



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN



Estudio de los factores extrínsecos e intrínsecos asociados al riesgo de caídas e usuarios asistidos en el servicio de medicina, piso 12 del Hospital de Clínicas

Autores:

Fierro, Victoria
Freire, Ana
Palermo, Andrea
Rijo, Santiago

Tutores:

Prof. Agdo. Lic. Sangiovani, Rosa
Prof. Asist. Lic. Diana, Leticia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013



INDICE

Agradecimientos	3
Lista de abreviaturas y de siglas	4
Resumen	5
Introducción	6
Fundamentación	8
Pregunta problema	13
Objetivos	14
Marco teórico	15
Material y métodos	30
Variables	33
Resultados	39
Discusión	65
Conclusión	72
Recomendaciones y sugerencia	74
Referencias Bibliográfica	76
Anexos	
ANEXO I	79
ANEXO II	80
ANEXO III	81
ANEXO IV	82
ANEXO V	83
ANEXO VI	84
ANEXO VII	85



AGRADECIMIENTOS:

Los autores de este trabajo expresan su especial reconocimiento y agradecimiento a la docente Lic. Rosa Sangiovanni perteneciente a la Cátedra de Administración por sus valiosas ideas y aportes que facilitaron la elaboración de la tesina de grado.

Se agradece a la jefa del Dpto. de enfermería Lic. Ana Eguía, Lic. Mariela Bruno, Lic. Silvia Romero y personal del equipo de salud por facilitarnos la inserción en el piso 12 del Hospital de Clínicas y brindarnos información para llevar a cabo nuestra investigación.

Agradecemos a los integrantes de la COSEPA por su disposición para proporcionarnos información sobre los lineamientos de seguridad del paciente.

Finalmente deseamos expresar nuestro agradecimiento a nuestros familiares y nuestras amistades por sus muestras de solidaridad hacia nuestro trabajo, así como sus palabras de apoyo y su comprensión.



LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS:

COSEPA: Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente

DIGESA: Dirección General de Salud

HUAP: Hospital de urgencia asistencial pública

E.P: Elaboración propia

E.D: Escala Downton

LIC.: Licenciada

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PNAM: Programa Nacional del Adulto Mayor

SAER: Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación



RESUMEN:

Nuestro trabajo consistió en determinar los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos que aumentan el riesgo de caídas de los usuarios adultos mayores de 65 años hospitalizados en el piso 12 clínica médica "B" del Hospital de Clínicas, "Dr. Manuel Quintela" en el periodo comprendido entre los meses de setiembre y octubre, de lunes a viernes, turno tarde del año 2013.

Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como fuente de información: instrumento de recolección de datos de elaboración propia y escala de J.Downton, consentimiento informado, e instructivo informativo.

La muestra seleccionada estuvo conformada por 48 usuarios mayores de 65 años, la misma no fue representativa de la población por lo tanto se realizó una estimación del tamaño muestral por conveniencia.

Los resultados muestran que el 92 % de los usuarios presentaron alto riesgo de caídas según escala de J.Downton.

En el análisis bivariado los datos, estado mental, déficit sensorial, polifarmacia, deambulación insegura con ayuda, caídas previas, ausencia de acompañante, existencia y mal funcionamiento de frenos en la cama, ausencia de baranda, uso de ropa y calzado inadecuado, uso de dispositivos de apoyo en la marcha, se asociaron al alto riesgo de caídas.

No se logró medir los indicadores, timbre y pasamanos por no contar con ellos en el servicio, en lo que respecta al suelo transitable, iluminación natural y artificial los valores correspondientes fueron de un 100% siendo estos adecuados.

Palabra claves: adulto mayor, caídas, riesgo de caídas, factores extrínsecos e intrínsecos.



INTRODUCCION:

Según la OMS, las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales y define el término de caída como, la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Las caídas se encuentran dentro del grupo de efectos adversos de la asistencia sanitaria, ya que se trata de un daño, lesión o complicación que acontece durante el proceso asistencial y que no está directamente producido por la enfermedad que ha motivado el ingreso. La estancia hospitalaria supone siempre un riesgo añadido al proceso por el que se ingresa poniendo en peligro la seguridad de los pacientes.

Debido a los lineamientos sugeridos por la OMS, en nuestro país se creó la COSEPA (Comisión de seguridad para el paciente), estas deben de estar habilitadas tanto en instituciones públicas como privadas, para establecer los cuidados necesarios y situaciones que prevengan los efectos adversos en relación a la seguridad del paciente.

Continuando con el lineamiento con el que viene trabajando el MSP a través de la COSEPA se desarrolla nuestra investigación con el objetivo de "determinar los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos que aumentan el riesgo de caídas de los usuarios adultos mayores de 65 años hospitalizados en el piso 12 "clínica médica B" del Hospital de Clínicas, "Dr. Manuel Quintela" en el periodo comprendido entre los meses de septiembre y octubre turno tarde, del año 2013". Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como fuente de información: instrumento de recolección de datos de elaboración propia¹ y escala de J.Downton².

¹ Ver Anexo I: instrumento de recolección de datos. Determinación del riesgo de caídas en usuarios. Factores de riesgo extrínsecos.

² Ver Anexo II: Escala de riesgo de caídas J.H. Downton.



Este estudio se enmarca dentro de la Cátedra de Administración, requisito para la aprobación de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Los antecedentes bibliográficos consultados para llevar a cabo nuestro trabajo de investigación, fueron diversos estudios realizados en Latino América y España, debido a que en nuestro país no se cuenta con antecedentes relacionados a Caídas del paciente.



FUNDAMENTACION

La seguridad de los pacientes ha ingresado a la agenda de la OMS como uno de los temas primordiales a ser abordados y se la trata con carácter de prioridad en todos los sistemas de Salud del mundo.

En Octubre del 2004, la OMS realizo el lanzamiento de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la resolución de la 55° Asamblea Mundial de la Salud del 2002, (Resolución 55/18) por lo que se compromete la OMS y sus Estados a conceder la mayor atención posible a la Seguridad del Paciente.

La OMS define a la "seguridad de los pacientes como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objetivo de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso del proceso de atención de salud o de mitigar su consecuencia".

Cabe destacar que la seguridad de los pacientes constituyen un proceso multidimensional e interdependiente (ético/político, científico, individuales y colectivos) que intervienen en la atención de salud hacia los usuarios, promoviendo y protegiendo la vida, los derechos de las personas, y disminuir los daños producidos en la atención de salud³.

En octubre del 2006 se crea en nuestro país (Uruguay) por ordenanza ministerial en el ámbito de la Dirección General de Salud (DIGESA), la Comisión Nacional Asesora de Seguridad del Paciente a la que se le otorgó la responsabilidad de diseñar y crear políticas y actividades para la seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina.

³Maria Cristina Cometto, Patricia Fabiana Gomez, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Rosa Amarilis Zarate Grajales. "Enfermería y seguridad de los pacientes", Organización Panamericana de la Salud, 2011



En el marco de la actual reforma Sanitaria, desde el año 2008 se establece en forma obligatoria la creación y funcionamiento de Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente (COSEPA), en las Instituciones públicas y privadas de todo el país.

Todas las Instituciones prestadoras de asistencia integral deberán entonces mantener un Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo prácticas seguras y gestionando los riesgos asistenciales para disminuir aquellos que son evitables. Dicha comisiones deberán estar integradas por equipos multidisciplinarios, entre los cuales se encuentra nuestra profesión.

En el mes de agosto del 2011 en Uruguay se realizó el lanzamiento de la Herramienta SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) para mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud en el curso de la atención sanitaria. Esto permite avanzar en lo que respecta a la seguridad del paciente y evitar eventos adversos que pongan en riesgo o dañen a los usuario/as durante el proceso de su atención y cuidado.

En el Hospital de Clínicas la COSEPA se instala en el año 2013, integrado por un equipo multidisciplinario, teniendo como primeros lineamientos: identificación de pacientes, verificación quirúrgica, ingreso al área de hospitalización, ateneos de morbi-mortalidad y administración de medicación segura. Además deben de notificar al ministerio de salud pública los eventos centinelas.

Dentro de las líneas de actuación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y Centro Colaborador sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente de la OMS (Joint Commission International Center for Patient Safety)⁴ para el año 2008 se plantearon la prevención de caídas como una de las cinco líneas de acción.⁵

⁴<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>

⁵www.msp.gub.uy



Cabe destacar que en Uruguay según el censo realizado en el 2011 por el Instituto Nacional de Estadística⁶, la población total de ambos sexos según grupo de edades podemos diferenciar que el 22% de las personas son menores de 15 años, el 64% tienen entre 15 y 64 años y el 14% son mayores de 65 años, dentro de las cuales hay 519 personas mayores de 100 años.

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

Dado que la población de mayor riesgo de presentar caídas está en los mayores de 60 años es fundamental la importancia de un plan de cuidados basado en la valoración permanente del paciente y la implementación de las medidas de prevención correspondientes.

Las caídas son una realidad y un serio problema de salud. Pueden afectar la autonomía del paciente e incluso incidir en el pronóstico vital del mismo.

Por tanto el problema de las caídas, incidiendo en la prevención, apela directamente a la esencia de la enfermería: el cuidar.

Cuidar, es dar seguridad y proteger del dolor y del sufrimiento.

Las caídas, generan un daño adicional para el paciente, alteran su proceso de recuperación e incrementan su estancia hospitalaria, con los riesgos que esto implica para el paciente, familia e institución. Las consecuencias impactan en costos para el paciente como para la institución, ya que como resultado de la caída tiene repercusiones de diferente índole como son; los aspectos físicos

⁶www.ine.gub.uy/



(fracturas, daño en tejidos blandos, entre otros), psíquicos (miedo a caer otra vez, aislamiento social, entre otros), sociales (familia excesivamente protectora) y económicos (costos de hospitalización).

En cuanto al riesgo de caídas es importante la identificación de la causa (a través de la escala de Downton), ya que es la que ayudara a la selección de actividades dirigidas a la desaparición, reducción o control del problema. Lo fundamental en este tema es la prevención, pues, de hecho, al evitar una caída, estamos evitando sus consecuencias.

La prevención de las caídas está directamente relacionada con la oportuna evaluación de los factores de riesgo individuales y la instauración de las medidas apropiadas de acuerdo con el riesgo detectadas. Estas se relacionan principalmente con el entorno hospitalario, que debe ofrecer las máximas características de seguridad.

Cuando se hace referencia a caídas tenemos en cuenta todo tipo de caídas del paciente durante su hospitalización, es decir caídas de su propia altura, de la cama, de las diferentes sillas, de las duchas, durante el baño, durante el uso del sanitario, durante los diferentes tipos de traslados, durante la deambulacion y la ocurrida en los diferentes servicios diagnósticos y terapéuticos, cualquiera que sea su área y especialidad.

Un entorno seguro es aquel que satisface las necesidades básicas, reduce o elimina los riesgos físicos, reduce la transmisión de microorganismos y pone en práctica medidas higiénicas. Muchos riesgos físicos, especialmente aquellos implicados en las caídas, pueden minimizarse de acuerdo con la evaluación previa que se haga de estos factores.

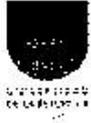
De acuerdo a la realidad presente y a la necesidad de implementar un seguimiento en las caídas de los usuarios se elabora la siguiente revisión, debido a ser un problema frecuente en el ámbito hospitalario⁷⁸.

⁷⁸ PROTOCOLO DE EVALUACION DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL HUAP Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, HOSPITAL ALEJANDRO RIO, Diciembre 2010, pag. 1 – 25



El Centro Hospitalario seleccionado para realizar el estudio de investigación, corresponde al Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", es un Hospital Universitario dependiente de la Universidad de la República, ubicado sobre la Avenida Italia 2870 en Montevideo, Uruguay.

Debido a la ausencia de información, respecto al número de caídas constatadas en el servicio de la clínica médica "B" del piso 12, se realiza un trabajo de investigación, con el fin de conocer las causas de las caídas en el servicio.



PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los factores extrínsecos e intrínsecos que aumentan el riesgo de caídas en los usuarios adultos, mayores de 65 años hospitalizados en el piso 12 Clínica Médica "B" del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el periodo comprendido en los meses de setiembre y octubre turno tarde, del año 2013?



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos que aumentan el riesgo de caídas de los usuarios adultos mayores de 65 años hospitalizados en el piso 12 Clínica Médica "B" del Hospital de Clínicas, "Dr. Manuel Quintela" en el periodo comprendido entre los meses de setiembre y octubre, turno tarde del año 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar los usuarios adultos mayores hospitalizados en el servicio.
- Detectar a los pacientes que presenten riesgo de Caídas, con la aplicación de un instrumento de valoración de Riesgo de caídas.
- Identificar los factores de riesgos extrínsecos e intrínsecos más frecuentes de las caídas en la población de estudio.



MARCO TEORICO

ENFERMERÍA Y CUIDADO:

Entendemos a la Enfermería como la ciencia, el arte, la filosofía, la ética, y la política del cuidado humano; que se organizan y expresa socialmente con identidad singular en un complejo campo de conocimientos, de intervención y de responsabilidad social propios.

La ciencia del cuidado humano en cuanto supone un proceso de racionalización del saber ordenado por la sistematización científica en cuanto se fundamenta y construye como conocimiento científico singular y en cuanto reflexiona metódicamente sobre su práctica, la explora, la describe, la explica la predice y la comprende. Por fin, en cuanto aporta el saber sobre el cuidado humano al conocimiento universal.

La enfermería es el arte del cuidado humano en cuanto a creación, expresión subjetiva y ajustada a cada acto de cuidado; es arte en cuanto a la técnica y el talento y están implicados en el buen cuidado además de serlo en cuanto bella y armónica se propone la experiencia estética del cuidado de cada ser humano en su contexto.

También la enfermería es la filosofía del cuidado humano en cuanto a inquisiciones y preguntas constantes sobre la existencia, sus virtudes y trascendencias, indaga y reflexiona sobre los fundamentos ontológicos, teológicos, sociológicos, éticos y epistemológicos del cuidado.

La enfermería es la ética del cuidado humano en cuanto a que asume, sostiene y promueve el conjunto de valores que informan y forman el cuidado y que quedan expresados en el amoroso acto de cuidar. La ética del cuidado no solo incluye al sistema de normas deontológicas particulares de la disciplina, sino esencialmente a los constituyentes morales que distinguen el modo singular de existir, de vivir y de ser cuidado en cuanto abstracción.



Y por último, la enfermería es la política del cuidado humano. La condición social e intrínsecamente política de la enfermería se expresa en su marco ético, conceptual y práctico en cuanto a que piensa en poblaciones, se ocupa de los determinantes sociales de la salud y produce intervenciones sociales orientadas a la equidad, la bienestar y a la seguridad humana; ello representa una propuesta de distribución de poder que permite, mediante una acción social deliberada y consciente construir un mundo mejor, más justo, más seguro, bien sea por medio de un niño sanado, de una enfermedad impedida, de una condición social redimida o de una comunidad alentada con mayor libertad gracias al cuidado.

Las anotaciones anteriores se plantean como fundamento para afirmar que la seguridad humana, y por consiguiente la seguridad de los pacientes, es transversal e intrínseca al cuidado de enfermería.

En enfermería... lo seguro es cuidar

La seguridad es transversal e intrínseca al cuidado de modo tal que la calidad del cuidado implica y expresa la seguridad del paciente. El alcance de este presupuesto supone de base la implicación moral, cognitiva y práctica con el valor teleológico de una asistencia de salud libre de amenazas, de miedo y de precariedad, establecida a través de un vínculo de confianza en los profesionales, en su atención y en el sistema de salud como un todo.

Se entiende así que la seguridad es condición de existencia del cuidado en cuanto a principio que se establece con la finalidad de preservación de la vida y la integridad del sujeto bajo cuidado, y constituye la garantía de los derechos del paciente.

Afirmar que la seguridad es un componente constituyente e intrínseco del cuidado supone admitir que sin seguridad no hay cuidado y que sin cuidado no hay habrá seguridad. Así, pareciera que hablar de "cuidado seguro" constituiría una redundancia. Puede decirse que la seguridad del paciente, entre otras condiciones, es también causa, expresión y consecuencia del cuidado de enfermería, entendido en su condición de cuidado amoroso en cuanto práctica



social solidaria, científicamente fundamentada y deliberadamente diseñada, para apoyar el proceso de satisfacción de necesidades vinculadas a situaciones de salud, para proteger, confortar y liberar.

Así, el cuidado lleva consigo las dos estrategias fundamentales de la seguridad humana: protección y realización del potencial. La protección implícita en el cuidado incluye el apoyo en el proceso de satisfacción de necesidades humanas fundamentales en condiciones de debilidad o imposibilidad por causas de salud, implica la creación de medios para asegurar la integridad, la dignidad y el derecho de las personas, la creación de condiciones, para liberar al ambiente de amenazas, de riesgo y de miedo, y la actitud de desvelo y anticipación a los eventuales sucesos adversos. La realización del potencial implícito en el cuidado supone la identificación y fortalecimiento de las capacidades y aspiraciones así como el robustecimiento de las condiciones y procesos positivos que permiten a los sujetos bajo cuidado alcanzar de manera progresiva grados crecientes de bienestar, autonomía y libertad en la recuperación y mantenimiento de la salud individual y colectiva. La protección y potenciación se refuerzan mutuamente.⁹

Programa Nacional del Adulto Mayor¹⁰ (PNAD)

La ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza de forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad.

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales un 13,4% es mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayor a 75 años, es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía. El 94%

⁹ María Cristina Cometto, Patricia Fabiana Gomez, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Rosa Améilia Zarate Grajales. "Enfermería y seguridad de los pacientes", Organización Panamericana de la Salud, 2011

¹⁰ www.msp.gub/programanacionaldeladultomayor



de las personas mayores de 60 años reside en la comunidad y casi la mitad 47% reside en Montevideo, alcanzando este grupo el 19% de la población capitalina.

Para el año 2025 las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etáreo.

La mayor parte de esta población son personas auto válidas y socialmente integradas. Casi un 90% reside en medios urbanos, su escolaridad promedio alcanza el nivel de primaria en más del 60% y secundaria en un 28%. Más del 80% tiene pensiones o jubilaciones pero estas no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren.

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho más frecuente a mayor edad.

Desde el punto de vista sanitario, las principales causas de muerte se asocian a las enfermedades no transmisibles prevalentes, no existiendo en nuestro país registros de información confiables sobre morbilidad.

Sin embargo puede asumirse que las principales causas de mortalidad constituyen también las principales causas de discapacidad y pérdida de autonomía.

El 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos.

La prevalencia e incidencia de enfermedades mentales aumentan con la edad y en ello confluyen aquellos con patología mental previa que envejecen y quienes instalan enfermedades mentales en esta etapa de la vida. Se incluyen en estos problemas los trastornos afectivos, demencia, psicosis.

Aproximadamente el 10% de los adultos mayores en la comunidad tienen trastornos depresivos, situación que se incrementa en la población



institucionalizada entre el 15 y 35% o internada en hospitales, de un 10 a un 20%.

Aunque no existe registro nacional, se calcula que más del 10% de los mayores de 65 años padece alguna forma de demencia, lo que se supone más de 40,000 personas.

Esta prevalencia crece en mayores de 80 años, afectando al 35 % de los mismos. Se trata de un problema mayor de salud pública para debe desarrollarse estrategias específicas, que han estado ausentes de las políticas del estado.

Si bien en la actualidad entre el 20 a 30% de los adultos mayores a 65 años en la comunidad padecen discapacidad para actividades básicas de la vida diaria (comer bañarse, vestirse, deambular) el escaso énfasis puesto en la prevención en periodos previos hace previsible la existencia de cohortes de individuos más añosos y discapacitados.

SEGURIDAD DEL PACIENTE¹¹

A lo largo de la historia, la seguridad de los pacientes ha ocupado un lugar central en las preocupaciones de las enfermeras, pues el concepto, aunque solo hace poco que se ha definido en estos términos, se encuentra definitivamente implicado en la noción y el acto de cuidar.

La presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas del cuidado de enfermería y constituyen insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libres de amenazas a la integridad de los sujetos bajo atención.

¹¹ María Cristina Cometto, Patricia Fabiana Gomez, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Rosa Amarilis Zarate Grajales. "Enfermería y seguridad de los pacientes", Organización Panamericana de la Salud, 2011



La seguridad del paciente posee en su etiología analítica la prevención y la reducción y/o ausencia de riesgos o daño a la vida.

Seguridad del paciente según la OMS. La ausencia de riesgo daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar su consecuencia (evento centinela).

CALIDAD

Propiedad o conjuntos de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarlas y comparar como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.; propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permite juzgar su valor y le confieren la capacidad de satisfacer sus necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es percepción objetiva y/o subjetiva que el cliente tiene del mismo.

La calidad en el servicio tiene tres aspectos importantes: 1) aspecto técnico, engloba los aspectos científicos y tecnológicos del servicio. 2) aspecto humano, se centra en las buenas relaciones entre el cliente y los proveedores, 3) aspecto económico, para minimizar costos.

La calidad debe ser el objetivo principal de los servicio de salud.

Calidad asistencial según la OMS: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectivas como el resultado actual del conocimiento lo permite.



PREVENCIÓN DE CAÍDAS:¹²

La prevención será fundamental, pues al evitar una caída, estamos evitando sus consecuencias y al efecto aumentando la calidad asistencial que allí se ofrece a los pacientes.

La población con mayor riesgo de sufrir algún tipo de caídas, serán con mayor incidencia y gravedad los pacientes mayores de 65 años, sobre todo ingresado en centros de cuidados prolongados.

El identificar, valorar y actuar sobre los factores desencadenantes será importante para reducir el riesgo de caída.

La comunicación entre los diferentes profesionales será fundamental, sobre todo para conocer los posibles efectos secundarios e interacciones entre fármacos que puedan producir riesgo de caídas ya que en su mayoría son pacientes polimedcados. Consumiendo tanto psicofármaco como medicación somática.

El profesional deberá conocer y usar los distintos medios de ayuda para realizar una correcta movilización deambuladora, desplazamiento, aseo del paciente evitando así posibles riesgos de sufrir algún tipo de caída o lesión tanto del paciente como del profesional.

Las caídas en el centro hospitalario es un importante indicador en la calidad de los cuidados, permitiendo establecer áreas de mejora. Teniendo una gran repercusión en el paciente por alterar su proceso de recuperación incrementar su estancia hospitalaria y sufrir nuevas lesiones. El igual que para el centro por los costos que todo esto supone.

¹² PROTOCOLO DE EVALUACION DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HUAP Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, HOSPITAL ALEJANDRO RÍO, Diciembre 2010, pag. 1 – 25



La principal actuación del personal sanitario será prevenir el riesgo de caída siendo muy importante implicar a todo el equipo terapéutico en ello, dándole a conocer su importancia.

Realizar una correcta valoración del paciente será fundamental para conocer los factores de riesgo que predisponen a sufrir una caída (factores intrínsecos). Así como valorar el entorno donde reside (factores extrínsecos) para evitar posibles accidentes, tomando las medidas adecuadas para el paciente y evitar posibles riesgos.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL RIESGO DE CAÍDAS:

Las medidas de prevención de caídas, serán indicadas de acuerdo a los siguientes criterios:

En el paciente en cama

- 1) Mantener las barandas de la cama arriba.
- 2) Verificar que el freno de la cama esté puesto.
- 3) Mantener alguna iluminación nocturna.
- 4) Retirar todo el material que pueda producir caídas –mobiliario, cables, líquidos, entre otros.
- 5) Sentar al enfermo en un sillón apropiado.

En el paciente que deambula

- 1) Supervisar que los suelos de los Servicios y/o Unidades no estén húmedos y resbaladizos.
- 2) Supervisar y asegurar que el paciente sea acompañado cuando deambula, ayudándole a caminar.
- 3) Si precisa dispositivos de ayuda; andador, muletas, debe ser acompañado por personal durante el aprendizaje.



- 4) Acompañar al paciente, que lo necesite, en su aseo.
- 5) Facilitar que el baño esté accesible.
- 6) Promover el uso de ropa y calzado adecuado.
- 7) Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, para prevenir hipotensión ortostática (mareos).

Según la evidencia científica disponible y entre las múltiples escalas de evaluación de riesgo existentes la que se utilizará en el Hospital de Clínicas será la escala de Evaluación de Riesgo de Caídas de J. H. DOWNTON (1993),

ESCALA DE J.H. DOWNTON 1993:¹³

La escala medirá cinco criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente a sufrir una caída: caídas previas, uso de medicamentos, alteraciones sensoriales y motoras, alteraciones del estado de conciencia y estado clínicos específicos, entre otros. Cada acápite que tenga un (*) tiene un puntaje de uno luego se suman y se obtiene el riesgo de caída.

Clasificación del riesgo: Bajo: 0 a 2 puntos.

Medio: 3 a 4 puntos.

Alto: 5 a 11 puntos.

DEFINICION DE CAIDAS. ¹⁴

Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad. (Organización Mundial de la Salud OMS) De acuerdo a las características de las caídas se pueden distinguir dos grupos fundamentales:

- Caídas accidentales, cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona en estado de alerta sin dificultad para caminar, originando un tropezón o resbalón con resultado de caída.

¹³ Citado de La HUAP

¹⁴ www.who.it/



- Caídas no accidentales, estas pueden ser de dos tipos; aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un sujeto por lo demás activo y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia o dificultad para la deambulaci3n.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL RIESGO DE CAÍDAS:¹⁵

A) Factores del paciente. (Intrínsecos)

Alteraciones médicas y neuropsiquiátricas, daño visual y auditivo, cambios en la funci3n neuromuscular, marcha y reflejos posturales relacionados con la edad.

- Pacientes menores de 6 ańos y mayores de 70
- Problemas de equilibrio
- Incapacidad física que afecte la movilidad y/o la deambulaci3n
- Periodos postoperatorios (dentro de las 24 Horas)
- Estados de ayuno prolongado
- Estado nutricional (desnutrici3n u obesidad)
- Estados de hipotensi3n ortostática
- Problemas de audici3n, visi3n y limitaciones de comunicaci3n oral.
- Reposo prolongado
- Antecedentes de caídas previas
- Efectos o reacciones adversas a medicamentos (psicotr3picos, sustancias t3xicas, anti-hipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares entre otros)

¹⁵ María Cristina Cometto, Patricia Fabiana Gomez, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Rosa Amarilis Zarate Grajalés. "Enfermería y seguridad de los pacientes", Organizaci3n Panamericana de la Salud, 2011



- Problemas neurológicos y/o psiquiátricos (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsivas, alteraciones de conciencia, depresión, riesgo suicida entre otros)
- Problemas en la deambulación por aparatos ortopédicos, prótesis.
- Falta de comunicación entre el equipo de salud y de este con el paciente.

B) Factores del Entorno. (Extrínsecos)

Medicamentos, Prescripción o uso incorrecto de instrumentos auxiliares para la deambulación, Riesgos ambientales.

- Barandales de cama, camillas, cunas.
- Timbre de llamada
- Iluminación
- Suelo húmedo y deslizante
- Desorden
- Ropa y calzado inadecuado
- Dispositivos de ayuda como caminadora, silla de ruedas y bastón, entre otros para la movilización, presencia de ruedas en inadecuado estado, frenos en mal estado.
- Ausencia de barras de apoyo de seguridad en el baño y limitación en el espacio físico.



ANTECEDENTES DEL TEMA¹⁶

Se realizó una búsqueda bibliográfica de trabajos de investigación referido a caídas.

Se encontraron investigaciones en diversos idiomas, la cual fue una limitante en la búsqueda de información debido a que los integrantes del grupo no manejan otro idioma. Por lo cual la búsqueda de antecedentes que se desarrollaran a continuación se encuentran en idioma Español.

*EU. Sandra Soto Morales, EU. Elianette Matus Saldias, EU. Dulia Sepulveda Opazo, EU Margarita Molina Valde Benito, Protocolo prevención de caídas, Hospital base de linares, Chile, marzo 2010

El protocolo elaborado en dicho hospital, está dirigido a todos los equipos de atención clínico asistencial cerrado. Debe ser conocido y aplicado en todas las unidades del hospital de linares a todos los usuarios hospitalizados o que permanezcan en una camilla.

El desarrollo de este protocolo comprende la valoración del riesgo de caídas de un paciente y las medidas de prevención que deberán aplicarse para disminuir el riesgo. A través de la escala de J.H.Downton.

¹⁶EU. Sandra Soto Morales, EU Elianette Matus Saldias, EU Dulia Sepulveda Opazo, EU Margarita Molina Valde Benito, Protocolo prevención de caídas, Hospital base de linares, Chile, marzo 2010

-Dra Pabla Campos, EU. Cristian Caceres Torres, EU. Ingrid Reyes Muñoz, EU Leonardo Gimenez. Protocolo de evaluación del riesgo y prevención de caídas en el HUAP(Hospital de urgencia asistencial publica)Argentina,2010.

-Josep M. Suelves, Vicenç Martínez y Antonia Medina2 Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. Rev. Panamericana Salud Pública. 2010.

-Camacho, Luiz Antonio Bastos y Veras, Renato Pebrato. Los medicamentos como factor de riesgo de caídas en mujeres mayores de Brasil.

Rev. Panamericana de Salud Pública (online)2003



*Dra. Pabla Campos, EU. Cristian Cáceres Torres, EU. Ingrid Reyes Muñoz, EU Leonardo Giménez. Protocolo de evaluación del riesgo y prevención de caídas en el HUAP (Hospital de urgencia asistencial publica) Argentina,2010.

Evaluar el riesgo de caídas a todos los usuarios hospitalizados antes de las 48hs y la instalación de medidas preventivas, en el hospital de urgencia asistencial pública.

Todo el equipo de atención clínica del HUAP y todos los pacientes hospitalizados en el HUAP.

El estudio revela que entre un 2 y un 12% de los pacientes experimentan una caída durante su estadía en el hospital, algunos estudios indican que las caídas son más frecuentes en los servicios de medicina y geriatría, entre 23 y 39% se producen en la habitación o en espacios cercanos a la cama del paciente.

La escala de evaluación de riesgo de caídas que utilizaron fue la de J.H.Downton.

Luego de utilizar la escala de J. Downton se pegara un sticker en el borde superior derecho de la hoja de hospitalización con alto y moderado riesgo de caída.

La metodología utilizada fue descriptiva, de corte transversal.

*Josep M. Suelves, Vicen Martínez y Antonia Medina

Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. Rev. Panamericana Salud Pública. 2010

El presente trabajo está dirigido a evaluar la proporción de personas que han sufrido lesiones por caídas no intencionadas en una muestra de personas de edad no institucionalizadas y valorar los factores demográficos y condicionantes médicos asociados.

En el año 2006 en la Encuesta de Salud de Cataluña se llevó a cabo una investigación en la que participaron 3247 personas de 65 años y más de edad



seleccionadas mediante un muestreo circunstancial, respondiendo un cuestionario administrativo por un entrevistador que incluía preguntas sobre lesiones por caídas en los 12 meses previas a la encuesta y otros factores relevante asociados.

Los resultados muestran que el 14,9% de los encuestados manifestaron haber sufrido lesiones por caídas. En el análisis multivariado, sexo, edad, tomar cinco o más fármacos y padecer problemas de movilidad, diabetes o trastornos músculo-esquelético se asociaron a un mayor riesgo de lesiones por caídas. No se observó en cambio un efecto estadísticamente significativo de las discapacidades sensoriales y de la comunicación, las enfermedades cardiovasculares, las cataratas o el consumo de alcohol.

La metodología utilizada fue descriptiva.

*Camacho, Luiz Antonio Bastos y Veras, Renato Peixoto. Los medicamentos como factor de riesgo de caídas en mujeres mayores de Brasil.

Rev. Panamericana de Salud Pública (online)2003.

Objetivo: Determinar la prevalencia de caídas en mujeres mayores de Río de Janeiro, Brasil y su asociación con el consumo de medicamentos.

Método: Se realizó un estudio transversal con mujeres de 60 años o más que participaban en actividades educativas, culturales y sanitarias de la Universidad Abierta de la Tercera Edad (UATE).

La población en estudio deambulaba, no tenía problemas cognitivos y Vivían en su comunidad.

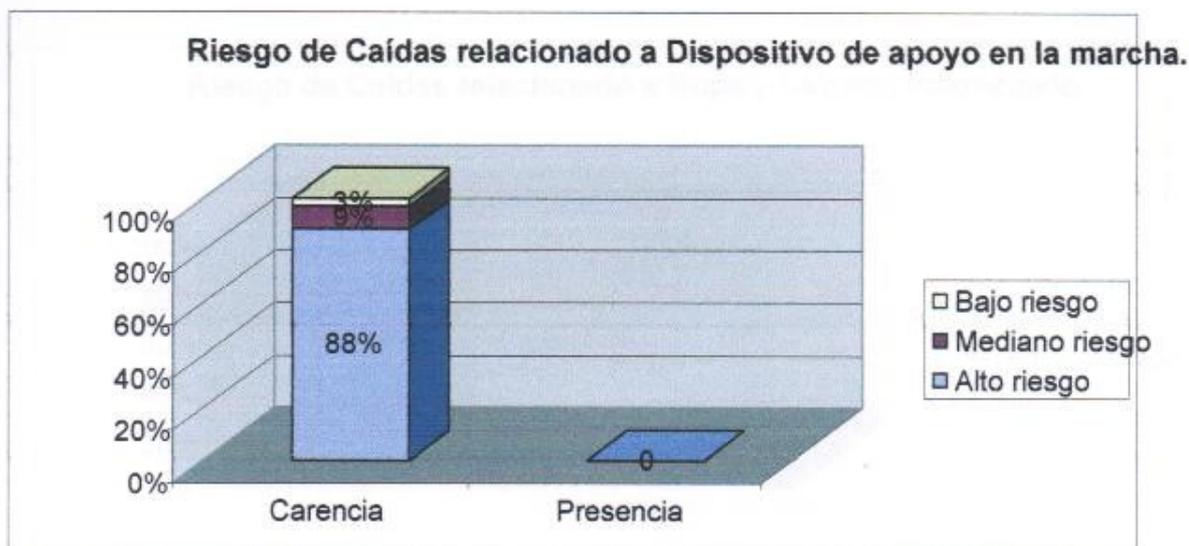
Se recopiló mediante un cuestionario aplicado en entrevistas personales la información sobre las caídas que estas mujeres habían sufrido en los 12 meses anteriores a la entrevista, los fármacos que tomaban en los 15 días previos, demografía. Al momento de la entrevista se le tomó la presión arterial.

Del total de mujeres 634 entrevistadas personalmente en la UATE 23,3% sufrieron una caída en el año previo y 14,0% sufrió dos o más caídas en ese



periodo. De las 634, solo 9,1% no tomo ningún medicamento, 52,7% tomaban de 1 a 4 medicamentos; 34,4% tomaban de 5 a 10; 3,8% tomaba entre 11 y 17. Las mujeres que tomaban diuréticos y además sufrían de enfermedades osteo-muscular tuvieron 1,6 más probabilidad de haber sufrido una caída en el año anterior; las que tomaban bloqueadores beta informaron 2,0 veces más caídas recurrentes que las que no consumían. El riesgo de caídas recurrentes entre mujeres que sufrían de hipotensión postural y tomaban ansiolíticos fue 4,9 veces mayor que entre las que no los tomaban.

Gráfico 19:



Fuente: instrumento (E.D) y (E.P)

Dentro de los usuarios que presentaron alto riesgo de caídas, 88% tenían carencia de dispositivos de apoyo en la marcha, mientras que el 100% tuvieron presencia de dispositivos. Los usuarios de mediano riesgo de caídas y con carencia de dispositivo en la marcha fueron un 9%. Y por último los usuarios de bajo riesgo que tampoco presentaron dispositivos de apoyo en la marcha se vieron representados con 3%.

Tabla 20: Riesgo de Caídas relacionado a Ropa y Calzado inadecuado.

Ropa y calzado inadecuado	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Si	100%(27)	0%(0)	0%(0)	27
No	81%(17)	14%(3)	5%(1)	21
Total	44	3	1	48



MATERIAL Y METODOS:

Tipo estudio: se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como fuente de información: instrumento de recolección de datos de elaboración propia y escala de J.Downton.

Universo: Conformado por la totalidad de usuarios hospitalizados en el piso 12 del Hospital de Clínicas durante el periodo de un año.

Muestra: conformada por 48 usuarios mayores de 65 años a los cuales se le aplico los instrumentos de recolección de datos de lunes a viernes en el turno tarde en el piso 12 del Hospital de Clínicas en el periodo comprendido entre los meses de setiembre y octubre del año 2013.

La muestra no es representativa de la población, debido a que no se logró recabar los datos del universo durante un año, por lo tanto se realizó una estimación del tamaño muestral por conveniencia.

Criterio de inclusión: Usuarios de ambos sexos
Usuarios mayores de 65 años de edad
Usuarios hospitalizados en el piso 12 del Hospital de Clínicas.

Criterios de exclusión: Hombres y mujeres menores de 65 años

INSTRUMENTOS:

Se utiliza la escala de J.Downton¹⁷ que mide cinco criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente a sufrir una caída: caídas previas, uso de medicamentos, alteraciones sensoriales y motoras, alteraciones del estado de conciencia y deambulación. Cada ítem tiene un puntaje de uno, luego se suman y se obtiene el riesgo de caída.

¹⁷Ver Anexo II: escala de riesgo de caídas J. H. Downton.



Clasificación del riesgo: Bajo: 0 a 2 puntos.

Medio: 3 a 4 puntos.

Alto: 5 a 11 puntos.

*en cuanto a la medicación, se le solicita al usuario orientado que nombre su medicación habitual, en el caso de los usuarios confusos la información se obtiene los datos de la historia clínica.

Instrumento de elaboración del equipo investigador¹⁸: consta de 14 ítems donde se describe el sexo, edad, ropa y calzado, dispositivos de apoyo en la marcha, timbre, pasamanos en la habitación y pasillos, existencia de barandas en la cama, características del suelo, frenos de la cama, iluminación de la unidad, presencia de acompañante, caídas durante la internación y lugar de donde se produjo la caída.

El instrumento fue validado previamente en anteriores tesis de grado por eso no se realizó prueba piloto.

ASPECTOS ÉTICOS:

Primeramente se elevó el protocolo de investigación al División de enfermería para su previa aprobación, una vez autorizado se comenzó con la recolección de datos.

Se entregó a los usuarios un instrumento¹⁹ que informa quienes realizaran el estudio, el propósito y la finalidad del mismo.

Se les explica que los datos aportados son de carácter confidencial, utilizado únicamente con fines académicos, con participación voluntaria pudiendo retirarse cuando este así lo desee.

El instrumento cuenta con nombre y teléfono de referencia para evacuar dudas si se presentan.

¹⁸ Ver Anexo I: instrumento de recolección de datos. Determinación del riesgo de caídas en usuarios. Factores de riesgo extrínsecos.

¹⁹ Ver Anexo III: Instrumento de información para el usuario.



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Administración



Además se les entrego un consentimiento informado²⁰ de carácter voluntario, anónimo y con fines únicamente académicos.

²⁰ Ver Anexo IV: Formulario de consentimiento informado para participar en el estudio de investigación.



VARIABLES:

Las variables seleccionadas para este estudio son, variables de caracterización (edad, sexo), variable factores de riesgo asociados al riesgo de caídas (medicación, déficit sensorial, estado mental, deambulacion, caídas previas, causas de caídas, riesgo de caídas, presencia de acompañante) variable de prevención de riesgo de caídas (presencia de barandas, presencia de frenos en la cama, ropa y calzado, iluminación de la unidad, presencia de timbre, pasamanos en habitación y pasillos, características del suelo).

1. Variable de caracterización:

Sexo

Definición conceptual: condición orgánica que distingue a los géneros masculino y femenino manifestada a través de los caracteres primarios y secundarios.

Definición operativa: masculino refiriéndose a los hombres y femenino refiriéndose a las mujeres desde el punto de vista de la biología.

Naturaleza: cualitativa; nominal

Edad

Definición conceptual: tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operativa: 65-69; 70-74; 75-79; 80-84; 85-89; >90.

Naturaleza: cuantitativa; continua.



2. Variable factores de riesgo asociados al riesgo de caídas.

Riesgo de caídas

Definición conceptual: Se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca una caída y sus consecuencias.

Definición operativa: Bajo: 0 a 2, Medio: 3 a 4, Alto: 5 a 11 puntos.

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Medicamentos:

Definición conceptual: fármaco que ingiere habitualmente cada paciente durante la internación. Entendiéndose por medicamento toda sustancia medicinal y sus asociados o combinaciones destinando su utilización en las personas, que se presenta dotado de propiedades para prevenir, diagnosticar, aliviar o curar una dolencia.

Definición operacional: Ninguno, diuréticos (aumentan la frecuencia de orinar), tranquilizantes – sedantes hipotensores, antiparkinsonianos, antidepresivos (pueden causar confusión, somnolencia, adinamia y cambios de conducta.), otros medicamentos.

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Déficit sensorial:

Definición conceptual: el déficit sensorial es aquella deficiencia relacionada con los sentidos. Existen distintos tipos de deficiencias sensoriales: auditiva, visuales, táctiles, kinestésicas, gustativas.

Definición operativa: ninguno, alteraciones visuales (pérdida o disminución de la visión), alteraciones auditivas (pérdida o disminución de la capacidad de oír), extremidades.

Naturaleza: cualitativa, nominal.



Estado mental:

Definición conceptual: grado de competencia mostrado por una persona en sus funciones intelectuales, emocionales, psicológicas, y en su personalidad.

Definición operativa: Confuso: perturbación de la memoria; Orientado: tiene conocimiento del tiempo y espacio en que se encuentra.

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Deambulación:

Definición conceptual: se refiere a la forma como el paciente se traslada.

Definición operativa: Normal (marcha estable), seguro con ayuda, inseguro con ayuda, imposible.

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Caídas previas a la internación:

Definición conceptual: Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad previo a la internación.

Definición operativa: si, no

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Causas de caídas

Definición conceptual: cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad.

Definición operativa: de la cama al piso, de silla o sillón al piso, deambulando

Naturaleza: cualitativa nominal.



Presencia de acompañante

Definición conceptual: persona encargada de acompañar y brindar apoyo al usuario en el periodo de su internación.

Definición operativa: Si cuando el usuario presenta acompañante y No cuando el usuario carece de acompañante.

Naturaleza: cualitativa, nominal dicotómica.

3. Variable de prevención de riesgo de caídas:

Baranda de la cama

Definición conceptual: dispositivo de seguridad, ubicado a los laterales de la cama del paciente, que tiene como finalidad evitar accidentes de caída.

Definición operativa: ausencia, existencia y en funcionamiento, existencia y mal funcionamiento, existencia pero no accesible.

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Frenos de la cama

Definición conceptual: Dispositivo de seguridad ubicados en la ruedas de la cama que impiden el deslizamiento de la misma.

Definición operativa: ausencia, existencia y en funcionamiento, existencia y mal funcionamiento, existencia pero no accesible.

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Ropa y calzado

Definición conceptual: se refiere a la vestimenta o prenda de vestir que usa el usuario, los cuales aumentan el riesgo de caídas por sus características propias ocasionando por ejemplo: inestabilidad en la marcha, entre otros.



Definición operativa: Si cuando utiliza ropa y calzado adecuado, **NO** cuando no utiliza ropa y calzado adecuado.

Calzado adecuado se refiere a suelas resistentes, antideslizantes, tipo botín, en su mitad posterior, material menos flexible para que sujeten bien el talón con cámara de aire, y que el talón no sobrepase los 4 cm.

Ropa adecuada: holgada con cierre o con velcro.

Naturaleza: cuantitativa, nominal.

Iluminación

Definición conceptual: Presencia de luz natural y artificial en el ambiente.

Definición operativa: natural (Adecuada e Inadecuada), Artificial (adecuada, inadecuada). Adecuada: es aquella que permite distinguir las formas, colores objetos en movimiento y apreciar los relieves fácilmente y sin fatiga.

Inadecuada: se refiere a luces muy brillantes. Insuficientes.

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Suelo

Definición conceptual: se refiere a las características del piso, tanto de la unidad del usuario como del sector que hace uso el mismo.

Definición operativa: irregular (deslizantes muy pulidos, con desniveles, sin contraste de colores), mojado, transitado (antideslizantes sin desniveles).

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Tímbr

Definición conceptual: Dispositivo electromecánico que produce un sonido o la activación de una luz a través del tacto, utilizado con la finalidad de alertar a enfermería frente a la necesidad que el usuario requiere.



Definición operativa: hace referencia a la presencia o ausencia del mismo en la unidad del usuario. Ausencia, existencia y en funcionamiento, existencia y mal funcionamiento, existencia pero no accesible.

Naturaleza: cualitativa, nominal.

Pasamanos en la habitación o los pasillos.

Definición conceptual: se refiere a la existencia o falta de mecanismo de sostén, como puede ser un pasamano o baranda en la habitación o unidad de usuario, así como en pasillos de acceso del mismo.

Definición operativa: falta en la unidad del usuario, falta en pasillo, existe en la habitación, existe en pasillos, falta en habitación y pasillos, existen en habitación y pasillos, falta en baño, existe en baño.

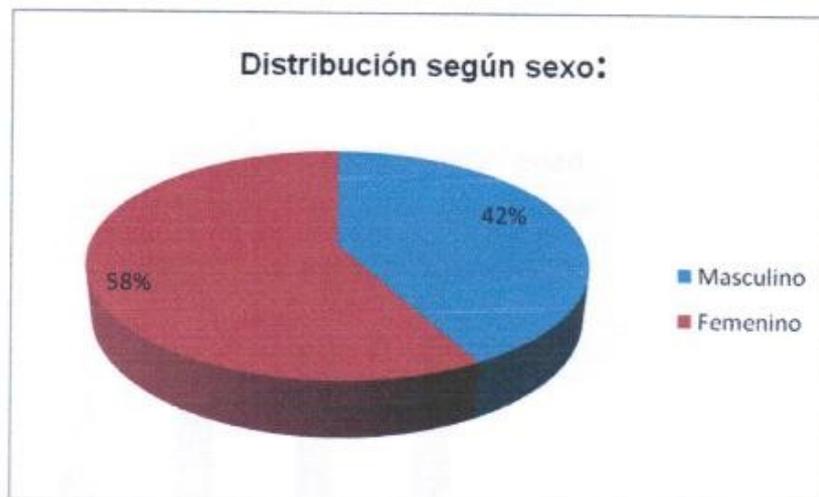
Naturaleza: cualitativa, nominal.

RESULTADOS:

Tabla 1: Distribución según sexo

Sexo	FA	FR %
Masculino	20	42
Femenino	28	58
Total	48	100

Gráfico 1:



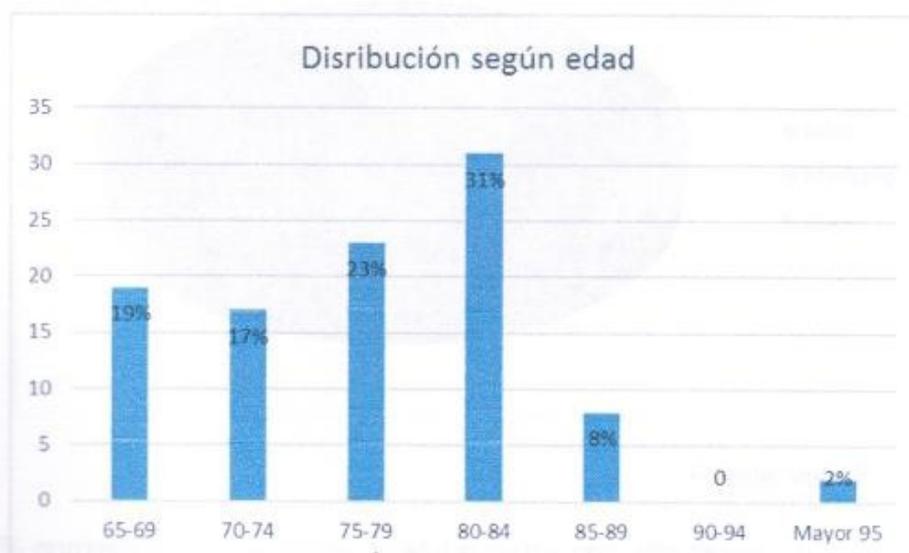
Fuente: instrumento (EP)

Los adultos/as mayores de sexo femenino fueron 58% y los de sexo masculino 42%.

Tabla 2: Distribución según edad

Edad	FA	FR %
65-69	9	19
70-74	8	17
75-79	11	23
80-84	15	31
85-89	4	8
90-94	0	0
Mayor 95	1	2
Total	48	100

Gráfico 2:



Fuente: instrumento (EP)

Treinta y uno por ciento de los usuarios tuvieron entre 80-84 años de edad; 23% los comprendidos entre 75-79; 19% 65 a 69; 17%, 70 a 74; 8%, 85 a 89; y 2% usuarios mayores a 95 años.

Tabla 3: Distribución según riesgo de caídas

Riesgo de caídas	FA	FR %
Alto	44	92
Mediano	3	6
Bajo	1	2
Total	48	100

Gráfico 3:



Fuente: instrumento (E.D)

El 92% corresponde a usuarios hospitalizados con alto riesgo de caídas, el 6% hace referencia a usuarios con mediano riesgo de caídas y el 2% corresponde a bajo riesgo de caídas.

Tabla 4: Distribución según medicación

Medicamentos	FA	FR %
Ninguno	0	0
Tranquilizantes	24	20
Diuréticos	10	8
Hipotensores	28	23
Antiparkinsonianos	0	0
Antidepresivos	17	14
Otros fármacos	44	36
Total	123	100

Gráfico 4:



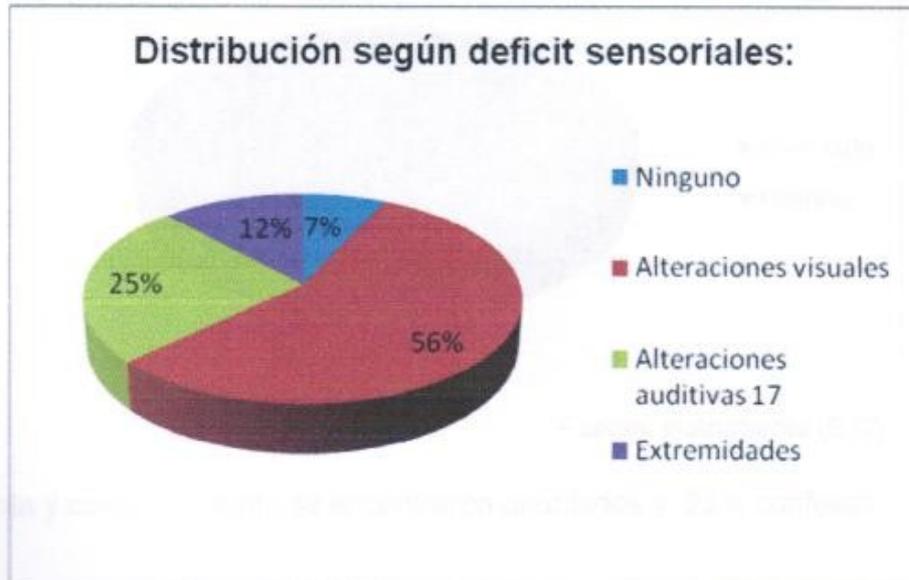
Fuente: instrumento (E.D)

El 35% de los/as adultos mayores tomaron "otros fármacos"; 23% "hipotensores"; 20% "tranquilizantes"; 14% "antidepresivos" y 8% "diuréticos".

Tabla 5: Distribución según déficit sensorial.

Déficit sensorial	FA	FR %
Ninguno	5	7
Alteraciones visuales	38	56
Alteraciones auditivas	17	25
Extremidades	8	12
Total	68	100

Gráfico 5:



Fuente: instrumento (E.D)

El 56% tuvieron "alteraciones visuales"; 25% "alteraciones auditivas"; 12% "alteraciones en las extremidades" y 7% "ningún" tipo de déficit.

Tabla 6: Distribución según estado mental

Estado Mental	FA	FR %
Orientado	36	75
Confuso	12	25
Total	48	100

Gráfico 6:



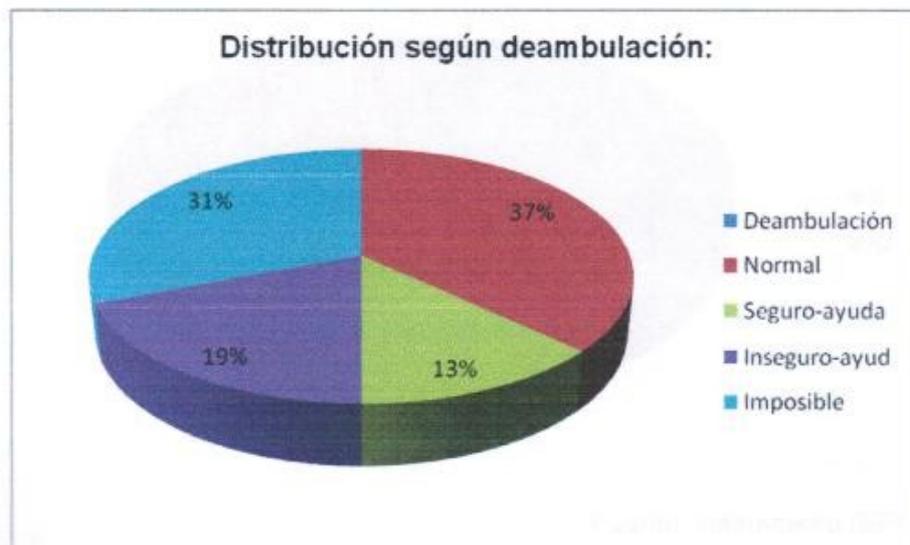
Fuente: instrumento (E.D)

Setenta y cinco por ciento se encontraron orientados y 25% confusos.

Tabla 7: Distribución según deambulación

Deambulación	FA	FR %
Normal	18	37
Seguro-ayuda	6	13
Inseguro-ayud	9	19
Imposible	15	31
Total	48	100

Gráfico 7:



Fuente: instrumento (EP)

El 37% de los usuarios deambularon en forma "normal"; 31% tuvieron "imposible" la deambulación; 19% "inseguro con ayuda" y el 13% "seguro con ayuda".

Tabla 8: Distribución según presencia de acompañante

Presencia de acompañante	FA	FR %
Si	27	56
No	21	44
Total	48	100

Gráfico 8:



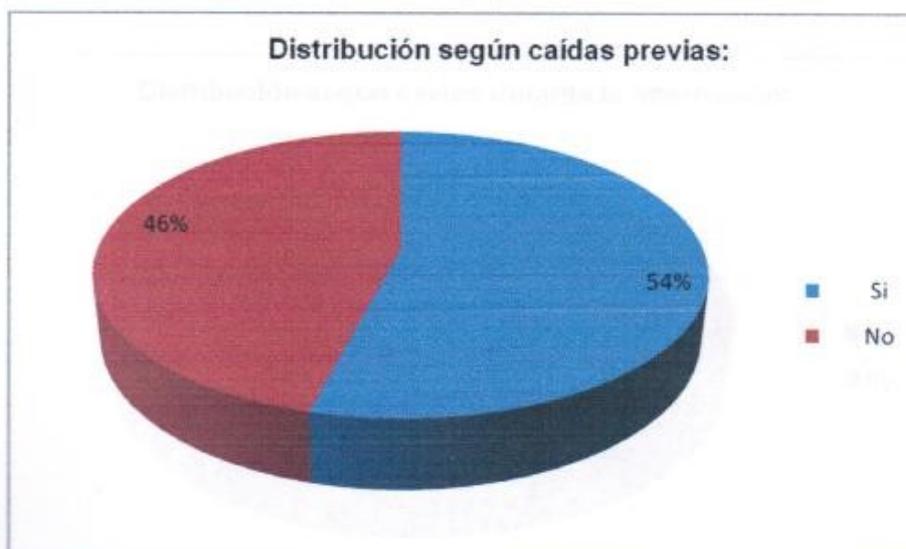
Fuente: instrumento (EP)

Cincuenta y seis por ciento contaron con la presencia de acompañante y 44% no.

Tabla 9: Distribución según caídas previas

Caídas previas	FA	FR %
Si	26	54
No	22	46
Total	48	100

Gráfico 9:



Fuente: instrumento (E.D)

Cincuenta y cuatro por ciento presentaron caídas previas; 46% no presentó.

Tabla 10: Distribución según caídas durante la internación

Caídas durante la internac.	FA	FR %
Si	4	8
No	44	92
Total	48	100

Gráfico 10:



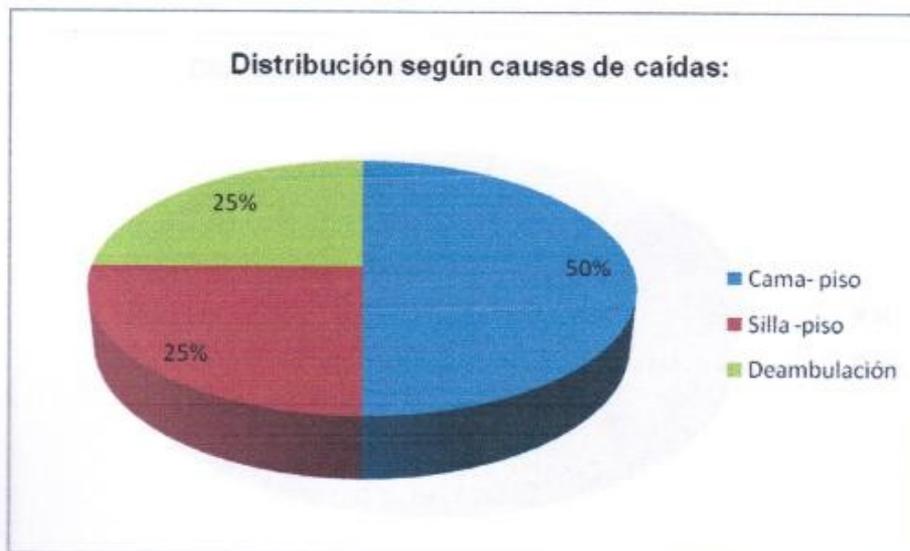
Fuente: instrumento (EP)

El ocho por ciento de la población sufrió "caídas durante la internación" y el 92% "no".

Tabla 11: Distribución según causas de caídas:

Causas de caídas	FA	FR %
De la cama al piso	2	50
De silla o sillón al piso	1	25
Deambulando	1	25
Total	4	100

Gráfico 11:



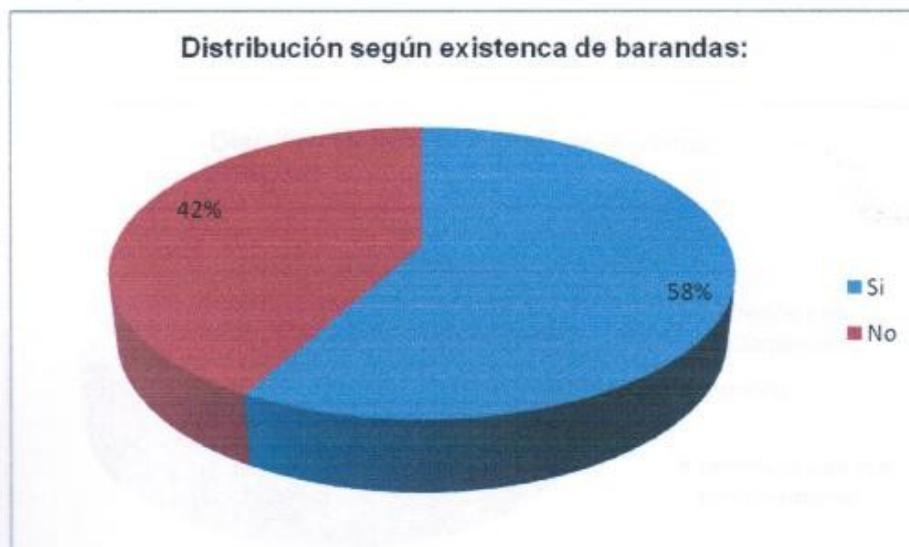
Fuente: instrumento (EP)

Cincuenta por ciento de las caídas ocurrieron de la "cama al piso"; 25% de "silla al piso" y 25% durante la "deambulación".

Tabla 12: Distribución según existencia de barandas

Existencia de barandas	FA	FR%
Si	28	58
No	20	42
Total	48	100

Gráfico 12:



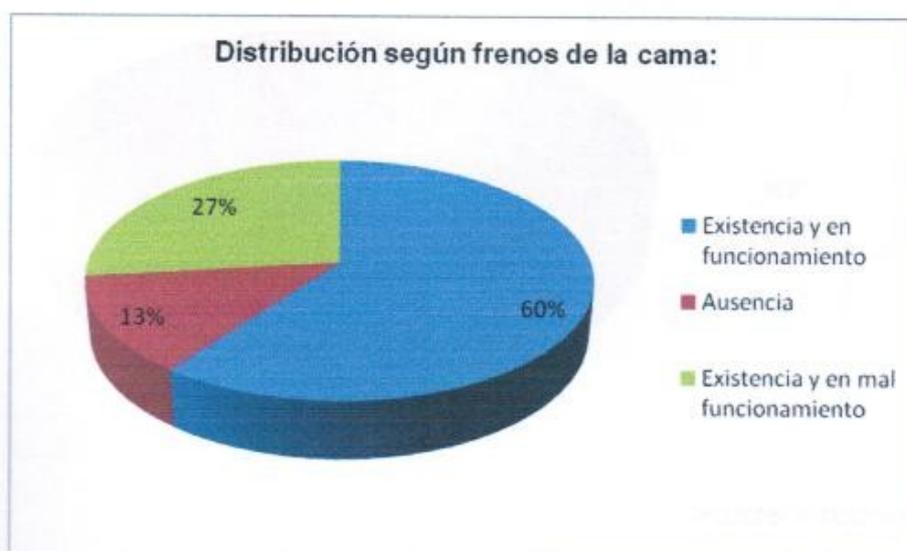
Fuente: instrumento (EP)

Cincuenta y ocho por ciento de las camas contaron con la "presencia de barandas"; y el 42% "no" presente.

Tabla 13: Distribución según frenos de la cama

Frenos de la cama	FA	FR %
Existencia y en funcionamiento	29	60
Ausencia	6	13
Existencia y en mal funcionamiento	13	27
Existencia y no accesible	0	0
Total	48	100

Gráfico 13:



Fuente: instrumento (EP)

Sesenta por ciento de las camas presentaron los frenos en buen funcionamiento; 27% en mal funcionamiento y 13% no lo poseían.

Tabla 14: Distribución según ropa y calzado inadecuado

Ropa y calzado inadecuado	FA	FR %
Si	28	58
No	20	42
Total	48	100

Gráfico 14:



Fuente: instrumento (EP)

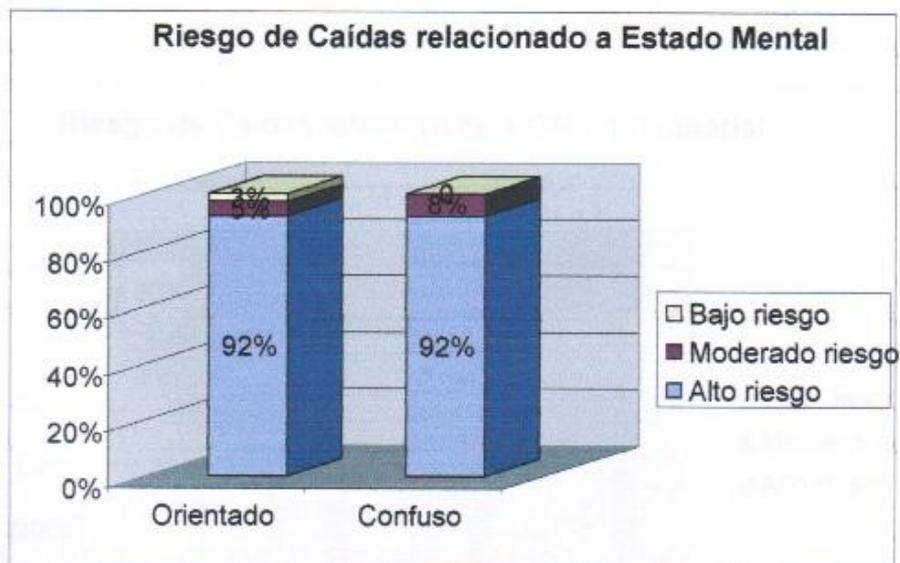
El 58% de los usuarios presentaron ropa y calzado inadecuado, el 42% restante tuvieron vestimenta adecuada.

TABLAS BIVARIADAS:

Tabla 15: Riesgo de Caídas relacionado a Estado Mental.

Estado mental	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Orientado	92% (33)	5% (2)	3%(1)	36
Confuso	92% (11)	8%(1)	0%(0)	12
Total	44	3	1	48

Gráfico 15:



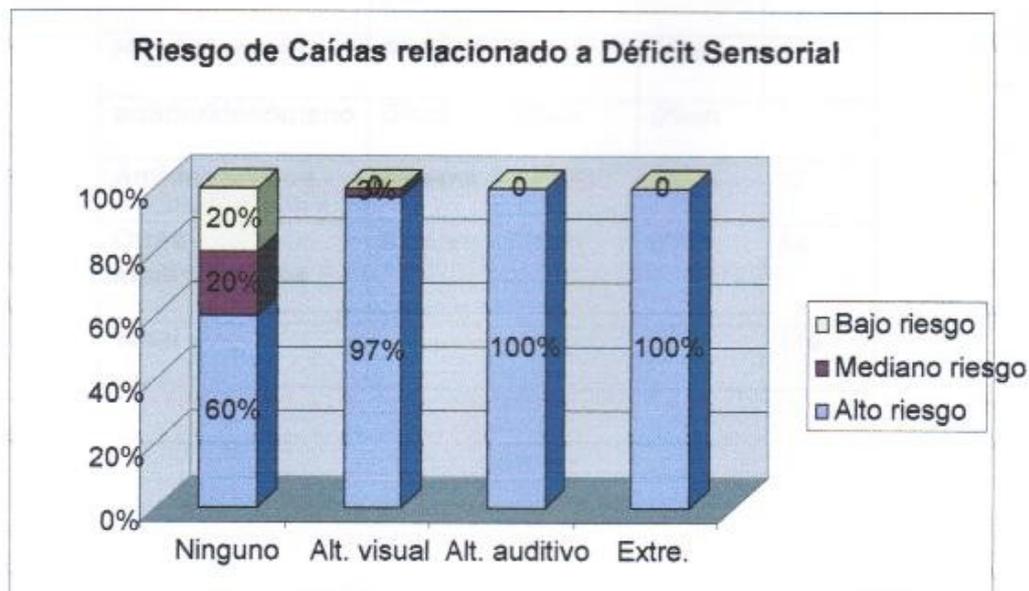
Fuente: instrumento (E.D)

En lo que refiere al estado mental de los pacientes, hubieron un 92% que se encontraron orientados y a su vez tuvieron alto riesgo de caídas, 5% orientados y con mediano riesgo y en menor medida 3% los usuarios orientados y de bajo riesgo. Los pacientes que se encontraban confusos y a su vez tenían alto riesgo fueron el 92%. Los confusos con mediano riesgo 8%.

Tabla 16: Riesgo de Caídas relacionado a Déficit Sensorial.

Déficit sensorial	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	N
Ninguno	60%(3)	20%(1)	20%(1)	5
Alteración visual	97%(37)	3%(1)	0%(0)	38
Alteración auditivo	100%(17)	0%(0)	0%(0)	17
Extremidades	100%(8)	0%(0)	0%(0)	8
Total				68

Gráfico 16:



Fuente: instrumento (E.D)

Los usuarios que no presentaron ningún tipo de déficit sensorial y tenían alto riesgo de presentar caídas fueron el 60%; un 20% los que tuvieron mediano riesgo y ningún déficit sensorial y por último un 20% de usuarios de bajo riesgo

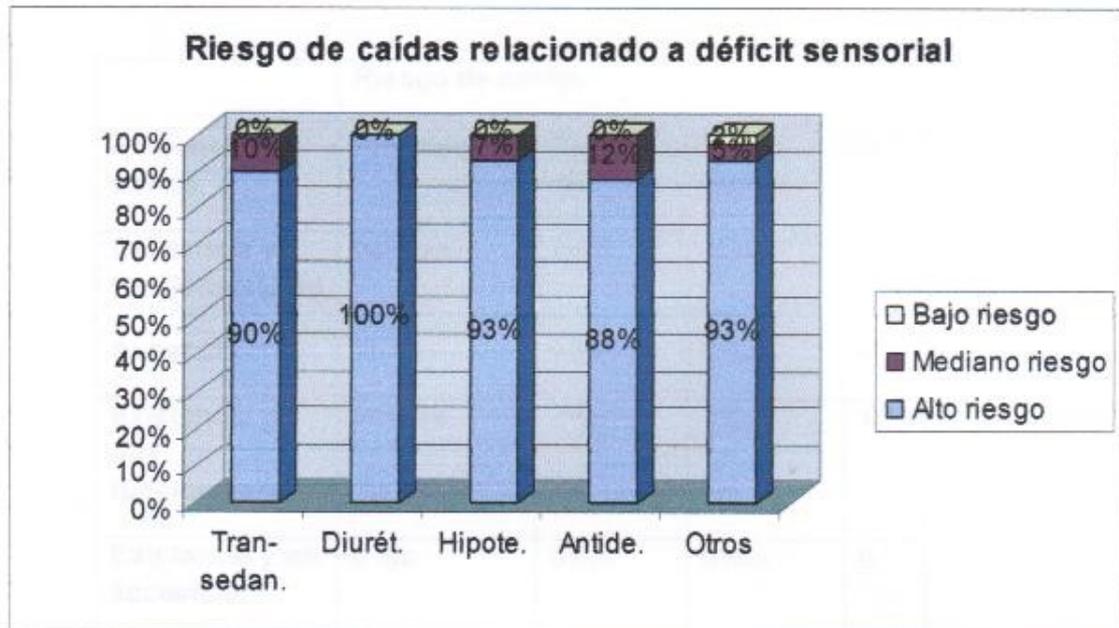


también sin alteraciones sensoriales. Dentro de los usuarios con alteraciones visuales el 100% presentaban riesgo alto de sufrir caídas. La población con alteraciones auditivas en el 100% de los casos también tuvieron un riesgo alto. Y finalmente la población con alteraciones en las extremidades que tuvo un riesgo alto fue el 100%.

Tabla 17: Riesgo de Caídas relacionado a Medicación.

Medicación	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Ninguno	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0
Tranquil- sedante	90%(19)	10%(2)	0%(0)	21
Diurético	100%(10)	0%(0)	0%(0)	10
Hipotensores	93%(25)	7%(2)	0%(0)	27
antiparkinsoniano	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0
Antidepresivos	88%(15)	12%(2)	0%(0)	17
Otros medicamentos	93%(41)	5%(2)	2%(1)	44
Total				119

Gráfico 17:



Fuente: instrumento (E.D)

Dentro de la población que presentó alto riesgo de sufrir caídas, tenemos que: 90% tomaban tranquilizantes o sedantes, 93% hipotensores, 88% antidepresivos y 93% tomaban otro tipo de medicamentos que no se contemplaban en las opciones.

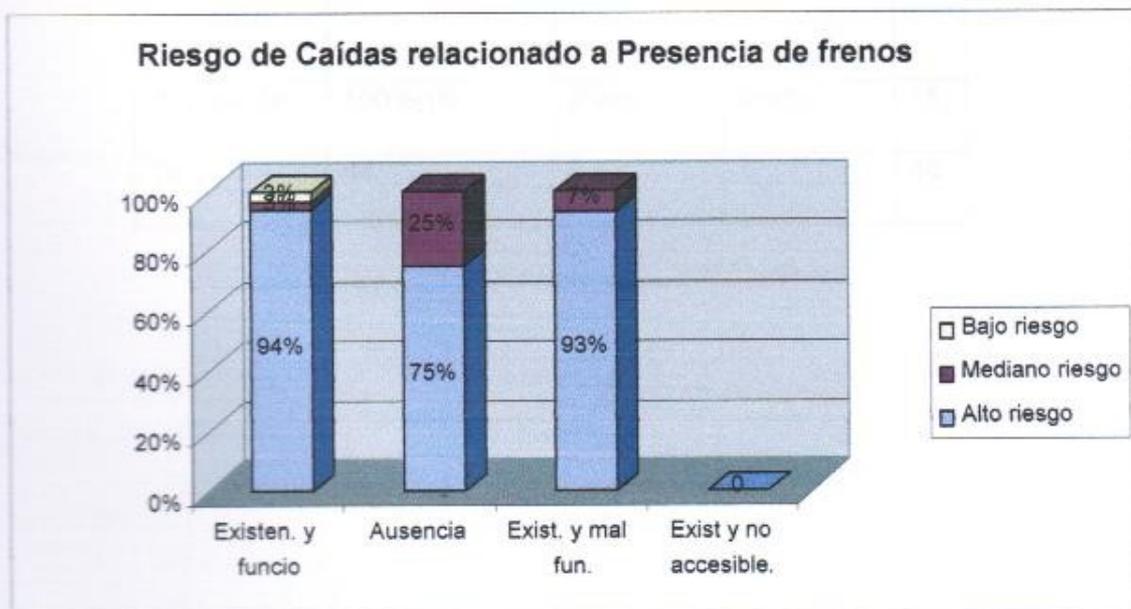
De los pacientes con mediano riesgo: 10% tranquilizantes-sedantes; 7% hipotensores; 12% antidepresivos y un 5% estaban tratados con otros medicamentos.

Los que presentaron bajo riesgo solamente un 2% tomaban "otros medicamentos"

Tabla 18: Riesgo de Caídas relacionado a Presencia de frenos.

Presencia de frenos	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Existencia y funcionamiento	94%(27)	3%(1)	3%(1)	29
Ausencia	75%(3)	25%(1)	0%(0)	4
Existencia y mal funcionamiento	93%(14)	7%(1)	0%(0)	15
Existencia y no accesible.	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0
Total	44	3	1	48

Gráfico 18:



Fuente: instrumento (E.D) y (E.P)

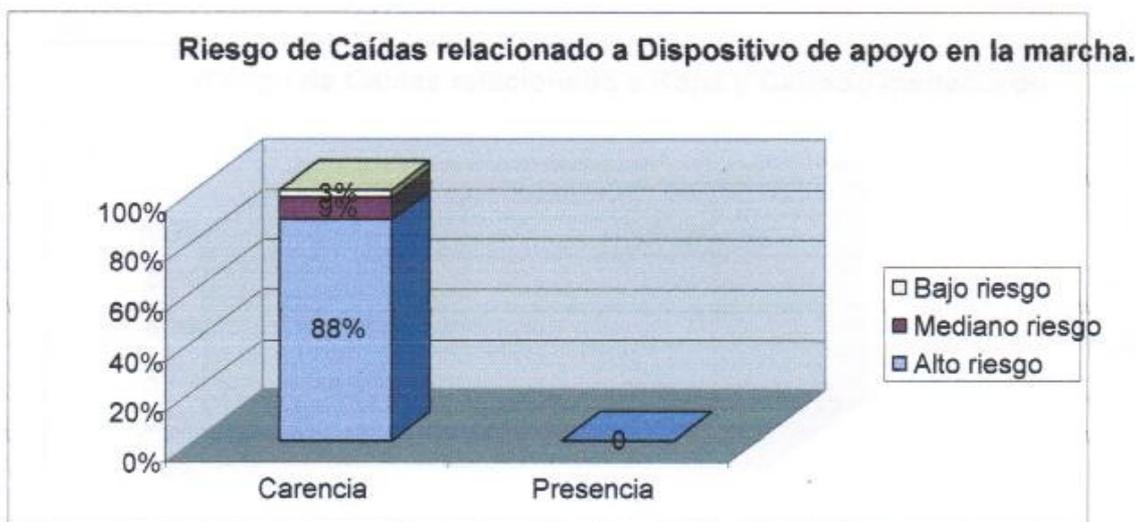


Dentro de los pacientes de alto riesgo hubo un 94% en los cuales existía y estaban en funcionamiento la presencia de frenos en las camas; 75% no los poseían y 93% se encontraban en existencia y mal funcionamiento, por lo que representa un elevado porcentaje como facilitador de la caída de los usuarios. Entre los usuarios que presentaron mediano riesgo, el 3% tenían frenos en las camas y estaban en funcionamiento; el 25% no tenían frenos y por último, 7% presentaban existencia de frenos pero en mal funcionamiento. Los pacientes que presentaron bajo riesgo de caídas y también tuvieron frenos que estaban en funcionamiento un 3%.

Tabla 19: Riesgo de Caídas relacionado a Dispositivo de apoyo en la marcha.

Disp. apoyo en la marcha	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Carencia	88%(29)	9%(3)	3%(1)	33
Presencia	100%(15)	0%(0)	0%(0)	15
Total	44	3	1	48

Gráfico 19:



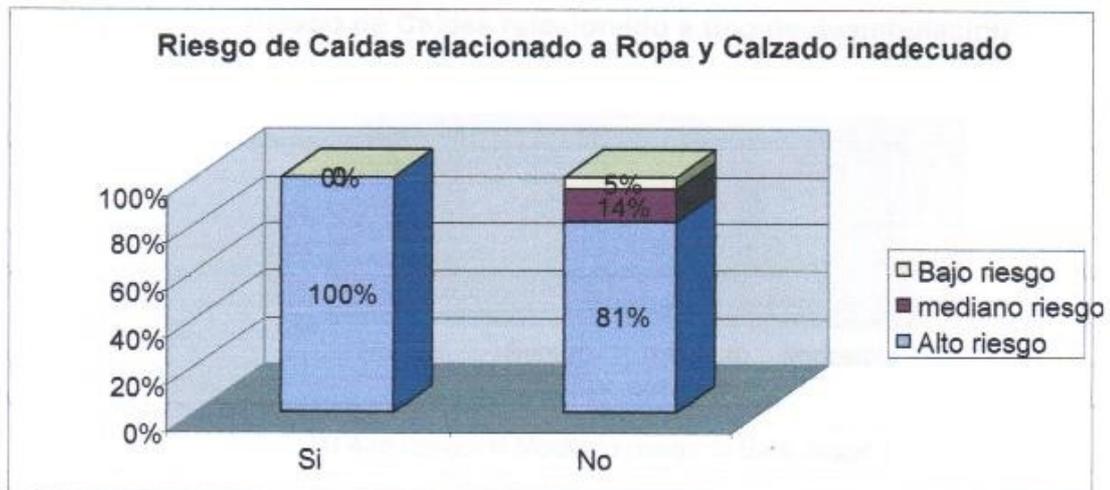
Fuente: instrumento (E.D) y (E.P)

Dentro de los usuarios que presentaron alto riesgo de caídas, 88% tenían carencia de dispositivos de apoyo en la marcha, mientras que el 100% tuvieron presencia de dispositivos. Los usuarios de mediano riesgo de caídas y con carencia de dispositivo en la marcha fueron un 9%. Y por último los usuarios de bajo riesgo que tampoco presentaron dispositivos de apoyo en la marcha se vieron representados con 3%.

Tabla 20: Riesgo de Caídas relacionado a Ropa y Calzado inadecuado.

Ropa y calzado inadecuado	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Si	100%(27)	0%(0)	0%(0)	27
No	81%(17)	14%(3)	5%(1)	21
Total	44	3	1	48

Gráfico 20:



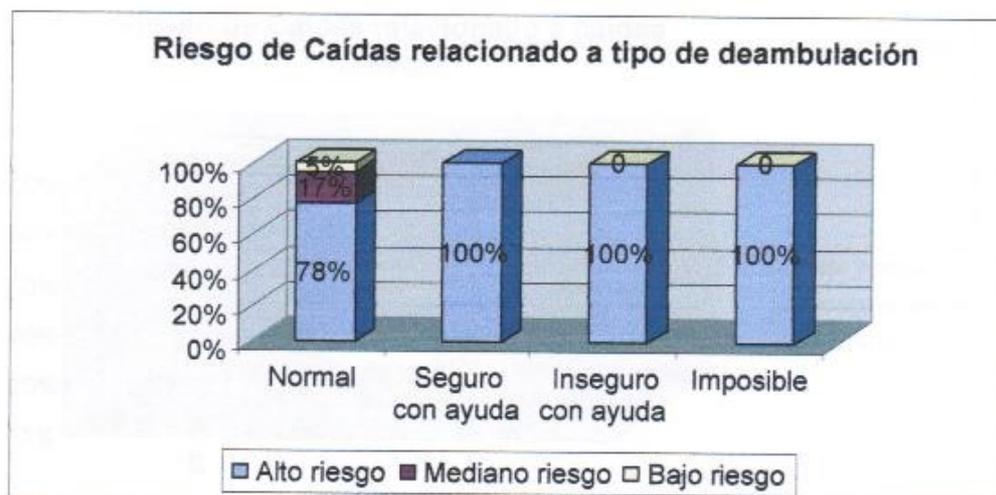
Fuente: instrumento (E.D) y (E.P)

Los usuarios de alto riesgo de presentar caídas, con la presencia de ropa y calzado inadecuado fueron el 100% y los con ropa y calzado adecuado 81%. Usuarios con mediano riesgo y que presentaron ropa y calzado adecuado, 14%. La población de bajo riesgo que tuvieron ropa y calzado adecuado fueron el 5%.

Tabla 21: Riesgo de Caídas relacionado a tipo de deambulación.

Tipo de deambulación	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Normal	78%(14)	17%(3)	5%(1)	18
Seguro con ayuda	100%(6)	0%(0)	0%(0)	6
Inseguro con ayuda	100%(9)	0%(0)	0%(0)	9
Imposible	100%(15)	0%(0)	0%(0)	15
Total	44	3	1	48

Grafico 21:



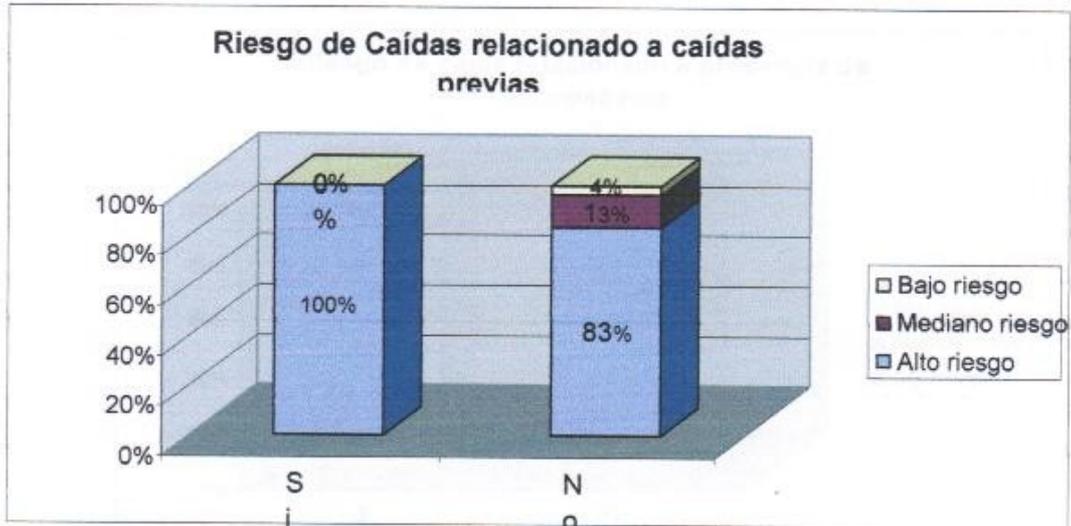
Fuente: instrumento (E.D) y (E.P)

Dentro de la poblaci3n que deambularon en forma "normal", 78% tuvo alto riesgo de sufrir caídas, 17% mediano riesgo y 5% "bajo". Los usuarios que deambularon en forma "segura con ayuda" 100% tuvieron "alto riesgo de sufrir caídas". "Inseguros con ayuda", 100% tuvieron alto riesgo". Y a los que le fue "imposible" la deambulaci3n, en el 100% presentaron alto riesgo de sufrir caídas.

Tabla 22: Riesgo de Caídas relacionado a caídas previas.

Caídas previas	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Si	100%(23)	0%(0)	0%(0)	23
No	83%(21)	13%(3)	4%(1)	25
Total	44	3	1	48

Gráfico 22:



Fuente: instrumento (E.D) y (E.P)

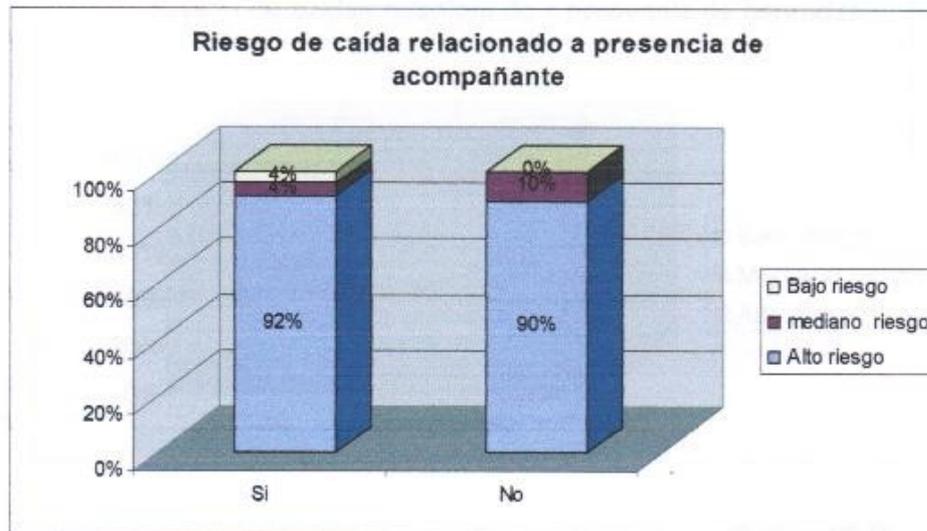
El 100% de los usuarios con "alto riesgo de caídas" presentaron "caídas previas".

Dentro de los usuarios que "no" tuvieron "caídas previas", 83% presentó "alto riesgo", 13% "mediano" y 4% "bajo riesgo".

Tabla 23: Riesgo de Caídas relacionado a presencia de acompañante.

Presencia de acompañante	Riesgo de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Si	92%(25)	4%(1)	4%(1)	27
No	90%(19)	10%(2)	0%(0)	21
Total	44	3	1	48

Gráfico 23:



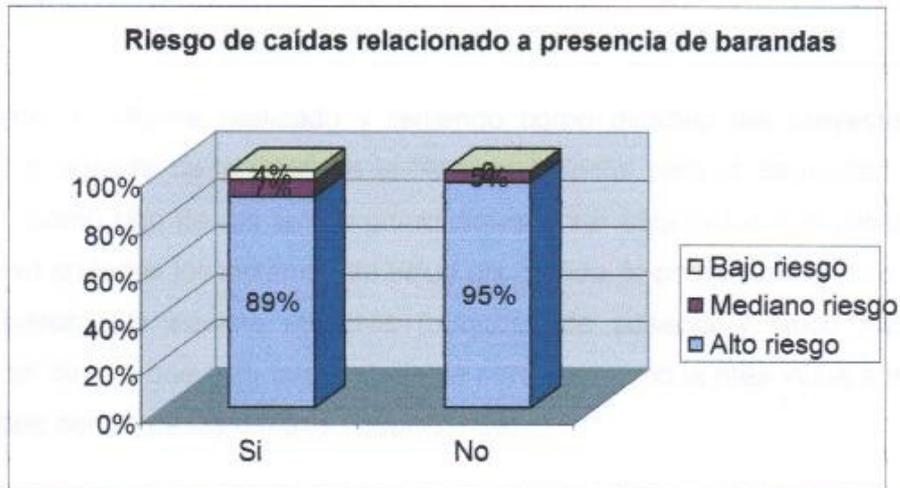
Fuente: instrumento (E.D) y (E.P)

De los pacientes que "si presentaron acompañantes", 92% tuvieron "alto riesgo"; 4% "mediano" y 4% "bajo riesgo". Los usuarios que "no" contaron con "acompañante", 90% "tuvieron alto riesgo" y 10% "mediano riesgo" de presentar caídas.

Tabla 24: Riesgo de Caídas relacionado a presencia de barandas.

Presencia de barandas	Presencia de caídas			N
	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo	
Si	89%(25)	7%(2)	4%(1)	28
No	95% (19)	5%(1)	0%(0)	20
Total	44	3	1	48

Gráfico 24:



Fuente: instrumento (E.D) y (E.P)

En lo que respecta a la población que "si presentaban barandas" en sus camas, 89% tuvieron "alto riesgo" de presentar caídas, 7% "mediano" y 4% "bajo riesgo". Usuarios "sin presencia de barandas", 95% "alto riesgo" y 5% "mediano riesgo".



DISCUSION:

De acuerdo al informe realizado y teniendo como directriz del proyecto el ingreso a la agenda de la OMS de la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", como uno de los temas primordiales a ser abordados con carácter de prioridad en todos los sistemas de salud del mundo, la población objetivo del estudio fueron, los adultos mayores (mayores de sesenta y cinco años), teniendo en cuenta que esta franja etaria se presenta como la más vulnerable a sufrir caídas dentro de los centros hospitalarios.

Los pacientes entrevistados se encontraban internados en las salas uno, tres y cinco del piso 12 del "Hospital de Clínicas" sumando un total de cuarenta y ocho individuos los cuales participaron de este proyecto a través de una entrevista estructurada mediada por los investigadores. Del total de la población en estudio un 42% corresponden a individuos masculinos y el restante 58% al sexo femenino.

Vale la pena insistir que nuestro país actualmente constituye uno de los países más envejecidos de las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales un 13,4% es mayor de 65 años.

Para nuestro estudio la edad más alta fue la que representó a los individuos con edades comprendidas entre 80 y 84 años representada por un 31%, lo que concuerda con los datos del último censo nacional el cual muestra y pronostica el "envejecimiento del envejecimiento" dentro de la población adulta mayor. Representados por un 23% los individuos entre 75 y 79 años, lo que también reafirma el concepto anteriormente mencionado. Los usuarios con edades entre 65 y 69 años estuvieron representados por un 19 %, siguiéndole con una representación similar, los comprendidos entre 70 y 74 con un 17%. Los adultos mayores mas añosos que participaron en el estudio estuvieron representados por un 8% y fueron los comprendidos entre 85 y 89 años y representando a la minoría con un 2%, los mayores de 95 años.



Representando casi a la totalidad de los usuarios, 92% presentaron "alto riesgo de caídas"; 6% "mediano riesgo" y solamente 2% "bajo". Los datos obtenidos en nuestra investigación coinciden con el "PROTOCOLO DE EVALUACION DEL RIESGO Y PREVENCION DE CAIDAS EN EL HUAP", el cual menciona que los adultos mayores comprenden a la población que "tiene mayor riesgo de sufrir algún tipo de caídas, sobre todo en centros de cuidados prolongados".

Dentro de los factores intrínsecos y extrínsecos, como factores de riesgo, asociado al riesgo de caídas, tenemos la toma de medicación. En esta variable, la categoría que se reiteró con más frecuencia fue la de "otros fármacos" (cualquier otro tipo de fármaco que no estuviese incluidos en las siguientes opciones) representada por un 35%; los usuarios hospitalizados que presentaron como indicación médica "hipotensores" representaron el 23% ; un 20% representaron los tratados con tranquilizantes y los usuarios que estaban medicados con antidepresivos un 14%. La medicación que menos tuvo representación en la población fue la toma de diuréticos, representado por un 8%.

Otro de los factores intrínsecos relacionado con el riesgo de caídas, es el "déficit sensorial" presente en la población. La deficiencia que se presentó con mayor frecuencia, fue la visual, con un elevado porcentaje, 56%, en segundo lugar con un porcentaje no menor, 25% las alteraciones auditivas. Los usuarios hospitalizados con "deficiencias en las extremidades" fueron un 12% y en menor proporción, representado con un 7%, los usuarios que no presentaron ningún tipo de deficiencia.

En cuanto al estado mental en el cual se encontraban los usuarios al momento de la entrevista, la mayoría estaban "orientados", 75% y el restante 25% se encontraban "confusos". Los datos anteriormente mencionados se relacionan con lo expresado en el Programa Nacional del Adulto Mayor del MSP; "Aunque no existe registro nacional, se calcula que más del 10% de los mayores de 65 años padece alguna forma de demencia, lo que se supone más de 40,000 personas en Uruguay".



Otro de los factores de riesgo, asociado al riesgo de caídas es la deambulación; la mayoría, representada por un 37% deambulaban en forma normal; los imposibilitados fueron el 31%; los usuarios que deambulaban en forma "insegura con ayuda" un 19% y en menor proporción, 13% los que se sentían "seguros con ayuda".

En cuanto a la presencia de acompañantes el 44% de los usuarios no posee acompañante, mientras que el 56% si lo presenta; vale la pena mencionar, que algunos acompañantes con "buena" voluntad vigilaban en algunas ocasiones a diferentes usuarios que se encontraban en la misma sala.

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores, en nuestro país viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho más frecuente a mayor edad, lo que mantiene una estrecha relación, con nuestra investigación.

Haber sufrido una caída previa a la internación constituye otro de los factores de riesgo asociado al riesgo de caída. Del total de la población cabe destacar que un elevado porcentaje de usuarios sufrió una caída previa a la internación 54%, mientras que el restante 46% refirió no haber sufrido algún tipo de caídas previo a esta.

Otra de las variables que interesa a nuestra investigación es el meticuloso relevamiento de las caídas que presentaron los usuarios durante la internación; 50% fueron "de la cama al piso"; un 25% de la "silla o el sillón al piso" y el restante 25% ocurrieron durante la "deambulaban por la sala". Para relevar las caídas se mantuvo una excelente comunicación con el personal de salud del turno, como la indagación constante, ya sea con los acompañantes, profesionales de la salud, cuaderno de novedades como así también con los propios usuarios. Las caídas en el centro hospitalario es un importante indicador en la calidad de los cuidados, permitiendo establecer áreas de mejora.



La presencia o no de barandas en las camas al momento de la entrevista fue otra de las variables y pudimos constatar que el 42% no presentaban barandas, mientras que el 58% restante si lo hacía.

El estado de los frenos de la cama, es otro de los dispositivos de seguridad que fueron evaluados, un 60% presentaban freno y funcionaban correctamente, un 27% existen y se encontraron en mal funcionamiento; mientras que en el restante 13% de los casos no existía la presencia de frenos, lo cual nos habla de un importante riesgo a la hora de sufrir una caída, por ejemplo, por deslizamiento.

Del total de la población, se destaca que en un 58% de los casos presentaban ropa y calzado inadecuado, mientras que el restante 42% presentaban ropa y calzado adecuado para su estado de salud.

En lo que respecta al tipo de iluminación presente en la sala, podemos afirmar que tanto para la iluminación artificial como para la natural, en el 100% de los casos, era de forma adecuada, promoviendo un adecuado escenario para el manejo de los usuarios.

En un 100% de los casos, el suelo de la planta física se encontraba de forma transitable por lo tanto, sin la presencia de inconvenientes que pudieran posibilitar caídas a los usuarios.

La ausencia de un timbre de emergencia para el uso de acompañantes o pacientes en situaciones de emergencia se presentaba en el 100% de los casos.

Otro dato de gran importancia es la ausencia de pasamanos, en pasillos, salas y baños, lo que imposibilita o entorpece el traslado y el manejo de los usuarios.

En lo que refiere al estado mental de los pacientes, hubieron un 92% que se encontraron orientados y a su vez tuvieron alto riesgo de caídas, 5% orientados y con mediano riesgo y en menor medida 3% los usuarios orientados y de bajo riesgo. Los pacientes que se encontraban confusos y a su vez tenían alto



riesgo fueron el 92%. Los confusos con mediano riesgo 8%. Vale la pena mencionar que la demencia en este tipo de población según el "PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR" crece en mayores de 80 años, afectando al 35 % de los mismos.

Dentro de los usuarios que no presentaron ningún tipo de déficit sensorial, 60% tuvieron "Alto riesgo", 20% "mediano riesgo" y 20% "bajo". Los usuarios con alteraciones visuales, 97% presentó "Alto riesgo" y 3% "mediano". Es preciso determinar, que según el PNAM aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos en nuestro país. Evidentemente la discapacidad o probabilidad de contraer enfermedades en adultos mayores con deterioro de los sentidos, aumenta mucho más. Otro dato estadísticamente significativo fueron los usuarios con déficit auditivo que en el 100% de los casos presentaron "alto riesgo" de sufrir caídas al igual que el 100% que presentaron alteraciones en los miembros.

Dentro de la población que presentó alto riesgo de sufrir caídas, tenemos que: 90% consumían tranquilizantes o sedantes, 93% hipotensores, 88% antidepresivos y 93% consumían otro tipo de medicamentos que no se contemplaban en las opciones.

Los siguientes datos coinciden con el trabajo realizado en la UATE, en el cual las usuarias que consumían bloqueadores beta informaron 2,0 veces más caídas recurrentes que las que no consumían. Y el riesgo de caídas recurrentes entre mujeres que sufrían de hipotensión postural y tomaban ansiolíticos fue 4,9 veces mayor que entre las que no los tomaban.

De los pacientes con mediano riesgo, 10% se encontraron en tratamiento con tranquilizantes-sedantes; 7% hipotensores; 12% antidepresivos y un 5% estaban tratados con otros medicamentos. Siendo los que presentaron bajo riesgo solamente un 2% tomaban "otros medicamentos".

En lo que se refiere a la unidad del usuario, las camas con frenos en buen funcionamiento, 94% "tuvieron alto riesgo", 3% mediano y 3% los usuarios con bajo riesgo. En los casos en los cuales los frenos estaban ausentes, 75%



presentó "alto riesgo" y 25% "mediano". El dato más relevante en esta variable, son los usuarios que tienen frenos en mal funcionamiento, debido a que casi su totalidad (93%), presentan un alto riesgo de sufrir una caída durante su internación. Y mediano riesgo, 7%.

Como dato relevante a tener en cuenta, dentro de los usuarios que carecieron de dispositivos de apoyo en la marcha para la deambulacion, la gran mayoría, 88% presentó "alto riesgo de sufrir caídas"; 9% "mediano" y 3% "bajo". Y el 100% de la población que presento dispositivos de apoyo, tuvieron "alto riesgo".

Otro de los hallazgos relevantes para nuestra investigación es la presencia del 100% de los usuarios que tuvieron "alto riesgo" de presentar una caída y que a su vez utilizaron "ropa y calzado inadecuado" aumentando aun mas las probabilidades de sufrir una caída. La población que utilizó ropa y calzado adecuado, 81% presento "alto riesgo", 14% "mediano" y 5% "bajo"

Dentro de la población que deambularon en forma "normal", 78% tuvo alto riesgo de sufrir caídas., 17% mediano riesgo y 5% "bajo". Los usuarios que deambularon en forma "segura con ayuda" 100% tuvieron "alto riesgo de sufrir caídas". Es preciso mencionar que estudios realizados por la HUAP indican que entre el 23 y 39% de los usuarios sufren algún tipo de caídas dentro de las instituciones hospitalarias (servicios de medicina y geriatría) y que a su vez estas se producen en la habitación o en espacios cercanos a la cama del paciente .Los usuarios "Inseguros con ayuda", 100% tuvieron alto riesgo". Y a los que le fue "imposible" la deambulacion, en el 100% presentaron alto riesgo de sufrir caídas.

El 100% de los usuarios con "alto riesgo de caídas" presentaron "caídas previas", aumentando aun más la probabilidad de caídas intrahospitalarias. Dentro de los usuarios que "no" tuvieron "caídas previas", 83% presentó "alto riesgo", 13% "mediano" y 4% "bajo riesgo".

De la población que "si presentaron acompañantes", 92% tuvieron "alto riesgo"; 4% "mediano" y 4% "bajo riesgo". Los usuarios que "no" contaron con



"acompañante", 90% "tuvieron alto riesgo", 10% mediano y 4% bajo riesgo de presentar caídas. Vale la pena mencionar que en algunas ocasiones, un solo acompañante se hacía cargo de varios pacientes disminuyendo en buena medida la probabilidad de sufrir algún tipo de caídas en estos usuarios, que no contaban con acompañantes en forma permanente.

En lo que respecta a los usuarios que "si presentaban barandas" en sus camas, 89% tuvieron "alto riesgo", 7% "mediano" y 4% "bajo riesgo". Contribuyendo con más datos significativos a nivel estadístico 95% "sin presencia de barandas", presentaron "alto riesgo"; finalmente el 5% sin barandas presentó "mediano riesgo".



CONCLUSION:

En principio, se cree necesario realizar una valoración integral de nuestros adultos mayores para detectar los factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos y actuar precozmente sobre ellos.

A través de nuestra tarea de investigación se logró identificar que el 92% de los entrevistados tuvieron un "alto riesgo de sufrir caídas". Se comprobó que en el piso 12 no se realiza la aplicación de protocolos de riesgo de caídas a los usuarios cuando estos ingresan al servicio, sin embargo existe la aplicación de un protocolo para el registro de las caídas que se han presentado durante la internación.

Podemos señalar, que en lo que respecta a los indicadores: estado mental, déficit sensorial, polifarmacia, deambulación insegura con ayuda, caídas previas, ausencia de acompañante, existencia y mal funcionamiento de frenos en la cama, ausencia de barandas, uso ropa y calzado inadecuado, uso de dispositivos de apoyo en la marcha, se asociaron con el alto riesgo de caídas.

Posteriormente a ser identificados los factores intrínsecos y extrínsecos que en mayor grado se asociaron al alto riesgo de caídas. Y teniendo en cuenta que el 92% representaron en la investigación usuarios con un alto riesgo de sufrir algún tipo de caídas, creemos apropiado la implementación en el servicio de un protocolo de riesgo de caídas. Esto permitirá fundamentalmente al equipo de enfermería, una valoración sistemática del riesgo de caídas de los usuarios hospitalizados.

No se observó durante el transcurso de la investigación, el funcionamiento de espacios de formación y/o evaluación del equipo de salud con respecto a la prevención de caídas. Creemos fundamental y necesaria la implementación de dichos espacios en forma periódica, en los cuales fundamentalmente el equipo de enfermería sea capaz, mediante la formación y toma de conciencia, de



visualizar el alto riesgo de sufrir caídas que presentan los adultos mayores en el piso 12 del Hospital de Clínicas.

Teniendo presente que según la OMS, "las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales" y siendo que las caídas, generan un daño adicional para el paciente, alterando su proceso de recuperación e incrementando su estancia hospitalaria", creemos luego de terminado nuestro trabajo de investigación, necesario el mantenimiento sostenido de la valoración integral tanto de los factores intrínsecos como los extrínsecos de cada uno de los adultos mayores hospitalizados, interviniendo de forma eficaz y eficiente en la prevención de caídas, ayudando finalmente en la incremento de la calidad asistencial del servicio de salud.



SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones que se sugiere hacia el personal de enfermería sobre los usuarios que presentan riesgo de caídas son:

- 1) Se debe realizar talleres y actividades educativas sobre el riesgo de caídas, orientado al personal de enfermería, usuarios y familiares, con el fin de concientizar a la población, para prevenir las caídas.
- 2) A pesar que el equipo de enfermería en algunas ocasiones es insuficiente para proporcionar los cuidados adecuados a los usuarios, debe de mantener una vigilancia rigurosa hacia los usuarios que presentan alto riesgo de caídas o sean propensas a la misma.
- 3) Aplicar el protocolo de caída del Hospital de Clínicas y darle continuidad al mismo.
- 4) Los usuarios que presenten riesgo de caídas deberán utilizar camas con barandas, a su defecto deberán asignarle la cama que se encuentre contra la pared.
- 5) Asignarle al usuario la cama más baja en relación al piso.
- 6) Ubicar a los usuarios con riesgo de caídas lo más cerca posible de la estación de enfermería.

Debido a que los factores extrínsecos son los que se pueden modificar se recomienda al usuario o familia que:

1. Utilizar la ropa floja, con velcro o cierre.
2. Deberá permanecer el usuario durante la internación el mayor tiempo posible acompañado.
3. Utilizar calzado antideslizante, cerrado con velcro.



4. Utilizar accesorio para la marcha en caso que lo requiera y dejarlo al alcance de la mano del usuario.
5. A la hora de desplazarse de la cama al sillón o viceversa realizarlo siempre acompañado tanto de familia como de enfermería.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Maria Cristina Cometto, Patricia Fabiana Gomez, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Rosa Amarilis Zarate Grajales. "Enfermería y seguridad de los pacientes", Organización Panamericana de la Salud, 2011.
- José Manuel Ablanado Suárez, José Manuel Díaz Alonso, M^a del Rosario Fernández, Flórez Cristina Fernández, "Guía Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería", Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, España, 2010.
- Rubén López, Estadio Mancilla, Alicia Villalobos C. Patricio Herrera "Manual de prevención de caídas", Chile, 2010
- Ballesteros, Vitancurt, Sánchez. "Bases científicas de la administración", Mc. Graw Hill Interamericana
- Material brindado por la docente:
Lic. Esp. Ma. Félix Azcunaga. Lic. Esp. Rocio González, "Proyecto de Seguridad del Paciente en la asistencia sanitaria, Prevención de caídas de pacientes hospitalizados, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela", Uruguay, 2011.

URL Disponible:

- www.asistenciapublica.cl/Protocolo_de_caídas.pdf
- Revista Panamericana de Salud Pública
- www.scielosp.org/
- www.hospitaldelinares.cl
- www.asistenciapublica.cl/Protocolo_de_caídas.pdf
- www.msp.gub.uy/



- apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf
- www.ine.gub.uy/
- files.cosepa.webnode.com.uy
- <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>.
- PROTOCOLO DE EVALUACION DEL RIESGO Y PREVENCION DE CAIDAS EN EL HUAP Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, HOSPITAL ALEJANDRO RIO, Diciembre 2010, pag. 1 – 25; Disponible en: http://www.postacentral.cl/Protocolo_de_caidas.pdf



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Administración



ANEXOS

ANEXO I : INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS. DETERMINACION DEL RIESGO DE CAIDAS EN USUARIOS FACTORES DE RIESGO EXTRINSECOS

Datos patronímicos	FI:	FE:	SALA:	CAMA:
Iniciales				
Edad <input type="checkbox"/> 65 – 69 <input type="checkbox"/> 70 – 74 <input type="checkbox"/> 75 – 79 <input type="checkbox"/> 80 – 84 <input type="checkbox"/> 85 – 89 <input type="checkbox"/> 90 – 94 <input type="checkbox"/> >95		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Ropa y calzado inadecuado		Dispositivos de apoyo en la marcha		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Carencia <input type="checkbox"/> Presencia		
Timbre de emergencia en la unidad del usuario				
<input type="checkbox"/> Ausencia <input type="checkbox"/> Existencia y en funcionamiento <input type="checkbox"/> Existencia y mal funcionamiento <input type="checkbox"/> Existencia pero no accesible				
Pasamanos en la habitación o pasillos				
<input type="checkbox"/> Falta en la habitación <input type="checkbox"/> Falta en pasillos <input type="checkbox"/> Existe en habitación <input type="checkbox"/> Existe en el baño		<input type="checkbox"/> Falta en habitación y pasillos <input type="checkbox"/> Existe en habitación y pasillos <input type="checkbox"/> Existe en pasillos <input type="checkbox"/> Falta en el baño		
Existencia de baranda de la cama		Características del suelo		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Mojado <input type="checkbox"/> Transitabile		
Frenos de la cama		Iluminación de la unidad del usuario		
<input type="checkbox"/> Existencia y en funcionamiento <input type="checkbox"/> Ausencia <input type="checkbox"/> Existencia y mal funcionamiento. <input type="checkbox"/> Existencia y no accesible		<input type="checkbox"/> Natural adecuada <input type="checkbox"/> Natural inadecuada <input type="checkbox"/> Artificial adecuada <input type="checkbox"/> Artificial inadecuada		
Presencia de acompañantes		Caídas desde		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> De la cama al piso <input type="checkbox"/> De silla al piso <input type="checkbox"/> Deambulando		
Caídas durante la internación				
<input type="checkbox"/> Si Una <input type="checkbox"/> Mas de una		<input type="checkbox"/> No		



ANEXOII: ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H DOWNTON

1. Caídas previas
 - No
 - Si
2. Medicamentos (marcar , en su caso, uno a uno todos los que tome)
 - Ninguno
 - Tranquilizantes – sedantes
 - Diuréticos
 - Hipotensores (no diuréticos)
 - Antiparkinsonianos
 - Antidepresivos
 - Otros medicamentos
3. Déficits sensoriales (marcar, en su caso, uno a uno todos los que presente)
 - Ninguno
 - Alteraciones visuales
 - Alteraciones auditivas
 - Extremidades (ictus)
4. Estado mental
 - Orientado
 - Confuso
5. Deambulación
 - Normal
 - Segura con ayuda
 - Insegura con ayuda
 - Imposible

Suma total:

Interpretación de los resultados obtenidos con la escala de Downton:

Alto riesgo = 8 o mas Medio riesgo= 3 a 7 Bajo riesgo= 0 a 2



ANEXO III:

Fecha / /

Instrumento informativo para el usuario.

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de Investigación por parte de un grupo de estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería que están realizando la investigación final para la obtención del título de grado, bajo la tutoría de las docentes de la mencionada facultad.

Esté estudio tiene como propósito determinar el riesgo de caídas que presentan los usuarios adultos mayores, que se atienden en el servicio de medicina. La finalidad del mismo es la mejora de la calidad de atención que reciben los pacientes.

Si usted está dispuesto a participar se le realizarán una serie de preguntas en forma de entrevista, que permitirán determinar el riesgo de caídas que presentan durante la internación. Su participación consistiría en responder una serie de preguntas respecto a si ha sufrido caídas anteriormente, si toma medicamentos, si tiene dificultades para ver, entre otras. En cuanto al tiempo que le tomará participar será de 10 minutos aproximadamente.

Con su participación usted no presentará ningún riesgo o incomodidades pertinentes al estudio. Queremos señalar que si usted elige participar en este estudio, el investigador y su equipo de trabajo obtendrán información con fines académicos.

Esta información aportada será confidencial y no se revelará su identidad en ningún momento.

La participación es voluntaria, pudiéndose retirar de la investigación en el momento que lo desee.

Este instrumento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor, solicite al investigador o a cualquier personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

Adjuntamos el nombre de los estudiantes responsables del proyecto:

Victoria Fierro Karen Freire

Santiago Rijo Andrea Palermo



ANEXO IV:

Fecha / /

Formulario de consentimiento informado para participar en estudio de investigación

He leído la información adjunta a este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en este han sido explicadas. Libremente consiento a participar en este estudio de investigación, en conocimiento que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre de la investigación: Riesgo de caídas en usuarios asistidos en el servicio de medicina, piso 12, Clínica Médica "B"

Autorizo el uso de la información aportada con fines didácticos, manteniéndose la confidencialidad y en anonimato mi identidad.

Nombre del participante

Firma del participante

Firma de los investigadores

Firma de los investigadores

Firma de los investigadores



ANEXO V:

De: Cátedra de administración

A: Jefe de división de enfermería del Hospital de Clínicas.

Presente.

Quienes suscriben son estudiantes de licenciatura en enfermería, de la facultad de enfermería, Universidad de la República, que habiendo culminado el protocolo de investigación con la aprobación de la docente responsable, Prof. Agdo.(s) Rosa Sangiovanni, solicitan la autorización para realizar el trabajo de campo.

La investigación se denomina "Riesgo caídas en usuarios asistidos en un servicio de medicina". Su objetivo es determinar el nivel de riesgo de caídas que tienen los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina, clínica médica "B", del hospital de clínicas "Dr. Manuel Quintela". Dicha investigación será llevada a cabo con fines académicos y no ocasionara ningún riesgo para la población en estudio, a la cual igualmente se le solicitara su autorización por escrito para formar parte de la misma. A recolección de los datos se realizaría entre el 2 y el 15 de octubre.

Por lo expuesto anteriormente esperamos su respuesta al respecto, y le adjuntamos un celular para facilitar la comunicación.

Cordiales saludos

Firma del tutor responsable.



ANEXO VI:

Universidad de la República
Facultad de Enfermería

Dirigido a: **COSEPA**

Por medio de la presente Quienes suscriben, cuatro bachilleres de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería correspondiente a la carrera de Licenciatura en Enfermería, Cuarto ciclo del plan de estudio 93 a cargo de la Lic. Rosa Sangiovanni.

Actualmente el grupo se encuentra realizando la Tesina de Graduación sobre "Riesgo de Caídas en adultos mayores hospitalizados en el piso 12 Clínica Médica "B" del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el periodo comprendido entre el 2 al 30 de Setiembre del año 2013.

Con el fin de ampliar nuestros conocimientos sobre las políticas y actividades para la seguridad de los pacientes, solicitamos a ustedes, en la medida de sus posibilidades una entrevista a la brevedad.

Saludan atentamente:

- Fierro Victoria
- Freire Karen
- Palermo Andrea
- Rijo Santiago



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Administración



ANEXO VII:



*Universidad de la República
Facultad de Enfermería*



Director del Departamento de Registros Médicos
Lic. Álvaro Pérez

Por la presente solicitamos autorización para obtener datos sobre pacientes ingresados con rango de edades de 65 y más en el Piso 12 Servicio de Medicina del Hospital de Clínicas durante el año 2012, dado que un grupo de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería está realizando su Tesina de Graduación en dicho Servicio. El mismo se encuentra a cargo de la Cátedra de Administración de Servicios de Enfermería de nuestra Facultad.

Desde ya agradecemos la deferencia de posibilitar la obtención de estos datos fundamentales para el estudio, dado que con él varios estudiantes podrán concluir su tesina para acceder al grado universitario de Licenciado.

Quedamos a la espera de su respuesta.

Saluda atentamente:

Prof. Agdo. Mg. Lic. Rosa Sangiovanni
Cátedra de Administración de los Servicios de Enfermería
Facultad de Enfermería