítica
CI: 1709677452

DECLARACIÓN DEL AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

Michelle Stefania Jácome Caiza
CI: 1719555946

AGRADECIMIENTOS

En el presente proyecto de titulación me gustaría agradecer ante todo a Dios por haber guiado mi camino y bendecirme para poder llegar hasta donde he llegado. A mis padres por haber sido mi apoyo incondicional. Porque gracias a ellos hoy soy quien soy y estoy donde estoy. A mi guía de tesis, la magister Lilia Simbaña y a mi correctora la docente Rosana Morales por su esfuerzo, dedicación y paciencia, quienes con sus conocimientos me han ayudado a llevar este proyecto hacia adelante. A la licenciada Carmen Alarcón y a los diferentes docentes de la UDLA de la carrera de enfermería.

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado principalmente a mis padres, ya que tanto gracias a mi esfuerzo como al suyo, hoy puedo decir que he culminado mi carrera que no podría haberlo hecho sin el apoyo de ellos.

RESUMEN

La seguridad de los pacientes es un punto clave en el manejo de los pacientes durante su estancia hospitalaria, es por ello que este proyecto de titulación está enfocado en la seguridad con respecto al riesgo de caídas de los pacientes, para lo cual se considera necesario en primer lugar conocer cuál es el riesgo que presenta los/as pacientes de sufrir una caída.

Para posteriormente llevar a cabo la elaboración del protocolo de prevención de caídas en el área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida'', así como la respectiva implementación de una determinada identificación que permita clasificar a los paciente en bajo, mediano y alto riesgo. Para llevar a cabo la recolección de datos y desarrollo del proyecto se realizará una encuesta a las enfermeras y auxiliares que laboran en dicha área, teniendo en cuenta que ya sea, por las vacaciones, cambios de turno u otros asuntos, no todas las integrantes del área podrán ser encuestadas, y también se aplicará una hoja de chequeo. Todo ello con el objetivo fomentar la seguridad de los pacientes brindando un cuidado integral de los mismos.

En cuanto a la teoría en la cual se fundamentaría el trabajo cabe mencionar la Teoría de la enfermería clínica, el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, puesto que posee un punto que tiene como fin evitar el daño, como puede ser en este caso una caída y sus posteriores complicaciones.

Y con respecto a los datos obtenidos es importante recalcar que del total pacientes presentes en el área de hospitalización durante el periodo de observación aproximadamente un 30% de ellos tras aplicarles la respectiva escala de John Downton presentaban un alto riesgo de sufrir una caída, siendo por ello importante la elaboración del protocolo y aplicación de tarjetas de identificación de acuerdo al riesgo mencionadas anteriormente.

ABSTRACT

The safety of the patients is a key point in the management of their hospital stay, that is why this project of titulation is projected in the safety with respect to the risk of falls of the patients, for which it is considered necessary in the first place to know the risk of patients suffering a fall.

To later carry out the elaboration of a protocol to prevent falls in the hospitalization area of the hospital ``Padre Carollo. `` Un Canto a la Vida''', as well as the respective implentation of a certain identification that allows to qualify the patients in low, medium and high risk. To carry out the collection of data and development of the Project, a survey will be carried out on the nurses and assistant who work in said area, taking into account that due to vacations, shifts or other issues, not all members of the area will be able to respond, and check sheet will also be applied, with the aim of promoting patient safety by providing comprehensive care.

As for the theory on which the work is based, mention should be made of the theory of clinical nursing the model of the 14 needs of Virginia Henderson, since it has a point that has the purpose of avoiding harm, as in this case a fall and subsequent complications.

And with respect to the data obtained, it is important to emphasize that the total number of patients in the hospitalization area during the observation period approximately thirty percent of them after applying the respective John Downton scale presented a high risk of suffering a fall being for that reason important the elaboration of the protocol and application of identification cards according to the afore mentioned risk.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos específicos	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	4
4. DISEÑO METODOLÓGICO	5
5. MARCO LEGAL.....	7
5.1. Constitución.....	7
5.2. Ley Orgánica de Salud	8
6. MARCO TEÓRICO	10
6.1. Teoría de enfermería	10
6.2. Seguridad del paciente	12
6.2.1. Metas internacionales de la seguridad del paciente	17
6.3. Seguridad y confort.....	18
6.4. Concepto de caídas.....	19
6.4.1. Tipos de caídas.....	20
6.5. Factores de riesgo	21

6.5.1. Factores intrínsecos.....	21
6.5.2. Factores extrínsecos.....	21
6.5.4. Factores relacionados con el tratamiento farmacológico	22
6.6. Prevención de caídas	23
6.6.1. Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario.....	24
6.6.2. Medidas de seguridad relacionadas con el personal de enfermería	24
6.6.2. Medidas de seguridad relacionadas con el familiar	25
6.7. Sujeción.....	26
6.8. Escalas de evaluación de riesgo de caídas	27
6.8.1. Test de Tinetti	28
6.8.2. Escala de Heinrich	28
6.8.3. Escala de riesgo de caídas Morse.....	28
6.8.4. Escala de J.H Downton.....	29
6.9. Complicaciones que producen las caídas	29
6.9.1. Fracturas.....	29
6.9.2. Traumatismo craneoencefálico (TCE)	30
6.9.3. Heridas cortantes.....	31
6.9.4. Dislocaciones.....	31
6.9.5. Problemas psicológicos	31
6.10. Elaboración de un protocolo	31

7. DISCUSIÓN	35
8. PROTOCOLO	36
9. RESULTADOS.....	44
9.1. Valoración de riesgo de caídas de pacientes.....	44
9.2. Encuesta para personal de enfermería y auxiliares	55
9.3. Check list.....	68
10. CONCLUSIONES	75
11. RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS	77
ANEXOS	81

1. INTRODUCCIÓN

Las causas que pueden desencadenar las caídas son diversas, si bien, para determinar las mismas en primer lugar es necesario conocer que es una caída.

Por ello tenemos que según la OMS las caídas se definen como la pérdida del equilibrio causada por actos involuntarios que culminan con un impacto sobre el suelo u otra superficie.

Y que aproximadamente el promedio de caídas en el ámbito hospitalario suele ser de 1.5 caídas por cama, y por lo general suelen suceder cerca de la cama cuando el paciente intenta levantarse o acostarse, aunque también pueden darse durante la deambulación dentro de la habitación o al momento de acceder al baño u otro sitio. (Rozman, C y Cardellach.,2012)

Es por ello necesario en primer lugar determinar el riesgo de caídas que presenta un paciente, es decir determinar si tiene bajo, mediano o alto riesgo, siendo necesaria la existencia de un protocolo de seguridad para la prevención de caídas del paciente, así como el establecimiento de una determinada identificación que permita reconocer a aquellos pacientes que presenten este tipo de riesgo. Y en consecuencia que el personal de salud preste el cuidado adecuado de acuerdo al tipo de riesgo que presente la persona.

Ahora bien este trabajo se llevará a cabo en el Hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´ en el área de hospitalización.

Para lo cual se realizará una encuesta y hoja de chequeo a las/os enfermeras/os y auxiliares de enfermería que trabajan en dicha área durante los diferentes turnos. Teniendo en cuenta que, debido a los cambios de horario, diferentes asignaciones de turno, vacaciones u otros sucesos no todo el

personal de enfermería y auxiliares de enfermería podrán responder a la encuesta propuesta, por lo cual se trabajará únicamente con las persona presentes durante el periodo de tiempo que dure la observación en el área.

Para culminar quisiera agradecer en primer lugar a mi asesora en la realización dicha investigación la magister Lilia Simbaña por su esfuerzo, paciencia y dedicación.

Así como a la licenciada Carmen Alarcón que fue quien inicialmente por medio de las distintas materias que impartía en anteriores semestres fue quien guio la realización del proyecto de titulación y también a las personas que trabajan tanto en el área de administración como en el área en la cual desarrolle mi investigación por su participación, implicación y tiempo concedido.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Elaborar el protocolo de prevención de caídas en el área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida``

2.2. Objetivos específicos

1. Determinar el número de pacientes con alto riesgo de caídas en el área de hospitalización.
2. Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre protocolos de seguridad.
3. Implementar tarjetas de identificación de acuerdo al riesgo del paciente.

3. JUSTIFICACIÓN

Tras varias deliberaciones y haber acudido al hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida`` se realizará el trabajo de titulación, enfocado en la elaboración del protocolo de prevención de caídas en el área de hospitalización de dicha institución, dado que es necesario estandarizar el manejo de los pacientes de acuerdo al tipo de riesgo que presenten (bajo, mediano o alto).

Por otro lado debido a que esta área no consta con ningún tipo de identificación que permita determinar cuáles son los pacientes que tienen riesgo de caída, es importante la elaboración y consecuente aplicación de tarjetas de identificación, las cuales una vez diseñadas serán expuestas a los líderes administrativos y del área con el fin de que sean revisadas y aprobadas por parte del hospital.

Estas tarjetas de identificación se encontrarán adjuntas a la historia clínica de los pacientes, con el objetivo de determinar cuál es el riesgo de caída del paciente (bajo, mediano o alto) y en consecuencia llevar a cabo las respectivas precauciones, cuidados y correcto manejo de los pacientes y en consecuencia evitar que se produzcan complicaciones.

Finalmente es importante mencionar que el proyecto de titulación se fundamenta en el modelo de las 14 necesidades humanas básicas de Virginia Henderson, ya que entiende a la persona como un ser integral con varias necesidades, así como también toma en cuenta el entorno del paciente tal cual lo menciona en el punto número nueve, ``Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros.`` (Raile, M. y Marriner, A., 2015)

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Con respecto al tipo de estudio podemos determinar que esta investigación englobaría los siguientes tipos:

- Transversal: ya que la recolección de datos abarcaría un periodo de 6 meses.
- Prospectivo: será de agosto en adelante.
- Mixto: puesto que el tema está encaminado a determinar las causas por las cuales se producen las caídas e identificar el número de pacientes con alto riesgo de caídas.
- Exploratorio: ya que se explorará los factores por las cuales se pueden producir las caídas, para llevar a cabo la elaboración del protocolo.
- Explicativo: se elaborará un protocolo, el cual deberá ser puesto de manifiesto en el área para conocimiento de todos.

El lugar donde se llevará a cabo la investigación es en el área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida``.

Teniendo en cuenta que en el área de hospitalización hay pacientes de todas las edades cabe recalcar que la disposición de la población sería interpretada de la siguiente manera:

- Población: pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida``.
- Población de interés y accesible: pacientes hospitalizados en las diferentes subdivisiones del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida``.

- Muestra: pacientes observados durante el periodo de la recolección de datos hospitalización de la institución Padre Carollo ``Un Canto a la Vida``

Podemos determinar que se trata de una muestra probabilística y estratificada y que consta de los siguientes criterios:

- Criterio de inclusión
 - Pacientes de 15 años en adelante que permanezcan hospitalizados en las diferentes subdivisiones del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida`` durante el periodo de observación y recolección de datos.
- Criterio de exclusión
 - Pacientes hospitalizados que no hayan participado en el proyecto debido a que no han estado presentes o ya han sido dados de alta.
 - Pacientes menores de 15 años.

Entre las variables a tratar en el tema de investigación podemos diferenciar:

- Variable dependiente: riesgo de caídas
- Variables independientes: grado de conciencia, edad, tipo de medicación y patología por la cual el paciente se encuentra hospitalizado.

La recolección de datos es tanto cualitativa como cuantitativa y la misma será llevada a cabo con los instrumentos mencionados a continuación:

- Encuesta.
- Hoja de chequeo
- Escala de Downton (para valorar el riesgo de caída de los pacientes)

5. MARCO LEGAL

La seguridad del paciente podemos verla fundamentada a nivel de varios estamentos legales en nuestro país como es el caso de la Constitución y la Ley Orgánica de Salud.

5.1. Constitución

En cuanto a la Constitución existen infinidad de artículos, de los cuales todos y cada uno de ellos son muy importantes, sin embargo cabe destacar que a la hora de hablar de la seguridad y salud del paciente podemos destacar los siguientes entre otros:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Título II, Derechos, capítulo 2, Derechos del buen vivir, sección 7, Salud, 2008)

Como bien menciona el artículo la salud es un derecho inalienable, punto en el cual el personal de enfermería como responsable directo del cuidado del paciente debe velar por la seguridad íntegra del paciente.

La salud pilar de la vida, motivo por el cual, **Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con

enfoque de género y generacional. (Título VII,Régimen del Buen Vivir,capítulo 1,Inclusión y equidad,sección 2,Salud,2008)

Ahora bien, con respecto a los riesgos en diferentes ámbitos, distinguimos que la Constitución abarca el ítem conocido como gestión de riesgo, dentro del cual cabe destacar el siguiente artículo.

Art. 389.- El Estado protegerá a las personas, las colectividades y la naturaleza frente a los efectos negativos de los desastres de origen natural o antrópico mediante la prevención ante el riesgo, la mitigación de desastres, la recuperación y mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y ambientales, con el objetivo de minimizar la condición de vulnerabilidad. (Título II,Derechos,capítulo 2,Derechos del buen vivir,sección 9,Gestión del riesgo,2008)

5.2. Ley Orgánica de Salud

Otro punto a tener en cuenta al momento de hablar de seguridad del paciente, es la ley orgánica de salud, puesto que en la misma se tratan varios apartados que refuerzan y velan por la seguridad del paciente:

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético. (Ley Orgánica de Salud,67,2006)

Como determina al artículo anteriormente mencionado, la salud es un es un derecho, el cual debe ser respetado y en el caso de los profesionales de enfermería los mismos deben brindar un cuidado integral del individuo, familia y/o comunidad, sin emitir juicios de valor con respecto a la cultura, religión u otro aspecto referente al paciente y llevar a cabo dicho cuidado basado en estándares de calidad.

Por otro lado, es importante tener en cuenta también un manejo adecuado de los pacientes y es aquí donde cabe señalar el siguiente artículo.

Art. 199.- Corresponde a la autoridad sanitaria nacional la investigación y sanción de la práctica ilegal, negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en el ejercicio de las profesiones de la salud, sin perjuicio de la acción de la justicia ordinaria. (Ley Orgánica de Salud,67,2006)

Como bien menciona el artículo 199 los actos irregulares cometidos por cualquiera de los profesionales de la salud no ha de quedar impunes, puesto que el objetivo principal es velar por la salud y seguridad del paciente y no cometer actividades que puedan poner en riesgo la integridad e incluso la vida del paciente.

Si bien es cierto sobre quien caería la carga sería sobre aquella persona o personas que cometieron el error, pero también debería rendir cuentas el centro donde laboran dichas personas, ya que éste es el principal responsable de su personal, como se indica a continuación.

Art. 203.- Los servicios de salud, serán corresponsables civilmente, de las actuaciones de los profesionales de la salud que laboran en ellos. (Ley Orgánica de Salud,67,2006)

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Teoría de enfermería

El proyecto de titulación presente se fundamenta en el modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

En primer lugar es necesario presentar una pequeña bibliografía sobre ella. Virginia Henderson nació en el año 1887 en la región de Misuri (Kansas) y falleció en 1966. A lo largo de su vida Virginia realizó numerosas acciones de vital importancia entre las cuales cabe destacar; su ingreso a la Escuela de enfermería de la Armada de Washintong D, donde obtuvo su título en 1921. (Fernández,s.f.)

Posteriormente en afán de progresar en el año 1927 se inscribe en el Teachers College de la Universidad de Columbia, para obtener su título de licenciada y con el paso del tiempo un Master. A lo largo de los años Virginia Henderson continua realizando gran cantidad de avances como es la publicación del libro de ``Principios y prácticas de enfermería`` en 1955, en el cual pone de manifiesto su propio concepto sobre enfermería, siendo el mismo muy bien acogido por parte del Consejo Internacional de Enfermería. Continuando con sus publicaciones cabe mencionar la elaboración en 1966 de su obra ``La Naturaleza de enfermería`` (Fernández,s.f.)

Ahora bien centrándonos en el modelo conceptual de Virginia Henderson, ella indica que la principal función de la enfermería es centra su atención en ayudar a las personas tanto sanas como enfermas en la consecución de actividades que permitan el mantenimiento y mejoramiento de la salud. Ante ello da las siguientes definiciones (Fernández,s.f.):

- Persona: integra tanto factores físicos, psicológicos y socio-económicos.
- Entorno: hacer referencia a todos aquellos elementos presentes en cuanto al individuo tanto de manera interna como externa

- Salud: relacionada principalmente con el cumplimiento de las 14 necesidades básicas del ser humano.

(Fernández,s.f.)

En cuanto a las 14 necesidades mencionadas por Henderson distinguimos que son:

- 1) Respiración
- 2) Alimentación
- 3) Eliminación
- 4) Movimiento
- 5) Sueño y descanso
- 6) Vestimenta
- 7) Temperatura corporal adecuada
- 8) Higiene corporal
- 9) **“Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras persona”** (Fernández,s.f.)
- 10) Comunicación
- 11) Aceptación de valores y creencias
- 12) Realización personal y laboral
- 13) Actividades de ocio
- 14) Satisfacción de la curiosidad de acuerdo a los recursos disponibles.

(Fernández,s.f.)

Basándose en el cumplimiento y satisfacción de las 14 necesidades descritas anteriormente, Virginia Henderson desarrolla los siguientes conceptos:

- Cuidados básicos: serie de actividades previamente deliberadas encaminadas a satisfacer las necesidades del individuo, familia y comunidad.

- Independencia: circunstancia en la cual la persona es capaz de desarrollar al máximo sus capacidades.
- Dependencia: situación que no permite y/o obstaculiza el cumplimiento de las 14 necesidades y en consecuencia el desarrollo de la persona.
- Autonomía: se desarrolla cuando el individuo es capaz de llevar a cabo distintas actividades por sí solo tanto en el ámbito físico como psicológico.

(Fernández,s.f.)

Finalmente cabe recalcar la concepción de Virginia Henderson, que indica que cada enfermera/o debe identificar la necesidad de manera individual que presenta cada paciente, pues de una manera u otra la o el enfermera/o es según Virginia.

(...) la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién cegado, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz para los demasiado débiles para hablar, y así sucesivamente. (Fernández,s.f.)

6.2. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente está relacionada con la atención de salud, pues se define como la ausencia de lesiones, para lo cual es necesario disminuir los factores de riesgo. (Organización Panamericana de la Salud (OPS),2011).

Para llevar esta condición de seguridad es necesario que haya una interrelación entre las acciones que desempeñan las diferentes personas que están al cuidado del paciente. Ahora bien, con respecto a la función que desempeña la enfermera en el cuidado del paciente y prevención de riesgo podemos determinar que ya desde en tiempos anteriores la seguridad era un factor primordial en el cuidado del paciente, pues tanto Nightingale como

Henderson hace mención de la misma. Conforme el tiempo ha ido transcurriendo la definición y alcance de lo que es seguridad ha ido avanzando a tal punto que abarca la preservación de la vida e integridad de la persona incluyendo el respeto por sus derechos.

Por lo cual se dice que la seguridad y el cuidado están íntimamente relacionados, ya que *“...sin seguridad no hay cuidado y sin cuidados ni habrá seguridad...”* (OPS,2011). Lo que lleva a lo que sería conceptualizado como un cuidado seguro satisfaciendo las necesidades del sujeto. Dentro de lo que sería el cuidado íntegro y seguro podemos distinguir dos puntos claves:

- **Protección:** implica la aseguración del entorno, el cual debe estar libre de riesgo o peligros que puedan condicionar la integridad del individuo.
- **Realización del potencial:** está enfocada en la mantención de la salud tanto de manera individual como colectiva para lo cual es necesario estimular y recalcar a la persona aquellas capacidades que posee.

Por otro lado la seguridad puede ser percibida desde diferentes perspectivas:

- A. Perspectiva subjetiva:** está sujeta a la experiencia que vive la persona al sentirse tanto en el ámbito físico, mental y social libre de amenaza, por poder disponer del control de la situación.
- B. Perspectiva científica:** incluye la participación de distintas doctrinas que engloban los diferentes puntos que confluyen a la persona, entre éstas podemos encontrar la psicología, la gestión, la enfermería, la medicina, etc. Con respecto a la enfermería esta perspectiva hace referencia a la necesidad de ampliar el conocimiento de tal manera que se logre las mejores acciones y resultados en el cuidado de los o las pacientes.

C. Perspectiva política: ``implica la afirmación del derecho inalienable de todas las personas a recibir atención de salud calificada, libre de riesgo y sin sujeción a la capacidad de pago y abarcar el papel del Estado y el conjunto de políticas, leyes, reglamentaciones, financiamiento, organización y procesos de implementación destinado a proveer un sistema de salud que dé respuesta a las prioridades sanitarias de la comunidad.'' (OPS,2011). Ahora bien, por otro lado a la hora de prestar cuidados deben tenerse en cuenta también las políticas y normas establecidas en la propia institución de trabajo.

D. Perspectiva de la atención de salud: Incluye el desarrollo de actividades que estén encaminadas a disminuir los riesgos evitando se desencadenen posibles complicaciones, para lo cual es necesario brindar un ambiente de seguridad, así como el desempeño de acciones que estén fundamentadas científicamente con la finalidad de mantener el bienestar físico y mental del sujeto.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho es importante mencionar que el principal objetivo de la seguridad es evitar se produzcan eventos adversos, para lo cual debido a que los mismos se han venido desarrollando dese tiempos atrás, en la actualidad se han establecido determinados puntos que tienen por finalidad la disminución de estos efectos indeseables.

Como por ejemplo es la higiene de manos, la cual evita la transmisión de los microorganismos que residen tanto en la flora transitoria o como en la flora residente, con respecto al ámbito hospitalario se establecen los cinco momentos del lavado de manos.

Si bien es cierto, la seguridad del paciente como se ha mencionado anteriormente engloba al ser humano de manera íntegra, por lo cual además de la higiene de manos en sí hay otros puntos, dentro de los cuales podemos encontrar la actuación del personal durante una cirugía, durante la realización de un procedimiento no invasivo, durante el cambio de posición, durante el

traslado del paciente, etc. Y es por ello que la OMS indica que es de vital necesidad tener en cuenta los siguientes criterios:

- Conocimiento de los diferentes conceptos claves de la seguridad del paciente.
- Categorización de los conceptos.
- Aplicación extensa, es decir, a los diferentes niveles y ámbitos de la salud.

Ante esto la CISP (Clasificación internacional para la seguridad del paciente) establece las diez llamadas clases de alto nivel (OPS,2011):

- 1) Tipo de incidente
- 2) Resultados para el paciente
- 3) Características del paciente
- 4) Características del incidente
- 5) Factores contribuyentes/riesgos
- 6) Resultados organizacionales
- 7) Detección
- 8) Factores atenuantes
- 9) Acciones de mejoría
- 10) Medidas tomadas para la reducción de riesgos. (OPS,2011).

De igual manera como se establece en puntos anteriores es importante el conocimiento de determinados conceptos entre los cuales cabe destacar los siguientes:

- Riesgo: hace referencia a la posibilidad de que se produzca un determinado evento y/o incidente.
- Incidente: aquel acontecimiento que desencadeno o pudo generar un daño en algún paciente.

- Error: implica la omisión de alguna actividad que estaba prevista realizar, o bien el llevar a cabo una actuación indebida o hacerla de manera incorrecta.

- Evento adverso: circunstancia que ocasiona un daño o lesión de diferente alcance en el individuo.

- Factor de riesgo: condiciones ajenas a la persona que la predisponen a la sucesión de un evento adverso.

- Factor atenuante: actuación o situación que limita o condiciona la progresión de un incidente a un daño en sí.

- Factor contribuyente: es considerado como el génesis de un determinado evento o que incrementa el riesgo del mismo.

- Daño: efecto indeseable a algún nivel del organismo o estado perjudicial producido a causa del mismo.

- Lesión: daño generado a nivel tisular por algún determinado factor o situación.

- Complicación: Alteración, daño o lesión generado en una persona que sucede durante el periodo de hospitalización y que alarga el tiempo de la misma o durante la atención sanitaria en cualquiera de sus niveles.

- Barrera de seguridad: es aquella que permite se pueda llevar a cabo una práctica clínica segura, tras haber evaluado y analizado los eventos adversos con el fin de prevenir y minimizar eventos similares u otros que pongan en riesgo la integridad de las personas.

6.2.1. Metas internacionales de la seguridad del paciente

1. Identificar correctamente los pacientes

Es un punto esencial que debe realizarse siempre en especial antes de realizar un determinado procedimiento, por ello es necesario que cada paciente disponga de una identificación la cual contendrá los datos del mismo, que serán puestos de acuerdo a como se haya establecido en la unidad hospitalaria.

2. Mejorar la comunicación efectiva

Tanto entre el paciente y el personal de salud como entre los diferentes miembros del personal de salud. Si es necesario las actividades, indicaciones y/o intervenciones deben ser transmitidas verbalmente, así como por escrito.

3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Es importante conocer el medicamento que se va prescribir y/o administrar (indicaciones, efectos secundarios, contraindicaciones, etc.), así como verificar que el paciente sea el correcto, que el medicamento este etiquetado entre otras cosas.

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

Es importante mencionar que previo a la realización de cualquier tipo de cirugía es necesario esté presente y firmado el consentimiento informado, puesto que el mismo confirma que el paciente conoce los riesgos, ventajas, posibles complicaciones, etc, que pueden suceder

durante la realización de la cirugía. De igual manera existe un protocolo universal que consiste en la identificación al paciente, la verificación del procedimiento quirúrgico, marcación del sitio quirúrgico, y la documentación del mismo.

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud
Implica respetar y cumplir las normas relacionadas con la bioseguridad, establecidas en la institución, así como el uso de las medidas de seguridad necesarias de acuerdo al procedimiento a realizar., lo cual incluye no solo al personal de salud, sino también al resto de personas que desempeñan otras labores en la instancia como a los familiares que van a visitar a los usuarios hospitalarios.

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas
Para ello es importante revisar la historia de caídas previas, identificar los factores predisponentes, el estado de la persona entre otras. Por otro lado, es importante también que en cada unidad hospitalaria exista un plan que permita reducir el riesgo de caídas, así como otro que indique cómo actuar ante la existencia de una caída.
(Universidad Cooperativa de Colombia,2013).

6.3. Seguridad y confort

La seguridad es un medio de protección, pero debe ir también acompañada del confort, puesto que el paciente es un ser bio-psicosocial que requiere también sentirse cómodo durante el tiempo que dure su estancia hospitalaria.

Es este punto donde por ejemplo en aquellos pacientes encamados además de aplicar las medidas de seguridad para evitar caídas, etc debemos prevenir otro tipo de lesiones realizando para ello cambios de posición cada dos horas evitando se generen problemas tales como las úlceras de presión, estos

cambios deben realizarse durante las 24 horas del día, y además se puede utilizar también dispositivos como almohadas o almohadillas de gel en los principales puntos de presión y si es posible el uso de colchones adecuados.

Otro factor importante sería también el establecimiento de un plan de movilización con el objetivo de mejorar la movilidad del paciente, así como tener en cuenta también levantar la cabecera de la cama del paciente aproximadamente 30° en aquellos pacientes que puedan mantener en esta posición. Y si es posible y el estado del paciente lo permite se debe fomentar la deambulación del paciente.

Si bien es cierto el confort incluye también otros aspectos como son la espiritualidad, la compañía, la confianza, etc, es por ello que en lo posible se permita que los familiares visiten a la familia, fomentar la motivación de los pacientes, brindarle apoyo, escucharlos cuando ellos lo necesiten, etc. Así pues, podemos determinar las siguientes necesidades:

- Necesidades de comodidad física
 - Cambios de posición
 - Higiene de manos
 - Protección de las prominencias óseas
 - Preguntar al paciente si se encuentra cómodo
 - Lubricación de la piel
- Necesidades de comodidad ambiental
 - Iluminación de acuerdo a las necesidades del paciente
 - Proporcionar temperatura adecuada
 - Entorno libre de ruidos u otro tipo de molestias
 - Objetos personales próximos al paciente

(Almeida et al.,s.f.)

6.4. Concepto de caídas

Uno de los factores que pueden provocar lesiones inesperadas en los pacientes son las caídas, las cuales de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se definen como, *“acontecimientos involuntarios que hacen perder el*

equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. ” (Organización Mundial de la Salud,2016). Ahora bien, este impacto contra el suelo suele ser de carácter involuntario e inesperado y puede ser constatado únicamente por la persona en sí o por terceros. Por otro lado es importante mencionar que, si bien es cierto las caídas se desencadenan con mayor frecuencia en los pacientes conforme la edad va avanzando, pero también hay otros factores o parámetros que pueden llevar a que se produzca una caída, como es el caso de personas con alteraciones de consciencia, trastornos psiquiátrico, consumo de determinados medicamentos, etc.

6.4.1. Tipos de caídas

Podemos distinguir de acuerdo a la OMS y la OPS tres tipos de caídas:

- 1. Caídas accidentales:** aquellas que generalmente se produce por un factor externo a la persona y que no tiende a repetirse.
- 2. Caídas repetidas:** son aquellas que son reincidentes y que por lo general se deben a factores tales como enfermedades propias de la persona, consumo de determinados fármacos, alteraciones de consciencia, etc.
- 3. Caídas prolongadas:** este tipo de caídas se caracterizan porque la persona después de haberse caído tiende a quedarse en el suelo durante un periodo de 15 a 20 minutos debido a que no puede levantarse sin ayuda. Esta clase de caídas son más comunes en los adultos mayores de 80 años con debilidad muscular u otro factor predisponente.

(Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.,s.f.)

6.5. Factores de riesgo

Las caídas pueden producirse por múltiples razones, dentro de las cuales se pueden mencionar:

6.5.1. Factores intrínsecos: enfermedades crónicas, uso de algunos fármacos entre otros.

6.5.2. Factores extrínsecos: son aquellos que derivan de las actividades que realiza la persona, del entorno, y es aquí donde entra en juego el papel del personal de enfermería quien debe verificar que las barandas de la cama permanezcan levantadas, que el mobiliario este en buen estado, la iluminación tanto de la habitación, baño y otros lugares a los cuales el paciente debe trasladarse, dispositivos para la deambulaci3n, etc.

6.5.3. Factores relacionados con el propio paciente

- Edad: dentro de lo cual podemos observar que el lactante puede caer de la cama por un descuido de la persona que lo cuida y conforme va creciendo y ya empieza a andar por una pérdida del equilibrio del mismo, en el adolescente debido a los cambios de la pubertad puede desarrollar pensamiento de autolesión lo que significa predisposici3n a las situaciones de peligro, en el caso del adulto el riesgo depende del estilo de vida del mismo y el adulto mayor los cambios propios de la edad.

Por lo cual en los adultos mayores es importante la colaboraci3n en el autocuidado, fomentando su autoestima y la independencia dentro de lo posible, con el fin de brindarles una vida activa y gratificante. (Guillamas,Gutiérrez,Hernando,Méndez,Sánchez y Tordesillas,s.f.)

- Estilo de vida y dependencia
- Pacientes con movilidad limitada

- Alteraciones del estado físico y limitaciones sensoriales: por ejemplo, personas con alteraciones visuales o del equilibrio, discapacidad mental, física, agitación y/o alteración psicomotriz, sedación pre o post-anestésica, problemas cardiacos debido a que no se puede mantener una perfusión inadecuada durante la actividad, alteraciones metabólicas, hipoxia, etc.

6.5.4. Factores relacionados con el tratamiento farmacológico:

- Hipoglucemiantes: al disminuir los niveles de glucosa en sangre, pueden generar mareos y la consecuente pérdida del equilibrio.
- Antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes: entre otros efectos causan somnolencia, confusión y cambios en la conducta predisponiendo a la persona al riesgo de sufrir una caída.
- Beta-bloqueantes: entre sus efectos generan hipotensión, lo cual puede dar lugar a mareos, sensación de cansancio, etc.
- Inotrópicos: debido a su efecto a nivel de musculo cardiaco pueden causar efectos tales como taquicardia, bradicardia, hipo o hipertensión lo cual pueden ser un factor de riesgo para que el paciente sufra una caída.

Como ya se mencionó anteriormente la edad es un factor de riesgo para que se produzcan las caídas, sabiendo que las mismas son más frecuentes en las personas de la tercera edad. Debido a que la fuerza muscular va disminuyendo, los adultos mayores pierden estabilidad y pueden caerse. De igual manera en esta etapa hay mayor grado de dependencia por parte de ellos, pues poco a poco debido al declive de sus funciones van perdiendo su autonomía, la cual es definida como *“La capacidad de un hombre o mujer de*

desarrollar actividades en la medida en lo que desea''. (García,Rodríguez y Toronjo,2012).

Sin embargo, hay personas que a pesar de la edad son prácticamente independientes a la hora de realizar varias actividades siendo capaz de satisfacer sus propias necesidades. Por ello es importante realizar al momento en la persona ingresa al hospital realizar una evaluación exhaustiva, ya que aproximadamente el 10% de las caídas que desencadenan en los adultos mayores se deben a enfermedades agudas, deshidratación, eventos cerebro-vasculares, etc. En este punto con el fin de valorar a la persona podemos aplicar el conocido test de Tinetti, entre otras escalas valorando así el riesgo de caídas del paciente. (Villalba y Alberte,s.f.).

6.6. Prevención de caídas

Es necesario que la enfermera/ro cuente con un estándar establecido por parte del hospital para llevar a cabo un manejo adecuado del paciente, realizando una valoración integral tomando en cuenta todas y cada una de sus características. Es en este punto donde entra en juego la prevención de caídas, para la cual es necesario mantener un ambiente seguro evitando el riesgo de lesiones.

Ahora bien, es importante en primer lugar dar una definición de en qué consiste el procedimiento de prevención de caídas, pues se trata de una serie de medidas que se llevan a cabo con la finalidad de evitar que el paciente sufra algún evento adverso durante la hospitalización del mismo. (Ortega y Suárez,s.f.)

Es por ello que es necesario tener en cuenta parámetros tales como:

6.6.1. Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario

- Barandillas de las camas: es importante permanezcan levantadas, ya que de esta manera el paciente puede moverse de un lado al otro sin correr el riesgo de caerse. Ahora bien, las barandillas deben cumplir una serie de características dentro de las cuales distinguimos que deben ser lo suficientemente altas, deben encontrarse a los laterales y deben tener un seguro que no permita que se bajen o se suelten.
- Timbre: con respecto al uso de los timbres es importante que estén al alcance de los pacientes, y que a enfermera acuda lo más pronto posible a la llamada.
- Iluminación: de tal manera que permita que el usuario se desplace con tranquilidad.
- Banco o gradilla: que facilite que el paciente pueda subir y bajar de la cama sin correr riesgo de caerse. De igual manera el mismo debe permanecer bajo la cama cuando este no se utilice, ya que de lo contrario puede causar un tropezón.

6.6.2. Medidas de seguridad relacionadas con el personal de enfermería

- Detección de los pacientes con riesgo de caídas: para ello es importante valorar las condiciones fisiológicas y mentales, así como los fármacos que consumen las personas.
- Registro de incidentes: es importante reportar en el informe de enfermería registrar si el paciente ha sufrido alguna caída u otro tipo de lesión.

- Comprobación del funcionamiento de las diferentes medidas de seguridad utilizadas en la unidad hospitalaria.
- Educación a los pacientes y a los familiares sobre el uso de los diferentes mobiliarios y dispositivos al alcance y que ellos tengan la autorización usar de cómo funciona.
- Colocar una tarjeta de identificación que facilite que cualquier persona identifique el riesgo de caída del paciente y de igual manera es también necesaria la existencia de un protocolo, algoritmo u otro método que esté al alcance del personal y que indique las actividades que son necesarias llevar a cabo para evitar las caídas de los diferentes pacientes.

6.6.2. Medidas de seguridad relacionadas con el familiar

- Los familiares deben conocer las medidas de seguridad del hospital, así como el funcionamiento de los diferentes dispositivos que el hospital le facilita para la estancia del paciente.
- Acompañar al paciente siempre y cuando la unidad lo permita y cuando realmente sea necesario.

(Ortega y Suárez,s.f.)

Si bien es cierto como ya se mencionó anteriormente previo a la aplicación de las medidas de seguridad, es necesario que el momento del ingreso del paciente se realice:

- Recolección de datos del paciente, así como antecedentes del mismo y familiares
- Valorar la integridad de sus facultades sensoriales

- Verificar si requiere de ayuda para moverse
- Valoración integral del estado de salud
- Determinación de los cuidados que necesitará, diagnóstico y tratamiento

El conjunto de estos datos podemos obtenerlos del propio paciente, de los familiares o de su historia clínica o parte de otros miembros de salud.

(Almeida, Castro, Guzmán, Mena, Sarzosa, Segovia, Bajaña, Bonilla, Cabrera, Cantos, Velasco, Altamirano, Mendizabal, Noboa, Ríos, Santamaría, Segovia y Acuña, s.f.)

6.7. Sujeción

La sujeción o también llamada restricción se define de la siguiente manera *“... método manual o físico, o cualquier dispositivo mecánico, material o equipo que inmoviliza o reduce la capacidad de un paciente de mover libremente las manos, piernas, el cuerpo o la cabeza.”* (Griffin y Potter, 2011)

Si bien es cierto es importante tener en cuenta que este tipo de medidas se deben aplicar únicamente cuando sea realmente necesario con el fin de:

- Mantener la seguridad física.
- Cuando ya se hayan puesto en uso otras interacciones y éstas hayan sido ineficaces.
- **Que tengan relación con el protocolo establecido en la unidad hospitalaria y que hayan sido previamente autorizadas por parte de los familiares.**

Por otro lado, es importante también tener en cuenta que el tipo de restricción se utilizara de acuerdo al paciente y a su condición y que debe durar solo

durante un tiempo limitado. Es por ello necesario que la enfermera o el enfermero evalúe diferentes parámetros una vez que la sujeción haya sido colocada:

- Revisar cómo, cuándo y realizar cambios de posición.
- Instruir al auxiliar de enfermería, así como al familiar de la importancia de notificar al personal de enfermería ante la presencia de algún tipo de lesión a nivel de la piel.
- Permitir al paciente sometido a sujeción cierta libertad de movimiento y proporcionar cuidados de la piel, higiene y oportunidad de socialización.
- Finalmente, una vez colocada la sujeción la enfermera o enfermero debe registrar el comportamiento del paciente antes, durante y después de la colocación de las restricciones, revisar nuevamente que el consentimiento este firmado y explicar una vez más al paciente y la familia el por qué se aplica este mecanismo. También es importante registra el tipo de restricción que se está utilizando, cuando se coloca y cuando está previsto retirar.

(Griffin y Potter,2011)

6.8. Escalas de evaluación de riesgo de caídas

Una vez que ya se han definido lo que son las caídas, es importante la prevención de las mismas, para lo cual se pueden aplicar diversos métodos cómo los mencionados en puntos anteriores. Ahora bien, para valorar y establecer cuál es el riesgo de caída de cada paciente se puede utilizar diversas escalas de valoración, que son instrumentos de uso hospitalario que permiten al personal valorar y darle un puntaje de acuerdo al grado de riesgo que presente el paciente. (Contreras y Riofrío,2015)

Debido a que hay varias que pueden ser utilizadas, cada institución escogerá la que más se acople a sus necesidades y a las de sus pacientes.

6.8.1. Test de Tinetti

La escala o test de Tinetti debe realizarse en un periodo de tiempo de 8 a 10 minutos, y la misma debe realizar tanto con el paciente caminando, parado y sentado con el fin de valorarlo desde todas las perspectivas. En este test se evalúan tanto la marcha como el equilibrio de la persona, en el cual las puntuaciones máximas son:

- Marcha: 12
- Equilibrio: 16

Esto nos permite determinar que cuanto mayor sea la puntuación menor será el riesgo, sabiendo que un valor inferior a 19 supone un alto riesgo de caídas y un valor entre 19 y 24 supone mediano riesgo de caída.

(Salut Pública,s.f.)

6.8.2. Escala de Heinrich

En esta escala se valoran varios factores, pero se puede decir que se divide en dos partes, la primera en la cual se evalúa el estado de conciencia del paciente y se recibe medicamentos tales como las benzodiazepinas o antiepilépticos. En la segunda parte se evalúa si el paciente es capaz de levantarse por sí solo y caminar. (Universidad de Cantabria,2014)

6.8.3. Escala de riesgo de caídas Morse

La escala de Morse evalúa inicialmente si el paciente ha sufrido alguna caída anteriormente, si requiere de apoyos materiales (bastón, muletas, etc.) para la deambulacion. De acuerdo a la valoración y resultado que se obtenga se procederá a determinar cuál es el riesgo del paciente; sin riesgo (0 a 24), bajo riesgo (25 a 50), alto riesgo (mayor o igual a 51). (Compañía de Seguros Noble,2012)

6.8.4. Escala de J.H Downton

La escala de John Downton es una de las escalas más utilizadas para determinar y valorar el riesgo que tiene un paciente de sufrir una caída.

En esta escala el valor obtenido permite clasificar a la persona de acuerdo al riesgo que presente de la siguiente manera:

- Bajo riesgo: 0-2 puntos
- Mediano riesgo: 3-4 puntos
- Alto riesgo: 5-9 puntos

Entre los parámetros que se valoran en esta escala podemos encontrar en primer lugar si la persona ha sufrido alguna caída anterior, si toma algún tipo de medicación, si presenta alteraciones mentales y como es su deambulación. Todos estos datos son los que nos permiten evaluar a la persona y de acuerdo a ello realizar la respectiva clasificación y en consecuencia los cuidados que deben ponerse en práctica.

(Hospital Santa Cruz,s.f.).

6.9. Complicaciones que producen las caídas

Entre las diversas complicaciones derivadas de una caída podemos encontrar fracturas, dislocaciones entre otras.

6.9.1. Fracturas

Dependiendo de la cinemática de la caída, así como de la altura, ya sea de la cama, de la silla o de la propia altura del paciente, la gravedad de la fractura es diferente y por tanto el tratamiento que se va a aplicar también varía. Pero por lo general este tipo de lesiones afectan a la capacidad de la extremidad afectada para el sostén de la misma.

Ahora bien, como las fracturas se pueden clasificar de distinta manera, una de ellas es en fracturas abiertas y fracturas cerradas, **teniendo como más frecuentes en el caso de una caída las fracturas cerradas** (en este caso la ruptura del hueso no lesiona la integridad de la piel, pero hay una serie de síntomas que nos permiten la identificación de este tipo de fracturas, entre ellos encontramos sensibilidad, dolor, hematoma, inflamación y crepitación de la zona afectada.)

Otro tipo de fracturas frecuentes son las de pelvis, las cuales pueden ir desde roturas simples hasta lesiones graves. En especial las fracturas del anillo pélvico:

1. De compresión lateral: se trata de una fractura transversa a nivel de las ramas del pubis, que de acuerdo a su presentación se pueden clasificar en otros tres subtipos.
2. De compresión antero-posterior: se presenta una lesión a nivel de la diáfisis sínfisaria que puede afectar o no de forma longitudinal a las ramas pubianas y que al igual que en el caso anterior se subclasifica en tres tipos.
3. Cizallamiento vertical: en este caso se produce un desplazamiento vertical en sentido posterior o anterior a nivel de la articulación sacroiliaca.

(Tintinalli,2013)

6.9.2. Traumatismo craneoencefálico (TCE)

Se trata de una lesión a nivel de encéfalo causado por un impacto físico en la cabeza (caída), lo cual causa una alteración en la función neurológica u otro tipo de problema. Entre los síntomas que nos permiten distinguir que se trata de un TCE encontramos la pérdida de la conciencia, amnesia, agitación u otro tipo de alteración del estado mental y/o vómitos incoercibles y dependiendo de la gravedad los traumatismos pueden clasificarse en tres tipos; leve, moderado

y severo, los cuales se clasifican dependiendo de cuán haya sido el daño y afección provocados. (Luque y Boscá,s.f.)

6.9.3. Heridas cortantes

Las heridas cortantes se definen como la pérdida de la continuidad de la mucosa o de la piel generada por un daño físico o químico. Ahora bien las características, evolución y alcance de la herida varían dependiendo de la localización e incidente que dio lugar a la misma. (Salem,Pérez,Henning,Uherek,Schultz,Butte y González,s.f.)

6.9.4. Dislocaciones

Una dislocación es la separación de los huesos en la articulación, la cual puede darse por diversos motivos, entre los cuales encontramos una caída. Ante ello se realiza los respectivos estudios diagnósticos para determinar el grado de dislocación, el alcance de la misma y en consecuencia aplicar el tratamiento adecuado con la finalidad de disminuir el dolor y poder restaurar la movilidad del miembro afectado. (Committee on trauma,2016).

6.9.5. Problemas psicológicos

Tras el desenlace de una caída, no todas pero sí un determinado número de personas puede presentar problemas psicológicos, debido al miedo de que se produzca otro suceso semejante, lo cual hace en algunas ocasiones que se conviertan en personas dependientes para la realización de diversas actividades.

6.10. Elaboración de un protocolo

Un protocolo es un documento en el cual se encuentran redactadas un conjunto de normas o pasos que deben llevarse a cabo para la realización de un determinado procedimiento y tiene como fin facilitar el trabajo de los profesionales que ejecutan el procedimiento al cual engloba el protocolo.

(Alcaide,Andrés,Arias,Díaz,Martínez,Merino,Nicolás,Pérez,Puente,Quiralte,Rodríguez y Zaballos,2012)

Por tanto, es necesario saber que un procedimiento es una serie de actividades sistemáticas a cargo de personas aptas para ello, que deben respetar las normas y políticas establecidas. (Gobernación de Magdalena,s.f.)

Ahora bien, la elaboración de un determinado protocolo debe ajustarse a las características del hospital, debe incluir a todo el personal que labora en el área y deben tenerse en cuenta los siguientes materiales.

- El protocolo elaborado y aprobado.
- Escala que permita determinar el riesgo de caída del paciente (bajo, mediano o alto)
- Tarjeta de identificación de acuerdo al riesgo.

Por otro lado, distinguimos que de igual manera hay una serie de puntos que de forma general debe contener un protocolo y entre estos encontramos:

- La fecha en la cual se elaboró y se revisó el protocolo.
- Los autores del protocolo.
- Servicio en el cual se ejecuta.
- Nombres de las personas encargadas de la revisión del protocolo.
- Introducción, justificación y objetivos por los cuales se realiza el protocolo.
- Definiciones con respecto al tema sobre el cual se hace el protocolo.
- A qué persona está dirigido y quienes son los que deberían cumplir el protocolo.
- Material que se va utilizar.
- Bibliografía.

(Sánchez,González,Molina y Guil,2011)

Una vez se han identificado los puntos que componen al protocolo, se lleva a cabo la elaboración del mismo, la cual consta de las siguientes fases:

1. **Fase de preparación:** en esta fase en primer lugar se identifica y selecciona el problema de salud que requiere ser protocolizado, a continuación, tiene lugar la formación de grupos para el desarrollo del protocolo, la repartición de actividades y organización de las mismas con respecto al tiempo de duración entre otros puntos.
2. **Fase de elaboración:** en este punto se lleva a cabo la selección de la bibliografía más adecuada con respecto al tema que se va a protocolizar, se establece el formato que se va utilizar, cuál va a ser el cuerpo del protocolo y los indicadores que van permitir determinar el cumplimiento del documento elaborado.

(Alcaide et al., 2012)

Si bien es cierto es también importante mencionar que a la hora de elaborar un protocolo pueden presentar ciertas dificultades, las cuales es necesario conocerlas para no incurrir en ellas, y entre éstas podemos encontrar las siguientes:

- Uso de términos teóricos inadecuados.
- Ausencia o incorrecta definición de los propósitos.
- Imprecisión en el método de desarrollo del protocolo.
- Desconocimiento.

(Balderas,2015)

3. **Fase de revisión y aprobación:** una vez culminada la fase de elaboración y ya con el documento (protocolo) revisado y verificado por parte de todos los integrantes que conformaban el grupo de trabajo encargado de elaborar el protocolo, el presidente o líder de este grupo será el encargado de presentar el protocolo a la dirección para la consecuente revisión y aprobación del mismo. (Alcaide et al.,2012)

Ahora bien, para llevar a cabo el correcto uso de un determinado protocolo es necesario se realice la sociabilización del protocolo, capacitaciones con respecto al mismo y finalmente supervisar el cumplimiento de dicho protocolo. (Licenciada Torres, Licenciada Pacheco y Licenciada Cabrera, 2015).

Todo tipo de protocolo tiene como fin mejorar la atención que se presta en los diferentes servicios y contribuir con la mejora continua de la institución, en el caso de un protocolo de prevención de caídas es importante tener en cuenta ciertas estrategias como son por ejemplo:

- a) Realizar mantenimiento y control del área de trabajo, así como de los diferentes cuartos o secciones que componen una determinada área de trabajo hospitalario, reforzando si fuera necesario las medidas de seguridad u otros aspectos.
- b) Indicar que es necesario la valoración y consecuente categorización de acuerdo al riesgo de caídas que presente el paciente.
- c) Informar al paciente y a su familia sobre normas y otros aspectos de importancia que deben tomarse en cuenta durante la estancia hospitalaria del paciente.
- d) Orientar al personal nuevo y capacitación continua tanto del personal antiguo como nuevo.
- e) Mantener levantadas barandillas de la cama del paciente, comprobar que los diferentes dispositivos que se usan en el hospital para el transporte del paciente estén en buenas condiciones, entre otras precauciones.
- f) Evaluar los puntos mencionados anteriormente. (Ortega, Leija y Puntunet, 2014).

7. DISCUSIÓN

Según la OMS las caídas se definen como el impacto de un individuo sobre el suelo u otra superficie. (Organización Mundial de la Salud,2016)

Siendo las mismas en el ámbito hospitalario un evento adverso que trae innumerables complicaciones, por lo cual es un tema de gran controversia.

Esta compleja situación puede deberse a múltiples factores tanto internos como externos, es por ello la importancia de este tema, el cual ha sido tratado también en otras ocasiones anteriores, en las cuales al igual que en esta se ha determinado que las caídas por lo general tienden a ser más frecuentes en los adultos mayores, pero que sin embargo están presentes también en personas de toda edad, debido a la complejidad patológica de la enfermedad que padece cada persona.

Pues de acuerdo a los resultados obtenidos también se puede determinar que las caídas se dan producen debido a la falta del uso de medidas de seguridad en el ámbito hospitalario, lo cual hace necesario la instauración de un manejo estandarizado, así como una escala que permita valorar el riesgo de caídas de los pacientes., lo cual iría suscrito en un protocolo de prevención de caídas

Ahora bien, en comparación con otra tesis cabe recalcar que las caídas previas suelen darse más comúnmente en el sexo femenino, y que la gran mayoría de adultos mayores entre los medicamentos que consumen se encuentran los hipotensores diuréticos, y que debido a la edad muchas de las personas sufren problemas de hipertensión. (Alvarado,Astudillo y Sánchez,2014)

De igual manera la deambulaci3n con ayuda es un factor predisponente para que la persona sea propensa a una caída más que en aquellas personas que tiene una deambulaci3n normal. (Alvarado,Astudillo y Sánchez,2014)

8. PROTOCOLO

Tabla 1

Protocolo de prevención de caídas

	Hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida``
	Protocolo
	Prevención de Caídas

Adaptado de Hospital Padre Carollo ``Un Canto A la Vida``

DEFINICIÓN

Caída: se define como la pérdida del equilibrio de un individuo causada por actos involuntarios que culminan con un impacto sobre el suelo u otra superficie. (OMS,2016)

Prevención de caídas: conjunto de medidas de seguridad que se aplican con la finalidad de evitar que el paciente sufra algún evento adverso durante la hospitalización del mismo. (Ortega y Suárez,s.f.)

OBJETIVOS

- Estandarizar los criterios que deben llevarse a cabo para la prevención de caídas.
- Garantizar la aplicación de medidas de seguridad con el fin de evitar posibles complicaciones secundarias a la estancia hospitalaria.
- Educar tanto al o la paciente como a los familiares sobre la prevención de caídas durante la permanencia en el hospital por parte del o de la paciente.

PERSONAL

- Enfermeras/os
- Auxiliares de enfermería

- Supervisora de la unidad
- Camilleros

EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Camas con barandillas y frenos
- Timbre al alcance del paciente
- Buena iluminación en cuartos y corredores
- Sillas de ruedas con frenos
- Suelos secos y antideslizantes
- Material de sujeción (si fuera necesario)
- Formulario de valoración de riesgo: Escala de John Downton

PROCEDIMIENTO

Preparar habitación para la recepción del paciente (limpieza, desinfección de la habitación, orden de la unidad)

Recepción del paciente, presentación con el mismo, valoración del paciente identificación de factores de riesgo farmacológicos, estado mental y físico y deambulación aplicando escala de valoración de John Downton.

Determinar el nivel de riesgo (bajo, mediano y alto) y adjuntar el formulario a la historia clínica.

Planificar y establecer los cuidados de enfermería de acuerdo al riesgo.

Aplicar medidas de seguridad

Explicar al paciente el manejo del timbre, de las barandillas y los frenos de la cama, así como de otros dispositivos que requiera utilizar el paciente durante su estancia hospitalaria.

Poner al alcance del paciente sus objetos personales o aquellos que requiera usar comúnmente evitando que el mismo necesite desplazarse para alcanzarlos.

Retirar del entorno del paciente aquellos elementos que puedan provocar que el paciente sufra una caída.

Evaluar si requiere de muletas, andadores u otro dispositivo, o bien, de un familiar que lo acompañe de manera permanente.

Verificar que el familiar que permanezca con el paciente cumpla con las medidas de seguridad.

Realizar observaciones de manera frecuente en aquellos pacientes cuyo riesgo de caídas es alto.

Acudir a la llamada del paciente lo más pronto posible.

En caso que el paciente requiera levantarse, previamente sentarlo o hacer que se siente en el borde de la cama antes de que se ponga en pie.

En el caso de pacientes de cirugía o que permanecen encamados durante un largo periodo de tiempo ayudarles en el autocuidado (asistirle es las necesidades fisiológicas y de higiene).

El caso de trasladar a un paciente de un lugar a otro utilizar silla de ruedas o camilla según sea necesario, verificando el funcionamiento de los frenos.

Colocación de tarjeta de identificación de acuerdo al riesgo.

Reevaluar el riesgo del paciente de acuerdo a la evolución del mismo.

En caso de requerir sujeción

- Valorar la necesidad de aplicar medidas de sujeción, tener en cuenta esté bajo prescripción médica y estipulado tipo de sujeción y duración de la misma.
- Si fuese necesario aplicación de medidas de sujeción, previamente verificar que el consentimiento informado esté firmado.

En el caso de paciente pediátricos, el niño/a debe permanecer acompañado por un familiar mayor de edad preferiblemente, los barandales de la cama deben permanecer elevados las 24 horas, la cabecera de la cama a menos que esté contraindicado debe permanecer elevada y no dejarlo solo en el baño.

Egreso del paciente.

(Hospital General Universitario de Ciudad Real,2011).

EN EL CASO DE UNA CAÍDA

- Acudir de manera inmediata donde el paciente, tranquilízalo y levantarlo aplicando las respectivas medidas de seguridad.
- Valorar el estado y condición del paciente tras la caída.
- Si es posible preguntar al paciente o si hubiese un familiar presente cómo se produjo la caída y tranquilizarlo.
- Comunicar al médico lo ocurrido.
- Realizar las intervenciones necesarias (vendajes, suturas, etc.) tras la caída.
- Elaborar el respectivo informe sobre la caída y registrar la misma.
- Aplicar nuevamente escala de John Downton.

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

Datos personales

Nombre

Edad

Sexo

Diagnóstico

Nº habitación

Nº Historia clínica

Servicio

Fecha de valoración de ingreso al servicio

Fecha de revaloración

Puntaje al momento del ingreso

Puntaje en la revaloración

Tabla 2

Escala de J.H. Downton

CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICACIÓN	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1

	Otros medicamentos	1
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones de la vista	1
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones de las extremidades causadas, por ejemplo, por haber sufrido un ictus, una enfermedad neurológica, etc.	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con o sin ayuda	1
	Imposible	1

Tomado de Compañía de Seguros Noble, 2012

Tabla 3

Resultados de escala de J.H. Downton

RESULTADO	
BAJO RIESGO	0-1
MEDIANO RIESGO	2
ALTO RIESGO	3 o más

Tomado de Compañía de Seguros Noble, 2012

FORMULARIO DE REPORTE DE CAÍDAS

Nombre

Edad

Sexo

Diagnóstico

Nº Habitación

Nº Historia clínica

Servicio

Hora de la caída.....

Fecha de la caída

Lesión producida a causa de la caída.....

Localización de la lesión.....

Lugar de la caída.....

Descripción de la caída

.....

.....

Observaciones.....

.....

.....

Fecha del reporte.....

Persona que reporta.....



Figura 1. Tarjetas de identificación. Este apartado muestra las tarjetas que van a utilizarse para calificar el riesgo de caídas. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016

9. RESULTADOS

9.1. Valoración de riesgo de caídas de pacientes

Escala de J.H. Downton

Tabla 4

Sexo del o de la paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	57	48,3	48,3	48,3
	Masculino	61	51,7	51,7	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

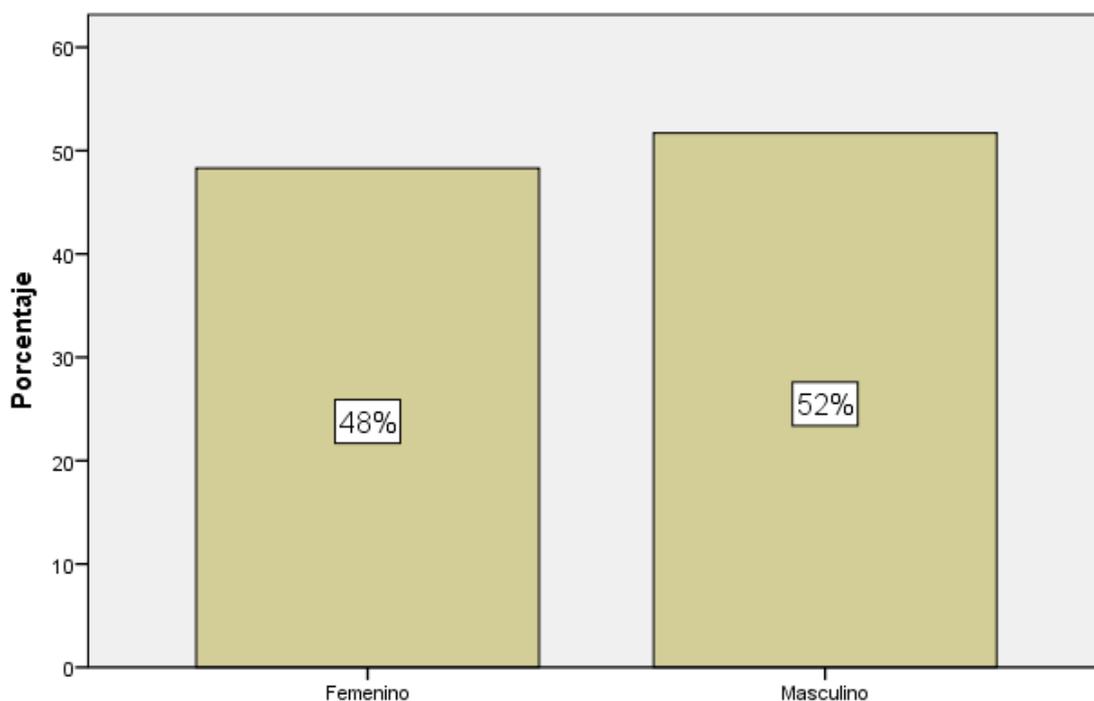


Figura 2. Sexo del paciente. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 4 y figura 2 (Sexo del/la paciente): Se puede determinar que del 100% de los pacientes presentes durante el periodo de observación, había un porcentaje intermedio entre hombre y mujeres siendo sin embargo mayor la cantidad de hombres, quienes representan un 51,7%, es decir un total de 61 hombres de 118 personas presentes.

Tabla 5

Edad por categorías

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15-30	28	23,7	23,9	23,9
	31-45	26	22,0	22,2	46,2
	46-60	21	17,8	17,9	64,1
	61-75	21	17,8	17,9	82,1
	76-90	14	11,9	12,0	94,0
	91-100	7	5,9	6,0	100,0
	Total	117	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		118	100,0		

Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

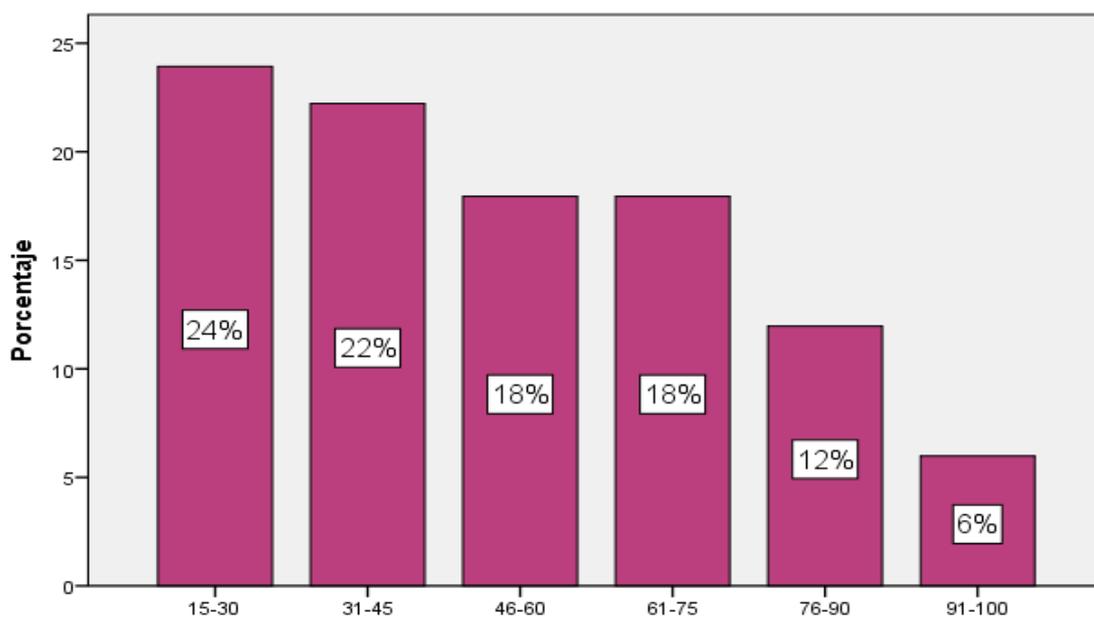


Figura 3. Edad por categorías. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 5 y figura 3 (Edad): De acuerdo a los datos obtenidos cabe recalcar que la variación de edades es grande, ya que el servicio de hospitalización en sí recibe desde pacientes pediátricos hasta adultos mayores.

Tabla 6

Caídas previas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	85	72,0	72,0	72,0
	Si	33	28,0	28,0	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

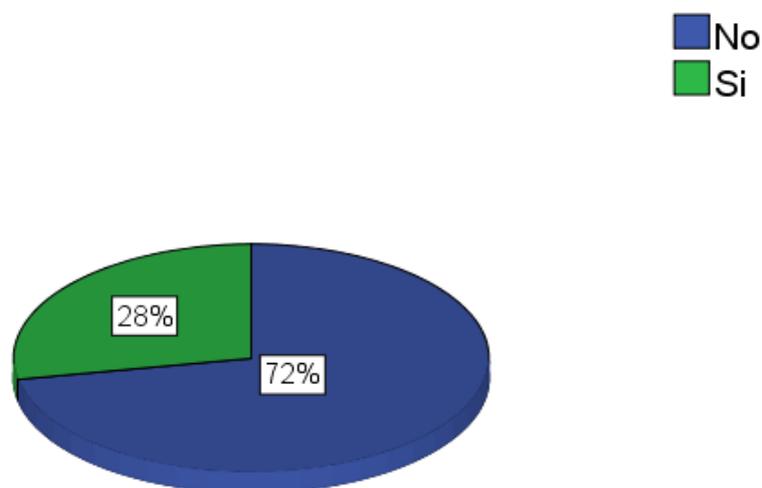


Figura 4. Caídas previas. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 6 y figura 4 (Caídas previas):

Distinguimos que de todas las pacientes presentes durante el periodo de observación un 72% de ellos no habían presentado caídas en periodos anteriores, mientras que un 28% si había sufrido caídas, ya sea por visión borrosa, debilidad en las piernas, mareos.

Tabla 7

Medicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ninguna	63	53,4	53,4	53,4
Hipotensores no diuréticos	18	15,3	15,3	68,6
Antidepresivos	2	1,7	1,7	70,3
Otros medicamentos	22	18,6	18,6	89,0
2 de los medicamentos enlistados	13	11,0	11,0	100,0
Total	118	100,0	100,0	

Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´, 2016.

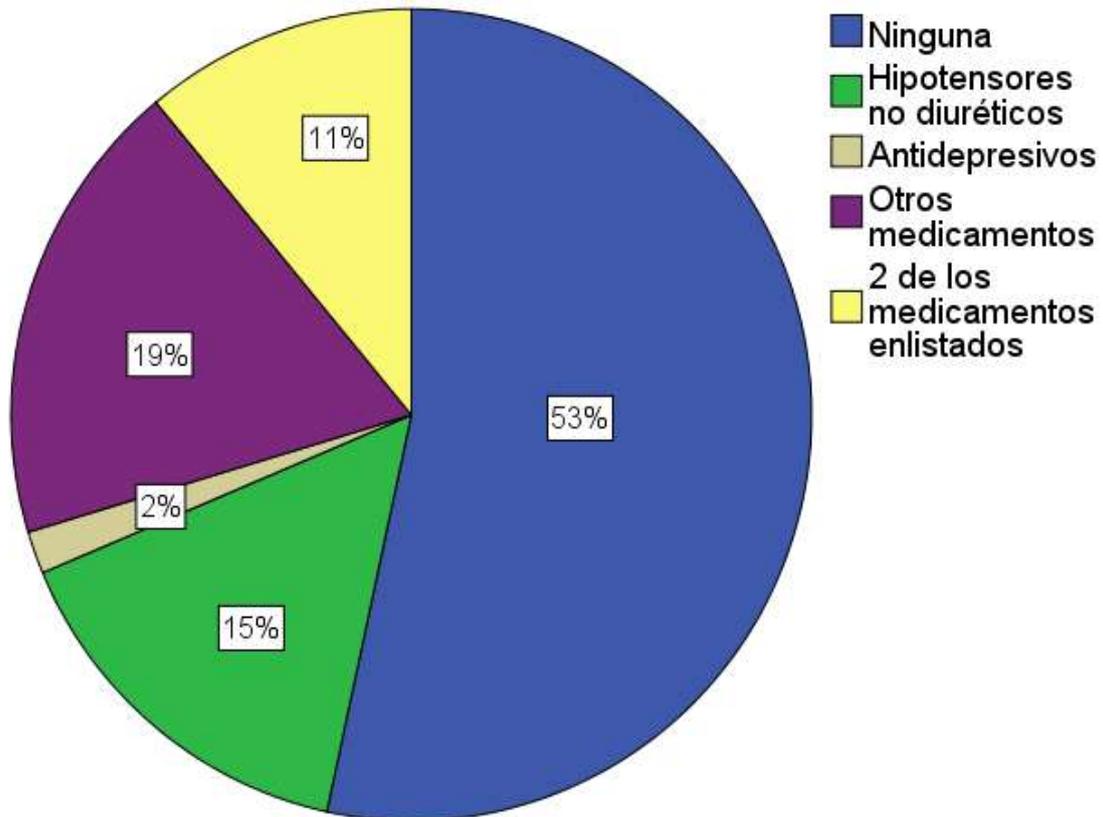


Figura 5. Medicación. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 7 y figura 5 (Medicación): Cabe recalcar que de los 118 pacientes a los cuales se les aplicó la escala un total de 63 personas no recibían ningún tipo de medicación a más de la que se le proporcionaba en el hospital de acuerdo a su patología, 18 debido a problemas hipertensivos toman externamente al tratamiento instaurado hipotensores no diuréticos, 22 otro tipo de medicamentos, pues alguno de ellos supo referir que tenían problemas cardíacos, gastrointestinal entre otros.

Tabla 8
Déficit sensorial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ninguno	57	48,3	48,3	48,3
Alteraciones de la vista	37	31,4	31,4	79,7
Alteraciones auditivas	11	9,3	9,3	89,0
Alteraciones visuales y auditivas	13	11,0	11,0	100,0
Total	118	100,0	100,0	

Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

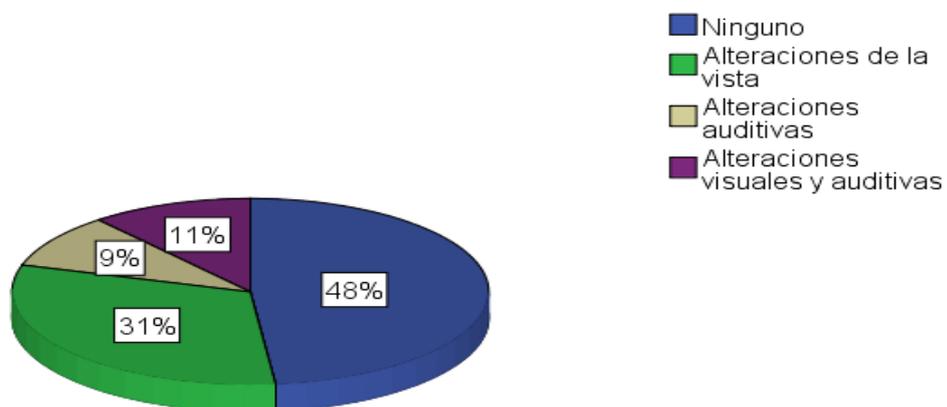


Figura 6. Déficit sensorial. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 8 y figura 6 (Déficit sensorial): Con respecto a las diferentes alteraciones visuales y auditivas, encontramos que tan solo un 11% padecían ambas complicaciones, pues del resto 9,3 % presentaban únicamente alteraciones del tipo auditivas y un 31,4% padecían de alteraciones visuales.

Tabla 9

Estado mental

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Orientado	111	94,1	94,1	94,1
Confuso	7	5,9	5,9	100,0
Total	118	100,0	100,0	

Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´, 2016.

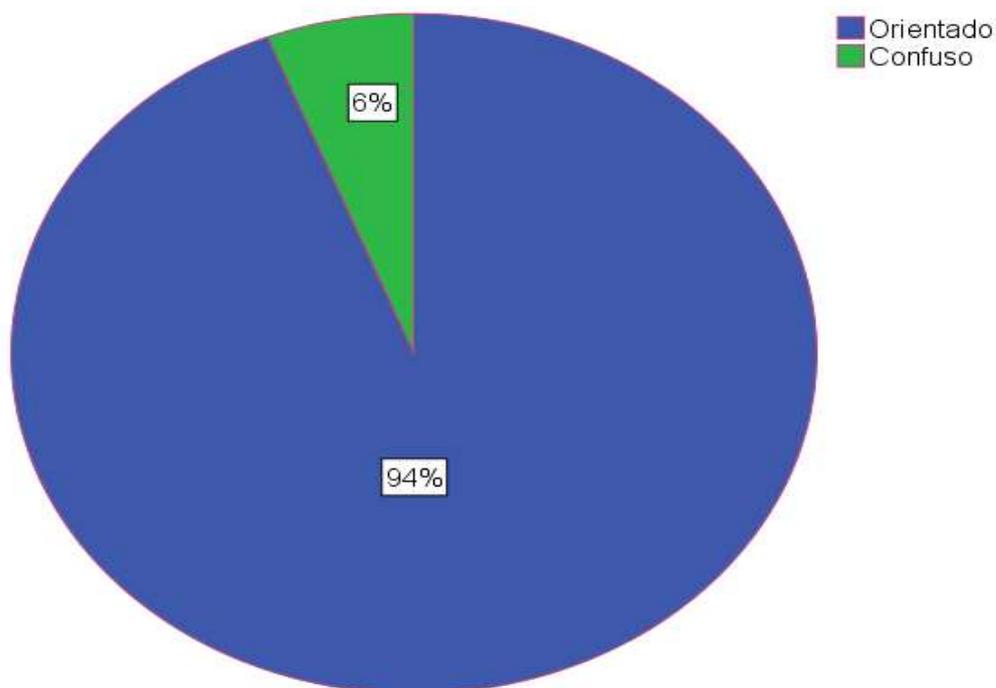


Figura 7. Estado mental. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´, 2016.

Análisis e interpretación de tabla 9 y figura 7 (Estado mental): En este punto es importante recalcar que la gran mayoría de los pacientes permanecían orientados (94%) y tan solo un 6% del total se encontraban en un estado mental de confusión, motivo por el cual requerían de un acompañante permanente, que los ayudará junto con el personal del área en el autocuidado.

Tabla 10
Deambulación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Normal	82	69,5	69,5	69,5
Con ayuda	29	24,6	24,6	94,1
Imposible	7	5,9	5,9	100,0
Total	118	100,0	100,0	

Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´, 2016.

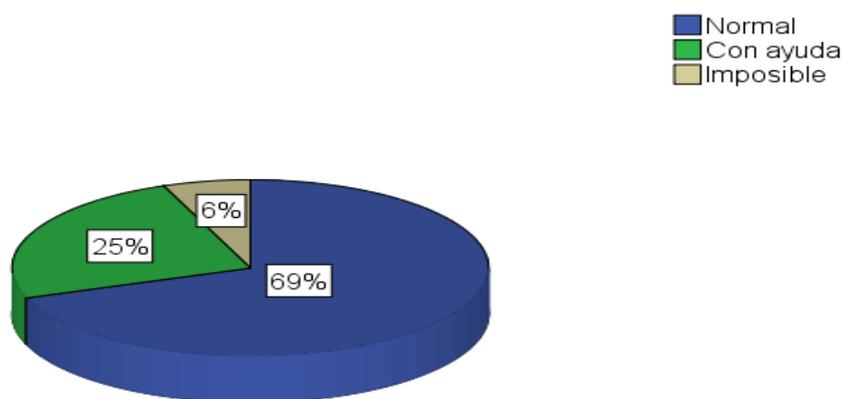


Figura 8. Deambulación. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´, 2016.

Análisis e interpretación de tabla 10 y figura 8 (Deambulaci3n): De los resultados obtenidos se puede determinar que del 100% de los pacientes a los cuales se les realizo la escala de John Downton un 25% requieren de ayuda o compa1a durante la deambulaci3n y 6% no pueden movilizarse requiriendo por ello de cuidados especiales debido a su condici3n de paciente encamado.

Tabla 11

Riesgo de ca3da del o de la paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v1lido	Porcentaje acumulado
V1lido Bajo riesgo (0-1)	63	53,4	53,4	53,4
Mediano riesgo (2)	21	17,8	17,8	71,2
Alto riesgo (3 o m1s)	34	28,8	28,8	100,0
Total	118	100,0	100,0	

Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del 1rea de hospitalizaci3n del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida'', 2016.

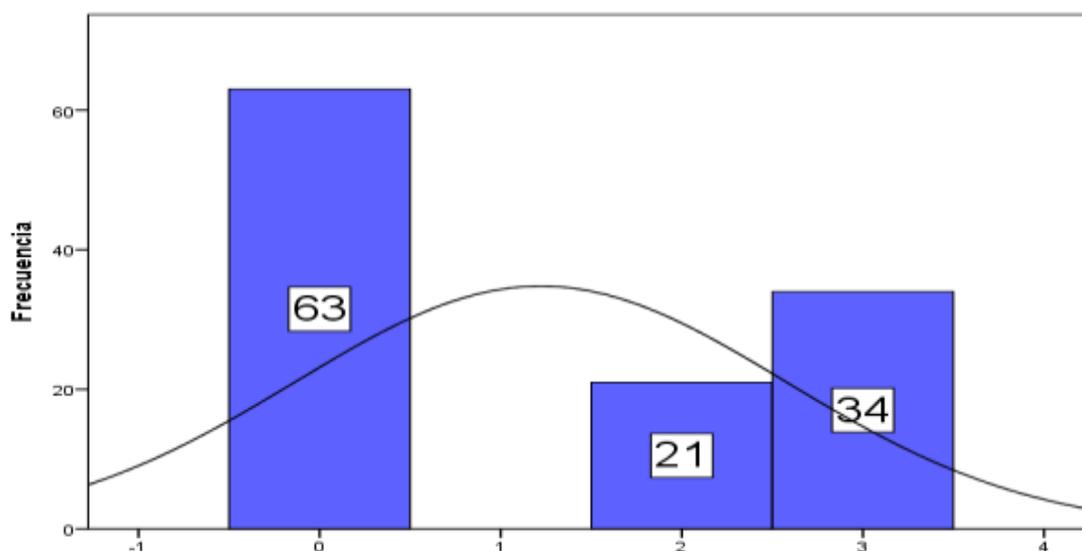


Figura 9. Riesgo de ca3das del o de la paciente. Tomado de la escala de J.H. Downton aplicada a los pacientes del 1rea de hospitalizaci3n del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida'', 2016.

Análisis e interpretación de tabla 11 y figura 9 (Riesgo de caída del/la paciente): Del 100% de los pacientes, es decir un total de 118 personas se obtuvo que el 53% (63 pacientes) presentan un bajo riesgo de sufrir una caída, el 18% mediano riesgo (21 pacientes) y el 29% (34 pacientes) tiene un alto riesgo de caídas.

9.2. Encuesta para personal de enfermería y auxiliares

Tabla 12

Cargo del profesional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Enfermera/o	15	53,6	53,6	53,6
Auxiliar de enfermería	13	46,4	46,4	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

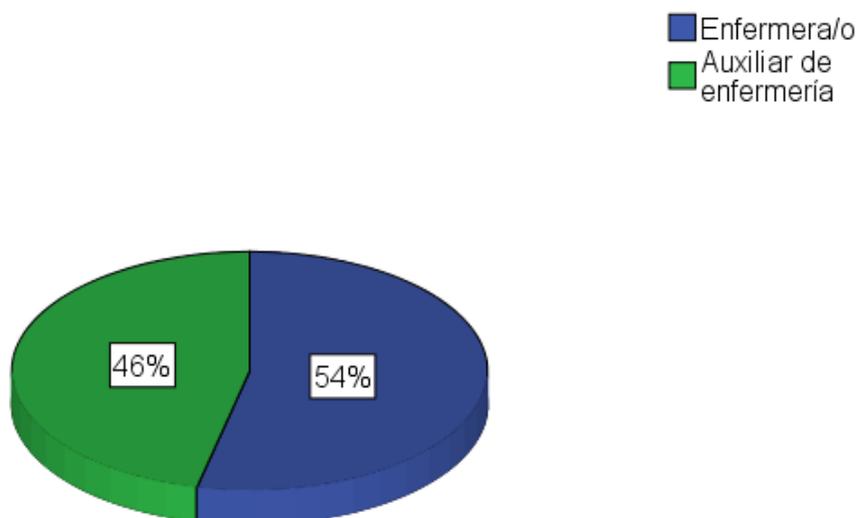


Figura 10. Cargo del profesional. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016

Análisis e interpretación de tabla 12 y figura 10 (Cargo del profesional):

De acuerdo a la información proporcionada por la licenciada jefe del servicio, se conocía que el número de enfermeras/os que trabajan en cada turno eran 4 y los auxiliares eran 3 por turno. Durante el periodo de observación la encuesta se logró aplicar a un total de 15 enfermeras/os y 13 auxiliares de enfermería.

Tabla 13

PREGUNTA 1. ¿De acuerdo a la demanda de pacientes, cuánto es el tiempo en que se demora en acudir a la llamada del paciente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1-5min	17	60,7	60,7	60,7
5-10min	7	25,0	25,0	85,7
10-15min	3	10,7	10,7	96,4
Más de 15min	1	3,6	3,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

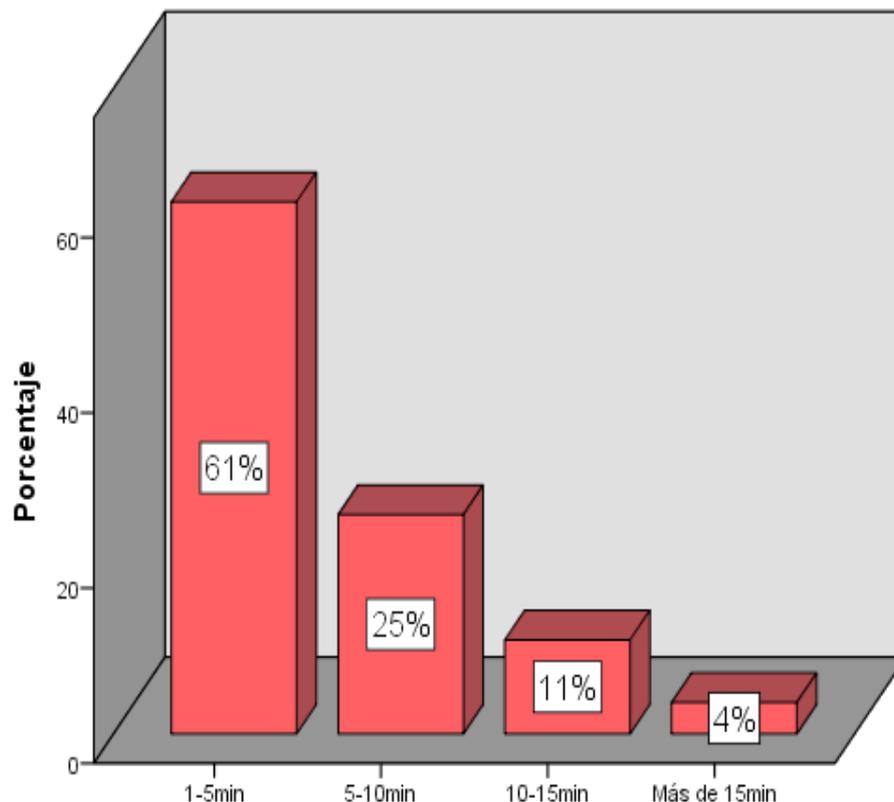


Figura 11. PREGUNTA 1. ¿De acuerdo a la demanda de pacientes, cuánto es el tiempo en que se demora en acudir a la llamada del paciente?. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 13 y figura 11 (¿De acuerdo a la demanda de pacientes, cuánto es el tiempo en que se demora en acudir a la llamada del paciente?): Tras evaluar las respuestas proporcionadas por parte de los profesionales, se obtuvo que el 61% de ellos ponían de manifiesto que el tiempo de demora para la atención del paciente estaba entre 1 a 5 minutos, un 25% indicaba que debido a la demanda de pacientes el tiempo era mayor entre 5 a 10 minutos, el 11% indicaba que era de 10 a 15 minutos y en su minoría con tan solo un 4% refería que se solían demorarse más de 15 minutos.

Tabla 14

PREGUNTA 2. ¿Cuenta el área con suficiente personal para cubrir las necesidades de los pacientes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	13	46,4	46,4	46,4
NO	15	53,6	53,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida'', 2016.

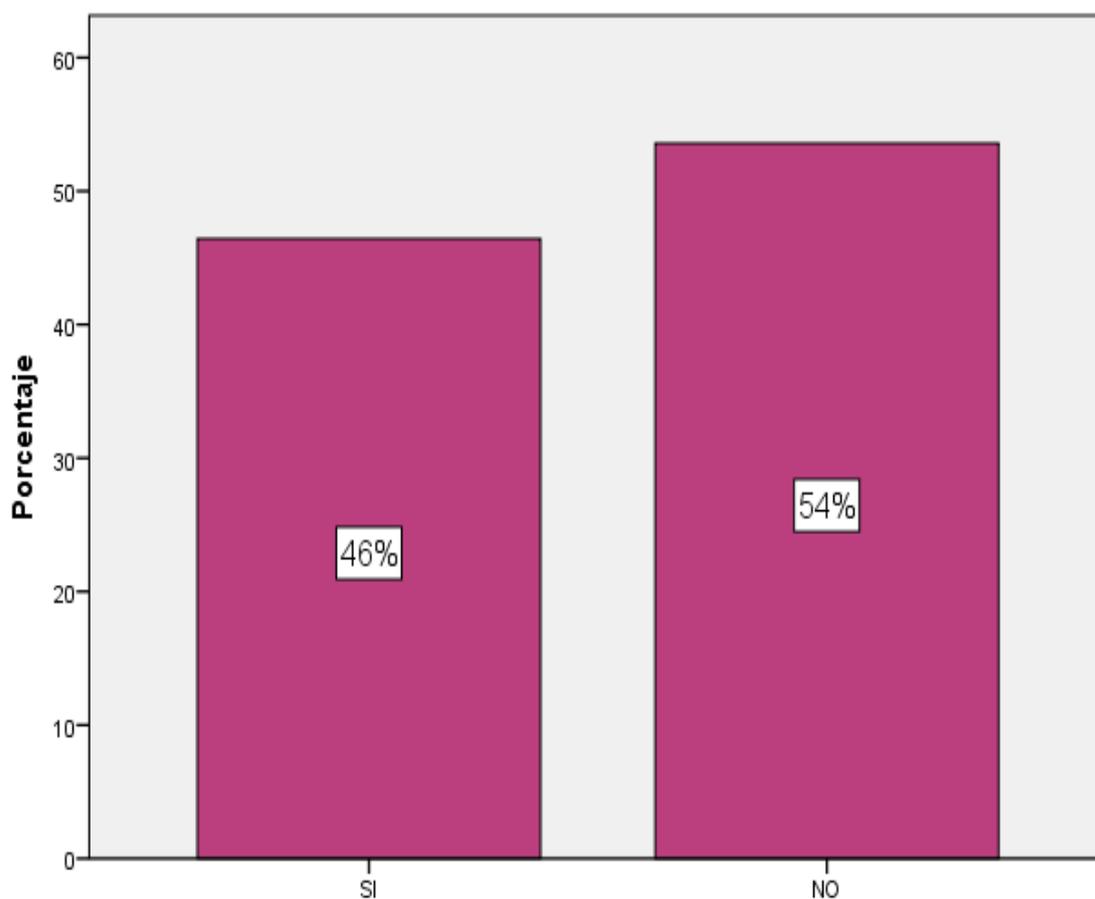


Figura 12. PREGUNTA 2. ¿Cuenta el área con suficiente personal para cubrir las necesidades de los pacientes?. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida'', 2016.

Análisis e interpretación de tabla 14 y figura 12 (¿Cuenta el área con suficiente personal para cubrir las necesidades de los pacientes?): De los 28 profesionales encuestados, 13 ponen de manifiesto que, si es suficiente para llevar a cabo las diferentes actividades que le corresponde de acuerdo a su cargo, y 15 refieren que la cantidad de personal que hay por turno no es suficiente para poder prestar una atención adecuada a los pacientes, en especial cuando el servicio está completamente lleno.

Tabla 15

PREGUNTA 3. ¿Dispone de ayuda a la hora de movilizar un paciente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	14	50,0	50,0	50,0
NO	3	10,7	10,7	60,7
A VECES	11	39,3	39,3	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

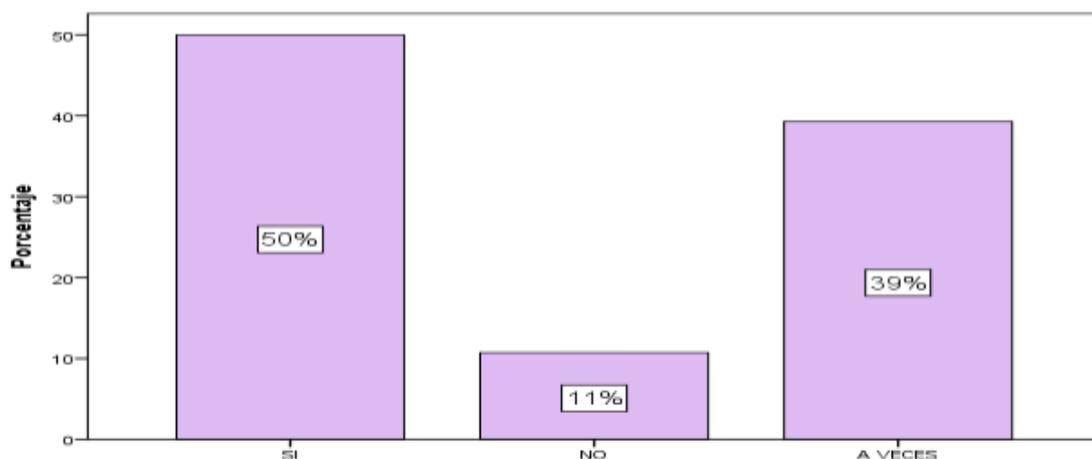


Figura 13. PREGUNTA 3. ¿Dispone de ayuda a la hora de movilizar un paciente?. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 15 y figura 13 (¿Dispone de ayuda a la hora de movilizar un paciente?): Se puede determinar que un 50% de los encuestados indican que sí disponen de ayuda al momento de movilizar a algún paciente, mientras que un 11% por el contrario refiere que no tiene ayuda cuando van a mover a un paciente, y un 39% pone de manifiesto que hay veces que, debido a la cantidad de pacientes presentes en el piso, no siempre se tiene ayuda.

Tabla 16

PREGUNTA 4. ¿Se permite que los pacientes permanezcan acompañados de un familiar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sí	28	100,0	100,0	100,0

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

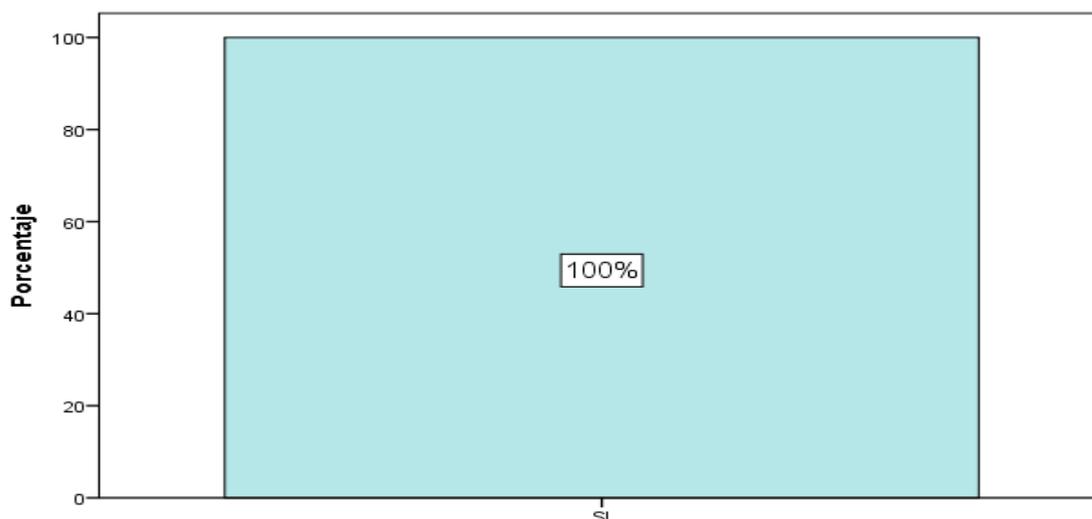


Figura 14. PREGUNTA 4. ¿Se permite que los pacientes permanezcan acompañados de un familiar?. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Tabla 17

PREGUNTA 4.1. Si su respuesta es sí, indique en qué tipo de pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Solo en aquellos que lo necesiten	28	100,0	100,0	100,0

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

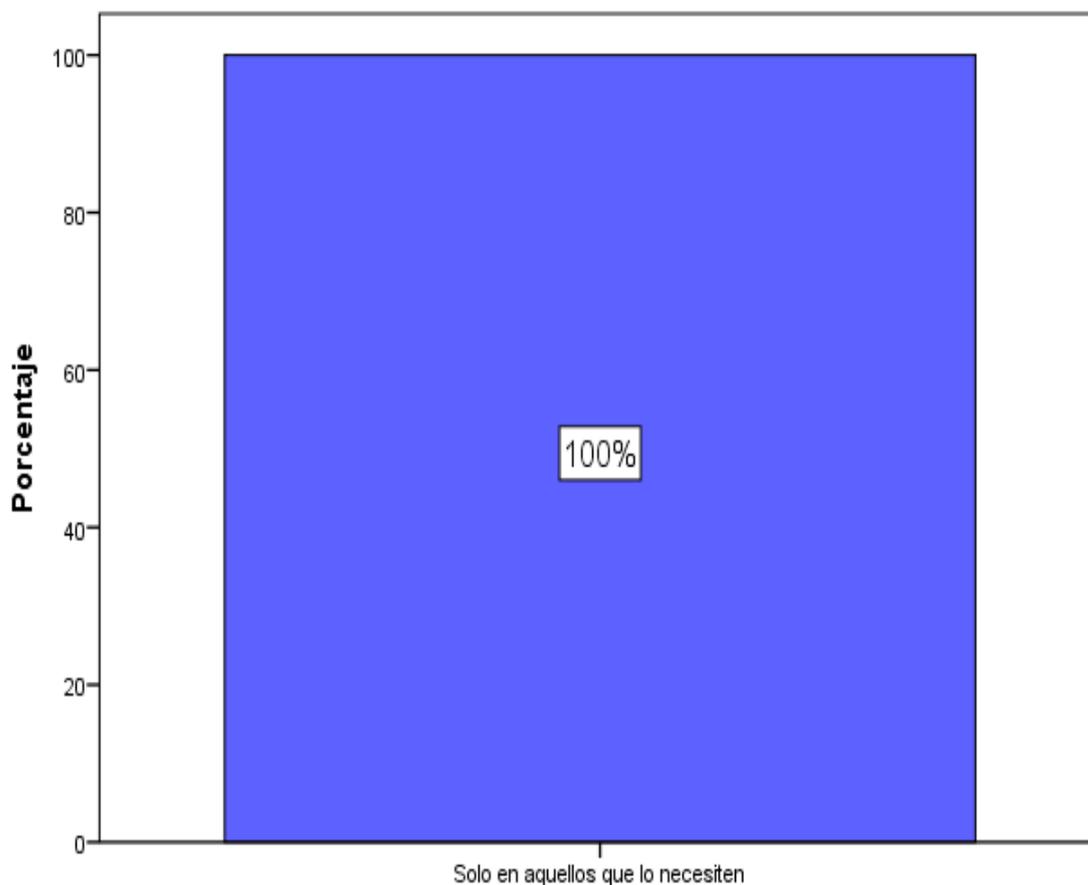


Figura 15. PREGUNTA 4.1. Si su respuesta es sí, indique en qué tipo de pacientes. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tablas 16 y 17 y figuras 14 y 15: Tras evaluar los resultados obtenidos se puede determinar que, si se permite que los pacientes permanezcan acompañados por un familiar, pero solo en aquellos casos que realmente lo requieran.

Tabla 18

PREGUNTA 5. ¿Conoce alguna escala que permita valorar el riesgo de caída de los pacientes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	28	100,0	100,0	100,0

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

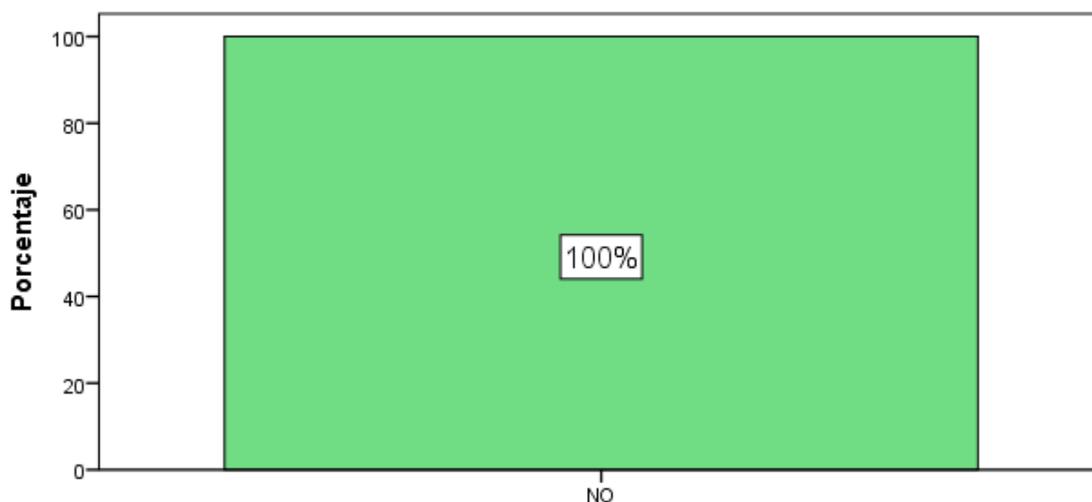


Figura 16. PREGUNTA 5. ¿Conoce alguna escala que permita valorar el riesgo de caída de los pacientes?. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 18 y figura 16: (¿Conoce alguna escala que permita valorar el riesgo de caída de los pacientes?): En este caso ni las/os enfermeras/os, ni auxiliares de enfermería conocían ningún tipo de escala que permita valorar el riesgo de caídas de los pacientes.

Tabla 19

PREGUNTA 6. ¿Existe un censo u otro documento en el cual se reporten los sucesos adversos (caídas)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	8	28,6	28,6	28,6
NO	20	71,4	71,4	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

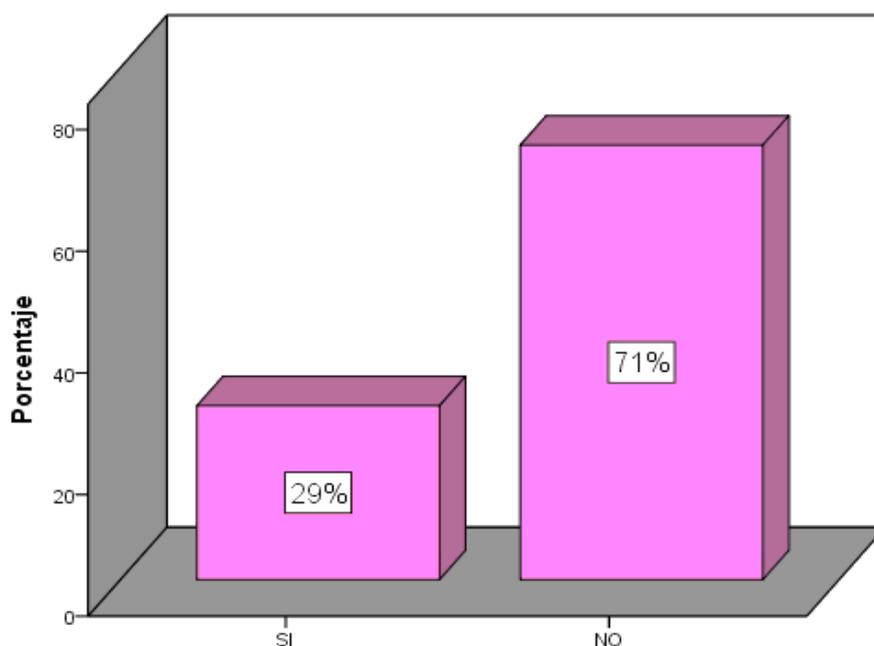


Figura 17. PREGUNTA 6. ¿Existe un censo u otro documento en el cual se reporten los sucesos adversos (caídas)? Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 19 y figura 17: (¿Existe un censo u otro documento en el cual se reporten los sucesos adversos (caídas)?): De acuerdo a la información proporcionada por parte de los encuestados se encuentra que el 29% indica que si existe un censo en el cual se reportan sucesos adversos como pueden ser por ejemplo las caídas, mientras que el 71% indica que no existe tal documento, si no que únicamente se realiza la información de manera verbal.

Tabla 20

PREGUNTA 7. ¿Recibe capacitaciones con respecto a la seguridad de los pacientes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	19	67,9	67,9	67,9
NO	9	32,1	32,1	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´, 2016.

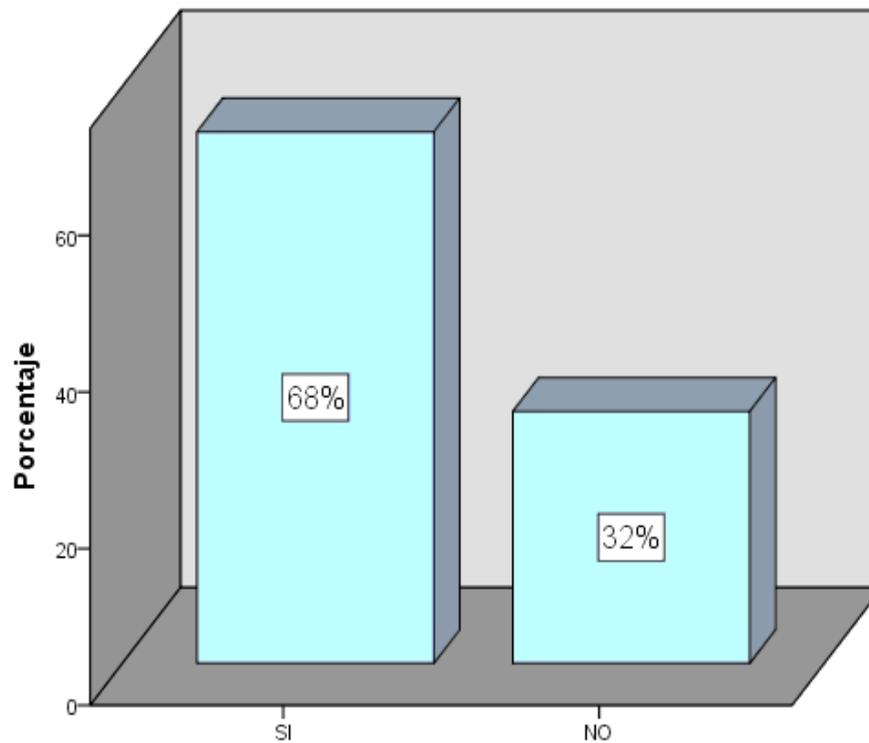


Figura 18. PREGUNTA 7. ¿Recibe capacitaciones con respecto a la seguridad de los pacientes?. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida". 2016.

Tabla 21

PREGUNTA 7.1. Si su respuesta es sí, indique con qué frecuencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una vez por trimestre	15	53,6	78,9	78,9
	Una vez cada seis meses	1	3,6	5,3	84,2
	Una vez al año	3	10,7	15,8	100,0
	Total	19	67,9	100,0	
Perdidos	Sistemas	9	32,1		
	Total	28	100,0		

Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

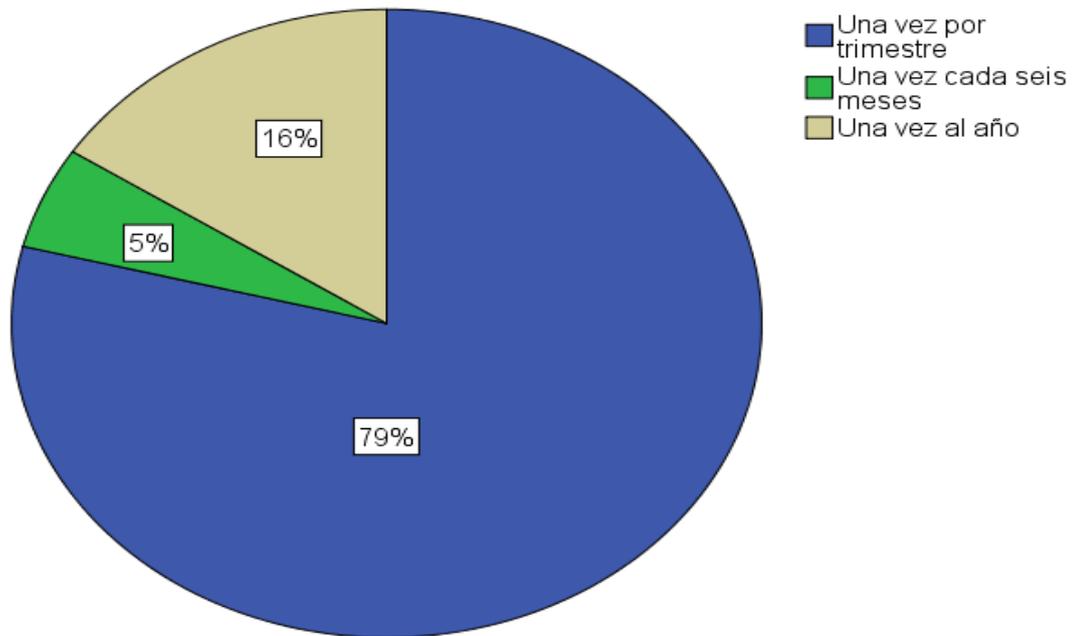


Figura 19. PREGUNTA 7.1. Si su respuesta es sí, indique con qué frecuencia. Tomado de la encuesta realizada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tablas 20 y 21 y figuras 18 y 19: (¿Recibe capacitaciones con respecto a la seguridad de los pacientes?): Con respecto a esta pregunta obtuvimos que el 32% puso de manifiesto que no recibían capacitaciones en cuanto a la seguridad del pacientes, mientras que del 68% que respondió que sí, de los cuales 15 personas indicaron que las reciben una vez por trimestres, 3 indicaron que las capacitaciones tiene lugar una vez cada seis y meses y tan solo 1 persona indico que se realizan una vez al año.

9.3. Check list

Tras la verificación de la hoja de chequeo (check list), la cual se aplicó únicamente en 13 ocasiones, ya que se realizó solamente al momento en que tenía lugar el ingreso de un nuevo paciente.

Se pudo observar que la gran mayoría de enfermeras/os y auxiliares de enfermería los siguientes parámetros:

- No educaban al paciente con respecto a la prevención de caídas.
- No enseñaban el manejo de los barandales de la cama y otros dispositivos presentes en la habitación.
- No solían dejar levantados los barandales de la cama cuando el paciente se quedaba solo.
- Si ayudaban a los pacientes al momento de trasladarse de un lugar de otro.

Tabla 22

Educa al o la paciente con respecto a los medios para la prevención de caídas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	1	7,7	7,7	7,7
NO	12	92,3	92,3	100,0
Tot al	13	100,0	100,0	

Tomado de la hoja de chequeo aplicada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

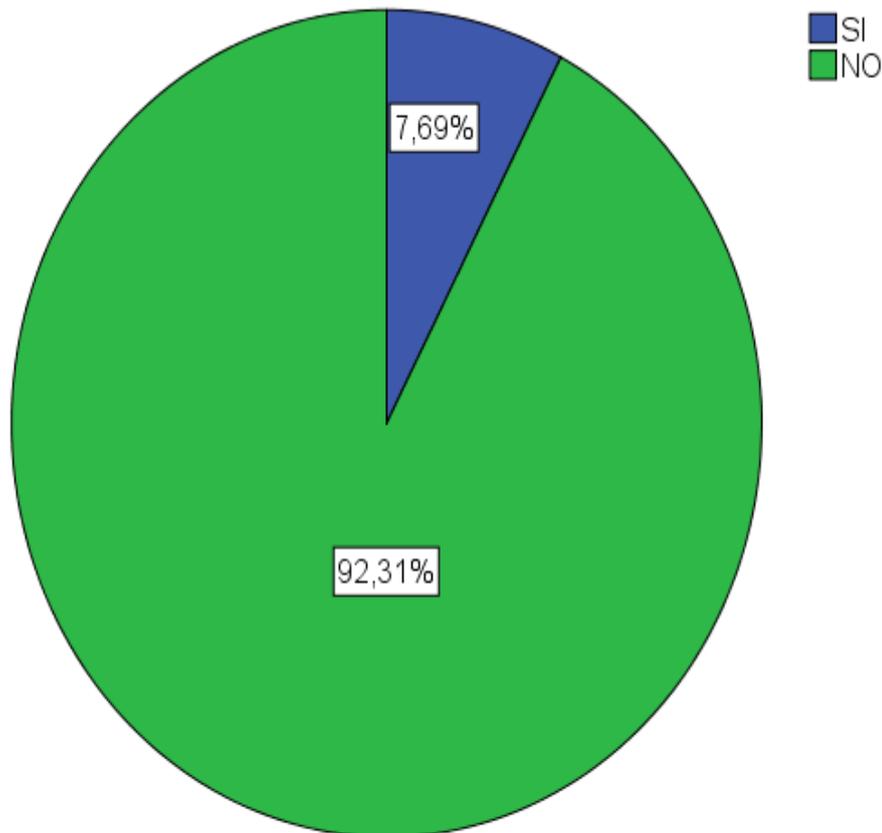


Figura 20. Educa al o la paciente con respecto a los medios para la prevención de caídas. Tomado de la hoja de chequeo aplicada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 22 y figura 20: (Educa al o la paciente con respecto a los medios para la prevención de caídas): Se puede determinar que de los 13 profesionales a los cuales se les aplicó la hoja de chequeo solo uno de ellos llevaba a cabo la educación del paciente con respecto a la prevención de caídas, mientras que los otros 12 participantes no realizaban dicha tarea de educación.

Tabla 23

Instruye al o la paciente y familiares sobre el manejo del timbre y deja el mismo a su alcance

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	7,7	7,7	7,7
	NO	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tomado de la hoja de chequeo aplicada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida'', 2016.

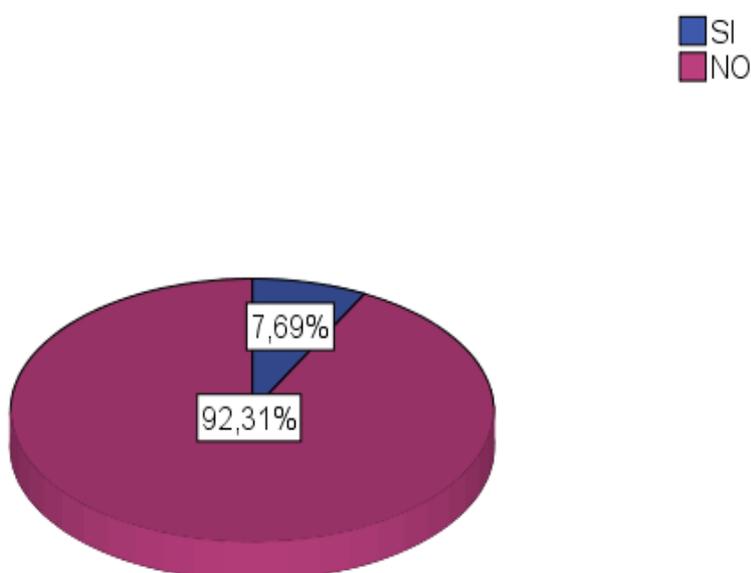


Figura 21. Instruye al o la paciente y familiares sobre el manejo del timbre y deja el mismo a su alcance. Tomado de la hoja de chequeo aplicada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida'', 2016.

Análisis e interpretación de tabla 23 y figura 21: (Instruye al o la paciente y familiares sobre el manejo del timbre y deja el mismo a su alcance): Del 100% de los participantes al igual que en el ítem anterior, tan solo una persona indica tanto a los familiares como al paciente el manejo del timbre y de los otros dispositivos presentes en el cuarto del mismo y que requiere usar durante su estancia hospitalaria.

Tabla 24

Levanta las barandillas de la cama del o de la paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	1	7,7	7,7	7,7
NO	12	92,3	92,3	100,0
Tot al	13	100,0	100,0	

Tomado de la hoja de chequeo aplicada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida'', 2016.

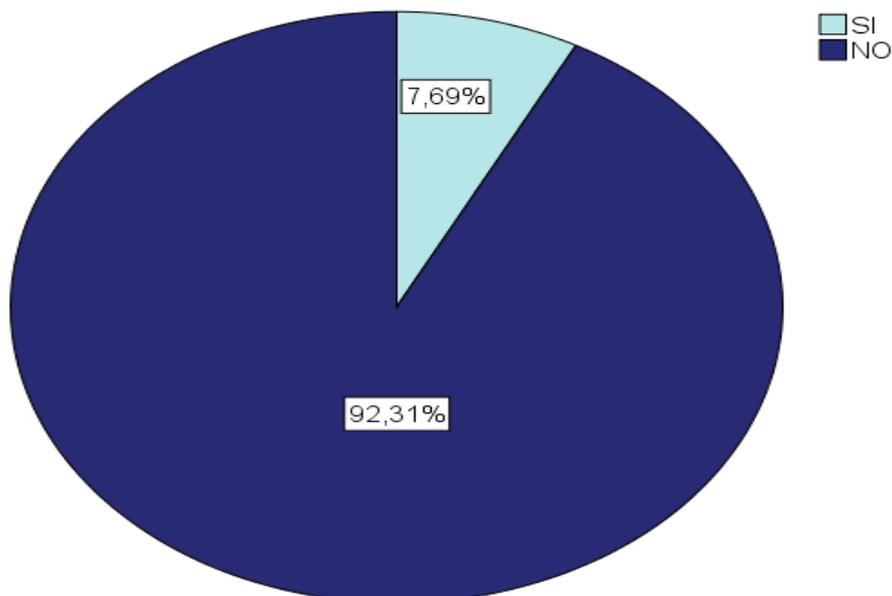


Figura 22. Levanta las barandillas de la cama del o de la paciente. Tomado de la hoja de chequeo aplicada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", 2016.

Análisis e interpretación de tabla 24 y figura 22: (Levanta las barandillas de la cama del o de la paciente): De acuerdo a lo observado cabe recalcar que la misma persona que en los ítem anteriores llevo a cabo el desarrollo de las actividades de prevención de caídas, fue la única persona que de los 13 profesionales llevo a cabo el levantamiento de los barandales de la cama del paciente.

Tabla 25

Al momento de trasportar al paciente le proporciona las medidas de seguridad necesarias y bloque las ruedas en el momento en que se detiene

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	8	61,5	61,5	61,5
No aplica	5	38,5	38,5	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Tomado de la hoja de chequeo aplicada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´, 2016.

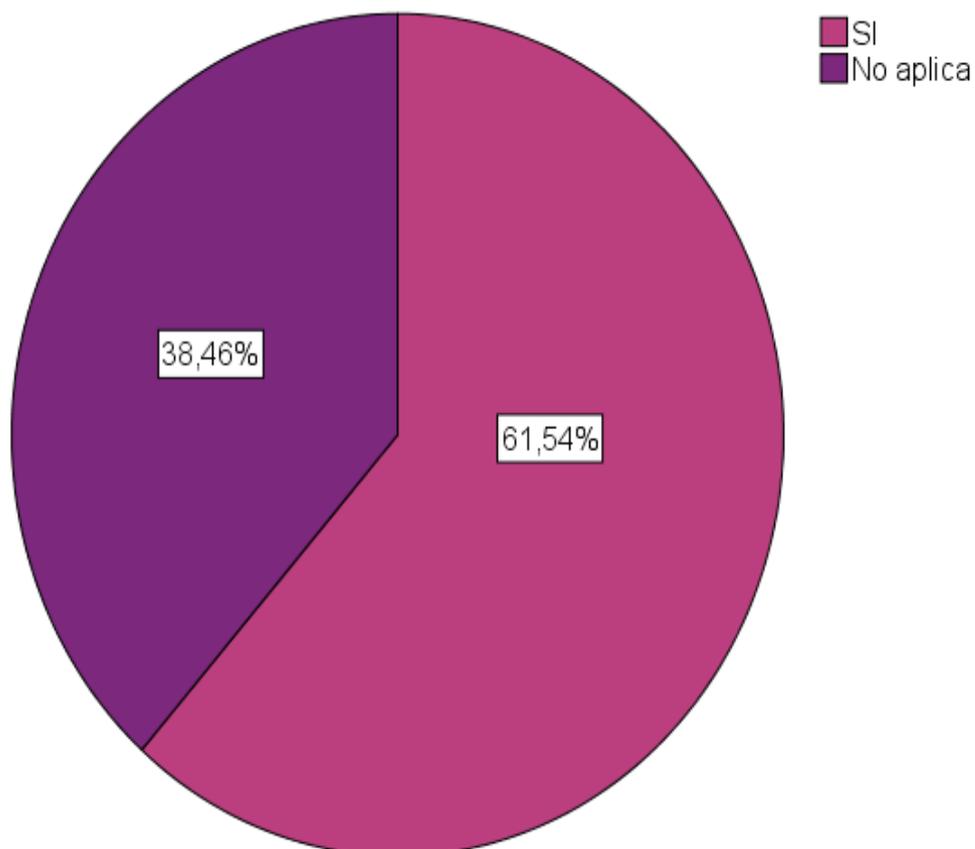


Figura 23. Al momento de trasportar al paciente le proporciona las medidas de seguridad necesarias y bloque las ruedas en el momento en que se detiene. Tomado de la hoja de chequeo aplicada a enfermeras/os y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del hospital Padre Carollo ``Un Canto a la Vida´´, 2016.

Análisis e interpretación de tabla 25 y gráfico 23: (Al momento de trasportar al paciente le proporciona las medidas de seguridad necesarias y bloque las ruedas en el momento en que se detiene): De los 13 profesionales observados, en 5 de los casos los pacientes no requirieron de movilización, de los 8 otros casos en todos ellos se aplicaron medidas de prevención y seguridad a la hora de transportar a un paciente de un lugar a otro.

10. CONCLUSIONES

- Las caídas son circunstancias complejas en el ámbito hospitalario puesto que, suponen una complicación para la salud del paciente, y de acuerdo al estudio realizado, del total de los pacientes a los cuales se les aplicó la escala de Downton, el nivel de riesgo de caídas es del 46.6%, del cual se puede determinar que un 28.8% representa a aquellos pacientes que tienen un alto riesgo, tomando en cuenta que mayor edad mayor fue el riesgo y que también entre la medicación habitual de los pacientes encontramos fármacos tales como, hipotensores diuréticos, antidepresivos entre otros.
- Los factores predisponentes para que se produzca una caída son numerosos, pudiendo deberse tanto a factores propios del paciente (intrínsecos) como aquellos que forman parte del entorno del paciente (extrínsecos), y de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio realizado se observa que un 31.4% tienen alteraciones visuales, 9.3% alteraciones auditivas y un 11% tienen los dos tipos de alteraciones mencionadas anteriormente.
- La gran mayoría del personal de enfermería, así como los/as auxiliares de enfermería no conocen una escala que permita valorar el riesgo de caídas de los/las pacientes y por ende no aplican ningún tipo de escala para valorar dicho riesgo, además de no disponer como tal de un protocolo de prevención de caídas.
- La capacitación que recibe el personal de enfermería en cuanto a la seguridad del paciente es de un 67.9%, una vez por trimestre.
- Gran parte de los profesionales de enfermería no lleva a cabo la educación de los pacientes con respecto a la prevención de caídas, ni tampoco explica el manejo del timbre u otros dispositivos necesarios para el usuario.

11. RECOMENDACIONES

- El personal de enfermería debe tomar en cuenta para el cuidado del paciente innumerables factores, entre los cuales es importante mencionar la valoración del riesgo de caídas que presentan los pacientes durante la estancia hospitalaria, tomando en cuenta que a mayor edad el riesgo de caídas aumenta, si toma medicación, así como la patología presentada por parte del mismo.
- El o la profesional de enfermería debe valorar al paciente tomando en cuenta todos sus aspectos, es decir, tanto físicos, psicológicos, como aquellos elementos que forman parte del entorno del mismo.
- El personal de enfermería debería aplicar la Escala de Riesgo de Caídas de Downton, a los pacientes hospitalizados y mantener una vigilancia estrecha de los mismos.
- El personal de enfermería debería recibir capacitaciones continuas en cuanto a la prevención de caídas, la aplicación del protocolo y valoración de la escala de Downton.
- Es importante que los profesionales de enfermería eduquen tanto al paciente como a la familia sobre el uso del timbre, utilización de barandales, gradillas, zapatos adecuados y otros elementos necesarios durante su estancia en el Hospital.

REFERENCIAS

- Alcaide, J., Andrés, B., Arias, S., Díaz, I., Martínez, M^a., Merino, M., Nicolás, C., Pérez, S., Puente, M^a., Quiralte, C., Rodríguez, A. y Zaballos, A. (2012). Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D%20GU%20C3%208DA_DEFINITIVA_PROCEDIMIENTOS_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883659006&ssbinary=true
- Almeida, E., Castro, R., Guzmán, M., Mena, M., Sarzosa, G., Segovia, G., Bajaña, S., Bonilla, J., Cabrera, E., Cantos, M., Velasco, M., Altamirano, M., Mendizabal, S., Noboa, S., Ríos, L., Santamaría, R., Segovia, R. y Acuña, S. (s.f.). *Manual de enfermería*. Madrid: Cultural, S.A.
- Alvarado, L., Astudillo, C. y Sánchez, J. (2014). Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay. (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/TESIS.pdf>
- Balderas, M^a. (2015). *Administración de los servicios de enfermería*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Committee on trauma. (2016). *PHTLS (Octava edición)*. Barcelona: Elsevier.
- Compañía de Seguros Noble. (2012). Escalas de Evaluación de Riesgo. Recuperado de http://www.nobleseguros.com/pdf/APENDICES_BOLETIN_MARZO_2012.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. Reformas en Registro Oficial-Suplemento de 21 de diciembre de 2015.

Contreras, Y. y Riofrío, R. (2015). Protocolo prevención de caídas. Recuperado de <http://www.clinicamayor.net/protocolos/filesprotocolos/GCL%202.2%20Preencion%20de%20Caidas-20160205-123039.pdf>

Fernández, M^a. (s.f.). Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. (Universidad de Cantabria). Recuperado de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema12.pdf>

García, M., Rodríguez, C. y Toronjo, Á. (2012). *Enfermería Geriátrica*. Barcelona: DAE.

Gobernación de Magdalena. (s.f.). Manual de procesos y procedimientos. Recuperado de http://www.magdalena.gov.co/apc-aa-files/61306630636336616166653232336536/manual_de_procesos_y_procedimientos.pdf

Griffin, A. y Potter, P. (2011). *Técnicas y procedimientos*. Barcelona: Elsevier.

Guillamas, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M^a, Sánchez, G. y Tordesillas, L. (s.f.). *Técnicas básicas de enfermería*. Madrid: EDITEX

Hospital General Universitario de Ciudad Real. (2011). Protocolo de prevención de caídas. Recuperado de <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/protocolo-caidas.pdf>

Hospital Santa Cruz. (s.f.). Protocolo de prevención de caídas – Hospital Santa Cruz. Recuperado de http://hospitalsantacruz.cl/17protocolos/2protocolos_ambito/GESTION%20CLINICA/Eventos%20Adversos/EA%20Caidas/Anexo%201%20E.%20Dowmton.pdf

Ley Orgánica de Salud. (2006). Registro Oficial 423 de 22 de diciembre de 2006. Suplemento de 24 de enero de 2012.

Licenciada Torres,L.,Licenciada Pacheco,M. y Licenciada Cabrera,R.(2015).Protocolo de seguridad del paciente prevención de caídas.Recuperado de <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-PREVENCIÓN-DE-CAIDAS.pdf>

Luque y Boscá.(s.f.).Traumatismo craneoencefálico.Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/traucra.pdf>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.(s.f.).Caídas.Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>

Organización Mundial de la Salud.(2016).Caídas.Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

Organización Panamericana de la Salud.(2011).*Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washintong,D.C.:OPS.

Ortega,C. y Suárez,M.(s.f.).*Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería*.México,D.F.:Panamericana.

Ortega,Ma.,Leija,C. y Puntunet,M.(2014).*Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería (3ª edición)*.México,D.F.:Panamericana

Raile,M. y Marriner,A.(2015).*Modelos y teorías en enfermería*.Barcelona:Elsevier.

Rozman,C. y Cardellach.(2012).*Medicina interna (17ª edición)*.Barcelona: Elsevier.

Salem,C.,Pérez,J.,Henning,E.,Uherek,F.,Schultz,C.,Butte,J. y González,P.(s.f.). Heridas. Conceptos generales.Recuperado de <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v14n1/art15.pdf>

Salut Pública.(s.f.).*Tinetti-Escala de marcha y equilibrio*.Recuperado de http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/023_TINETI_escalas_marcha_equilibrio.pdf

Sánchez,Y.,González,F.,Molina,O. y Guil,M^a.(2011).Guía para la elaboración de protocolos.Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIAS%20ELABORACION%20ANDALUCIA.pdf

Tintinalli,J.(2013).*Medicina en urgencias*.México, D.F.:McGraw-Hill.

Universidad Cooperativa de Colombia.(2013).Metas internacionales de seguridad del paciente.Recuperado de http://www.ucc.edu.co/medellin/prensa/2013/Documents/conferencia_8_29.pdf

Universidad de Cantabria.(2014).Caídas en pacientes hospitalizados, un Evento Adverso evitable.Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5228/MiyaresOlavarriaA.pdf?sequence=1>

Villalba,M. y Alberte,M.(s.f.).*Manual de Enfermería*. Barcelona:Oceano.

ANEXOS

ANEXO 1



Doctor

Edgar León

Director de Docencia

Hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida"

Como es de su conocimiento yo, Michelle Stefania Jácome Caiza estoy realizando el proyecto de titulación, encaminado a la elaboración de protocolo de prevención de caídas, el cual se encuentra dirigido por Mgs. Lilia Simbaña, por tal razón, solicito autorice la aplicación de dos encuestas y una lista de chequeo los cuales serán aplicados a jefaturas; a todo el personal de enfermería y auxiliares de enfermería del área de hospitalización del Hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida".

Estos documentos permitirán recolectar la información necesaria para la elaboración del protocolo y consecuente elaboración y aplicación de stickers de identificación. Todo ello con la finalidad de establecer un manejo y cuidados determinados de los pacientes de acuerdo al riesgo de caídas que presenten (bajo, mediano o alto), mejorando y favoreciendo así la seguridad de los pacientes del área de hospitalización. Una vez recolectados los datos y elaborados tanto el protocolo como los stickers se llevará a cabo la presentación de la información obtenida, así como la respectiva capacitación sobre la aplicación del protocolo y respectivo manejo de los stickers.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Atentamente.

ANEXO 2



VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS DE PACIENTES

ESCALA DE J.H. DOWNTON

SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN GENERAL

EDAD:

SEXO:

CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICACIÓN	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno
	Alteraciones de la vista	1
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones de las extremidades causadas, por ejemplo, por haber sufrido un ictus, una enfermedad neurológica, etc.	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con o sin ayuda	1
	Imposible	1

RESULTADO	
BAJO RIESGO	0-1
MEDIANO RIESGO	1-2
ALTO RIESGO	3 o más

ANEXO 3



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA Y AUXILIARES

OBJETIVO

Elaborar el protocolo de prevención de caídas y los respectivos stickers de identificación en el área de hospitalización del Hospital Un Canto a la Vida.

INDICACIONES

- Rellenar cada casilla marcando con un **X** la respuesta que usted considere necesaria.
- Rellenar cada casilla con esfero, pues aquella respuesta que esté con lápiz será anulada.
- No dejar espacio en blanco, no realizar tachones y tampoco usar corrector.
- Cada pregunta tiene una única respuesta.

Cargo.....

1. ¿De acuerdo a la demanda de pacientes, cuánto es el tiempo en que se demora en acudir a la llamada del paciente?

1-5min	
5-10min	
10-15min	
Más de 15 min	

2. ¿Cuenta el área con suficiente personal para cubrir las necesidades de los pacientes?

SI	
NO	

3. ¿Dispone de ayuda a la hora de movilizar un paciente?

SI	
NO	
A VECES	

4. ¿Se permite que los pacientes permanezcan acompañados de un familiar?

SI	
NO	

- 4.1. Si su respuesta es sí, indique en qué tipo de pacientes.

Todos	
Solo en aquellos que lo necesitan (niños, pacientes con cuidados especiales)	

5. ¿Conoce alguna escala que permita valorar el riesgo de caídas de los pacientes?

SI	
NO	

5.1. Si su respuesta es sí, ¿mencione cuál?

.....

6. ¿Existe un censo u otro documento en el cual se reporten los sucesos adversos (caídas)?

SI	
NO	

7. ¿Recibe capacitaciones con respecto a la seguridad del paciente?

SI	
NO	

7.1. Si su respuesta es sí, indique con qué frecuencia.

Una por trimestre	
Una vez cada seis meses	
Una vez al año	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

Elaborar el protocolo de prevención de caídas y los respectivos stickers de identificación en el área de hospitalización del Hospital Un Canto a la Vida.

Dicho documento está dirigido al profesional de enfermería y auxiliares.

CHECK LIST

	SI	NO	No Aplica
Educa al o la paciente con respecto a los medios para la prevención de caídas			
Instruye al o la paciente y familiares sobre el manejo del timbre y deja el mismo a su alcance			
Indicar al o la paciente que utilice las barras de apoyo en el baño o ducha y que informe al personal de salud siempre que requiera ayuda			
Informa y vigila al o la paciente y familiares con respecto a los efectos secundarios derivados de la toma de determinadas medicaciones			
Levanta las barandillas de la cama del o de la paciente			
Ayuda al o la paciente en la realización de determinadas actividades así como el autocuidado			
Al momento de trasportar al paciente le proporciona las medidas de seguridad necesarias y bloque las ruedas en el momento en que se detiene			
Deja al alcance de los pacientes los objetos personales y necesarios para el mismo			
Acude de forma inmediata a la llamada después de que el o la paciente la/lo solicitan			
Ayuda a los pacientes a la hora de los desplazamientos hacia cuarto de baño u otros lugares.			
Valora el riesgo de caída del o de la paciente			
En caso de requerirlo se aplica la sujeción del paciente			
Para llevar a cabo la sujeción, se solicita previamente la firma de un consentimiento informado			