

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA, “FORTALECIENDO EL CUIDADO PREVENTIVO DE ENFERMERÍA” - NIVEL DE CONOCIMIENTOS, GRADO DE CUMPLIMIENTO Y MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES, HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO 2016.

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

Dra. Enf. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

ASESOR:

Dra. Esvia Consuelo Tornero Tasayco

Lima, Perú

2016

DEDICATORIA

A Dios por su inmenso amor y guía en mí camino, a mi familia por su amor, comprensión y apoyo incondicional en la elaboración de mi trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

A las Enfermeras del área de hospitalización en los pabellones “A” y “B” Hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” por su participación en la presente investigación. A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en este trabajo.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la efectividad de la aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el nivel de conocimientos de las enfermeras y en el grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del riesgo de caídas que realizan en pacientes adultos en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, enero - mayo 2016. Como variables tenemos; Nivel de conocimientos sobre la valoración y medidas de control del riesgo que se dividió en dimensiones como el Identificación del riesgo, los conocimientos sobre factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos, los conocimientos sobre el papel de los fármacos y otros aditamentos en el grado de riesgo de caídas, también como variable se presenta el Grado de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas con dimensiones como la metodología en la valoración de factores intrínsecos, la Oportunidad de la valoración, la registro de la valoración, la Comunicación de la valoración y también la variable Grado de cumplimiento de las medidas de control de riesgo de caídas, con dimensiones como el cumplimiento de medidas dirigidas al entorno, el cumplimiento de medidas dirigidas al paciente, el cumplimiento de las medidas dirigidas a la familia. Luego de la recolección de datos estos son procesados por el programa Excel y el paquete estadístico SPSS 23.0. después serán tabulados y presentados en tablas y gráficos estadísticos. El método que se utilizó fue descriptivo, diseño cuasi experimental y tipo cuantitativa con recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento. La muestra de estudio estuvo conformada por 40 enfermeras que laboran en el área de hospitalización en los pabellones “A” y “B” del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Palabras clave: Cuidado, control, servicio, enfermeras, valoración.

ABSTRACT

The present study aims to determine the effectiveness of the implementation of the programme "Strengthening the preventive nursing care" at the level of expertise of the nurses and the degree of compliance assessment and control measures of the risk of falls that performed in adult patients in the services of medicine internal of the Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, January - may 2016. As variables we have; Level of knowledge on the assessment and control measures of risk which was divided into dimensions such as the identification of risk, knowledge on intrinsic and extrinsic risk factors, knowledge about the role of drugs and others attachments in the degree of risk of falls, also as variable occurs the degree of fulfilment of the assessment of the risk of falling with dimensions as the methodology in the evaluation of intrinsic factors, the opportunity of the assessment, the registration of the valuation, the communication of the evaluation and the variable degree of compliance with measures of control of the risk of a fall, with dimensions as the fulfilment of measures aimed at the environment, compliance with measures aimed at the patient, the compliance with measures targeting the family. After data collection, these are processed by the program Excel and the statistical package SPSS 23.0. then they will be tabulated and presented in tables and statistical graphics. The method used was descriptive, quasi experimental and quantitative type with data collection design to test the hypothesis based on the numerical measurement and statistical analysis to establish patterns of behavior. The study sample was conformed by 40 nurses working in the area of hospitalization in the pavilions "A" and "b" of the Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Key words: Assessment, care, service, nurses, control.

ÍNDICE

| | Pag. |
|---|-------------|
| DEDICATORIA | 2 |
| AGRADECIMIENTO | 3 |
| RESUMEN | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| | |
| CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1. Descripción de la realidad Problemática | 8 |
| 1.2. Definición del problema | 11 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | 12 |
| 1.4. Finalidad e importancia | 13 |
| | |
| CAPITULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACION. | |
| 2.1. Bases Teóricas | 16 |
| 2.2. Estudios Previos | 68 |
| 2.3. Marco Conceptual..... | 75 |
| | |
| CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES. | |
| 3.1. Formulación de Hipótesis..... | 77 |
| 3.1.1. Hipótesis General..... | 77 |
| 3.1.2. Hipótesis Específicas | 77 |
| 3.2. Identificación de Variables | 77 |
| 3.2.1. Clasificación de Variables | 78 |
| 3.2.2. Definición Conceptual de variables | 79 |
| 3.2.3. Definición Operacional de variables..... | 80 |
| | |
| CAPITULO IV: METODOLOGIA | |
| 4.1. Descripción del Método y Diseño..... | 84 |
| 4.2. Tipo y nivel de Investigación | 86 |
| 4.3. Población, Muestra, y Muestreo..... | 86 |
| 4.4. Consideraciones Éticas..... | 88 |

CAPITULO V: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

5.1. Técnicas e Instrumentos 90
5.2. Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos 93

CAPITULO VI: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

6.1 Cronograma de Actividades..... 95
6.2 Presupuesto..... 97

BIBLIOGRAFIA 98

ANEXOS..... 103

MATRIZ DE CONSISTENCIA.

INSTRUMENTOS VALIDADOS.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La seguridad es uno de los componentes de la calidad por lo que a nivel mundial se conjugan diversas estrategias destinadas a maximizar los beneficios y minimizar los riesgos para el paciente, tal como lo expresa Donabedian (1976 citado en Malagón, Galán y Pontón, 2000). No obstante el entorno de la prestación del cuidado de la salud desde el siglo XX hasta el presente es cada vez más complejo y altamente riesgoso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sistematizado esfuerzos y ha realizado estudios que evidencian la existencia de riesgo en la naturaleza misma de las prestaciones de salud, enfatizando que los resultados no deseados que causan alguna consecuencia nociva y en diferente magnitud para el paciente, ocurran con demasiada frecuencia (Consejo Ejecutivo OMS, 2001).

La mayoría de evidencias científicas existentes en materia de eventos adversos, corresponden a la combinación de tecnología, procesos de atención y circunstancias donde el factor humano es fundamental.

Entendiéndose por eventos adversos a las lesiones involuntarias que ocurren durante la atención de la salud, atribuibles no a la enfermedad si no a la atención misma y que pueden conducir a la muerte, incapacidad o al deterioro en el estado de la salud, prolongación de la estancia o suspensión del alta.

Existe congruencia en los reportes estadísticos desde 1990 donde se afirma que por lo menos el 4% de pacientes que acude a un hospital sufre algún tipo de daño, dejando como consecuencia 70% de incapacidad temporal

y 14%, de incidentes que acaban en muerte (Aranaz , Aibar, Gea y León, 2004).

El Instituto de Medicina “To err is human” en los EE.UU de Norte América, informa que los eventos adversos son responsables entre 44,000 y 498,000 muertes al año con un costo entre 17 a 29 millones de dólares y un 50% de costos directos en atención (OMS, 55 Asamblea Mundial, 2001).

Según este organismo oficial, dicha situación en países de América Latina, se vincula más a problemas de deficiente infraestructura y equipamiento, insuficiente personal , falta de motivación y adecuación de métodos , muchos de los cuales representan causas que se mantienen latentes dentro de la operatividad del sistema de atención y de no ser identificados ni abordados oportunamente, generan incremento del riesgo.

Uno de los eventos adversos frecuentes y no deseados en el cuidado hospitalario son las caídas de pacientes durante la permanencia en el hospital; éstas, representan un problema importante porque desencadenan en muchos casos, una serie de trastornos funcionales y la pérdida de autonomía del paciente para satisfacer sus necesidades básicas cotidianas (Juvé, Carbonell, Sánchez, Brossa, Ortí, y Villanueva, 1999).

En los establecimientos de salud no todas las caídas son previsibles y la información de su ocurrencia está sesgada por el temor de que se califique como mala praxis, siendo la prevalencia mundial de 2 caídas por cama por año acompañadas de lesión de tejidos blandos e incapacidad por fracturas (Horse y Vaughm, citados por Juvé, Carbonell, Sánchez, Brossa, Ortí, y Villanueva, 1999).

Las circunstancias en que los pacientes se caen se asocian en muchos países a los momentos de pasarlo a una silla o desde ella a la cama en un

34,5%; marcha inestable en un 29,5%; transferencia a la cama en un 28% y otros, en un 7% (Corcuera, Ormeño, y Zapata, 2008).

En el Hospital Nacional Almanzor Aguinga Asenjo desde 1999 se monitoriza las caídas como un indicador de calidad, habiéndose incrementado el promedio mensual en los 2 últimos años, de 3 a 5 caídas por mes. El perfil del paciente que más caídas sufre es la persona adulta mayor de sexo masculino con limitación sensorial para ver o escuchar, marcha no estable, y que no llama para ser atendido, estos pacientes se caen en horas de la madrugada entre las 00.1 y las 07.horas y en menor porcentaje durante el día (Dpto. Enfermería HNAAA).

Los varones quienes sufren en mayor proporción, las caídas, son adultos mayores que intentan ir al baño o alcanzar el urinario de su velador en horas de la noche donde hay menos iluminación; un número menor de pacientes sufren caídas mientras deambulan o están en la ducha, por lipotimia. Indistintamente de la causa de la caída, el 100% requiere evaluación médica, el 85% requiere placas radiográficas y el 20% requiere tomografía (Dpto. de Enfermería HNAAA).

La situación descrita refleja el elevado potencial de daño a la salud y el riesgo de prolongar la estadía hospitalaria con pérdida de la movilidad y mayor exposición a los efectos de la inmovilidad prolongada: úlceras por presión, complicaciones respiratorias, estreñimiento y baja autoestima, que alteran el bienestar, la calidad de vida de la persona y erosiona la confianza del paciente y la familia en el personal que brinda el cuidado y en la misma institución, que se ve inmersa en demandas legales con la consiguiente pérdida de prestigio.

El número de pacientes en riesgo de caídas es tan significativo que ha motivado el interés y desarrollo de iniciativas múltiples orientadas a evitar su ocurrencia. Gonzáles, (2004 citado en Aranaz, 2006), enfatizó el uso de instrumentos para valorar el riesgo y acondicionar el entorno de los adultos

mayores a fin de disminuir las caídas en el hogar. Además, se probó que mediante cursos y talleres, se lograba fortalecer la musculatura y sentido del equilibrio e ir disminuyendo las caídas en adultos mayores en el Hospital Ramos Mejía en Argentina.

En este contexto y dada la experiencia previa en la elaboración y difusión de guías preventivas y estructuración de informes para facilitar el reporte y analizar las causas de las caídas en servicios de hospitalización que ha realizado la investigadora en el Hospital Nacional AAA, surge el interés por responder a las siguientes inquietudes:

¿Aplicar sistemáticamente la valoración del riesgo de caídas mediante estrategias de sensibilización, permite incrementar el grado de cumplimiento de la valoración y control del riesgo? ¿Aplicar alertas selectivas para facilitar la identificación de pacientes de alto riesgo, incrementa la oportunidad aplicación de medidas preventivas? ¿Aplicar una lista de cotejo para monitorear el cumplimiento de las medidas de valoración y cuidados preventivos, permite incrementar el cumplimiento de las medidas de valoración y control del riesgo de caídas?

Uniendo estas iniciativas en una intervención ¿hará posible incrementar el nivel de conocimientos, el grado de cumplimiento de la valoración y control del riesgo de caídas y mejorar la seguridad del paciente?

1.2.- Definición del problema

El interrogante que guía el estudio se formula de la siguiente manera:

¿Cuál es la efectividad del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el nivel de conocimientos de las enfermeras y en el grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del riesgo de caídas que realizan en pacientes adultos en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almirante Brown, enero - mayo 2016?

1.3.- Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Determinar la efectividad de la aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el nivel de conocimientos de las enfermeras y en el grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del riesgo de caídas que realizan en pacientes adultos en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, enero - mayo 2016.

Objetivos específicos

Comprobar la efectividad de la aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el nivel de conocimientos sobre valoración y control del riesgo de caídas, en las enfermeras del grupo de estudio después de la intervención, en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

Comprobar la efectividad de la aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el grado de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas de pacientes según la escala de Downton, realizado por las enfermeras del grupo de estudio después de la intervención, en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

Comprobar la efectividad de la aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo de caídas de pacientes, realizado por las enfermeras del grupo de estudio después de la intervención, en los Servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

Comprobar la efectividad de la aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el nivel de conocimientos sobre valoración y control del riesgo de caídas enfermeras del grupo de estudio en comparación con el grupo control, en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

Comprobar la efectividad de la aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería”, en el grado de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas de pacientes según la escala de Downton, realizado por enfermeras del grupo de estudio en comparación con el grupo de control, en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

Comprobar la efectividad de la aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería”, en el grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo de caídas, realizado por las enfermeras del grupo de estudio en comparación con el grupo de control, en los Servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

1.4.- Finalidad e importancia

Desde el punto de vista teórico

El cuidado humano entendido como procurar el mayor bien a la persona cuidada y al propio cuidador, conlleva la elaboración de un marco teórico que permita la unificación de criterios en la identificación del riesgo de sufrir caídas como requisito fundamental para la definición de los factores de riesgo y de la realización de acciones decisivas para el control del problema, hecho que debe llegar a evidenciarse en la disminución de la prevalencia de caídas en los centros asistenciales.

La prevención de las caídas constituyen una prioridad asistencial, el 5% de las mismas produce lesiones graves que prolongan la estancia del paciente, incrementando los costos operativos por la atención de complicaciones y con el agravante de mermar el prestigio institucional.

Garantizar la seguridad del paciente en este aspecto es un importante indicador de calidad hospitalaria, siendo uno de los aspectos contemplado en el Plan Nacional de Seguridad del Paciente (Resolución Ministerial N°676-Julio 2006). Por lo que su atención es indispensable.

Cuidar de la persona es la razón de ser de la profesión, la enfermera es responsable de mantener la autonomía del paciente y evitar en lo posible la discapacidad, esto implica ser creativo en las acciones que permitan cumplir a cabalidad con el imperativo moral y ético de la profesión: proteger a la persona más allá del llamado eficientismo técnico.

Desde un punto de vista práctico

Los resultados del estudio beneficiarán a un significativo número de pacientes con riesgo real de sufrir lesiones por caídas, porque serán sujetos de cuidados seguros que le permitan la recuperación oportuna y el mantenimiento de su capacidad funcional.

Será posible asimismo, obtener algunos cambios en el comportamiento del personal involucrado y la adopción de recursos tecnológicos de bajo costo como son la Escala de valoración del riesgo de caídas, el uso del dispositivo de alerta selectivo para pacientes de alto riesgo y la guía de prevención de caídas, que en conjunto facilitarán el control adecuado del riesgo y la reducción efectiva del evento adverso, en el corto y mediano plazo.

El personal será más sensible al revalorar que gran parte de la prevención y control del riesgo, está en sus manos; del mismo modo que la intervención propuesta le facilitará la forma de evitar involucrarse en problemas legales por omisión en la valoración, diagnóstico, planeamiento y control del riesgo, precisados en la Ley del Trabajo de la Enfermera (o) (Congreso de la República del Perú, Ley N° 27669).

La institución estará en camino de contar con evidencias de su esfuerzo por contar con las mejores prácticas clínicas, validadas mediante investigación operativa, hecho que contribuye al uso adecuado de la cama hospitalaria y otros recursos presupuestales, además del potencial incremento en la satisfacción de los usuarios.

Desde el punto de vista metodológico

Se diseñaron un cuestionario y dos listas de cotejo para monitorear el grado de cumplimiento de la valoración y control del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados, que podrá ser utilizado en poblaciones con características similares. Del mismo modo los cinco módulos de enseñanza a elaborar para el desarrollo de la sensibilización y capacitación de las enfermeras, servirá como recurso didáctico en procesos de educación continua del personal.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases teóricas

Riesgos en la atención sanitaria, importancia del conocimiento en la percepción del riesgo asistencial.

El Diccionario de la Real Academia Española, (1999, citado por Aibar y Aranaz, 2004) define el riesgo como la contingencia o proximidad de un daño. En el conjunto de la asistencia de la salud, el término riesgo está ligado a la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida.

Aibar, (citado por Aranaz, 2006), argumenta que el concepto de riesgo asistencial incluye cualquier situación o acto relacionado con la atención recibida que puede tener consecuencias negativas para los pacientes y que en ausencia de una taxonomía de aceptación extendida entre los profesionales de la salud, incluye los siguientes aspectos:

Efectos adversos o acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente, expresando la trascendencia en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, incremento de consumo de los recursos asistenciales o fallecimiento relacionado con la atención recibido durante el proceso asistencial y pueden ser evitables o inevitables, es decir susceptibles de predicción o no.

Errores o equivocaciones ocasionadas por la deficiente ejecución de una acción indicada o estipulada en las normas o protocolos o por la realización de acciones innecesarias para lograr un fin.

Casi errores, categoría que incluye sucesos en los que el accidente estuvo próximo a ocurrir, pero por alguna razón se detuvo y

no produjo daños personales, pero sí materiales, sirviendo de advertencia para futuros sucesos.

Accidentes, comprende sucesos aleatorios imprevistos e inesperados que producen daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo.

Incidentes, son acontecimientos también inesperados que no producen daños ni pérdidas al paciente porque fueron descubiertos a tiempo y, por lo tanto, se evitaron.

Negligencias, son errores difícilmente justificables, ocasionados por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión del conocimiento que debería tener un profesional cualificado.

A diferencia de los errores, un rasgo esencial en la negligencia es su evitabilidad.

Malpraxis, abarca la deficiente práctica clínica que ocasiona daño al paciente, en el sentido que los resultados de la atención son peores a los que previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar en situaciones similares.

Litigios o disputas tramitados ante la administración de justicia, motivados generalmente por desacuerdos con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma.

Las categorías mencionadas no son mutuamente excluyentes, pero son suficientes para fundamentar que en los establecimientos de salud, todo proceso de gestión de riesgos, no pueden prescindir de etapas básicas entre las cuales se encuentran: la identificación y cuantificación del riesgo, el análisis del mismo, las alternativas existentes

para reducir o minimizar el riesgo y el desarrollo de las acciones previstas, así como la evaluación de la eficacia y efectividad de las intervenciones.

Siendo las caídas del paciente, una categoría de riesgo con elevado potencial de daño para el paciente hospitalizado, se hace necesario ahondar en la epidemiología del fenómeno sin menoscabar la importancia de direccionar el conocimiento hacia niveles más profundos, de fácil y permanente comunicación y capaz de desarrollar las bases de una cultura de seguridad que será consecuencia de los valores, actitudes, competencias y patrones de conducta de las personas.

Cleveland (citado por Del Moral, et. al, 2007), expresan que los conocimientos son producto de datos organizados, útiles e interiorizados por la persona; incluyen creencias, juicios, conceptos, perspectivas, expectativas y aun, métodos para la acción. Los conocimientos se integran, acumulan, conservan en el tiempo y están disponibles para ser aplicados de forma idónea, en el momento oportuno y en espacio adecuado.

En este sentido, es fundamental que el personal de salud adquiera y renueve de modo permanente y sólido, las informaciones necesarias para mantenerlas competencias que le permitan la certeza de las normas que procuran el mayor bienestar y seguridad para el paciente y puedan de este modo, diferenciar posibles desviaciones en las condiciones del entorno hospitalario, en el estado de salud del paciente hospitalizado y en el potencial de la familia para cooperar ante nuevas demandas de cuidado del paciente con diversos grados de dependencia.

Asimismo, Davenport y Prusak (citado por Del Moral, et. al, 2007), señalan que el conocimiento implica la comprensión total debidamente

informada y confiable acerca de algo, una mezcla fluida de experiencia estructurada, valores, información contextual e internalización verdadera, que proporciona un marco para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información.

Al respecto, ayudar a que el personal asistencial conozca e interiorice las múltiples dimensiones que abarca el riesgo asistencial mientras el paciente demanda de cuidados, debe formar parte vital de las organizaciones que persiguen ofertar prestaciones de calidad y valor agregado para los usuarios. Tanto el personal como la familia que aprende a reconocer el riesgo y las barreras existentes para su control, en medidas sencillas y al alcance, encuentran útil el participar de acciones destinadas a mejorar el nivel de conocimientos sobre cuidado.

Epidemiología de las caídas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), la caída se define como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo, en contra de su voluntad”.

Para la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2003), el riesgo de caídas consiste en el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daños físicos.

Las caídas en los servicios de hospitalización comprenden cambios bruscos e involuntarios de posición a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo, que puede producir lesión física y/o psicosocial.

En la ocurrencia de caídas influyen múltiples factores, algunos relacionados directamente con el estado de salud y características del paciente y otros ligados al entorno asistencial y a las medidas de seguridad existentes de acuerdo a los recursos existentes en las instituciones.

En algunas ocasiones las caídas pueden traer complicaciones serias retrasando el proceso recuperativo, ocasionando dolor y sufrimiento, pérdida de autoestima relacionada con la pérdida de la movilidad y el temor a caer. Son más frecuentes en la edad avanzada y el número de episodios reportados es inferior a la frecuencia real del evento; se conoce que un tercio de las personas mayores de 65 años se cae una vez al año y de ellos, la mitad se vuelve a caer (Díaz, et. al, 2002).

La incidencia anual asciende en adultos mayores al 25% entre los 65-70 años y aumenta al 47% después de los 75 años, las mujeres caen con mayor frecuencia que los hombres hasta los 75 años y posteriormente se igualan en frecuencia (Gómez, et. al, 2001).

Factores de riesgos intrínsecos o propios del paciente

En esta categoría se agrupan una serie de características relacionadas con el estado del paciente.

Incluye alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad; el riesgo es mayor en las etapas extremas de la vida: el lactante y preescolar por su natural sentido de ser indefenso y carecer de equilibrio y noción suficiente del peligro y el adulto mayor por los cambios fisiológicos propios de la senectud y los estilos de vida.

Las enfermedades agudas y crónicas, por el compromiso en el aparato músculo esquelético o los cambios hemodinámicos que predisponen a la inestabilidad, cambios en el estado neurológico y emocional; estos trastornos pueden variar desde la ansiedad y excitación hasta el compromiso en grados diversos del nivel de conciencia o la incapacidad para cumplir o entender órdenes (Ramallo, Carrasco, y Hernández, 2007).

La relación entre el deterioro físico y el riesgo de caerse no es fija, si la persona cuenta con soporte social o es educada para modificar conductas riesgosas, puede evitar la caída. En tal sentido la enseñanza al personal se ve favorecida mediante el uso de módulos de enseñanza, que constituyen un excelente recurso didáctico.

El consumo de fármacos es importante factor de riesgo, por los efectos colaterales que produce y las alteraciones en los procesos del pensamiento y la marcha, además de alterar la presión arterial o, el nivel de conciencia y el estado sensorial.

Según Tena, et al. (2006), es todavía infravalorado el papel de los diuréticos que al aumentar la frecuencia para miccionar producen mayor riesgo de caer.

Igualmente los hipoglicemiantes generan pérdida del equilibrio y mareos; algunos antihipertensivos producen adinamia, somnolencia y cambios de conducta; los beta bloqueadores, anti arrítmicos e inotrópicos causan alteraciones en el sistema de conducción y alteraciones del gasto cardiaco, condicionando la posibilidad mayor de caídas (Hogstel, 1998).

Burke y Walsh (1998), señalan que el control de la postura se obtiene cuando el individuo es capaz de mantener su centro de gravedad dentro de la base de soporte (pies); este control está determinado por la aferencia sensorial, el adecuado procesamiento de la información y la eficaz respuesta efectora (músculos, articulaciones y reflejos), por lo que cualquier alteración en estos niveles, aumentará la probabilidad de la caída.

Ramallo, et. al, (2007) precisan que un control postural adecuado requiere mantener el centro de gravedad arriba de la base de apoyo tanto en situaciones estáticas como dinámicas, donde la persona logra

adaptarse gracias a la vía sensorial y donde son fundamentales el sistema visual, vestibular y somato sensorial, cuando éstos fallan se pierde totalmente el equilibrio. Sin embargo Hogstel (1998), expresa aspectos primordiales respecto a la evolución de los órganos de los sentidos, así, señala que el factor visión que incluye no sólo agudeza visual sino profundidad, contraste y campo de percepción, con el envejecimiento y variadas situaciones clínicas, se deteriora la capacidad de adaptación a cambios de contraste y luminosidad.

La función vestibular por su papel en la orientación espacial tanto en reposo como en movimiento, con la pérdida de elasticidad de la membrana estrato cónica y otras alteraciones del sistema vestibular periférico, es muy difícil el control postural.

Es importante también la función propioceptiva porque da estabilidad durante los cambios de posición. Pacientes con neuropatías periféricas, deficiencias de vitamina B12, artritis o espondilosis cervical, tienen mayor riesgo de caer.

Estabilidad que Tapia, et. Al, (2002), señalan el importante papel de las alteraciones músculo esqueléticas relacionadas o no con la edad y el modo como producen una débil dorsiflexión de la rodilla, tan esencial para recuperar el equilibrio.

Además pueden estar asociados a otros factores, así como Potter y Perry (2004), explican acerca de un grupo de factores de orden neuro psiquiátrico como los accidentes isquémicos transitorios, las crisis comiciales y los estados depresivos se asocian a las caídas. Del mismo modo la patología cardíaca incrementa el riesgo por gasto cardíaco bajo, hipotensión ortostática y arritmias.

Los antecedentes de caídas previas, las discapacidades, situación post operatoria inmediata, uso de dispositivos externos, ansiedad relacionada con los patrones de eliminación son importantes factores intrínsecos (Arroyo y Ochoa, 2005)

Finalmente algunas enfermedades sistémicas que generan síncope, hipoglucemia, hipoxia y anemias, pueden dar lugar a caídas, por lo que la valoración del riesgo y la suma de factores es importante.

Factores extrínsecos

Son aquéllos relacionados con el entorno del paciente y situaciones derivadas del tratamiento farmacológico y la aplicación de procedimientos para medios de diagnóstico.

En este grupo se considera los siguientes aspectos:

La iluminación juega un papel trascendente dentro y fuera de la habitación, porque no actúa de modo aislado.

El mobiliario, en su estado de conservación y funcionalidad: si las enfermeras no disponen de camas con barandas, la altura de las camas no es graduable y las escalerillas faltan o están en malas condiciones, se convierten en una limitación en el control del riesgo. Súmase a esto un aspecto observado con frecuencia en los hospitales, la inoperatividad del sistema de frenos de camas, camillas y sillas de ruedas, por lo que con frecuencia desencadenan efectos adversos para los pacientes.

La limpieza realizada mediante procesos inseguros.

El desconocimiento del paciente y familia, para muchas personas, la asistencia a un hospital es un acontecimiento totalmente novedoso, es frecuente el temor porque los factores de riesgo no son conocidos; y sin embargo son propios del entorno hospitalario. En esta dirección cobran

sentido las intervenciones destinadas a elevar el nivel de conocimientos y la utilización de estrategias combinadas para reducir el riesgo de caídas. Según Aibar y Aranaz (2005), un paciente informado puede ser un paciente consecuente con el control del riesgo.

El uso de dispositivos de apoyo para deambular encierra peligro potencial si las gomas de los bastones, muletas, andadores y sillas de ruedas no permiten su fácil deslizamiento y freno eficaz.

También es importante, la utilización por parte del paciente, de batas, pijamas, zapatos sin suela antideslizante, que pueden significar causa de accidentes al enredarse y hacerle perder el equilibrio (Arroyo del Cordero y Ochoa, 2005).

Un importante factor extrínseco, es la falta de acondicionamiento de los centros asistenciales para dar seguridad al paciente y en especial al adulto mayor y a quienes se encuentran débiles o experimentan déficit sensorial:

Ausencia de barras de soporte en los servicios higiénicos, falta de timbres de llamado, y otros, son causa de muchas caídas.

Asimismo, la existencia de personal limitado y poco sensible a los riesgos existentes, que no informa al paciente y familia disminuyendo las acciones de llamar cuando necesita apoyo o ubicar los útiles que se encuentran lejos del alcance del paciente, incrementando la ocurrencia de caídas.

Por lo general los factores extrínsecos, interactúan potenciando el riesgo para los pacientes; generalmente la predisposición a la caída puede ser el efecto acumulativo de múltiples limitaciones e incapacidades.

Consecuencias de las caídas

Se puede iniciar afirmando que ninguna caída puede considerarse benigna, los diversos grados de lesión de tejidos óseos o blandos se traduce en pérdida de autovalencia, complicaciones del estado clínico inicial, aumento de la estancia hospitalaria y de los costos para la institución, el paciente y su familia (Álvaro y Morillo, 2004).

Entre las consecuencias inmediatas se encuentran las fracturas de caderas, antebrazo, pelvis; la fractura de cadera en adultos mayores es relevante por la inmovilidad y mortalidad asociadas.

Son igualmente graves los traumatismos encéfalo craneanos y sus complicaciones.

Las consecuencias a largo plazo se derivan de la inmovilidad secundaria a la caída y está expresada en grados variables de contracturas y rigidez articular, hipotonía y atrofia muscular, úlceras por presión, trombosis venosa profunda, estreñimiento e impactación fecal; más grave aún las alteraciones sobre los pulmones que conducen a mayor compromiso ventilatorio.

Psicológicamente no es infrecuente que se ocasione miedo a caer de nuevo. La pérdida de autoconfianza puede producir un deterioro funcional en el anciano con efectos en el área social: el aislamiento y la institucionalización por pérdida de autonomía y dependencia funcional.

Desde un punto de vista económico, los responsables de las instituciones de salud deben enfrentar las demandas de una hospitalización prolongada, el tratamiento quirúrgico y los elementos ortopédicos, la rehabilitación, los fármacos, gastos en rehabilitación y en ocasiones la exigencia de resarcir económicamente a los familiares demandantes. (André da Silva y Gómez, 2007)

Importancia de la prevención de caídas

Evitar una caída es proteger al paciente de las consecuencias adversas que conlleva, por este motivo es primordial que el personal de enfermería, incremente sus conocimientos sobre los factores de riesgo y el modo como éstos operan en el entorno asistencial; igualmente deben conocer las situaciones en que se produce un mayor número de caídas, para de esta manera, poder evitarlas.

Tapia y Olivares, (2002), argumentan que siendo las caídas, un indicador de la calidad del cuidado de enfermería, los esfuerzos se deben focalizar en la prevención primaria, promoviendo las condiciones para las necesidades individuales de los pacientes y proteger su salud mediante la aplicación de medidas específicas de evidencia comprobada.

Crear un entorno seguro, es facilitar un medio que satisface las necesidades básicas, reduce o elimina los riesgos de que ocurra una caída. Sin embargo, para que las medidas preventivas sean efectivas, se requiere atender aspectos de estructura, proceso y resultados (Malagón, et. al, 2000).

La estructura, incorpora la existencia, difusión y práctica de normas, así como la ética y valores de los miembros del equipo de salud, que permitirán un modo de organizarse y utilizar los recursos existentes o adquirir aquellos recursos necesarios para la prevención.

El proceso de prevención, reúne todas las actividades que se realizan los profesionales y pacientes debidamente informados y que es posible evaluar por observación directa o revisión de registros (Briggs, 2004).

Los resultados representan los cambios que se producen en el bienestar del paciente, en su grado de satisfacción y los cambios en el conocimiento y conducta del personal frente a los riesgos existentes y la práctica de medidas destinadas a valorar y controlar el riesgo existente (Mora y Ramírez, 2005).

Seguridad del paciente: Prioridad en el plan de calidad y el aporte de las herramientas de valoración y medidas de control del riesgo, clave en la prevención

La razón de ser de un servicio de salud es lograr cada vez más, una mejora sustantiva del equipo que participa en las prestaciones de salud a la población objetivo, meta que requiere conocimientos, actitudes, procedimientos y procesos continuados que persiguen alcanzar mejores resultados para los pacientes y, por ello, las intervenciones dirigidas al personal establecerán una relación basada en el principio de confianza que lleva a tener las más altas expectativas en los logros de las personas involucradas.

Largo ha sido el recorrido de las instituciones de salud fuera y dentro del país, para aceptar como premisa fundamental de todo proceso de prevención y control de riesgos, la existencia del riesgo de error en la atención de la salud, como condición para iniciar el proceso de superación de todo aquellos que limite el ejercicio de prácticas seguras y fomente el aprendizaje de los errores.

En tal sentido, la seguridad del paciente se ha definido como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud (Aranaz, 2006).

La OMS en su 55ª Asamblea Mundial de la Salud (2002), enfatizó que es indispensable trabajar bajo políticas de seguridad, las mismas que comprenden un conjunto de estrategias del sistema obligatorio de

garantía de la calidad para proteger a los pacientes de riesgos evitables durante la atención.

La seguridad del paciente no es un modismo, sino una responsabilidad profesional inherente al acto de cuidado, por lo que cada enfermera (o) debe apropiarse de la visión ética científica de la profesión y de aquellas herramientas conducentes a la oferta de cuidados de calidad.

La prioridad en el Plan de Calidad Institucional concibe la atención segura como aquella libre de riesgos, visión que conlleva a desarrollar sistemas y procesos encaminados; a reducir la probabilidad de fallos, errores u omisiones, a aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y a mitigar sus consecuencias.

Una de las estrategias de intervención a corto plazo que involucra aspectos pedagógicos es introducir en la organización de los servicios, la ejecución de planes y programas de mejora de la seguridad del paciente; así también, formar grupos de análisis de problemas concretos de seguridad financiando e incentivando la formación en materia de seguridad del paciente.

En este contexto, se impone el principio pedagógico que la enseñanza efectiva sobre la seguridad del paciente debe centrarse en necesidades, problemas y situaciones concretas, con predominio de lo práctico sobre la teoría y cuando es negociado previamente y genera involucramiento.

De este modo, cabe precisar que reconocer y aplicar prácticas preventivas, amerita conocer, comprender y materializar la aplicación de los instrumentos de valoración del riesgo de caídas y su consiguiente

abordaje en la práctica de medidas preventivas destinadas a controlar el riesgo.

Valoración del riesgo

El término valoración significa evaluación y según Gordon (1996), describe de modo sistemático y predeterminado, las características del estado de salud de un paciente, familia o comunidad y se realiza tanto al inicio de la interacción con el paciente cuando éste ingresa y de modo continuado conforme evoluciona la situación que motivó su admisión.

En el proceso de valoración se pueden adoptar diferentes modelos para obtener información o bien focalizarla en instrumentos específicos cuando se hace indispensable abordar un aspecto específico que compromete la salud sea éste de tipo real o potencial.

En pacientes hospitalizados con pérdida parcial o total de la independencia para las acciones cotidianas de cuidado, es indispensable distinguir sus patrones de comportamiento, los mismos que se configuran a través de conductas manifiestas u ocultas que exigen al profesional mayor indagación antes de establecer relaciones entre los datos y llegar a establecer juicios de valor sobre las áreas funcionales del paciente.

Respecto al riesgo de caídas, las evidencias científicas generadas en el cuidado de la salud, Gillespie et. al, (2003), han permitido identificar las características constantes en los pacientes hospitalizados según su edad, antecedentes y la capacidad funcional para responder a las condiciones del entorno y a los cambios derivados de la enfermedad, el tratamiento o los procedimientos requeridos; la identificación de estas características se ve facilitada por la existencia de escalas que han ponderado previa investigación, el rol de diferentes factores de riesgo en

la ocurrencia de caídas y por lo tanto en las oportunidades de intervención para controlar el riesgo.

Entre las escalas más frecuentemente utilizadas para valorar el riesgo de caídas se encuentra la de Tromp (citado por Tapia, 2003). Este instrumento considera cuatro criterios: antecedente de caídas previas, incontinencia urinaria, problemas visuales y limitaciones funcionales. No se adoptó por omitir aspectos vitales como el nivel de conciencia, la edad y el uso de fármacos que juegan un papel importante en las alteraciones de los patrones perceptivos sensoriales.

Juvé, et. al, (1999), en un intento de reducir el problema de la incidencia de caídas en residencias y hospitales, donde representan el 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados, recomendaron el uso de medidas de evaluación del riesgo individualizado, según la escala de Morse.

Este instrumento considera diez criterios, entre ellos: historial de caídas previo; edad, uso de fármacos psicótrópos, benzodiazepinas, antivitámicos y antihipertensivos; patología circulatoria, neuropsiquiátrica y la artritis; alteraciones de la marcha; reducción de la actividad normal, ansiedad y temor a caer; alteraciones de la visión y de los pies. Su aplicabilidad es menor, no considera la incontinencia urinaria y variables asociadas a la disponibilidad temporal del personal para la valoración.

La escala de John Downton, cuenta con cinco criterios originales: caídas previas; uso de fármacos que comprometen la dinámica y los patrones perceptivos sensoriales y motores en el paciente; déficit sensorial; nivel de conciencia básica y capacidad para la deambulación segura.

Con el propósito de dar mayor funcionalidad y adecuación a la realidad hospitalaria del país, se ha adaptado esta escala, (Mora y Ramírez, 2005), incluyendo la edad y la existencia de incontinencia urinaria o fecal, que fueron encontrados como factor relevante de caídas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara (Corcuera, et. al, 2008).

Esta escala se caracteriza por su sencillez, fácil comprensión y funcionalidad para su aplicación en el medio hospitalario. Es sensible en la identificación de factores de riesgo existentes en los pacientes y relacionables entre sí; aunque no existen estudios explícitos sobre la sensibilidad. La escala de Downton se viene utilizando con éxito en hospitales españoles por ser específica y válida para el propósito de cuantificar el riesgo y actuar selectivamente sobre los factores de riesgo y es reproducible por la mínima variabilidad en los resultados entre diferentes entrevistadores o usuarios de la escala. Mediante un “sí” o “no” se suma 1 punto para cada factor y con solo 3 puntos se determina la existencia de alto riesgo de caídas.

Únicamente la escala de St. Thomas Hospital modificada reporta una sensibilidad del 93% y una especificidad del 88% en su aplicación en el Hospital “Virgen de la Concha” del complejo hospitalario de Zamora, (Gómez, et. al, 2001). No se optó por esta escala, por estar circunscritos los resultados, al establecimiento donde se aplicó, evalúa solo cinco criterios, los mismos que omiten datos como edad, uso de fármacos y el contenido de los criterios es impreciso y superficial.

Escala de valoración del riesgo de caídas de John Downton (1993) modificada

| Criterio de riesgo | Presencia | Puntaje |
|---|--------------------------------|----------------|
| EDAD DEL PACIENTE: (menor de 6 o mayor de 60 años) | No | 0 |
| | Si | 1 |
| Caídas previas | No | 0 |
| | Si | 1 |
| Medicamentos | Ninguno | 0 |
| | Tranquilizantes-sedantes | 1 |
| | Diuréticos | 1 |
| | Hipotensores (no diuréticos) | 1 |
| | Anti parkinsonianos | 1 |
| | Antidepresivos | 1 |
| | Otros Medicamentos | 1 |
| Déficits sensorial | Ninguno | 0 |
| | Alteraciones visuales | 1 |
| | Alteraciones auditivas | 1 |
| | Extremidades (ictus....) | 1 |
| Estado mental | Orientado | 0 |
| | Confuso | 1 |
| Deambulaci3n | Normal | 0 |
| | Segura con ayuda | 1 |
| | Insegura con ayuda / sin ayuda | 1 |
| | Imposible | 1 |
| Incontinencia | No | 0 |
| | Sí | 1 |

Modificada por Zapata, I. 2010.

Es necesario precisar que se debe evitar que la sobreestimación del riesgo conduzca al personal al uso de medidas restrictivas, que solo restarán autonomía y bienestar a los pacientes. La razón de ser de la valoración es beneficiar al paciente no causarle daño.

Las evidencias científicas disponibles para disminuir el riesgo se basan entre otros, en la revisión sistemática realizada por el Instituto Joanna Briggs y se han incrementado con los aportes de nuevas investigaciones y la particularidad de los sistemas de salud en los países.

Los estudios de riesgo y el punto de partida de las intervenciones, se categorizan, para fines de recomendación de su uso o no, en áreas clínicas, con nivel de evidencia científica III. Consistente en resultados de ensayos clínicos sin asignación aleatoria; se señala que los instrumentos de evaluación del riesgo de caídas, no miden factores del entorno que pueden tener impacto en la probabilidad de caídas, aspecto que ha sido considerado en el estudio propuesto.

Asimismo, existen factores como el personal nuevo, la complejidad de afecciones del paciente y los índices de ocupación del servicio, se relacionan con el número de caídas de un servicio y no siempre los instrumentos de evaluación del riesgo, los toman en cuenta. En síntesis, ningún diagnóstico del riesgo de caídas tiene sentido si no va aparejada de una mayor sensibilización del personal, sin la verificación de la eficacia de los instrumentos de valoración y sin la decisión de intervenir en el campo preventivo.

Medidas de control del riesgo de caídas: el marco legal

Control del riesgo: Prevención

Según Restrepo (2000), “es el conjunto de medidas destinadas a reducir los factores de riesgo identificados alrededor de un daño real o potencial y a lograr la protección de las personas contra riesgos específicos”.

En prevención primaria las acciones se dirigen a las personas o grupos de riesgo de enfermar o sufrir daños asociados a algunos factores conocidos. Se considera la verdadera prevención, porque evita el daño mediante acciones, al alcance de la mayoría de personas y a bajo costo.

En la prevención primaria, se persigue el empoderamiento de las personas en el conocimiento, valoración y control de los factores de riesgo a fin de lograr juntos, un cambio identificado como deseable para la población; fortalece el sentimiento de utilidad y la capacidad de aporte para quienes participan en las intervenciones.

Aun cuando las caídas del paciente en hospitalización, no siempre representen consecuencias graves, forman parte de un importante indicador de calidad, por lo que la meta global de todas las estrategias de prevención, es reducir al mínimo el riesgo sin comprometer la movilidad y la independencia funcional del paciente. (Hogstel ,1998).

Las medidas preventivas incluyen intervenciones primarias, con el objetivo de evitar que las caídas se produzcan. Abarca medidas dirigidas al uso de métodos y procedimientos de cuidado individualizado del paciente y su entorno, medidas dirigidas a la familia principalmente en el campo de la educación y promoción de prácticas seguras con el paciente y la detección precoz de factores de riesgo implicados.

Arroyo y Ochoa (2005), aportan de modo sistematizado las principales medidas de control del riesgo de caídas durante la hospitalización, las mismas que se sustentan en 8 grandes pilares:

Contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída en todo paciente desde su ingreso y durante la hospitalización.

Valorar y registrar los factores de riesgo, que implica identificar las condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente.

Establecer el plan de cuidados y las intervenciones de enfermería congruentes con el riesgo evaluado, esto debe incluir entre otras actividades:

Uso de aditamentos de seguridad como barandas

Recorridos frecuentes para atender el llamado del paciente y verificar las condiciones en que se encuentra.

Movilización y deambulación asistida por la enfermera, el personal del equipo de salud o un familiar.

Supervisión durante los procesos de higiene o eliminación.

Sujeción en caso necesario previa información al paciente y familiar de los motivos, así como de la vigilancia a tener para evitar complicaciones.

Apoyo durante el inicio progresivo de la deambulación

Informar a pacientes, familiares o visitantes sobre el sistema empleado en la identificación de pacientes con riesgo.

Evaluación y orientación al paciente, familiares o visitantes sobre la importancia de acatar las medidas de seguridad adoptadas.

Colocación de objetos de uso personal o institucional al alcance del paciente, especialmente aquellos de uso más frecuente (timbre, orinal, chata, lentes, bastón y otros).

Informar sistemáticamente al paciente y/o familiar sobre el riesgo y las acciones destinadas a disminuirlo. Esto comprende:

Explicarles las causas del riesgo y las medidas de seguridad que se adoptarán.

Solicitar la participación de la familia.

Mantener comunicación estrecha con el paciente y/o familiar.

Utilizar los aditamentos de seguridad para evitar caídas, abarca acciones como:

Mantener o levantar las barandas de la cama por ambos lados a la altura que rebase el borde del colchón.

Trasladar al paciente en camilla asegurando que las barandas estén subidas, caso contrario sujetar físicamente al paciente.

Colocar el banco de altura o las escalerillas a una distancia que le permita al paciente su uso inmediato y mantenerlo debajo de la cama cuando no se usa.

Colocar una silla en el área de baño del paciente cuando él lo necesite.

Acercarle aditamentos de apoyo para la movilización: bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas, cerciorándose que las piezas estén íntegras y firmes, así como el funcionamiento de los frenos.

Usar autoadhesivos para focalizar la atención en pacientes de alto riesgo (Hartford Institute for Geriatric Nursing, 2001).

Reportar las fallas, descomposturas o falta de equipo para la seguridad del paciente: lámparas, focos de luz, gomas antiderrapantes, timbres, interruptores, barandas flojas o faltantes.

Dar continuidad a las medidas de seguridad adoptadas o establecidas en la guía clínica de cuidado preventivo de caídas, considerando:

Valoración del estado físico y emocional del paciente en cada cambio de turno o cada vez que sea necesario.

Identificar cambios importantes en la evolución del paciente, en especial cuando se agrava su estado de salud.

Comentar con el paciente y familia los cambios existentes al momento de la revaloración y las medidas de seguridad que deben continuar.

Registrar todos los hechos relacionados con la prevención y los incidentes o accidentes que se presenten durante la estancia del paciente en el hospital. Esto significa:

Registrar, en el Kárdex y anotaciones de Enfermería, el nivel de riesgo determinado, las acciones emprendidas y la respuesta obtenida con el plan establecido y ejecutado.

Analizar, en equipo, los incidentes ocurridos utilizando métodos aprobados a fin de detectar las oportunidades de mejora en el proceso de cuidados.

Informar, según protocolo, los incidentes o accidentes que hayan propiciado caídas de paciente.

Estas recomendaciones se complementan con las pautas propias de una adecuada contención física, la misma que deberá realizarse previa información y consentimiento de la familia, seguida de un completo alineamiento corporal.

Es fundamental la inmovilización del tronco en pacientes con nivel de conciencia comprometido o agitados pero que conservan su movilidad. La sujeción física en las extremidades requiere protección en las prominencias óseas para evitar lesiones cutáneas o mala perfusión.

Tapia, et. al, (2002), hicieron hincapié en la forma como las barandas en la cama proporcionan una barrera segura para que el paciente se movilice y sin embargo la urgencia de ir al baño o la sensación de estar privado de libertad, puede aumentar el riesgo del paciente al intentar saltar o salir por los pies de la cama. Por tanto, ninguna medida por sí misma puede garantizar la evitabilidad de la caída, sino el uso juicioso del conocimiento de las medidas, el pensamiento crítico para aplicarlos con oportunidad y una firme convicción de que es posible controlar el riesgo si se actúa con profesionalismo y proactividad.

El marco legal en la seguridad del paciente

El cuidado de enfermería ejercido en permanente actitud crítica y reflexiva, se enmarca en la responsabilidad intrínseca a la dignidad del ser humano, sus deberes y derechos, además de la existencia de

normas, disposiciones y leyes que amparan y exigen las condiciones de seguridad que deben garantizar la integridad física, moral y social de la persona sujeto de cuidado.

En orden jerárquico la norma máxima que ampara la seguridad del paciente comprende:

La Ley General de Salud N° 26842 que establece en el Título I, sobre Derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, artículo 2º: “Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a los atributos indicados en su presentación y a todos aquellos que se acreditaron para su autorización.

Asimismo, tiene derecho a exigir que los servicios prestados en la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales” (Congreso de la República, 1997 y modificada en enero 2007).

El derecho a una atención libre de riesgos, es parte importante de los planes de Calidad del Sector Salud.

En el título II, capítulo I respecto a: Ejercicio de las profesiones médicas y afines y de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud, en el artículo 36º, establece:

“Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente o imperito de sus actividades”.

La ley precisa con claridad la necesidad y obligación del ejercicio de un cuidado competente.

Respecto a las medidas de seguridad, la Ley General de Salud en el título VI y artículo 132º: De las medidas de seguridad, infracciones y sanciones, precisa que “las medidas de seguridad:

Deben ser proporcionales a los fines que persiguen.

Su duración no debe exceder lo que exige la situación de riesgo inminente y gravedad que los justificó.

Debe preferirse aquellas medidas que siendo eficaces para el fin que se persigue, menos perjudique la mejor circulación de bienes y personas.”

Otra disposición que ampara la seguridad del paciente y por ende todo esfuerzo de prevención de efectos adversos como las caídas, es:

La Resolución Ministerial N° 519 del año 2006, por la que se establece el Sistema de Gestión de la Calidad a nivel del Ministerio de Salud. Esta disposición incorpora los principios de gestión que aseguran la implementación de actividades en pro de la seguridad del paciente dentro y fuera de los establecimientos de salud.

La Resolución Ministerial N° 143 del Ministerio de Salud, (2006), que crea el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, otorgando dinamismo a las acciones de capacitación y puesta en marcha del sistema de vigilancia, notificación y reporte de los eventos adversos más frecuentes en los establecimientos de Salud.

Resolución Ministerial N° 676 (2006) Ministerio de Salud, que pone en marcha el Plan Nacional de Seguridad del Paciente, enfatiza principalmente el compromiso político de los directivos, el involucramiento de los trabajadores y la notificación voluntaria de los eventos adversos.

Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2009-2012 en proceso de aprobación, donde el Ministerio de Salud, avanza decididamente hacia la gestión de riesgos, con instrumentos ya definidos producto de la investigación y análisis de evidencias dentro y fuera del país.

Gracias a los resultados evaluados y al conocimiento que en el Perú, los efectos adversos relacionados con el cuidado representan el 6,9% del total de eventos identificados, orienta su accionar hacia tres objetivos fundamentales:

Promover y fortalecer una cultura de seguridad orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud.

Incrementar la participación de los usuarios internos y externos en las acciones de mejora.

Difundir las buenas prácticas de atención segura fomentando el desarrollo de la investigación y gestión del conocimiento institucional.

El cuidado; Uso eficiente del conocimiento humano y los recursos tecnológicos

El cuidado de la vida humana ha sido un imperativo permanente en la historia de la humanidad, de alguna manera todos hemos sido cuidados, cuidamos de nosotros mismos y cuidados de otros, porque en esencia el acto de cuidar es una forma de ser y estar en el mundo y el hombre ha

logrado sobrevivir gracias a personas que han asumido comportamientos de cuidado.

Etimológicamente el término cuidado proviene del latín que antiguamente se tradujo como “cura” y era utilizado en contextos de afecto y amicalidad, expresa ante todo una actitud de desvelo, preocupación, inquietud por alguien a quien se estima. También proviene del término *cogitare-cogitatus* que agrega el significado de pensar, poner atención, mostrar interés, siendo en conjunto más que ocupación, una preocupación (Boff citado por Colliere, 1993).

El cuidado del ser humano entonces desde un punto de vista filosófico, es un modo de estar en el mundo, natural a la vida propia y que cobra significado en el modo como nos relacionamos con los otros.

Colliere (1,993) y Waldow (2008), explican sustantivamente que el universo del cuidado abarca categorías del ámbito ontológico, antropológico, epistemológico y pedagógico; en consecuencia la existencia, es un intento permanente de recuperación del cuidado en su esencia humanizante: ser persona cuidada, cumplir con las demandas del cuidado, realizar a plenitud las acciones de cuidado, ser competente en el conocimiento, la práctica y la actitud de cuidar.

Mayeroff, citada en Pinto Afanador (2001), expresa que el cuidado es ayudar a alguien a alcanzar el crecimiento personal y se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona, quien brinda el cuidado en gran parte, direcciona el crecimiento de la persona cuidada porque para cuidar se deben conocer los poderes y las limitaciones, las necesidades y los elementos que permiten el crecimiento.

Mientras Peplau, citada en Marriner, (1996) enfatiza los atributos del modo de cuidar en la relación interpersonal enfermera-paciente y

Bermejo (1999) destacan la necesidad de la actitud empática en esta transacción, es imposible dejar de tomar en cuenta que quien cuida ha de ser experto en comunicación, actitud de escucha, comprender y aceptar las diferencias entre los seres cuidados desde una perspectiva holística; la práctica del cuidado requiere permanente búsqueda de respuestas humanas al sumergirse en el mundo de la ciencia del cuidado que guíe sus creencias, principios, valores y actuar profesional.

Watson, citada en Durand (2004), sinergiza el valor del cuidado como interacción, al precisar que el cuidado es el ideal moral de la profesión que se expresa en el compromiso de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, va más de allá de una observación objetiva, se busca establecer conexión profunda entre quien cuida y la persona cuidada en un proceso que persigue conservar la integridad, darle seguridad y favorecer el crecimiento del espíritu humano y la armonía interior.

La perspectiva de Watson expresa el esfuerzo profesional por adentrarse en el mundo subjetivo del paciente y en la potencialidad del proceso de cuidados auténtico para producir crecimiento y cambio. Cuidar en enfermería al paciente hospitalizado requiere de la enfermera autoconocimiento, aceptación, autocontrol y autocuidado para ser capaz de conocer, aceptar, direccionar y cuidar eficazmente a otro ser semejante.

El cuidado siempre se da de forma contextualizada, es el espacio, el tiempo, los valores culturales de la persona cuidada los que representan situaciones peculiares de cuidado donde adquieren significados distintos las experiencias vividas por cuidadores y cuidados en todos los casos:

El cuidado involucra elementos asistenciales que satisfacen necesidades humanas, una de ellas es la protección de daños.

El cuidado solo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal: la confianza, empatía y comunicación son indispensables.

El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual y familiar.

Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de capacidades a la vez que permite elegir a las personas las mejores opciones para un monto dado.

El cuidado como eje central de enfermería genera más salud que curación cuando integra el afecto y el conocimiento en una práctica cualitativamente segura.

Para Colliere (1993), “cuidar es un acto de vida, es promover la vida” fundamentalmente en dos orientaciones: asegurar la continuidad de la existencia y luchar contra la muerte, es decir contra todo aquello que impide la expresión plena del potencial humano, pues en este contexto cobra sentido la enfermería como práctica social.

Ser capaz de prevenir y detener los daños es participar aplicando el conocimiento humano y la tecnología del cuidado, brindando ayuda eficaz para conservar las fuerzas de la persona, lograr satisfacción, calma, alivio y evitar las fuentes de sufrimiento: el hambre, la enfermedad, los accidentes, la guerra. Estos logros exigen ser competente en cuidado, identificar los atributos del cuidado de calidad.

La teoría de Jean Watson: fundamento del cuidado como protección y fuente de calidad

Para Watson (1988 citada por Raile y Marriner, 2011), la enfermería consiste en “conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión”. La enfermera se preocupa por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, con el propósito de intervenir recuperando la salud o prevenir los daños.

En este esfuerzo, las enfermeras deben trascender su accionar más allá del procedimiento, y la técnica, concentrándose en la esencia del proceso de cuidar como una relación transpersonal.

La evolución de la obra de Watson, hace explícito que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos ni separados de otros, ni de la naturaleza y universo más extenso; aspectos que ameritan detallar los principales conceptos y principios que subyacen en su teoría.

El concepto de salud expresa “unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma”, para la autora, una dolencia no es necesariamente enfermedad, es malestar, desarmonía, consciente o inconsciente y pueden deberse a vulnerabilidades genéticas, constitucionales o derivadas de la interacción de la persona con el entorno.

El concepto de persona es “unidad de cuerpo, mente y espíritu y naturaleza”; no se liga únicamente al espacio y tiempo objetivos, por lo que la enfermera debe tener presente que la vulnerabilidad humana aumenta según multiplicidad de factores y contextos. En este sentido la práctica del cuidado, requiere valores, voluntad y un compromiso definido de conocer al hombre en los aspectos objetivos y subjetivos, en la capacidad para cuidar de sí mismo además de conocer cómo responde a las enseñanzas para hacer frente a situaciones riesgosas del entorno.

El concepto de entorno para Watson está constituido por espacios tan concretos como la habitación del paciente donde se intenta recuperar el déficit en su situación de salud, son espacios de apoyo, protección o corrección en problemas de orden físico, mental, social o espiritual y también abarca los esfuerzos para mantener el planeta. (Watson, citada por Raile y Marriner, 2011).

El concepto de enfermería corresponde a la ciencia humana y el arte que estudia la experiencia de salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica y ética. En la interacción enfermera paciente, la enfermera asume el ideal moral de la profesión que consiste en proteger, mejorar y preservar la dignidad humana.

El cuidado humano entendido como protección se realiza según Watson (citada por Raile y Marriner, 2011), según el marco de referencia de la persona: edad, estado sensorial, capacidad para la marcha, ingesta o no de determinados fármacos, y otros aspectos relacionados con la capacidad para percibirse a sí mismo en relación con el entorno, así como la percepción de las propias capacidades para hacer frente a los riesgos o condiciones cambiantes en su nivel de salud.

La enfermera cuida a la persona en una relación transpersonal que se caracteriza por:

El compromiso moral de la enfermera de realzar y proteger la dignidad humana.

La utilización del conocimiento del proceso de cuidar, con evidencias efectivas en la conservación de la integridad de la persona cuidada.

Compromiso que pone de relieve la mutualidad entre la enfermera y el paciente, que según la Watson (citada por Raile y Marriner, 2011), obedece a una conexión espiritual entre ambos, en un esfuerzo por buscar alivio al sufrimiento, mejores condiciones para la seguridad o el bienestar.

La autora destaca que es la única manera de encontrar la armonía interior y afianzar la creencia en el poder interno del proceso de cuidar, que bien realizado es fuente de crecimiento y cambio en términos de autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración, independientemente de la condición externa de salud.

Watson desarrolla de modo lógico su teoría a través de los diez factores del cuidado, que fundamentan la intervención realizada.

Los diez factores del cuidado de Watson comprenden:

Formación de un sistema humanístico altruista de valores: según este factor, los valores señalados se aprenden desde la más temprana edad, se modifican con la influencia social; cobra sentido porque representa la extensión o donación de uno mismo en la interacción con la persona cuidada.

Infundir la fe y la esperanza: favorece la promoción de un cuidado holístico, que potencia la capacidad de la persona para encontrar mayor bienestar, adoptando prácticas más saludables. Se mantiene y da sentido profundo al sistema de creencias personal.

Cuidado de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás: percatarse los sentimientos ajenos y propios, permite la autoaceptación y la autenticidad en las relaciones interpersonales.

Desarrollo de una relación de ayuda/confianza: se posibilita la expresión de sentimientos positivos y negativos, que genera empatía, comunicación eficaz y acogida no posesiva, es decir afecto, pero no dominio ni del habla ni de la capacidad de decisión (Watson 1979, citada por Raile y Marriner, 2011).

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos: consiste en un verdadero esfuerzo para diferenciar la comprensión intelectual de las emociones de la comprensión emocional de las mismas. En este aspecto radica el sentido más profundo del cuidar en su atributo de intencionalidad.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: al sistematizar las causas de los problemas y facilitar instrumentos de valoración, la enfermera orienta científicamente el ejercicio de sus cuidados preservando la integridad humana con evidencia científica. (Watson 1979, citada por Raile y Marriner, 2011).

Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal: destaca la necesidad de mantener informado al paciente y hacerlo consciente de su responsabilidad en la prevención de daños a su salud y en la práctica de conductas saludables para su crecimiento.

Provisión del entorno de apoyo, corrección y protección físico, mental social y espiritual: la enfermera debe reconocer el papel de los factores externos e internos que influyen en la salud; además de las variables epidemiológicas, otras variables como: la comodidad, la privacidad, la seguridad, la higiene y la condición de agradable desde el punto de vista estético.

Asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas: La enfermera conocedora de las propias necesidades, ha de procurar la satisfacción de las necesidades del paciente y en una jerarquía natural. El paciente antes que escuchar una orientación sobre el cuidado que requiere, necesita satisfacer necesidades biológicas, estar cómodo y sentirse seguro en el medio donde se realiza cada momento de cuidado.

Según Watson 1979, citada por Raile y Marriner (2011), este ordenamiento potencia la capacidad de la persona y alinea la mente, cuerpo y espíritu, para tener apertura hacia otras formas de cuidado.

Participación de fuerzas fenomenológicas existenciales: consiste en valorar el campo existencial más profundo de la persona, para ayudarle a descubrir el modo que resolvió sus dificultades en tiempos pasados, revalorando las estrategias usadas; la enfermera en este aspecto debe haber logrado consciencia plena de sí misma para posibilitar acciones de enseñanza personal al paciente, fomentar su salud, ofreciéndole apoyo situacional o reconociendo abiertamente los esfuerzos de superación del paciente o adaptación a los propios cambios o cambios del entorno.

Por la amplitud y solidez con que Watson (1979), enfoca al ser humano como sujeto de cuidado transpersonal y las formas específicas de ejercer la ciencia y el arte del cuidar, este enfoque teórico reúne las características para explicar y predecir que el cuidado del paciente con riesgo de caídas será efectivo cuando la enfermera incorpore en cada acto de cuidado los diferentes elementos de los diez factores del cuidado.

El cuidado de calidad

La expresión cuidado de calidad refleja más bien que en ocasiones no se produce el cuidado; se vincula estrechamente a diversos

componentes: la naturaleza misma del cuidado, la razón fundamental para proporcionarlos y los recursos con que se cuenta para lograr tal cometido.

La calidad entendida como el resultado de la combinación de atributos técnico científicos, interpersonales y administrativos para resolver los problemas de las poblaciones, dar calidad de vida y a un costo razonable para el sistema, es según Malagón, Galán y Pontón, (2000), un reto que amerita no sólo la definición de políticas, sino el logro de acuerdos mínimos y compromiso entre las autoridades y los profesionales de la salud para lograr paulatinamente la normalización de los procesos, y el mejoramiento de los estándares que conlleve beneficios para el paciente, el equipo de salud y la institución.

El cuidado de calidad implica acciones encaminadas a hacer por alguien lo que no puede hacer solo respecto a sus necesidades básicas, es mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido y es la facilitación de la expresión de sentimientos con la intención de producir bienestar (Abdelah citada por Marriner, 1996).

Desde la óptica del cuidado humano, es también una forma de amar que requiere conocimiento cabal de cada paciente, de sus actitudes, capacidades, intereses, motivaciones y conocimientos; cuidar con calidad es ayudar a que la persona se manifieste en su sentido único, auténtico, siendo generador de confianza, serenidad y apoyo efectivo (Boff citado por Waldow, 2008).

Por razones instrumentales, según Malagón, Galán, y Pontón. (2000), el cuidado de calidad se operativiza en los siguientes atributos y dimensiones:

Dimensiones del cuidado de calidad

En la dimensión técnico científica:

Oportunidad en la identificación de problemas reales y potenciales así como en la solución de los mismos.

Racionalidad lógico científica, ser verdaderamente competente en el cuidado multidimensional haciendo el mejor uso de la tecnología y aplicando instrumentos de valoración y prestación del cuidado de eficacia comprobada.

Continuidad: es tanto el respeto a la secuencia de las intervenciones, reevaluaciones y actualizaciones en el proceso de cuidados como la homogeneidad en la oferta de cuidados entre el personal.

Seguridad, expresada en intervenciones libres de riesgo psicosocial.

Eficiencia, manifiesta en resultados significativamente mejores para la salud y bienestar del paciente con el mínimo costo.

Legitimidad, proceso de cuidados de conformidad con los fundamentos científicos, éticos, normas, leyes y otros postulados que regulen el ejercicio profesional.

En la dimensión interpersonal o humana:

Integralidad, ser manifiesta en acciones dirigidas a la globalidad del ser humano, en lo biológico, social, espiritual, emocional superando las acciones meramente terapéuticas y enfatizando los aspectos preventivo promocionales hacia una mayor calidad de vida.

Respeto a la dignidad humana, informando de modo sencillo, claro, suficiente, todo aquello que concierne a su vida y salud; conservando la privacidad a que tiene derecho así como la posibilidad de rechazar medidas de cuidado que él juzgue innecesarias o dolorosas.

Aceptación y empatía, independientemente de sus creencias, valores, sexo, raza o credo y situación de dependencia. Intentar comprender cómo el paciente experimenta su realidad.

Preocupación por el logro de la satisfacción personal y con su entorno.

Ayuda efectiva acorde a las prioridades y significado de la situación de cuidado del paciente y familia.

Equidad, ofreciendo más tiempo, cercanía y apoyo emocional a quien más lo necesita.

En la dimensión administrativa, de las facilidades o del entorno

Favorecer espacios y tiempo para la comunicación con su centro de trabajo, amigos significativos y familia.

Estimular la conservación de un ambiente bien ventilado, iluminado, pisos libres de agua o exceso de cera, servicios higiénicos amplios, limpios y con barras de sujeción para pacientes frágiles.

Mantener un ambiente tranquilo libre de ruidos o estímulos que impidan el descanso.

Flexibilidad en los horarios de visita, cambio de alimentos no acostumbrados, uso del teléfono.

Facilidad para el otorgamiento de pases al familiar acompañante.

A partir del análisis de los aportes de Malagón et al (2000), el cuidado de calidad en la prevención de caídas amerita tomar en cuenta:

Tecnología dura: cama con barandas, camillas con barandales y frenos operativos; iluminación ad hoc en cabecera, habitación y servicios higiénicos.

Tecnología blanda: disponibilidad de guías clínicas de cuidados seguros, evaluación y control de riesgo, estandarización de procesos, liderazgo.

Control de calidad: mediante procesos de supervisión, monitoreo y auditoría operativa en aspectos preventivo-asistenciales.

Potencial humano suficiente, calificado y motivado para ofertar cuidado eficiente y humanizado.

En el campo de la tecnología híbrida, que incluye tanto mobiliario y equipo como la existencia de guías clínicas de cuidado fundadas en evidencia científica, es menester considerar que existen recomendaciones específicas que sustentan los instrumentos de evaluación del grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del riesgo de caídas y sin duda, los conocimientos que debe poseer la enfermera respecto a la prevención de caídas.

Álvarez, et. al, (2009), describen uno de los principales objetivos del protocolo para la prevención de caídas, el mismo que consiste en: establecer criterios de acción en la prevención y cuidados a pacientes adultos con riesgo de caídas de acuerdo a evidencias científicas disponibles.

Tena, et al. (2006), con acuerdo de la Organización Panamericana de la salud en el compromiso por la Seguridad del Paciente, establecen la Guía de recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Esta guía incluye la obligación de:

Contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída en todo paciente desde su ingreso y durante la hospitalización, que incluya:

Método de clasificación del riesgo basado en la valoración de los factores extrínsecos e intrínsecos del paciente.

Medidas de seguridad que se deberán adoptar para prevenir caídas, de acuerdo al riesgo identificado.

Utilizar diferentes medios de comunicación (visual, verbal o escrita), para comunicar el riesgo y las medidas de control.

Formatos para documentar el riesgo, medidas adoptadas y la evolución del paciente, relacionada con el riesgo.

Valorar y registrar los factores de riesgo potenciales de caídas en el paciente, durante su estancia hospitalaria, lo que implica identificar las condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente, tales como:

Edad: menores de 6 y mayores de 70 años.

Problema de equilibrio.

Incapacidad física que afecte la movilidad y/o la deambulaci3n.

Posoperatorio.

Ayuno prolongado.

Estado nutricional.

Hipotensi3n ortostática.

Problemas de visión.

Reposo prolongado.

Caídas previas.

Efectos o reacciones adversas a medicamentos (psicotrópicos, hipotensores, diuréticos, laxantes, relajantes musculares, entre otros).

Estado de conciencia y problemas neurológicos o psiquiátricos (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, riesgo suicida y otros).

Uso de aparatos ortopédicos, prótesis y ortesis.

Establecer el plan de cuidados y las intervenciones de enfermería correspondientes con la valoración de riesgos reales o potenciales de caída. Éste comprenderá actividades como:

Uso de aditamentos de seguridad para pacientes hospitalizados.

Recorridos frecuentes para verificar las condiciones del paciente y la atención oportuna cuando llama.

Movilización y deambulación asistida por la enfermera y/o el familiar o el técnico de enfermería.

Higiene supervisada o asistida por la enfermera, el técnico de enfermería o el familiar del paciente.

Sujeción en caso necesario previa información al paciente, familia o visitante de los motivos, así como vigilancia y los cuidados a realizar para evitar complicaciones.

Tena, et al. (2006), recomiendan solicitar consentimiento informado del familiar.

Apoyo durante el inicio progresivo de la deambulaci3n.

Informar a los pacientes, familiares o visitantes sobre el m3todo empleado para la identificaci3n del paciente con riesgo de ca3da.

Evaluaci3n y orientaci3n al paciente, familiar o visitante, sobre la importancia de acatar las medidas de seguridad adoptadas.

Colocaci3n de los objetos de uso personal al alcance del paciente, especialmente aqu3llos de uso necesario o m3s frecuente: timbre, orinal, chata, lentes, bast3n y otros similares.

Informar sistem3ticamente al paciente y/o familiar, sobre el riesgo y las acciones para disminuirlo.

Explicar las causas del peligro, manteniendo estrecha comunicaci3n con la familia a fin de lograr su involucramiento en la prevenci3n de ca3das. Utilizar los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevenci3n de ca3das:

Mantener levantadas las barandas de la cama verificando peri3dicamente que est3n colocadas de modo seguro.

Trasladar al paciente en camilla asegurando que las barandas est3n seguras, en caso contrario sujetar al paciente.

Colocar las escalerillas a una distancia que permita al paciente su uso inmediato y mantenerlo debajo de la cama cuando no se necesite.

Colocar una silla en el área de la ducha como ayuda.

Cerciorarse que las llantas de la silla de ruedas estén libres para su libre rodamiento, que funcione el sistema de frenos y las piezas estén integra y firmes.

Reportar las fallas, descomposturas o falta de equipo o materiales para la seguridad del paciente. La improvisación de materiales puede representar un riesgo aún mayor.

Dar continuidad a las medidas de seguridad establecidas en el protocolo y hacer los ajustes necesarios, considerando:

La valoración del estado físico y emocional del paciente en cada cambio de turno o cada vez que sea necesario.

Identificar cambios importantes en la evolución del paciente en especial cuando se agrava el estado de salud.

Verificar el estado del tórax, la respiración y toda zona donde se haya realizado contención física.

Comentar y explicar a la familia la razón de la continuidad o suspensión de las medidas de seguridad física realizadas.

Registrar los acontecimientos relacionados con incidentes, accidentes o la prevención realizada durante la estancia del paciente.

Registrar en la nota de enfermería el nivel de riesgo, las acciones iniciadas y las respuestas obtenidas por el paciente.

Reportar según protocolo institucional los incidentes ocurridos por caída.

Revisar en equipos los casos ocurridos, a fin de detectar oportunidades de mejora en la prevención de este efecto adverso.

Para lograr el cumplimiento de las pautas de esta guía, las instituciones sanitarias deberán:

Contar con un sistema de mantenimiento efectivo en todos los recursos dispuestos para la seguridad del paciente.

Dotar del personal necesario acorde a la complejidad de los pacientes.

La utilización de alertas de seguridad: constituyen verdaderos reforzadores, son sinónimo de situación de vigilancia o atención; en el campo de la seguridad del paciente sirven para llamar la atención del personal ante determinadas condiciones de riesgo que tienen alto potencial de impacto sobre los pacientes y la posibilidad de evitar daños a su salud.

Algunos organismos internacionales se han encargado de crear y difundir estas alarmas; Aibar y Aranaz, (2004) explican como la Fundación Avedis Donabedian tiene disponibles alertas para situaciones de:

Identificación inadecuada de los pacientes

Pacientes con traumatismo infravalorado en sala de urgencias.

Riesgo de Potasio intravenoso.

Cirugía en el lugar erróneo.

Precauciones en la inmovilización de pacientes,

Precaución del suicidio en pacientes hospitalizados.
Administración segura de medicamentos.
Uso de medicamentos de alto riesgo.

La alerta diseñada para detectar y comunicar el riesgo selectivo en pacientes hospitalizados constituye según los autores antes citados, un esfuerzo por trabajar con máxima seguridad.

En este último elemento, cobran vigor dos pilares fundamentales: la dimensión ético-jurídica del acto de cuidar y el papel de la autoestima del personal de enfermería, porque garantizar la calidad exige no solo la reflexión permanente sobre los valores que sustentan el cuidado como bien interno de la profesión, sino que es indesligable del compromiso con la implantación y respeto de las normas relativas a la identificación y control de los riesgos y la adopción de las destrezas y actitudes que con lleva.

Respecto a la prevención y control de los eventos adversos y sucesos centinela como las caídas con consecuencias funestas, se impone establecer y respetar las pautas para mantener una comunicación honesta, veraz, clara de cuanto acontece con los pacientes asignados.

Ética, técnica, conocimientos científicos y relaciones interpersonales son dimensiones del cuidado de calidad que abarcan un entramado de factores que hacen posible la excelencia en el ejercicio profesional y permiten superar la paradoja del cuidado: afecto y comprensión con resultados eficientes y seguros.

La autoestima: Fuente de energía en el comportamiento de cuidado

La autoestima es un atributo de gran potencial en la vida personal – social y, por tanto, también en el contexto organizacional. Forma parte

de la estructura psicológica de la personalidad, principalmente en el ámbito afectivo siendo influenciada por los aspectos cognitivos, axiológicos y espirituales y a la vez influye a dichos componentes (Uculmana, 2002).

El aprendizaje de la autoestima es inconsciente principalmente en la infancia y es posible bajo ciertas condiciones desaprender y hacer conciencia alta e intencional para desarrollar y consolidar un cambio. Al nutrirse de procesos cognitivos, axiológicos y espirituales es importante reflexionar sobre su dinámica por ser condición necesaria para vivir y cuidar la vida de otros.

Branden (1995) define la autoestima como la “experiencia fundamental de poder llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias”, refleja:

La confianza en la capacidad de pensar y enfrentarse a los desafíos básicos de la vida.

Confianza en el derecho a triunfar y a ser felices, es el sentimiento de ser respetables, dignos de expresar las necesidades y carencias propias, alcanzar los principios morales y gozar del fruto del esfuerzo personal.

Influencia de la autoestima

El nivel de autoestima tiene que ver con muchos aspectos de la vida personal, la felicidad que se experimenta, la forma de actuar en el puesto de trabajo y el nivel al que se puede llegar.

Cuanto más sólida es la autoestima, mejor preparado se está para hacer frente a los retos de la vida personal y profesional, mayor será el deseo de expresar la riqueza y poder interior.

La autoestima crea un conjunto de expectativas acerca de lo que es posible y apropiado para uno mismo, generando acciones que se convierten en realidades; en este sentido si una persona como miembro de un grupo, visualiza la solución de un problema o el éxito en una actividad futura, es más probable que lo logre.

Branden (1995) señala que la autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí, que dan el verdadero significado a su papel en la vida y la sensación de confianza frente a los desafíos, uno es la eficacia personal y el otro, la sensación de ser merecedor de la felicidad, el respeto a uno mismo.

Extrapolando estos elementos a la vida laboral, es de suma trascendencia considerar la práctica de los pilares siguientes:

La práctica de vivir conscientemente

La práctica de aceptarse a sí mismo

La práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo

La práctica de la autoafirmación

La práctica de vivir con un propósito

La práctica de la integridad personal.

Autoestima en el trabajo

El influjo de los cambios ocurridos en el orden científico, social y económico es de gran impacto en el trabajo, más que en otros tiempos, la enfermera necesita vivir conscientemente de su papel en un entorno hospitalario, cada vez más complejo y riesgoso, donde la capacidad de observación e innovación, es permanente; de lo contrario, si los empleados asumen el apego a lo seguro y a las rutinas, las organizaciones mueren (Gibson, Ivancevich y Donnelly, 2002).

Frente a los cambios y la gran envergadura para pacientes y empleados, el perfil de trabajadores de la salud amerita desarrollar autonomía, plenos de valores, elevada capacidad de compromiso y trabajo bajo presión, además de creatividad y rápida adaptación al cambio. Elementos que requieren aceptar el reto de haber elegido el campo del cuidado de la salud y las responsabilidades inherentes para proteger la propia salud o autocuidarse y cuidar de otros, porque es consciente del propósito de la enfermería en el sentido del compromiso moral que significa la profesión (Watson citada por Marriner, 1996).

La competencia global en el campo laboral, afecta también a quienes trabajan en el cuidado de la salud, se estimula más la innovación tecnológica y automatización de procesos, que la competencia interior; Pangrazzi (1999) advierte que sin una conciencia de la propia integridad y de la dignidad del ser humano, es fácil que las necesidades de sobrevivencia, aparten a las personas de su centro, distorsionando el desempeño laboral y contaminándolo con actitudes de cumplimiento superficial, sin un interés genuino ni por la institución ni por los resultados.

En el ámbito del cuidado humano representa un desafío llegar a contar con personas de sana autoestima, dispuestas a vivir con claridad de conciencia la experiencia de cuidar protegiéndose y protegiendo a otros, con apertura al aprendizaje continuo y al mejoramiento incesante, basado en la convicción de que esta trayectoria es la mejor opción y que es posible brindar cuidados seguros y afectuosos.

Potenciar la autoestima del personal de enfermería equivale a empoderarlos de la energía suficiente para dar lo mejor de sí mismos. Uculmana (2002) expresa que la persona de alta autoestima:

Defiende lo que cree aunque halle oposición

Confía en su capacidad para resolver problemas, pero pide ayuda si la necesita.

Confía en sí misma y en los demás

Es sensible a los sentimientos y necesidades de otras personas.

Las personas se sienten retadas; se les da cometidos que las ponen a prueba y amplían sus capacidades.

Las personas se sienten libres y disfrutan con lo que hacen, dirigen su vida hacia donde es conveniente y desarrollan habilidades para lograrlo.

Sienten lo que se espera de ellas, en términos de innovación, responsabilidad, información, metas.

Sienten que son valiosas para otros.

Resisten a la frustración y se sienten capaces de influir.

La persona de baja autoestima generalmente:

Se siente insatisfecha consigo misma y con los demás, teme equivocarse y se muestra indecisa.

Es hipercrítica y sensible a la crítica.

Observa la vida y el trabajo con pesimismo, todo lo hace difícil o imposible.

Trabaja con insatisfacción desconfiando de sí misma y los demás. No conoce ni defiende sus derechos ni los derechos de los demás.

No acepta sugerencias, actúa por miedo a la sanción.

Maneja destructivamente su agresividad, lastimándose y lastimando a los demás.

Importa en demasía el abordaje de la autoestima individual porque los grupos de trabajo en el cuidado humano son constelaciones de individuos que pueden aspirar a grandes logros y compromiso o asumir un grado de conformismo u oposición perjudicial, sobre todo si entre los empleados comparten las características de la baja autoestima. Bermejo (1999) argumenta sobre la importancia de mejorar la autoestima en el ámbito del cuidado humano:

Trabajando a nivel personal para elevar el propio nivel

Entablando acercamiento y escucha con cada empleado

Ser empático y respetuoso con las personas

Promover encuentros grupales basados en el trabajo

Dar retos, responsabilidades a sus empleados y admitir que pueden errar y construir lecciones al corregir acciones.

Dejar que expresen discrepancias y formulen sugerencias

Dar a conocer las normas de desempeño de modo claro e inequívoco.

Elogiar en público y corregir en privado

Dar elogios realistas, enseñar que los errores son fuente de aprendizaje.

Proporcionar los recursos para que ejecuten las acciones y mantener activas las normas de integridad personal.

Finalmente, una sana autoestima hace la persona conocedora de sus límites; cuidar de otros implica responsabilidades de índole legal, según la Ley del Enfermero Peruano, el profesional se hace responsable

de lo que valora y diagnostica como problema real o potencial de cuidado y de las acciones que ejecuta u omite para resolverlos.

Cuidar transmite el poder de generar bienestar y autonomía en la persona cuidada y por ende se denomina poder liberador, Collière (1993) enfatiza la acción de cuidar como el espacio de incremento del poder de existir; cuando la enfermera realiza cuidados seguros permite la movilización de energía para que el paciente continúe su proceso recuperativo o crezca en bienestar y el desarrollo del poder de existir se relaciona con la capacidad de ser y existir de quienes cuidan.

En este sentido, la fusión del cuidado como una forma de ser y estar en el mundo (Heidegger citado por Waldow, 2008) y la autoestima de quien cuida, se han de traducir en autocontrol y protección, eliminando prácticas desvirtuadas de conocimiento o pobres en contenido humano; la actitud empática exige conocer al otro, conocer los riesgos, es identificarse con el sufrimiento del paciente buscando hacer de este momento de cuidado un espacio menos duro, menos cruel para el hombre (Bermejo, 1999), y a su vez protegerse de litigios por negligencia, imprudencia o mal praxis, cuidar con calidad es proteger y protegerse (Aranaz , 2006).

Liderazgo, cambio hacia un cuidado seguro y sostenible en la cultura organizacional

El nuevo milenio plantea nuevas exigencias en el cuidado de la salud, el hombre reformula estrategias, valores culturales, sociopolíticos y éticos visibles en su accionar en el mundo (Ivancevich, Lorenzi, Skinner y Crosby, 1996).

La tarea de vitalizar el paradigma del cuidado, demanda el desarrollo del liderazgo como instrumento del cambio en la

transformación de la práctica clínica con carácter seguro y sostenible (Malvárez, 2005).

La enfermera que cotidianamente brinda cuidado en primera línea en servicios de hospitalización, necesita empoderarse del conocimiento de los protocolos y métodos e instrumentos para desarrollar un cuidado seguro y oportuno, además de eficaz y significativo para el paciente hospitalizado (Espino, 2004).

Asimismo, logrará adoptar suficientes habilidades y destrezas para valorar el riesgo de caídas y planificar intervenciones que reviertan las condiciones riesgosas para los usuarios además de socializar el uso de estas herramientas en un trabajo de equipo articulado y enriquecido con dos formas de análisis para evitar las fallas y fortalecer las barreras que eviten los efectos deletéreos de las caídas.

El conocimiento existente sobre las teorías del liderazgo proactivo y transformacional sustenta el necesario proceso de cambio en el significado que debe asumir la enfermera en el fortalecimiento del cuidado preventivo de caídas.

Pinto (2001) precisa que el liderazgo en el cuidado, comprende un proceso interactivo entre líderes en puestos jerárquicos y líderes en servicio para partir de:

La autocrítica honesta de los indicadores actuales de caídas y sus causas.

Apertura a la comunicación y negociación de las ventajas y requisitos del cambio.

Actitud ejemplarizante.

Capacidad integradora con actitud firme y prudente basada en el código deontológico de enfermería.

Visión y promoción del espíritu productivo que permita la salida voluntaria de las rutinas, desinterés, u otras barreras que impiden el cuidado afectuoso, pleno de compasión y respeto a los estándares o normas de control del riesgo hasta hacer posible su inserción en el seno de la cultura propia de la organización hospitalaria pero en términos de cultura de seguridad.

Burns (1988) estima que el liderazgo se ejerce cuando personas con propósitos comunes, movilizan recursos personales, institucionales y psicosociales, para despertar de una realidad insatisfactoria y alcanzar metas estimulantes para sí y otras personas significativas.

El liderazgo en el cuidado enfermero es entendido como un proceso multidimensional que combina los atributos personales del líder, con la capacidad de aprendizaje y exigencias de cambio en una situación determinada hacia un propósito predeterminado y consensuado.

Los atributos que se requiere para liderar el cuidado preventivo son: la asertividad, cautela, responsabilidad y equidad, las enfermeras son capaces de desarrollar los atributos descritos a través del trabajo individual y grupal, en la sistematización de los cambios iniciados: valoración del riesgo usando la escala de Downton y en la aplicación de las medidas de control del riesgo de caídas; la comunicación escrita sobre el proceso seguido y la participación en las sesiones de sensibilización y de capacitación programada.

En materia de seguridad del paciente en el área del cuidado preventivo de caídas, todas las acciones tenderán al empoderamiento del personal asistencial para el dominio en la solución del riesgo existente, de este modo el poder de resolver el problema se distribuye

con la ventaja de poder acceder a mayor control de los efectos adversos en el cuidado del paciente.

De otro lado, liderar el cambio en los procesos asistenciales hacia cuidados más seguros es urgente dado que la atención de la salud se necesita dar en un contexto de mayor exigencia de saber más, controlar más, más que hacer y aún hacer frente al descontento de reveladoras manifestaciones en encuestas públicas que erosionan la confianza del público en los prestadores de servicios de salud.

Liderar el cambio hacia un cuidado más seguro, es catalizar el esfuerzo hacia condiciones que permitan acreditar las instituciones, ambos aspectos representan un compromiso visible por parte de una organización para mejorar la calidad del cuidado de la salud y ofrecer un ambiente seguro y libre de riesgos.

2.2.- Estudios previos (Antecedentes Teóricos)

En relación al problema de investigación se encontró las siguientes informaciones a nivel internacional:

Mora y Ramírez (2005), llevan a cabo el trabajo denominado: Optimización de las medidas de prevención de caídas durante la hospitalización del paciente. Bogotá, Colombia. Tomaron como referencia la escala ICARE, adaptando un trabajo de intervención con 6 parámetros con el objetivo de evaluar el riesgo de caídas, considerando finalmente los siguientes aspectos: caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial, nivel de conciencia y estado mental, marcha y equilibrio y estado clínico. Los autores concluyeron en que el uso de la escala, permitió tomar mayor conciencia del riesgo en enfermeras y auxiliares, en un 50%, sin embargo otros factores como la carencia de recursos tecnológicos, cama con baranda y personal

limitado en los turnos vespertinos, inciden en el mantenimiento del número de caídas por mes, equivalente a siete en promedio, para hospitales de más de 300 camas.

Gillespie, et. al, (2003), realizan el estudio *Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas* realizaron una revisión sistemática, en el registro especializado del Grupo Cochrane de ensayos controlados sin restricción de idioma, con el objetivo de evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas en diversos nosocomios. Concluyeron que los programas para evitar las caídas han mostrado, hasta la fecha, efectos protectores relativamente pequeños, por lo que es necesario diseñar modelos económicos meticulosos previos, adecuados al contexto de su propio sistema sanitario y que deben seguir sometiéndose a evaluaciones metodológicamente sólidas. Asimismo, recomiendan que las intervenciones para la prevención de caídas, se dirijan al control de los factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos.

Tapia et. al, (2002), realizan el estudio: *Prevención de caídas. Indicador de calidad en el cuidado enfermero*, tuvo como objetivo conocer los factores de riesgo de caídas en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", utilizando el método descriptivo y de corte longitudinal en una muestra de 152 enfermeras, encontraron que los pacientes tenían múltiples factores de riesgo de caídas y no existía un protocolo, la incidencia de caídas era de 0.47% la misma que siendo baja repercutía en la convalecencia y elevaba los costos de la atención por las complicaciones. Los factores de riesgo estaban asociados a la edad y al sexo, el uso de algunos fármacos y otros factores del entorno como la iluminación inadecuada, la presencia de agua en los pisos, personas con disminución de la visión y sobre todo inestabilidad en la marcha. Luego de una medición de cómo actuaban para evitar las caídas respecto a cuidados del entorno, el mobiliario, el propio paciente y su familia durante tres meses, desarrollaron una intervención que

incluyó capacitación, difusión del procedimiento de prevención de caídas y uso de un díptico, evaluando luego de un año y por tres meses, el índice de eficiencia del procedimiento usado para prevenir las caídas; el índice en la primera etapa fue de 40.5% y en la segunda fase fue de 77.2%, las actividades con mayor índice de cumplimiento fue la verificación de que el paciente con secuelas neurológicas permanezca siempre acompañado y aquella que consiste en que el personal de enfermería acuda rápidamente al llamado. Además de elevar en un 36.68% el índice de eficiencia del procedimiento preventivo de caídas, se logró la toma de conciencia y aceptación del personal para realizar este procedimiento.

Cuba et. al, (2002), realizan el estudio: *Incidencia de caídas en el adulto mayor institucionalizado*. El objetivo fue precisar la magnitud de las caídas y su relevancia como causa de accidentes en adultos mayores, realizaron un estudio retrospectivo entre cuyos resultados se encontró que las caídas fueron en ancianos entre 70 y 90 años, con predominio del sexo masculino con limitaciones sensoriales y psíquicas, las mismas que ocasionaban complicaciones y déficit en la calidad de vida. El 78% sufrió una caída, 9% tuvo cuatro caídas, y el 4% de los ancianos, sufrió 3 caídas en el año. Las causas precipitantes de las caídas fueron en el 56.6% accidentales; el 21.7% ambientales y en otro 21.7% motivos de tipo médico. Entre las causas accidentales se mencionó tropiezos con los zapatos y resbalones, entre las causas médicas, se encontró trastornos visuales, vértigos y ataques cardíacos súbitos. Los hallazgos sirvieron para desplegar una labor profiláctica que consistió en: la colocación de lámparas en mayor número en los portales y pasillos; arreglo de barandas para colocarlas a una altura adecuada; confección de barras para pasillos, baños y paredes de modo que los ancianos puedan sostenerse sin resbalar; liberación de obstáculos de los pasillos, educar sobre el uso de zapatos apropiados y mayor vigilancia tanto como apoyo para desplazarse de un lugar a otro.

En Madrid, et. al, (2001), estudiaron la *Prevalencia de caídas en ancianos*. El objetivo fue, conocer la prevalencia del fenómeno, dado que los accidentes representaban la sexta causa de muerte en mayores de 65 años, proponiendo de este modo una hoja de recomendaciones. La muestra fue de 302 adultos mayores, siendo los resultados relevantes: que del total de caídas, un 84% fueron caídas accidentales, 10% de ellas, ocasionadas por mareo; por acción de terceros un 2% y por otras causas un 4%. De los que viven en pareja se había caído el 34.1% frente al 62.1% que se encontraban solos. Las personas que padecían alguna enfermedad crónica (52.3%), caían más que quienes no la tenían, los ancianos que usaban una polifarmacia presentaron una mayor tendencia caerse con una frecuencia de 59.5% frente a 46.2% de quienes no estaban en esa condición. En el análisis multivariante encontraron que por cada año que aumentaba la edad, el riesgo de caerse aumentaba en 8.6%, tomar menos de 5 fármacos reduce el riesgo de caídas en 46% y no tener patología crónica reduce el riesgo de caídas en un 80% con un I.C. del 95%. La prevalencia de caídas fue del 50.3%. Por la naturaleza de los factores implicados, los investigadores encontraron necesario implementar medidas como: la educación para la prevención en paciente y familia y mayor sensibilización al personal asistencial para una oportuna identificación de los riesgos derivados de los déficit físicos, cognitivos y funcionales así como características del entorno que eleva la posibilidad de caídas.

Passaro, et. al, (2000), en la investigación que lleva por nombre: *Benzodiazepines UIT Different half-life and falling in a hospitalized population: The Gifa Study*. Tuvo como objetivo, correlacionar el uso de benzodiazepinas con la incidencia de caídas, se tomó en cuenta a varios países, siendo notable que en 58 hospitales de Italia con un total de 7,900 pacientes durante 18 meses. En este estudio financiado por la industria farmacéutica, se obtuvo los siguientes resultados: Las edades de los pacientes fueron mayores de 64 años en un 74% y mayores de 85

años en un 34% que utilizaban benzodiacepinas por alteraciones en el sueño. Los resultados revelaron que en 174 pacientes (2.2%) se produjeron caídas. El análisis multivariante identificó numerosos factores que se asociaban al riesgo de caídas aumentando la incidencia cuando estos factores se combinaban con otros riesgos organizativos y ambientales.

En Barcelona, et. al, (1999), realizan el trabajo titulado: *Riesgo de caídas en pacientes hospitalizados*. Destacan el interés de las enfermeras por elaborar protocolos de prevención y tratamiento riesgo de caídas, como parte de un Programa de Estandarización de Servicios de Enfermería de la Dirección de Enfermería del Bellvitge, a cuyo fin se hizo necesario investigar y realizar procesos de consenso para contar con instrumentos de valoración del riesgo con suficiente confiabilidad y validez para ser aplicados. Los autores revisaron los instrumentos existentes desde 1995, entre ellas, la escala de Hendrich et al, la de Morse Fall, el Fall risk scoring y system, descartándolas por no haber precisión en los términos empleados y otras por el uso de demasiados parámetros que las convertían en instrumentos de poca aplicabilidad. El análisis de estos factores fue decisivo para la propuesta de una escala que tomó en cuenta la forma como la combinación de factores que eleva exponencialmente el riesgo de caídas. La mayoría de caídas se produce entre la cama y el baño en horas que las enfermeras y técnicos atienden una mayor carga de trabajo o están alejados de las salas de paciente. Esto se asocia a la fragilidad e incontinencia urinaria del paciente; más del 60% de adultos mayores que han sufrido una caída vuelven a caer seis meses después. Los autores aplicaron la escala NOCAU con prueba de validez interna y consistencia mediante una prueba piloto en diversas unidades de hospitalización a 182 enfermeras, en tres momentos: en el ingreso del paciente, en el post operatorio inmediato y en el alta. Luego de evaluar elementos como facilidad de uso, percepción correcta de la identificación del riesgo, aplicabilidad y

comprensión de conceptos se redujo tres factores: valoración del estado mental, eliminación y movilidad del paciente. Se buscó objetivar la determinación del riesgo en forma precisa, rápida, económica y eficaz. Con el propósito de disminuir las caídas, se diseñó una serie de medidas de prevención tomando en cuenta, todo tipo de caídas: de la cama, de la silla, en la ducha, durante la deambulacion y diferentes formas de traslado. Para implementar las medidas se realizaron varios talleres educativos teórico prácticos con el personal de enfermería, simulando su aplicación con diferentes casos clínicos. Se logró estandarizar la aplicación de dicha escala al ingreso del paciente y durante la estancia hospitalaria, tanto la valoración del riesgo como el plan de cuidados, sin embargo a pesar de la implementación de las medidas, algunos pacientes siguieron presentando esta complicación por lo que se recomendó evaluar la pertinencia de las medidas tomadas y una nueva intervención.

En el ámbito nacional, existen pocas experiencias documentadas, la más próxima consiste en el trabajo realizado en Lima por Corcuera, Ormeño, y Zapata, (2008), denominado, *Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados. Factores relacionados*; mediante serie de casos en una muestra de 50 pacientes hospitalizados. Se realizó el análisis bi y multivariado, teniendo como referencia un total de 28,962 egresos, determinando una incidencia acumulada de 0.17%. La estancia de los pacientes que sufrieron caídas corresponde a 19 días con una sobre estancia de 7 días a causa de las complicaciones. Entre los rasgos de estructura importantes, se señala la existencia de 860 camas de las cuales un bajo porcentaje posee barandas. Las edades de los pacientes que sufrieron caídas fue de 26% (71 a 80 años), 24% (61 a 70 años) y el 16% (más de 80 años); en el sexo masculino las caídas fueron de 28% frente a un 22% femenino. Con respecto a los turnos de trabajo, el 56% de caídas (29) ocurrieron en el turno noche; 28% en el turno de tarde y solo 14% en el turno mañana. Las caídas se presentaron en 58%

en pacientes con grado de dependencia II y 32% en pacientes de dependencia III, requiriendo en un 46% atención médica y de enfermería, en 22% control de tomografía y en 10% placa radiográfica. Las caídas más frecuentes ocurrieron mientras el paciente intentaba alcanzar el urinario o levantarse de la cama para ir al baño, dato que argumenta la necesidad de atender este factor que fue 1,8 veces mayor que otros factores ($P=0,018$). Recomendaron entre otros, mantener un sistema de vigilancia de caídas, el seguimiento de casos e intervención a fin de disminuir la incidencia de eventos.

También en Lima, los autores Sandoval, et. al, (1996), realizaron el trabajo: Caídas en el Adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de Medicina en el Hospital Cayetano Heredia. Utilizaron el diseño descriptivo y transversal en una muestra de 60 pacientes mayores de 60 años asistentes a la consulta en Medicina Interna. Entre los hallazgos se encontró una frecuencia similar de caídas en ambos sexos y en los grupos etáreos de 60 a 69 y 80-89 años, siendo el lugar predominante de las caídas el propio domicilio, en especial en las escaleras y en el dormitorio al intentar levantarse de la cama. Las causas de las caídas están relacionadas con factores intrínsecos como la edad y la debilidad de los músculos de los miembros inferiores y también como por factores extrínsecos como la falta de compañía, entorno oscuro en la habitación y el deseo de levantarse para ir al servicio higiénico aun teniendo el orinal al alcance. Concluyeron en que siendo las caídas una fuente importante de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor y la prevención uno de los principales objetivos del cuidado en geriatría, es primordial realizar estudios para mejorar las condiciones del entorno, focalizando el interés no sólo en la descripción de datos generales sobre el lugar de las caídas, sino indagar la causa de las caídas y el modo de prevenirlas. Los trabajos revisados, permiten confirmar el comportamiento de las caídas en el ámbito hospitalario, aportando datos suficientes para la decisión de llevar adelante la

intervención sugerida y focalizar en que aspectos se debe incidir en la prevención y control del problema.

2.3 Marco conceptual

Seguridad clínica del paciente

Consiste en el conjunto de mecanismos que aseguran asistencia sanitaria o práctica clínica exenta de peligros, riesgos o daños a la salud.

Eventos centinela

Son sucesos infrecuentes generalmente inadmisibles, de manifiesta gravedad y con evidentes posibilidades de prevención, pueden producir la muerte o lesión grave de tipo física o psíquica.

Seguridad del paciente

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de que el paciente sufra un evento adverso durante la atención de la salud o se busca mitigar sus consecuencias.

Barrera de seguridad

Es toda acción o circunstancia que contribuye a reducir la probabilidad de que se presenten incidentes o eventos adversos.

Efectividad

Es lograr los resultados deseados, que corresponden al objetivo correcto y de importancia, requiere principalmente clara definición de criterios y determinación de medidas adecuadas para establecerlas.

Cuidado preventivo

Conjunto de medidas específicas identificadas según evidencia científica comprobada como la mejor opción para evitar actos inseguros y riesgos de sufrir efectos adversos en el proceso de hospitalización. Obedece al deseo deliberado de dar cuidado y puede realizarse a partir de observaciones positivas, medidas de apoyo, comunicación e intervenciones dirigidas al medio o entorno del paciente a la familia y a él mismo.

Fortalecimiento del cuidado preventivo de enfermería

Proceso de sensibilización, aceptación e implementación de las mejores prácticas clínicas disponibles, destinadas a potenciar los resultados de la autoatención del paciente, el cuidado del personal de enfermería y la incorporación de la familia a partir de la sistematización en las medidas de valoración y control del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados

Pilar del modelo de gestión

Consiste en los principios rectores que soportan y direccionan el quehacer de Enfermería en el hospital. El primer pilar asegura medidas para la buena interacción proveedor usuario; el segundo pilar sistematiza la información para la toma de decisiones y vela por la seguridad del paciente; el tercer pilar se esfuerza por mantener la buena competencia técnica de los profesionales de enfermería y el cuarto pilar, asegura la buena organización de los servicios como base para ofertar cuidado de calidad.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis

Hipótesis General

HGa: La aplicación del programa “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” tiene efectividad significativa en el nivel de conocimientos de las enfermeras y en el grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del riesgo de caídas que realizan en pacientes adultos de los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

3.2.- Identificación de variables

Efectividad del programa “fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería”
En el nivel de conocimientos, Grado de cumplimiento de la valoración y medidas de Control del riesgo de caídas en pacientes adultos Servicio de medicina interna del del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2016.

Variable 1: aplicación del programa: “Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería”

Variable 2: Nivel de conocimientos sobre valoración del riesgo de caídas y medidas de control del riesgo.

Grado de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas.

Grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo de caídas

Estas variables mantienen una relación causa-efecto:

Causa: Fortaleciendo.

Efecto: Nivel de conocimientos y grado de cumplimiento.

3.2.1.- Clasificación de variables

Variable independiente

Aplicación del programa: "Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería"

Variables dependientes:

Y1 Nivel de conocimientos sobre valoración del riesgo de caídas y medidas de control del riesgo

Y2 Grado de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas

Y3 Grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo de caídas

La intervención será efectiva cuando:

El nivel de conocimientos (Y1)

El grado de cumplimiento de la valoración (Y2) y

El control del riesgo de caídas en los pacientes adultos (Y3), sean mejores que los resultados del grupo control, después de concluir la intervención.

Variables intervinientes:

Del investigador:

Por ser responsable del Pilar del Modelo de Gestión, cuya meta es mejorar la seguridad del paciente.

Se controló ciñendo las acciones estrictamente al protocolo diseñado para este estudio.

De los sujetos de estudio:

La permanencia en las sesiones educativas y talleres por 3 meses. Se controló con el apoyo de las Jefes de Servicio y Líderes del II Pilar del Modelo de Gestión, para asegurar al máximo la permanencia.

3.2.2.- Definición constitutiva de variables

Es la que se propone desarrollar y explicar el contenido del concepto, son en el fondo las definiciones de “libros”. (kerlinger 2002)

Una definición constitutiva define un constructo por medio de otros constructos. Por ejemplo, se define “peso” diciendo que es la “pesadez” de los objetos.

En esta etapa se establece el significado o definición que ha de otorgársele a las variables de la investigación.

Autoritarismo

Liderazgo

3.2.3.- Definición operacional de variables

Y1. Nivel de conocimientos sobre la valoración y medidas de control del riesgo

| Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Escala de Medición |
|-----------------------|------------------------|---|--|--------------------|
| | | Identificación del riesgo | - Importancia de la identificación del riesgo. | Ordinal |
| | | Conocimientos sobre factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos. | - Toma en cuenta el riesgo y comparte la valoración entre enfermeras y técnicos. | Excelente |
| | | Conocimientos sobre el papel de los fármacos y otros aditamentos en el grado de riesgo de caídas. | - Edad del paciente. | Muy Bueno |
| | | | - Estado sensorial | Bueno |
| | | | - Nivel de conciencia | |
| | | | - Estabilidad de la marcha | Regular |
| | | | - Incontinencia | |
| | | | - Caídas previas | |
| | | | - Diferencia entre factores extrínsecos e intrínsecos. | |
| | | | - Uso de sedantes/relajantes | |
| | | | - Uso de antiparkinsonianos | |
| | | | - Uso de diuréticos | |
| | | | - Uso de hipotensores | |
| | | | - Uso de antidepresivos | |
| | | | - Uso de bastón, andadores, muletas y otro similar. | |

Y2. Grado de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas.

| Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Escala de medición |
|--|--|---|---|---|
| Medida en que las enfermeras aplican la escala de Downton al ingreso del paciente, cada vez que cambia la situación del paciente a partir de las reevaluaciones. Estas medidas se acompañan del uso de medidas selectas para pacientes de alto riesgo y son la base para establecer el Plan de Cuidados. | <p>Óptima: de 33-40 puntos</p> <p>Buena: de 24 a 32 puntos</p> <p>Regular de 16 a 23 puntos</p> <p>Mala: de 8 a 15 puntos</p> <p>Muy mala: de 0 a 7 puntos</p> | <p>Metodología en la valoración de factores intrínsecos</p> <p>Oportunidad de la valoración</p> <p>Registro de la valoración</p> <p>Comunicación de la valoración</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Edad del paciente - Signos vitales - Condición clínica según nivel de conciencia - Capacidad de ambulación firme - Capacidad para auto atenderse en el servicio higiénico - Capacidad para vestirse y colocarse los zapatos adecuadamente - Obtiene información de familiares sobre rutinas de sueño y medicación que recibe el paciente. - Obtiene información sobre el diagnóstico clínico de base y problemas relacionados de salud, de la historia clínica. - Aplica la escala de valoración del riesgo de J. Downton, al ingreso del paciente. - Reevalúa el riesgo de caída cuando cambia el nivel de conciencia del paciente - Reevalúa el riesgo de caída cuando se presenta o incrementa el déficit sensorial. - Reevalúa el riesgo de caída cuando el paciente tiene pruebas de diagnóstico y o tratamiento que comprometen su velocidad de respuesta (equilibrio ácido-básico-marcha). - Anota puntaje de riesgo en el Kardex Vs. Plan de cuidados de modo visible. - Registra el puntaje de riesgo en las anotaciones de enfermería como guía para el cuidado continuado del paciente. - Toma en cuenta el puntaje de | <p>Ordinal</p> <p>Óptimo</p> <p>Muy bueno</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p> <p>Muy malo</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>riesgo valorado en los turnos anteriores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usa el autoadhesivo de riesgo selectivo en la cabecera de la cama del paciente - Usa el autoadhesivo en pacientes de alto riesgo en la portada de la Historia clínica - Usa el autoadhesivo de riesgo en la hoja del Kardex-Plan de cuidados del paciente. - En el reporte de turno comunica sobre los principales factores extrínsecos a considerar para controlar el riesgo de caídas. (pisos-iluminación-barandas-sujeción Mecánica). - Reporta datos sobre factores intrínsecos del paciente ponderados en el riesgo de caídas (edad-nivel de conciencia, percepción sensorial, marcha, fármacos que recibe). - Informa al personal técnico sobre los riesgos existentes para la toma de las medidas respectivas. - Informa a los familiares los datos necesarios para que valoren y participen en el control del riesgo. | |
|--|--|--|--|--|

Y3. Grado de cumplimiento de las medidas de control de riesgo de caídas

| Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Escala de Medición |
|---|--|---|--|---|
| Medida en que las enfermeras aplican los criterios para evitar caídas y reducir sus consecuencias teniendo en cuenta los factores intrínsecos y extrínsecos que están bajo el campo de las competencias profesionales | <p>Puntaje obtenido por las enfermeras en una lista de cotejo sobre el grado de cumplimiento de las medidas protocolizadas para evitar caídas en los pacientes hospitalizados.</p> <p>La interpretación del puntaje de la segunda lista de cotejo que mide el grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo de caídas fue:</p> <p>Óptimo: de 39 a 48 puntos Bueno: de 30 a 38 puntos Regular: de 20 a 29 puntos Malo: de 10 – 19 puntos Muy malo: de 0 a 9 puntos</p> | <p>Cumplimiento de medidas dirigidas al entorno.</p> <p>Cumplimiento de medidas dirigidas al paciente.</p> <p>Cumplimiento de las medidas dirigidas a la familia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Colocar barandas cuando amerita. - Comprueba que las barandas estén bien colocadas. - Verifica que el freno de la cama esté puesto. - Asegura buena iluminación nocturna (baño-pasillos). - Retira todo material que pueda obstaculizar el paso. - Verifica que el piso esté seco y sin cera en exceso. - Facilita que el orinal y otros objetos (timbre) estén accesibles al paciente. - Verifica que la ropa y zapatos del paciente sean seguros. - Aplica medidas de sujeción cuando es necesario. - Mantenerlo sentado en la cama antes de caminar. - Control de la P. A. en pacientes inestables o con afecciones que comprometan la volemia. - Acompañar o vigilar al paciente que usa dispositivos de autoayuda. - Acompañar al paciente débil, frágil o con marcha inestable. - Colocar barandas o sujeción mecánica a todo paciente inconsciente post operado inmediato. - Verificar que las medidas de sujeción no causen daño al paciente, - Asegurar la compañía del familiar cuando el paciente permanece inquieto y no hay barandas suficientes. - Educar al familiar para que llame cuando lo necesita. - Educar al paciente para que llame cuando necesite bajar de la cama. - Permanecer cerca de la habitación de pacientes en riesgo (noche). - Educarlos para que informe cuando se retira y evite dejar las barandas sin subir - Educar al familiar cuando es necesario usar medidas de sujeción. | <p>Ordinal</p> <p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p> |

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Descripción del método y diseño

Es un estudio de naturaleza cuantitativa, categorizado según la Organización Panamericana de la Salud como investigación operativa, (Fisher, Laing, Stoeckel y Townsend, OPS. 1991).

Este tipo de estudio, no se orienta a resolver problemas de la demanda, sino a potenciar las capacidades de la oferta de servicios, porque al promover prácticas seguras para evitar las caídas, capacita al personal de enfermería para minimizar el elevado potencial de daño y complicaciones no deseadas y evitables en el paciente.

Según el alcance de los resultados, será un estudio explicativo de diseño cuasi experimental, con grupo de estudio, grupo control y mediciones antes y después de la intervención “Fortaleciendo el cuidado preventivo”, la expresión gráfica del diseño fue:

| Grupos | Asignación | Secuencia de Registro | | |
|-------------------------|------------|-----------------------|-------------|-------------|
| | | Pre prueba | Tratamiento | Post prueba |
| Grupo experimental (GE) | NA | O1 | X | O2 |
| Grupo control (GC) | NA | O1 | -- | O2 |

Donde:

GE: Grupo experimental (40 enfermeras de los servicios IB, IIB y IIIB).

GC: Grupo de control (40 enfermeras de los servicios IA, IIA y IIIA).

NA: asignación no aleatoria.

X: Programa de Intervención “Fortaleciendo el cuidado preventivo de Enfermería”

O1: Medición basal del nivel de conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y control del riesgo de caídas en el grupo experimental.

O2: Medición basal del nivel de conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y control del riesgo de caídas con las medidas convencionales que se aplican en el servicio, en el grupo control.

O1: Medición final del nivel de conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y control del riesgo de caídas después de la intervención en el grupo de estudio

O2: Medición final del nivel de conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y control del riesgo de caídas con el uso de las medidas convencionales aplicadas en el servicio, en el grupo control.

A todo el paciente identificado de alto riesgo de caídas durante la hospitalización, según la escala de valoración del riesgo de Jhon Downton, se le colocará una alerta autoadhesiva de color rojo de la siguiente manera:

La alerta autoadhesiva con base acrílica, se colocará en la cabecera de la cama del paciente y sirvió para la identificación del riesgo por parte de todo el personal y familia que participó en el cuidado.

Un autoadhesivo pequeño se colocará en la hoja del Plan de Cuidados de Enfermería (reverso del kárdex) color rojo.

Un autoadhesivo igual al de la cabecera de paciente, se colocará en la portada de la historia clínica del paciente, para asegurar medidas preventivas cuando el paciente era transportado fuera de su unidad.

Los autoadhesivos serán colocados por la enfermera que realice la valoración inicial del paciente ingresado a servicios de hospitalización.

Cuando la situación del paciente cambie y dejó de ser considerado de alto riesgo de caída, los autoadhesivos serán retirados, dejando constancia en la hoja de enfermería.

La enfermera responsable de retirar los autoadhesivos será quien realice las reevaluaciones posteriores al ingreso.

4.2.- Tipo y nivel de investigación

Este tipo de estudio, no se orienta a resolver problemas de la demanda, sino a potenciar las capacidades de la oferta de servicios, porque al promover prácticas seguras para evitar las caídas, capacita al personal de enfermería para minimizar el elevado potencial de daño y complicaciones no deseadas y evitables en el paciente.

Según el alcance de los resultados, será un estudio explicativo de diseño cuasi experimental, con grupo de estudio, grupo control y mediciones antes y después de la intervención “Fortaleciendo el cuidado preventivo”.

4.3.- Población, muestra y muestreo.

La población estuvo constituida por 40 enfermeras que laboran en el área de hospitalización en los pabellones “A” y “B” del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, de donde se seleccionó la muestra mediante

muestreo no probabilístico de tipo intencional. Dada la problemática asistencial respecto a la frecuencia de caídas, era fundamental realizar el estudio a modo de piloto con el mayor número de enfermeras posible de los servicios con más alto número de caídas, motivo por el cual se motivó a las enfermeras de estos servicios a fin de obtener el mayor involucramiento posible, según los criterios siguientes:

Criterios de inclusión

Todas las enfermeras de los servicios de enfermería que laboran en los servicios de enfermería 1B, 2B.

Independientemente de su tiempo de servicios.

Criterios de exclusión

Enfermeras que no aceptaron participar en el estudio

Enfermeras que incumplieron en la participación en el programa de intervención en la etapa de sensibilización sobre la valoración y el protocolo de medidas de control del riesgo de caídas.

Criterios de eliminación

Enfermeras que una vez iniciado el estudio, fueron desplazadas a otras áreas por intervalo superior a 7 días.

El tamaño de la muestra fue de 16 enfermeras: 8 para el grupo experimental (de los servicios 1B, 2B) y 8 enfermeras para el grupo control (servicios I A, II A).

El criterio de determinación del tamaño de la muestra fue por conveniencia para el estudio. De 16 enfermeras que laboran en el 2 piso, donde se desarrollará la intervención, la muestra se conformó de la siguiente manera:

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| I B : 6 enfermeras, participaron | 4 |
| II B: 6 enfermeras, participaron | 4 |
| III B: 6 enfermeras, participaron | 4 |
| III B: 6 enfermeras, participaron | <u>4</u> |
| Total: | 16 enfermeras |

De modo similar se realizó la conformación de la muestra en el grupo de control.

4.4.- Consideraciones éticas.

Consentimiento del participante: Todo participante debe consentir en ser sujeto de estudio antes de comenzar el estudio.

Confidencialidad y privacidad: La información recogida es confidencial. Nadie, excepto el investigador y sus asociados, pueden tener acceso a la información. Al utilizar los datos, el investigador debe asegurarse que nadie identifique, o relacione la información con el participante.

Principios: El investigador es responsable de conducir el estudio con honestidad, responsabilidad y prudencia. En estudios donde hay riesgos para el participante, el investigador debe de establecer un acuerdo con éstos estableciendo las responsabilidades del investigador y el participante.

Respeto: Considerando que el principal principio ético a tener en cuenta en la investigación, refiere al respeto por las personas. La investigación a realizar responde a las necesidades de la profesión, ubicada dentro de la Línea

estratégica de la Promoción de los Cuidados Orientados a las Personas; considerando que lo más importante es promocionar el bienestar de estas buscando mejorar su calidad de vida, más aun si se trata de profesionales que brindan cuidado a los pacientes.

Autonomía.

Principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección.

Veracidad

Principio sencillo, en esencia el más vulnerado en la investigación científica. La regulación aclara que: “No incluye el error honesto o las diferencias honestas en la interpretación o juicio de los datos”. La palabra honestidad, sinónimo de verdad, nos invita a presentar a las autoridades la información sin ser manipulada.

No maleficencia: se refiere a la obligación de evitar hacer daño a otros. Con este proyecto de Investigación buscamos lo que esta con amarillo es un ejemplo, tu puedes adaptarlo a tu trabajo. Promocionar en los niños y las madres la práctica de estilos de vida saludables.

Beneficencia: Consideramos este principio, pues buscamos con el desarrollo del proyecto actuar en beneficio de otros.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e instrumentos

Se utilizará como técnicas la encuesta y la observación estructurada. La encuesta se realizará mediante un cuestionario de preguntas dicotómicas y politómicas de tipo cerrado, con el propósito de medir el nivel de conocimientos de las enfermeras acerca de la valoración de los factores de riesgos extrínsecos e intrínsecos y medidas de control del riesgo de caídas de paciente. Será de tipo auto administrado, comprenderá 30 preguntas, con un puntaje total de 54, a razón de 2 puntos por cada respuesta correcta. Las tres primeras preguntas indagan por datos generales y no miden conocimientos.

El nivel de conocimientos sobre valoración y control del riesgo de caídas, se medirá de acuerdo a la siguiente escala de puntuaciones:

| | |
|------------|-------------------|
| Excelente: | de 45 a 54 puntos |
| Bueno: | de 33 a 44 puntos |
| Regular: | de 21 a 32 puntos |
| Malo: | de 11 a 20 puntos |
| Muy malo: | de 0 a 10 puntos |

La observación estructurada se realizará a través de dos listas de cotejo, elaboradas a partir de los criterios de la operacionalización de las variables y será administrada por el investigador.

La primera lista de cotejo, medirá el grado de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas, tuvo 20 ítems con un puntaje total de 40 puntos (2puntos cada criterio cumplido), cuya escala será:

| | |
|-----------|-----------------|
| Óptima: | de 33-40 |
| puntos | |
| Buena: | de 24 a 32 |
| puntos | |
| Regular | de 16 a 23 |
| puntos | |
| Mala: | de 8 a 15 |
| puntos | |
| Muy mala: | de 0 a 7 puntos |

La segunda lista de cotejo, medirá el grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo de caídas; consta de 24 ítems con un total de 48 puntos (2 puntos por criterio cumplido). Cuya escala será:

| | |
|-----------|-----------------|
| Óptimo: | de 39 a 48 |
| puntos | |
| Bueno: | de 30 a 38 |
| puntos | |
| Regular: | de 20 a 29 |
| puntos | |
| Malo : | de 10-19 puntos |
| Muy malo: | de 0 a 9 puntos |

La validez de los instrumentos se realizará mediante juicio de expertos en investigación y seguridad del paciente y la confiabilidad se establecerá a partir de una prueba piloto en una muestra de 8 enfermeras de servicios no pertenecientes a medicina interna.

La confiabilidad del Cuestionario será establecida calculando su consistencia interna; es decir, el grado de intercorrelación y de equivalencia de sus ítems. Con este propósito, se usará el coeficiente

alfa de Crombach, que va de 0 a 1, siendo 1 indicador de la máxima consistencia.

La confiabilidad de la lista de cotejo para medir el grado de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas, se establecerá mediante el índice de Kappa de Cohen, que mide el grado de acuerdo entre dos o más evaluadores que clasifican el resultado de una observación según una serie de posibilidades (categorías) mutuamente excluyentes. De ese modo, el índice Kappa permitirá determinar el grado de concordancia entre tales observaciones.

Para la obtención de la confiabilidad de la lista de cotejo sobre grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo de caídas, se procederá del mismo modo que con el anterior instrumento, utilizando el índice de concordancia Kappa de Cohen

La información tanto antes como después de la intervención será recolectada por el investigador y un equipo de colaboradores integrantes del II pilar de modelo de gestión del departamento de Enfermería, previamente preparados a tal fin.

El cuestionario basal del nivel de conocimientos sobre valoración y medidas de control del riesgo de caídas de tipo autoadministrado, se aplicará durante la segunda semana del mes de enero 2016 en los turnos de mañana y tarde, y el cuestionario final (después de la intervención), se realizará la cuarta semana del mes de abril 2016 con el mismo horario y equipo anterior.

Las observaciones basales consignadas en las listas de cotejo, para medir el grado de cumplimiento de la valoración del riesgo y cumplimiento de las medidas preventivas de caídas, será realizado por la responsable del estudio durante las dos últimas semanas del mes de febrero 2016, en los turnos de mañana, tarde y noche y las observaciones finales consignadas en las listas de cotejo antes

mencionadas, se realizarán la tercera semana del mes de abril 2016, ambas mediciones, antes de la aplicación del cuestionario, para controlar el efecto “sentirse observado” (Sánchez y Reyes ,1996).

La intervención “Fortaleciendo el Cuidado Preventivo” se realizará del 21 de marzo 2016 hasta el 21 de abril 2016, por espacio de 4 semanas, continuas.

5.2.- Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos

Antes de iniciar el proceso investigativo, se realizó los trámites y coordinaciones pertinentes para obtener la autorización de la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, la aceptación y colaboración de las Jefas de Servicio de Enfermería y del equipo de apoyo.

Los datos obtenidos se ordenarán en una matriz de Excel previa codificación, para realizar luego los procedimientos de análisis.

Para el análisis descriptivo e inferencial de los resultados, se contará con el Programa SPSS versión 23,0, sobre estadística para estudios en ciencias sociales.

Para mayor claridad la información obtenida se organizará en dos partes: las características generales de la muestra de enfermeras en el grupo de estudio y control (figuras 1 al 6); a continuación se presentan tres tablas de doble y triple entrada que sintetizan la información relevante, explican en forma comparativa:

Los resultados del nivel de conocimientos sobre la valoración del riesgo y medidas para evitar las caídas de pacientes hospitalizados, antes y después de la intervención “Fortaleciendo el cuidado preventivo” en el grupo de estudio y de control. (Tabla 1).

El grado de cumplimiento de la valoración del riesgo y el grado de cumplimiento de las medidas de control del riesgo de caídas antes y después de la intervención, en el grupo de estudio y el grupo control, se explican e interpretan los aspectos relevantes. (Tablas 2 y 3). La información gráfica se presenta en la sección apéndices.

Seguidamente se presenta la contrastación de las hipótesis específicas que permiten confirmar la hipótesis general a través de las tablas 4 al 9 y sus figuras respectivas, en las que se consigna los símbolos, valores estadísticos y algunos parámetros utilizados para el análisis estadístico (figuras 7 al 12).

La prueba estadística que será utilizada para establecer las diferencias entre las puntuaciones medias de las enfermeras de los grupos de estudio antes y después de la intervención “Fortaleciendo el cuidado preventivo, fue la prueba t de Student para muestras correlacionadas o pareadas.

Asimismo la prueba estadística para establecer diferencias entre las puntuaciones medias obtenidas por las enfermeras de los grupos de estudio y control, después de la intervención “Fortaleciendo el cuidado preventivo” será la prueba t de student para muestras independientes.

Se utilizará la prueba t de Student por ser un método de análisis estadístico que compara las medias de dos categorías relativas a una variable dependiente en un mismo grupo en etapas diferentes o las medias de dos grupos diferentes (Pagano, 1999).

Siendo una prueba paramétrica, es posible utilizarla en el estudio que se realizará porque finalmente las variables estudiadas se convierten a valores numéricos a través de las medias que se obtengan.

CAPITULO VI

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

6.1.- Cronograma de actividades

La información tanto antes como después de la intervención será recolectada por el investigador y un equipo de colaboradores integrantes del modelo de gestión del departamento de Enfermería, previamente preparados a tal fin.

El cuestionario basal del nivel de conocimientos sobre valoración y medidas de control del riesgo de caídas de tipo autoadministrado, se aplicará durante la segunda semana del mes de enero 2016 en los turnos de mañana y tarde, y el cuestionario final (después de la intervención), se realizará la cuarta semana del mes de abril 2016 con el mismo horario y equipo anterior.

Las observaciones basales consignadas en las listas de cotejo, para medir el grado de cumplimiento de la valoración del riesgo y cumplimiento de las medidas preventivas de caídas, será realizado por la responsable del estudio durante las dos últimas semanas del mes de febrero 2016, en los turnos de mañana, tarde y noche y las observaciones finales consignadas en las listas de cotejo antes mencionadas, se realizarán la tercera semana del mes de abril 2016, ambas mediciones, antes de la aplicación del cuestionario, para controlar el efecto “sentirse observado” (Sánchez y Reyes ,1996).

La intervención “Fortaleciendo el Cuidado Preventivo” se realizará del 21 de marzo 2016 hasta el 21 de abril 2016, por espacio de 4 semanas, continuas.

Cronograma

| ETAPAS | | CRONOGRAMA DE TRABAJO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | Enero Mayo 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Diseño del Proyecto | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Recolección de Información | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Observaciones | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Encuestas | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| 5. | Fuentes Secundarias | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | |
| 6. | Clasificación del material | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | |
| 7. | Tratamiento de la Información | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| 8. | Análisis e interpretación | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | |
| 9. | Redacción preliminar | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | |
| 10. | Revisión y crítica | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | |
| 11. | Impresión y presentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |
| TIEMPO (semanas) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |

6.2.-Presupuesto

| HONORARIOS | COSTO TOTAL |
|-----------------------|-------------|
| Investigador | |
| Encuestador | |
| Secretaria | |
| Sub Total 1 \$ | |

| Materiales de Oficina Básicos | Cantidad | Costo | Total |
|-------------------------------|----------------|-------|-------|
| Archivadores | 2 unidades | 20.00 | |
| Carpetas de Cartulina | 10 unidades | 2.00 | |
| Papel Tamaño Carta | 5 millares | 50.00 | |
| Tinta Impresora | 2 unidades | 80.00 | |
| CD's | 2 unidades | 4.00 | |
| Lápices | 10 unidades | 10.00 | |
| Gomas | 1 unidades | 5.00 | |
| Sub Total 2 \$ | | | |

| Servicios Gráficos | Cantidad | Costo | Total |
|--------------------------|----------|--------|-------|
| Fotocopias | 2000 | 200.00 | |
| Anillados | 10 | 50.00 | |
| Sub Total 3 \$ | | | |
| PRESUPUESTO TOTAL | | | |

BIBLIOGRAFÍA.

- Aibar, R y Aranaz, J. (2004). Trabajando con seguridad: prácticas clínicas seguras, objetivos y alertas de seguridad. Disponible en: [www.seguridaddelpaciente.es/formación/tutoriales/unidad didáctica8/pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/formación/tutoriales/unidad%20didáctica8/pdf)
- Almanzán, M y Jiménez, J. (2010). Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Comisión Permanente de Enfermería de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. México. ISBN: 978-607-460-163-3. Disponible on line en: **www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe**. Recuperado el 4 -12-2010.
- Álvarez, N., Asensio, B., Azkárate, J., Bidea, A., Cántaro, D., Garitano, B., Gonzàles, R., Gutiérrez, J et al (2009). Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria. Gobierno Vasco. Disponible en: **<http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos>**.
- Alvaro Ruiz, M y Morillo, Luis. (2004). *Epidemiología Clínica*. Colombia: Editorial Panamericana.
- André da Silva, Z y Gómez, A. (2007). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. En: rev Saude Pública 2008; 42(5):946-56. Disponible on line **WWW.Scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6793**. Recuperado el 12 -12-2010.
- Aranaz, J. Aibar, C. Gea, H y León. (2004). *“El Reto de la Seguridad Clínica”*. CURSO INTERNACIONAL SEGURIDAD DEL PACIENTE. Lima - Perú.
- Aranaz, J. (2006). “Seguridad de pacientes, reto del siglo XXI”. En: Monografías Humanitas. Buenos Aires: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Arroyo del Cordero y Victoria Ochoa. (2005). Recomendaciones específicas para Enfermería en la prevención de caídas. En: *Desarrollo científico de enfermería 14*, 145-150. España: Editorial Corporativo en medios de Asociación Norteamericana para el Diagnóstico de Enfermería (2003). Diagnósticos de Enfermería en Madrid: Elsevier. Comunicación.
- Bermejo, José (1999). *Salir de la noche*. Barcelona: Ed. Salterrae.

- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Briggs Joanna (2004). Best Practice: Falls in Hospitals. Sistematic Review. <http://www.joannabriggs.edu.ar/bph4.php>.
- Burke, M. y Walsh, M. (1998). *Enfermería geriátrica*. Madrid: Ed. Harcourt Brice.
- Burns, L. (1988). *Liderazgo visionario*. Barcelona: Editorial Mc. Graw Hill.
- Perú, Colegio De Enfermeros (2002). *Ley del Enfermero Peruano. Congreso de la República, Dr. Alejandro Toledo Manrique*. Lima: Autor.
- Colliere, Marie Francois. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Edición Mc. Graw Hill.
- Perú, Congreso de la República del Perú. (1997). *Ley General de Salud*. Ing. Alberto Fujimori Fujimori. Lima: Autor
- Corcuera, L., Ormeño, R y Zapata, I. (2008). *Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados. Factores relacionados*, Lima: Hospital Nacional Guillermo Almenara I. Es salud.
- Del Moral, A, Pazos, J, Rodríguez, E, Rodríguez Patón, A y Suárez, Sonia. (2007). *Gestión del conocimiento*. Ed. Thompson. Madrid.
- Perú, Departamento de Enfermería Hospital Nacional Guillermo Almenara. (2000 – 2005 – 2006). *Informes estadísticos mensuales*. Lima: Autor.
- Díaz, D. Barriga, A y Pacheco, A. (2002). Incidencia de caídas en el Adulto Mayor institucionalizado. *Revista Médica de Chile, 124, 620-628*.
- Durand de Villalobos, María. (2001). *Enfermería, desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Edición Unibiblos.
- Espino Muñoz, S. (2004). *Naturaleza del cuidado*. Lima: Conferencia III ciclo de Maestría en Enfermería con mención en gestión administrativa. Universidad Ricardo Palma.
- Fisher, A. Laing, J. Stoeckel, J y Towsend, J. (1991). *Investigación Operativa Ferrer Herrera, Jiménez, Hernández, Ferrer Tan y Llanes. (2007). Intervención educativa en ancianos de una casa de reposo sobre caídas en el hogar. En: Rev. Archivo Médico de Camagüey, versión on line V.12n6 nov-dic.*

2008. ISSN 1025-0255. Disponible: www.Scielo.sld.cu.scielo.php.

Recuperado el 26-11-2010.

Gibson, J., Ivancevich y Donnelly, J. (2002). *Las organizaciones*. Colombia: Irwin Publicaciones.

Ginebra, Organización Mundial De La Salud. (2001). *55 Asamblea Mundial. Consejo Ejecutivo*. OMS: Autor.

Ginebra, Organización Panamericana de la Salud (2001). *La Seguridad del paciente*. Consejo Ejecutivo: documento de trabajo. Autores.

Ginebra, Organización Mundial de la Salud (1996). *La Seguridad del paciente*. Consejo ejecutivo: Documento de trabajo Autores.

Gillespie, L., Gillespie, W., Robertson, M., Lamb, S., Cumming, R y Rowe, B. (2003). *Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas USA*: Grupo Cochrane.

Gómez, M., Plata, M., Bustamante, M., Ramos, R. Del Pino B y Gil de Pareja (2001). *Prevención de caídas de ancianos*. *En Medic Graphic: 48*, 235- 237. México.

Gordon, M. (1996). *Diagnóstico enfermero*. Barcelona: Edición Masson.

Hogstel M. (1998). *Enfermería gerontológica*. Madrid: Editorial Paraninfo.

Ivancevich, J., Lorenzi, P., Skinner, S y Crosby, Ph. (1996). *Gestión, calidad y Competitividad*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill.

Juvé, M., Carbonell, M., Sánchez, P., Brossa, M., Ortí, F y Villanueva, M. (1,999). *Riesgo de caídas en pacientes hospitalizados*. *Enfermería Clínica: 9*, 257-263. Barcelona: Ed. Doyma.

Malagón, L., Galán, R., Pontón, G. (2000). *Administración hospitalaria*. (2ª ed.) Colombia: Editorial Panamericana.

Malvárez, S. (2005). *El Liderazgo en Enfermería*. Conferencia I CURSO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. Lima: Universidad Norbert Wiener.

Marriner, T. (1994). *Modelos y teorías de enfermería* (3ª ed.) Madrid: Editorial Mosby.

Perú, Ministerio De Salud (2006). *Resolución Ministerial N°676. Plan Nacional de Seguridad del Paciente*. Lima: Autor.

Perú, Ministerio de Salud (2006). Resolución Ministerial nº 519. Sistema de Gestión de la Calidad. Lima: Autor.

Perú, Ministerio de Salud (2006). Resolución Ministerial nº 143. Comité Técnico para la Seguridad del Paciente. Lima: Autor

Mora, M. y Ramírez, B. (2005). Optimización de las medidas de prevención de caídas durante la hospitalización del paciente. *Revista de Enfermería*: 9, 18 – 23.

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Situación de la Seguridad del paciente. Teleconferencia “Por un envejecimiento saludable”, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, setiembre.

Pagano, Robert. (1,999). *Estadística para las Ciencias del Comportamiento*. España: Reprofló.

Passaro A., Volpato, S., Romagnoni, F., Manzoli, N y Zuliani, G. (2000). Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: The Gifa study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 53, 222-1229.

Pangrazzini, J. (1999). *Girasoles junto a sauces*. Barcelona: Editorial Salterrae.

Potter P y Perry A (2004). *Fundamentos de enfermería*. (5a ed.). Madrid: 5a ed. Editorial Elsevier. Vol. I y II.

Pinto Afanador, N. (2001). La filosofía del cuidado para transformar la investigación y la práctica. Ponencia en el II ENCUENTRO DE CUIDADO. *Avances en Enfermería XXIV*, 1: 81-89. Recuperado el 20 de Febrero 2009.

Raile, M y Marriner, A.(2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: 7ª ed. Editorial Elsevier.

Ramallo, W., Carrasco, M y Hernández, G. (2007). Inestabilidad y caídas. Conferencia: Seminario sobre Envejecimiento Saludable. Hospital Nacional Guillermo Almenara Es salud, Lima 2009.

Restrepo, Helena. (2000). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

Sandoval, Capuñay y Varela (1996). *Caídas en el adulto mayor*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Tapia, M., Salazar, C., Tapia Colex, L y Olivares, E. (2002). Prevención de Caídas, indicador de calidad en el cuidado enfermero. *Enfermería Cardiológica* 11: 51-57.

Tapia Villanueva, M. (2003). Prevención de caídas, indicador de calidad del cuidado enfermero. En: rev mexicana de Enfermería cardiológica. Disponible en: **www.encolombia.com/medicina/enfermeria**. **Recuperado el 8-2-2010.**

Tena Tamayo, C., Ochoa, R., Sánchez, J., Manuell, G., Ramírez, A., Alvear, C., Casa, O., Guzmán, R. et al (2006). Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. En Rev CONAMED. V11n5 enero-marzo 2006. Disponible en: **www.salud.gob.mx/unidades/cdi/DOCSAL7587.pdf**. **Recuperado el 7-I-2010.**

Uculmana, Ch. (2002). *Autoestima*. Perú: Editorial San Marcos.

Organización, (2005). *Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de Secretaria del Consejo Ejecutivo*. Ginebra: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Autor.

Waldow, Vera Regina. (2004/2008). *Cuidar: expresión humanizadora*. Reimpresión. Brasil: Editorial Palabra.

ANEXOS.

ANEXO A

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS SOBRE LA VALORACIÓN Y LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

I. PRESENTACIÓN

Estimada colega, con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones del servicio y la prestación del cuidado, solicito se sirva responder este cuestionario, el mismo que es de carácter anónimo.

Agradezco de antemano su colaboración.

II. INSTRUCCIONES

Después de leer atentamente las preguntas, responda la alternativa de su elección marcando con un aspa (x) y llene los espacios en blanco, según corresponda.

Recuerde que es muy importante responder todas las preguntas.

III. DATOS GENERALES

1. Tiempo de servicio

Menos de 1 año () 1

De 1 a 5 años () 2

De 6 a 10 años () 3

Más de 10 años () 4

2. ¿Ha participado en programas sobre prevención de caídas?

Sí () 1 No () 2

3. ¿Hace cuánto tiempo?

Hasta hace 1 año () 1 Hace más de 1 año () 2

IV. INFORMACIÓN ESPECÍFICA

4. Al ingresar a su servicio y visitar las salas de pacientes que tendrá a cargo, Ud.:
 - a. Programa los procedimientos, ingresos, altas de paciente.
 - b. Programa las actividades anteriores y evalúa las características y riesgos de los pacientes.
 - c. Programa las actividades mencionadas y comparte con el personal a su cargo la importancia de considerar las características y riesgos de los pacientes que cuidarán durante el turno.

5. En el siguiente listado marque ud. en una escala 1 al 5 (de menos a más),

La importancia de cada factor en el riesgo de caídas.

La edad (menores de 5 y mayores de 60)

Trastornos de la visión

Nivel de conciencia

Inestabilidad en la marcha

Incontinencia (urinaria o fecal)

Antecedentes de caídas previas

6. Las características del paciente que no se pueden modificar, pero sí valorar para actuar preventivamente y evitar las caídas, se llaman.
 - a. Factores extrínsecos
 - b. Factores intrínsecos
 - c. Factores extrínsecos e intrínsecos

7. ¿La ingesta de medicamentos para sedación/relajación, se relaciona con mayor riesgo de caídas?

Sí () 1

No () 2

8. ¿El uso de antiparkinsonianos, aumenta la posibilidad de que el paciente se caiga?

Sí () 1

No () 2

9. ¿Los hipotensores aumentan el riesgo de caerse?

Sí () 1

No () 2

10. ¿El uso de medicación diurética, se relaciona con el riesgo de caídas?

Sí () 1

No () 2

11. ¿Los pacientes que toman fármacos antidepresivos pueden sufrir riesgo de caídas?

Sí () 1

No () 2

12. Respecto a los pacientes que usan bastón, muletas o andadores:

- a. Tienen el mismo riesgo de caídas que quienes no los usan
- b. Tienen mayor riesgo de caídas que quienes no los usan
- c. Tienen menor riesgo de caídas que quienes no los usan

13. Entre las escalas que permiten medir el riesgo de caídas de un paciente, ¿cuál conoce:

- a. Braden y Tinetti y Downton
- b. Braden, Downton y Morse
- c. Downton y Morse

14. Entre los criterios que evalúa la escala de John Downton para cuantificar el riesgo de caídas, se encuentran:

- a. Antecedentes de caídas previas, edad, déficit sensorial, e incontinencia.
- b. Caídas previas, nivel de conciencia o estado mental, ingesta de fármacos que causen hipotensión, mareos.

- c. Caídas previas, nivel de conciencia o estado mental, déficit sensorial, uso de fármacos (sedantes-diuréticos-antihipertensivos-antidepresivos), así como la estabilidad de la marcha y existencia de problemas de incontinencia.

15. La valoración del riesgo de caídas mediante la escala de Downton modificada, usted la debe realizar:

- a. Con los datos que le proporcionan en el reporte, en la estación de la enfermera.
- b. Al lado de la cama del paciente con los datos obtenidos de la H.C, la familia y el reporte oral y escrito de la enfermera.
- c. Con los datos que le facilita el familiar.

16. La valoración del riesgo de caídas se debe realizar:

- a. Tan pronto como ingresa el paciente al servicio y cada vez que cambia su estado de conciencia.
- b. Cada vez que disminuye la fuerza y capacidad para deambular.
- c. Cuando cambian la P.A., FC, y disminuye la capacidad para mantenerse de pie.
- d. Al ingreso, cuando cambian las constantes vitales, nivel de conciencia del paciente, aumenta el déficit sensorial, pierde fuerza y no puede estar de pie.

17. La utilidad e importancia de la escala de John Downton modificada radica en que:

- a. Permite cuantificar el riesgo.
- b. Permite cuantificar el riesgo, registrarlo, reportar el puntaje.
- c. Permite cuantificar, registrar, reportar el riesgo y planear rápidamente las acciones preventivas.

- 18.El puntaje de la valoración del riesgo según la escala de John Downton modificada, para pacientes de alto riesgo, es :
- De 0 a 1 punto
 - Es de 2 puntos
 - Igual o mayor de 3 puntos
- 19.En muchos establecimientos de salud, los pacientes se caen entre las 2 a.m. y las 6 a.m., aspectos que ud debe tener presente en su plan de prevención son:
- Que sufren de incontinencia y el personal debe ser suficiente.
 - La habitación debe estar con iluminación indirecta y dejar el orinal al alcance del paciente.
 - Además del orinal al alcance del paciente y la iluminación, el personal técnico en enfermería y la enfermera necesitan visitar las salas periódicamente, para apoyar al paciente que intenta levantarse.
 - Es preciso educar al paciente y en el caso de tener personal escaso, solicitar familiar acompañante, además de la anterior alternativa.
- 20.Entre las situaciones del entorno del paciente que pueden causar caídas y son controlables por enfermería, se encuentran:
- El orden en los pasillos y objetos alrededor de la cama del paciente
 - La observación cuidadosa del estado de los pisos que no solo pueden tener exceso de cera, sino también agua.
 - Evitar pisos con desniveles o ranuras.
 - Todas las alternativas.
- 21.Dado que los pacientes se levantan a los servicios higiénicos y no pueden dormir con la luz de la habitación, el personal:
- Dejará encendida la luz del baño y/o pasillos, vigilando que el piso no tenga líquidos derramados ni cera en exceso.

- b. Educará al paciente para que llame cuando necesite bajarse de la cama
- c. La enfermera indicará al personal técnico en enfermería, que haga recorridos cada hora, ofreciendo ayuda a quien necesite el urinario o la chata.
- d. Son necesarias todas las alternativas.

22. Para evitar caídas del paciente cuando intenta levantarse de la cama pero su nivel de independencia está comprometido, es importante:

- a. Que los pacientes tengan cerca los útiles de aseo y los zapatos.
- b. Que los pacientes usen zapatos con suela antideslizante.
- c. Colocar barandas y asegurarse que éstas funcionen bien
- d. Además de las acciones señaladas, educar al paciente y familia para que nunca camine en medias y solicite ayuda si usa bastón o muletas.

23. Todo paciente calificado de riesgo y alto riesgo:

- a. Debe ser sujeto de monitoreo permanente y hacer uso de barandas
- b. Si el paciente está agitado, colocar sujeción mecánica.
- c. Verificar continuamente las medidas de seguridad física adoptadas para comprobar si siguen siendo efectivas.
- d. Observar color, temperatura, tensión, alrededor de las zonas de sujeción mecánica (manos, piernas, tórax), además de las acciones de cuidado descritas

24. La ropa y zapatos del paciente hospitalizado, en especial los pacientes en riesgo, deben ser:

- a. Ligeramente holgada sin tiras o cintas que puedan engancharse.
- b. Cómodos y de corte sencillo, fácil de poner y quitar.
- c. Los zapatos jamás deben ser de tela o material deslizante.

25. En pacientes convalecientes o post operados, la primera vez que se levantan, se requiere tener presente que:
- Deben permanecer sentados al borde de la cama por lo menos 5 minutos antes de pararse y caminar.
 - Esta actividad requiere que el paciente permanezca acompañado por el personal o 1 familiar orientado sobre el riesgo.
 - Ambos son comportamientos ideales y deseables
26. En pacientes muy inquietos, agitados y/o en silla de ruedas, la sujeción mecánica debe ser:
- De manos y pies.
 - Del tórax con sábanas y/o soleras
 - Del tórax cuidando proteger la piel y el ritmo respiratorio cuando no hay chalecos especialmente confeccionados.
27. Es importante recordar que todo paciente inmovilizado o con barandas, necesita:
- Menor vigilancia, porque el riesgo es menor.
 - Mayor vigilancia por posibles complicaciones.
 - La misma vigilancia que todos los pacientes
28. En todo paciente con antecedente de caída, debilidad muscular y adulto mayor, ud toma en cuenta:
- Evitar mantener la cama sin barandas
 - Coordinar para que permanezca, acompañado por un familiar.
 - Ayudarlo a levantarse e ir al baño, cuando la marcha es inestable.
 - Coordinar con el médico, para que el paciente participe en actividades de rehabilitación que fortalezcan su musculatura, además de las medidas señaladas.

29. La presencia de familiares en pacientes con riesgo de caída representa, una oportunidad para participar en:
- a. En el cuidado propio del hospital.
 - b. En el cuidado, aprendiendo a ofrecerle seguridad y afecto.
 - c. En el cuidado antes del alta, aprendiendo de modo práctico y seguro como evitar complicaciones a su pariente en el hogar.
30. Con los familiares que visitan al paciente y que no participan directamente en sus cuidados, la educación para evitar caídas es:
- a. Es igual que para quienes participan directamente en el cuidado.
 - b. Es centrada en la comunicación al personal de enfermería, antes de retirarse.
 - c. Es puntual respecto a que no deben dejar solo al paciente, sin barandas o sin sujeción mecánica, antes de retirarse del servicio.

ANEXO B

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

(Para ser aplicado por el investigador y el equipo de apoyo)

Fecha: _____ Turno M () T () N ()

Nº de enfermeras: _____

Promedio de pacientes por enfermera observada: _____ Dependencia II ()
III ()

| CRITERIOS | OBERVACIONES | | |
|--|--------------|----|----|
| | 1ª | 2ª | 3ª |
| <p>I. Metodología utilizada:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Valora la edad del paciente en relación a su capacidad de respuesta en el ambiente hospitalario2. Valora los signos vitales del paciente.3. Evalúa la condición clínica del paciente según nivel de conciencia.4. Valora la capacidad del paciente para deambular con firmeza en su ambiente.5. Valora la capacidad del paciente para auto atenderse en el servicio higiénico.6. Valora la capacidad del paciente para vestirse y colocar los zapatos completamente.7. Obtiene información del familiar que vive con el paciente respecto a su rutina de sueño y/o medicación que recibe. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>8. Obtiene información sobre el diagnóstico de base y otros problemas relevantes (uso de bastones-lentes y otros) en la historia clínica.</p> <p>II. Oportunidad</p> <p>9. Aplica la escala de Downton tan pronto como ingresa el paciente.</p> <p>10. Reevalúa el riesgo del paciente cuando cambia el nivel de conciencia.</p> <p>11. Reevalúa el riesgo de caída cuando se presenta o incrementa el déficit sensorial.</p> <p>12. Reevalúa el riesgo del paciente cuando es sometido a pruebas de diagnóstico y/o tratamiento que comprometen el equilibrio ácido básico, la marcha o la velocidad de respuesta.</p> <p>III. Registro de valoración</p> <p>13. Anota el puntaje de riesgo en el kárdex en el espacio visible a 1ª vista.</p> <p>14. Registra el puntaje de riesgos en las anotaciones de enfermería como guía para el plan de intervención y cuidado continuo.</p> <p>15. Toma en cuenta el grado de riesgo valorado en el turno anterior, en los datos registrados.</p> <p>IV. Comunicación</p> <p>16. En la entrega de reporte comunica sobre los principales factores extrínsecos a considerar para controlar el riesgo de caídas (pisos-iluminación- barandas- sujeción mecánica)</p> <p>17. Coloca el autoadhesivo de alto riesgo en la hoja de plan de cuidados.</p> <p>18. Informa con sencillez y claridad sobre los</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>riesgos al personal técnico de enfermería para la toma de medidas pertinentes.</p> <p>19. Coloca el autoadhesivo de alto riesgo de caída tamaño grande en la cabecera del paciente y portada de la historia clínica.</p> <p>20. Informa a la familia datos necesarios para que valore el riesgo de caídas y la importancia de su participación.</p> | | | |
| <p>PUNTAJE TOTAL</p> | | | |

ANEXO C

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO DE CAÍDAS

| CRITERIOS | OBSERVACIONES | | |
|--|---------------|----|----|
| | 1a | 2ª | 3a |
| <p>I. METODOLOGÍA USADA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coloca barandas en la cama de todo paciente cuyo riesgo amerita. 2. Verifica en períodos prudenciales (c/hora), que las barandas están bien colocadas. 3. En pacientes que deambulan, comprueba o indica verificar que el freno de la cama esté puesto. 4. Asegura buena iluminación nocturna en baños y pasillos 5. Hace retirar a todo el material que obstaculice el paso. 6. Verifica y hace verificar que el piso esté seco y sin cera en exceso. 7. Asegura que el orinal esté cerca de la cama 8. Procura que el timbre de llamada esté cerca del paciente. 9. Verifica que la ropa y zapatos del paciente sean seguros. 10. Aplica correctamente las medidas de sujeción cuando es necesario. <p>II. MEDIDAS DIRIGIDAS AL PACIENTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Ayuda al paciente post operado o convaleciente a mantenerse sentado por lo menos 10 minutos antes de deambular. 12. Controla la presión arterial de pacientes inestables o con afecciones que comprometan la volemia. 13. Acompaña o hace acompañar a pacientes que deambulan con dispositivos de autoayuda (bastones, andadores). 14. Acompaña o hace acompañar a | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>pacientes frágiles, débiles o con marcha inestable.</p> <p>15. Coloca barandas a todo paciente inconsciente o post operado inmediato.</p> <p>16. Si carece de barandas utiliza sujeción mecánica en pacientes confusos, inconscientes o agitados.</p> <p>17. Verifica que las medidas de sujeción no causen daño al paciente.</p> <p>18. Educa al paciente para que pida ayuda cuando necesita bajar de la cama.</p> <p>III. MEDIDAS DIRIGIDAS A LA FAMILIA</p> <p>19. Asegura que miembros de la familia acompañen al paciente cuando está agitado y la cama está alejada de la estación de enfermería.</p> <p>20. Educa al familiar acompañante para que pida ayuda cuando lo necesite.</p> <p>21. Educa al familiar para que permanezca cerca y esté en alerta a cualquier cambio en el paciente.</p> <p>22. Educa al familiar para que avise cuando se retira del ambiente.</p> <p>23. Educa al familiar para que evite dejar al paciente sin la protección de las barandas.</p> <p>24. Educa al familiar sobre cómo colocar las medidas de sujeción torácica o de manos cuando el caso lo requiere.</p> | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | |

MODELO DE CARTA SOLICITANDO AUTORIZACION

Solicita: Autorización para realizar Investigación científica.

SEÑOR

.....

DIRECTOR DEL HOSPITAL.....

S.D.

Yo,.....(Nombres y Apellidos), identificado con(DNI o Pasaporte), con domicilio enen calidad de responsable del proyecto, ante usted respetuosamente expongo :

Que habiendo culminado mi estudios de especialidad de enfermería, en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en su Institución sobre “.....

.....

para optar el título de Especialista en

Por el período comprendido entre el hasta el del 20..., para lo cual cumplo con adjuntar toda la documentación exigida para este efecto.

Por lo expuesto, agradeceré a usted acceder a lo solicitado.

Lima,
.....

Firma

E-mail:

Telf:

MODELO CARTA SOLICITANDO VALIDACION DEL INSTRUMENTO

“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Segunda Especialidad

Lima, de del 2014.

Sr.

Presente.

ASUNTO: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO**

Después de un cordial saludo, es grato dirigirnos a Ud. para presentarme como alumno del III Ciclo 2014-I Enfermería Segunda Especialidad UIGV; con Especialidad en “EMERGENCIAS Y DESASTRES”. Actualmente me encuentro desarrollando el proyecto: “OPINIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO EN UN SERVICIO DE AMBULANCIA TIPO II ACERCA DE LA CALIDAD HUMANA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL PROYECTO MINERO RIO TINTO MINERA PERÚ- 2014”

Por tal motivo, recorro a su persona para solicitar su opinión profesional con el fin de validar los instrumentos de nuestra investigación.

Agradeciendo anticipadamente su valioso aporte en función a su experiencia, le hacemos llegar los siguientes documentos:

1. Matriz de consistencia.
2. Hoja de validación del instrumento de medición.
3. Instrumento de investigación.

Atentamente.

.....

Lic.

MODELO FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD “INCA GARCILASO DE LA VEGA”

SEGUNDA ESPECIALIDAD

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

.....

...

1.2 Cargo e institución donde labora:

.....

.....

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

.....

....

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check(√) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

| N° DE ÍTEM | CONSTRUCTO | | GRAMÁTICA | | OBSERVACIONES |
|------------|------------|----|-----------|----|---------------|
| | SÍ | NO | SÍ | NO | |
| ÍTEM 1 | | | | | |
| ÍTEM 2 | | | | | |
| ÍTEM3 | | | | | |
| ÍTEM4 | | | | | |
| ÍTEM5 | | | | | |
| ÍTEM6 | | | | | |
| ÍTEM7 | | | | | |

| | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|
| ÍTEM8 | | | | | |
| ÍTEM9 | | | | | |
| ÍTEM10 | | | | | |
| ÍTEM 11 | | | | | |
| ÍTEM 12 | | | | | |
| ÍTEM 13 | | | | | |
| ÍTEM 14 | | | | | |
| ÍTEM 15 | | | | | |
| ÍTEM 16 | | | | | |
| ÍTEM 17 | | | | | |
| ÍTEM 18 | | | | | |
| ÍTEM 19 | | | | | |
| ÍTEM 20 | | | | | |

| N° DE ÍTEM | CONSTRUCTO | | GRAMÁTICA | | OBSERVACIONES |
|------------|------------|----|-----------|----|---------------|
| | SÍ | NO | SÍ | NO | |
| ÍTEM 21 | | | | | |
| ÍTEM 22 | | | | | |
| ÍTEM 23 | | | | | |
| ÍTEM 24 | | | | | |
| ÍTEM 25 | | | | | |
| ÍTEM 26 | | | | | |
| ÍTEM 27 | | | | | |
| ÍTEM 28 | | | | | |
| ÍTEM 29 | | | | | |
| ÍTEM 30 | | | | | |
| ÍTEM 31 | | | | | |
| ÍTEM 32 | | | | | |

| | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| ÍTEM 33 | | | | | |
| ÍTEM 34 | | | | | |
| ÍTEM 35 | | | | | |
| ÍTEM 36 | | | | | |
| ÍTEM 37 | | | | | |
| ÍTEM 38 | | | | | |
| ÍTEM 39 | | | | | |
| ÍTEM 40 | | | | | |

Aportes y sugerencias:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lima,....de..... del 2014.

Firma del informante
DNI N°
Telf:

Nota. Adjunte la Matriz de consistencia al solicitar Validación de Instrumento a Juicio de Expertos.