

ESCUELA DE ENFERMERÍA “MARÍA ELENA MAZA BRITO”
DEL
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
“SALVADOR ZUBIRÁN”

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
Estudios Incorporados a la UNAM Clave: 3049-12

TESIS

CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Para Obtener el Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:
KARINA BENIGNO PÉREZ

CON LA ASESORÍA DE LA MAESTRA:
MARÍA DE LOS ÁNGELES CANO GARCÍA

MÉXICO, D.F. ABRIL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.	Introducción	9
2.	Planteamiento del problema	11
3.	Justificación	16
4.	Objetivos	17
	4.1 Objetivo general	17
	4.2 Objetivo específico	17
5.	Marco teórico	18
	5.1 Importancia del conocimiento en enfermería en la práctica profesional	18
	5.2 Definición de caída y caída intrahospitalaria	20
	5.3 Factores Intrínsecos	20
	5.4 Factores Extrínsecos	23
	5.5 Escalas que valoran el riesgo de caídas	25
	5.6 Escala Institucional Modificada	31
6.	Metodología	35
	6.1 Tipo de Investigación	35
	6.2 Población	35
	6.3 Muestra	35
	6.4 Tipo de Variable	36
	6.5 Criterios de inclusión	36

	6.6 Criterios de exclusión	36
	6.7 Criterios de eliminación	36
	6.8 Metodología del cuestionario	37
	6.9 Cuadro de variables del cuestionario a aplicar	42
7.	Resultados	45
8.	Discusión	50
9.	Conclusión	55
10.	Recomendaciones	57
11.	Glosario	59
12.	Bibliografía	60
13.	Anexos	62

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres, por siempre estar a mi lado y darme ese apoyo incondicional, por creer ciegamente en mí por estar presente en mis éxitos, triunfos y fracasos por que sin su ayuda no sería lo mismo, por criarme y darme ese amor tan incondicional que solo ellos me pueden dar, por siempre tener una palabra de aliento cuando lo necesite por ser la luz de mi vida por criarme y siempre darme su amor, el luchar y trabajar arduamente para poderme darme una educación la mejor herencia que un padre puede darle a sus hijos.

Gracias por darme alas para poder volar y brindarme su amor, el creer en mí y sobre todos ser mis amigos, mi guía y mi fortaleza.

Con amor a mis padres

A mis hermanos, por siempre estar a mi lado y darme su infinito amor, por compartir mis éxitos en cada momento gracias, por ese apoyo tan incondicional por darme su mano cuando he caído, por confiar en mí y ser esa luz en mi vida y sacarme una sonrisa aun cuando estoy triste, el poder creer en mí, por ser mi ejemplo a seguir motivo de fortaleza y lucha constante de poder lograr hasta lo más imposible. Con amor a mis hermanos.

A la licenciada María de los Ángeles Cano por la dedicación, el esfuerzo, y el brindarme las herramientas necesarias, para la culminación de esta tesis, por sus observaciones, tiempo y apoyo que sin su ayuda no se hubiera logrado.

A mi Padre Celestial por darme el camino a seguir, por cada prueba y cada enseñanza que me ha dado, por darme un evangelio restaurado, por ser mi guía y ejemplo a seguir motivo de perfección y sabiduría, por darme las armas para seguir fortaleciéndome y seguir en el camino de la rectitud.

Al maestro Silvino Arroyo por todo el apoyo brindado, por darme las herramientas necesarias para la elaboración de la investigación, por sus enseñanzas y el tiempo de dedicación que me brindo, por trasmitirme sus conocimientos así como el poderme asesorar y el ayudarme a crecer como profesional.

DEDICATORIAS

A mis padres con gratitud y cariño, por todo el esfuerzo y la lucha constante que han hecho en los momentos difíciles, por las palabras tan sabias de amor y de enseñanza que me han brindado, por hacer de mi una persona de bien con valores y virtudes, por amarme tanto y darme lo mejor de ellos por estar a mi lado, por motivarme y animarme en los momentos de tristeza y dificultad que a lo largo de la vida he pasado.

A mis hermanos por estar a mi lado, por siempre darme lo mejor de ellos, por ser mi mano derecha en los momentos de tristeza, dificultad y felicidad que he pasado en estos años, por compartir mis logros y fracasos por creer en mí y sobre todo por el inmenso amor que me dan.

A mis abuelos que con su ayuda y perseverancia han estado apoyándome, siempre aconsejándome y brindándome su amor por ayudarme a concluir esta etapa con éxito.

Al Mtro. Silvino Arroyo por todas sus enseñanzas y ser parte de mi formación académica, por sus consejos y todos los conocimientos transmitidos a lo largo del servicio social.

A mi asesora_de tesis por brindarme los recursos para poder realizar este proceso, por esa dedicación y esfuerzo mostrado, por orientarme y guiarme a ser un mejor profesional.

A todas aquellas personas que han estado en mi vida que con cada una de sus palabras de aliento y motivación han logrado ganarse un lugar en mi corazón.

A esa persona especial en mi vida que me ayudado a crecer, y que ha compartido éxitos y fracasos a mi lado.

Al personal de enfermería que me apoyo a lo largo del servicio social, por trasmitirme sus conocimientos y experiencias que forjaron una parte de mi práctica profesional y el ayudarme en la realización de esta investigación.

A mi institución académica la escuela de Enfermería y Obstetricia “María Elena Maza Brito”.

Por todo el apoyo brindado y las facilidades dadas para la culminación de la tesis.

A mis profesores de la universidad que día con día me transmitieron sus conocimientos, ayudandome a ser un mejor profesional de enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de los Compromisos y Responsabilidades, que tiene el profesional de enfermería, es una gestión del cuidado vinculada a los estándares establecidos que garantizan servicios de calidad en la atención y seguridad de la población mexicana que así lo requiera, sin embargo uno de los problemas que aqueja por su trascendencia en las instituciones de salud es el riesgo de caídas en los pacientes.

Al respecto, la trascendencia de las caídas hospitalarias, se muestran con un impacto, económico, político y social que se genera no sólo al paciente sino a las propias instituciones de salud^{1,2,3,4}, aspecto que ha llevado desde el propio Plan de Desarrollo 2013-2018 es el Sistema Integral de calidad en Salud (SICALIDAD) el inicio para la creación de protocolos y lineamientos que rijan la atención sanitaria en el sector salud ante estas situaciones. 3

En el seguimiento a esta directriz, la Comisión Coordinadora de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad C.C.I.N.S.H.A.E. a través de los profesionales de enfermería en México ha trabajado en una investigación multicéntrica en relación a la prevención del riesgo de caídas, lo cual ha dado pie a la elaboración de medidas estratégicas que favorezcan el actuar profesional de enfermería que se encuentra en constante interacción con los pacientes.

En este mismo sentido la Subdirección de Enfermería de la Institución de tercer Nivel en donde se lleva a cabo la investigación, realizó un programa de empoderamiento a su equipo profesional de enfermería sobre prevención de riesgos asociados a caídas, contemplando entre sus objetivos: el empoderamiento de la valoración de riesgos intrínsecos y extrínsecos, mediante una escala de valoración de riesgo asociado a caídas, así, como el registro confiable de las caídas que se presentan al interior del instituto en el paciente hospitalizado e identificar los principales factores de riesgo asociados a caídas. 5

Desde este contexto, la presente investigación tiene como objetivo identificar el conocimiento que el profesional de enfermería tiene en relación al riesgo de caídas.

Para ello se construyó un instrumento que cuenta con 7 reactivos que nos ayudan a identificar el conocimiento que el personal de enfermería tiene en relación al riesgo de caída.

Donde el personal de enfermería contestó de acuerdo a los conocimientos adquiridos teóricamente y en la práctica profesional.

En donde se encontró que el del profesional de enfermería tiene un conocimiento moderado a bajo en relación a todo lo implica un riesgo de caídas en un paciente hospitalizado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Real Academia Española, define calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie"⁶. En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento, garantizando con ello la satisfacción del usuario y el cumplimiento de estándares internacionales de calidad.

Este concepto, aun cuando no se puede decir que es nuevo, toma auge en el sector salud, a partir del libro publicado por el Instituto de Medicina en la década de 1990 el famoso estudio "Errar es humano", el cual colocaba al error médico como la octava entre las principales causas de mortalidad en Estados Unidos, con una frecuencia de entre 44,000 y 98,000 pacientes que mueren cada año (aproximadamente 270 pacientes por día) como resultado de errores médicos. Estos números estimularon una industria del litigio muy lucrativa. El costo de los errores médicos se calcula entre 17 y 29 billones de dólares anuales, derivados de costos adicionales en seguros de responsabilidad profesional y en pérdidas de ingresos y bienes, los cuales afectaron a tal grado al sistema de salud americano, que fue necesaria una reforma legal donde se pusieran límites a los montos de las demandas.⁷

El gran impacto que tuvo dicho estudio logro que en octubre del 2004, la OMS lanzara la Alianza Mundial por la seguridad del Paciente, la cual tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo; esto, como un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros de la OMS⁸.

Resultado de dicha alianza en México se crea el programa de Seguridad del Paciente Proyecto destinado a la identificación y estrategia para la minimización de eventos adversos que afectan severamente a la integridad del paciente⁹ mediante una política en materia de calidad y seguridad del paciente con el objetivo de ejercer la rectoría en dichos ámbitos en el Sistema Nacional de Salud, el cual sirve de eje para establecer medidas que rijan a todos los hospitales en los tres niveles de atención y así mismo impacte en la salud del pueblo mexicano.

Ello, porque uno de los mayores riesgos que tiene el paciente al ingresar a una institución hospitalaria, es la de sufrir una caída durante su estancia y como consecuencia lesiones, que en ocasiones dejan secuelas incrementando el tiempo de hospitalización. De acuerdo a diversas investigaciones en países latinoamericanos se encontraron datos relevantes por ejemplo, en Cuba, de 23 ancianos que sufrieron caídas, 56.6% tenían entre 71 y 80 años el 61% correspondía al sexo masculino y 78% fue su primer caída, en algunos hospitales australianos, 38% de los incidentes en pacientes implicaron una caída atribuida a los diferentes factores como el traumatismo. Así mismo en Chile se estima que aproximadamente el 10% de las caídas conducen a fracturas, siendo las más frecuentes antebrazo, cadera y húmero.

En un hospital de España se registraron 37 caídas, correspondiendo 78.4% a varones con una edad media de 57 años. De las cuales 56.3 se produjeron en los primeros tres días de hospitalización (ingreso); 70.3% ocurrieron en las habitaciones y 62.2% cuando el paciente estaba con un familiar.¹⁰

En México, se reportó en un Hospital de la Secretaria de Salud que por cada 4842 pacientes que ingresaron 0.47% presento una caída. En el 2002 en el mismo hospital se registraron 144 eventos adversos de los cuales 16% correspondieron a caídas³ En otra Institución de este mismo país en el año 2012 se reportaron 32 caídas en las áreas de hospitalización de un total de 11,821 ingresos y en el 2014 se registraban 44 caídas de los ingresos reportados.¹¹

Otro estudio realizado en diferentes partes de la república Mexicana donde se implementó una serie de encuestas a los profesionales de enfermería para poder determinar el índice de caídas; los resultados mostraron que las edades más vulnerables que presentan un evento adverso se encontró en los adultos mayores de 60 años ocupan el segundo lugar con el 20% de las encuestas realizadas teniendo en primer lugar a pacientes entre 20 y 30 años de edad.¹²

Esta situación, conlleva a un incremento a la actual problemática de salud ya que implican gastos mayores y aumenta el número de estancia hospitalaria del paciente, porque con regularidad, después de una caída la estancia hospitalaria se prolonga de 12 días en promedio con aumento del gasto total al año hospitalización hasta de 4322 dólares,²¹ y de manera particular, el sistema sanitario de Canadá menciona que el promedio por cada lesión relacionado con caídas en personas mayores de 65 años puede ser de hasta US\$ 3,611.⁴

Con respecto a los aspectos de origen que provocan estas caídas, existen reportes que las asocian a diferentes factores tales como la estructura hospitalaria, falta de conocimientos del personal al no valorar y aplicar correctamente las escalas establecidas para evitar caídas, entre otros.

Durante el 2008, como resultado de la medición del grado de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en el indicador de caídas, el Sistema de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) reportó que en el criterio número 1, que textualmente dice “Valora y registra factores de riesgos de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria”, el valor promedio de cumplimiento fue de 53.92 %, con relación al estándar de cumplimiento establecido de 100 %.¹³

Dado que actualmente no se ha homologado un instrumento que brinde al profesional de enfermería evaluar al paciente con riesgo de caídas en diferentes instituciones de salud se han creado diferentes escalas que maneja el personal de enfermería en la institución que laboran es por ello la importancia de conocer los criterios que evalúan las diferentes escalas aplicadas en las instituciones de salud relación a la clasificación del riesgo de caídas.

Así, podemos encontrar diferentes formas de evaluar el riesgo, por ejemplo la **Escala de A. M. Tromp** que evalúa los problemas visuales, incontinencia urinaria y la limitación funcional para dar una puntuación, con la cual a partir de siete puntos se considera que el riesgo de caídas múltiples es alto. Otra escala es la de **J. H. Downton**, que incluye como factores de riesgo caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial, y estado mental y de la marcha. Esta escala de riesgo de caídas clasifica el riesgo en tres o más puntos, la escala de **Tinnetti** evalúa la marcha y el equilibrio y ha demostrado ser muy apropiada y completa para la valoración de los ancianos con riesgo de caídas; permite valorar el equilibrio estático y dinámico, dando como resultado tres valores: normal, adaptado y anormal. Existe otra escala de valoración de riesgo que se utiliza en un hospital de la Secretaría de Salud en México; esta escala evalúa la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales y a los pacientes sin factores de riesgo evidentes. Valora en una escala del 1 al 10, lo que representa que cuanto mayor es el puntaje mayor es el riesgo de caída¹⁴.

Así, la diversidad en el conocimiento, puede verse inmerso en el proceso de caída, al no dar la orientación y entrenamiento correcto a los pacientes y familiares que apoyan en el cuidado, razón por la cual el personal de enfermería desde un conocimiento estandarizado se considera un factor importante para la prevención de caídas en la Institución^{4,2,1}Error! Marcador no definido..

Así, desde los planteamientos, una forma de "asegurar" calidad es a través la elaboración de normas, pautas o guías, que contienen afirmaciones, desarrolladas sistemáticamente, basadas en los conocimientos profesionales vigentes, tendientes a ayudar a los prestadores de los servicios en la toma de decisiones, facilitando así el desarrollo de un proceso de prestación de servicio "de calidad".¹⁵

Estos datos nos revelan la gran problemática que actualmente se tiene en las instituciones de atención médica en relación al riesgo de caídas, es por ello, que actualmente el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán a través de la Subdirección de Enfermería han creado acciones tácticas

tendientes a disminuir el índice de caídas relacionadas a la atención del profesional de enfermería, en este sentido, la importancia del conocimiento desde las intervenciones de enfermería, puede contribuir a evitar caídas y con ello secuelas. Por ello, en este trabajo, derivado del programa de empoderamiento, se hace la pregunta, ¿El profesional de enfermería cuenta con conocimiento mínimo necesario sobre la valoración del riesgo de caídas en pacientes que se atienden en una Institución de Tercer Nivel de Atención en México?

3. JUSTIFICACION

El profesional de enfermería tiene una función preponderante en la atención del paciente hospitalizado debido a que por su competencia profesional, es quien brinda cuidados directos las 24 horas del día dentro de las cuales se identifican todas las necesidades, prioridades y riesgos que el paciente tiene presente por tal motivo, debe contar con el conocimiento suficiente en relación a la atención del mismo, como lo es el riesgo de caídas aspecto que debe tener impacto en la atención del mismo debido a que en la actualidad es un problema que ocasiona efectos secundarios no relacionados a la patología del paciente (evento adverso).

El profesional de enfermería a través de una práctica segura debe tener impacto en la aplicación de sus conocimientos adquiridos a nivel universitario a si como los aprendidos empíricamente.

Por lo anterior con ésta investigación se busca identificar el grado de conocimientos que el profesional de enfermería tiene en relación al tema de riesgo de caídas y así poder crear medidas estratégicas que ayuden a erradicar dicho problema para cumplir con la meta internacional número seis y así mismo brindar una praxis profesional de calidad enfocada en las necesidades del paciente. De tal manera se cuente con una adecuada línea de comunicación entre profesionales de la salud que están en constante interacción con el paciente que favorezcan la aplicación de medidas que ayuden a identificar el grado de riesgo que tiene presente el paciente con el fin de mejorar la atención sanitaria que se da en un Hospital de tercer nivel en México.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Identificar el conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre prevención de caídas, a través de la aplicación de una cédula de seguimiento del programa institucional de caídas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar el conocimiento del personal de enfermería relacionados a la escala de valoración Institucional.
- ❖ Conocer si el profesional de enfermería realiza los registros que avalan su práctica profesional.
- ❖ Conocer si el profesional de enfermería realiza una valoración en relación al riesgo de caídas.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA EN LA PRACTICA PROFESIONAL

El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes¹⁶

Inicialmente la práctica de enfermería se desarrolló casi por imitación, junto a la enfermera experta. Rara vez se sistematizaba esa práctica y menos aún el conocimiento que le daba soporte. Las enfermeras podían cambiar información pero ésta se enfocaba más en el "cómo". Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica. Cuando las enfermeras comenzaron a compartir las experiencias de dar cuidado, el enfoque "procedimental" cambió hacia el de práctica basada en el conocimiento científico.

Carper definió que el cuerpo de conocimientos que da soporte a enfermería se manifiesta por patrones; Los patrones no aumentan el conocimiento, más bien ponen su atención en el significado de conocer y sobre las clases de conocimiento que son de mayor ayuda para la disciplina de enfermería. Los patrones de conocimiento que identificó Carper a partir de un análisis de la estructura conceptual y sintáctica del conocimiento de enfermería fueron cuatro:

- El patrón ético de conocimiento, proporciona parámetros para explorar los fenómenos axiológicos de Enfermería (valores como la salud, el respeto, la dignidad, el amor).
- El patrón de conocimiento empírico que describe, explica y predice, a través de la observación y repetición de los fenómenos.
- El patrón de conocimiento personal, que valoriza la experiencia humana, la conciencia de sí mismo, y la apertura a la realización.

- El patrón de conocimiento estético, que posibilita la creatividad en cada actor en los procesos de cuidado de enfermería y se expresa a través de actos de arte de enfermería¹⁷.

Burns y Grove, refieren que para validar el mundo empírico de enfermería se requiere el desarrollo teórico, que junto con el desarrollo de la ciencia de enfermería, generarán el conocimiento disciplinar necesario para garantizar la autonomía de la práctica clínica.

Disciplina es el saber producido por las enfermeras y enfermeros en forma sistemática, que constituye el cuerpo de conocimiento propio de enfermería, que está organizado sistemática y lógicamente en teorías. Por lo tanto, el elemento esencial para ser una disciplina es el tener teorías, conocerlas e implementarlas, de otro modo no se ejerce correctamente la profesión, sólo se cumplen las actividades sin conocer por lo cual se convierte en profesionales sin identidad.

Jacqueline Fawcett refiere que el proceso generador de conocimiento es el pensamiento abstracto, el cual es clave en enfermería dada la complejidad de la naturaleza de los conceptos metaparadigmáticos. Al ser abstractos facilitan el nacimiento de nuevas teorías al respecto y además permite la investigación pudiéndose comprobar en la práctica. El conocimiento de todos estos factores es indispensable, nos ayudan a comprender, organizar y analizar los datos del paciente y a tomar decisiones de las intervenciones de enfermería. Favorece la planificación del cuidado, la predicción y la evaluación de los resultados de los cuidados.

Por lo tanto El conocimiento sobre la praxis en Enfermería se construye en la medida que se da la importancia a reflexionar acerca del actuar profesional en forma consciente. En ese momento se hace un acto de comprensión.

Según Chinn los patrones de conocimiento ético y empírico fluyen a través de la comunicación verbal y escrita mientras los patrones de conocimiento personal y estético fluyen a través de la conducta. Los cuatro patrones se revelan a través de la creación, de la expresión escrita y corporal de los procesos de cuidado enfermero¹⁸.

5.2 DEFINICIÓN DE CAIDA Y CAIDA INTRAHOSPITALARIA.

Se entiende por Caída lo siguiente.

De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS) define el término caída como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.¹⁹

La Real Academia Española define el término caer como: Perder el equilibrio hasta dar en tierra o cosa firme que lo detenga.²⁰

Desde estos conceptos, se conceptualiza que una caída intrahospitalaria hace referencia a la caída de un paciente en las instalaciones de una institución destinada formalmente para el cuidado de la salud y atendida por personal entrenado para este fin, ello, puede ocurrir de forma accidental, teniendo como consecuencia o no, secuelas de diversa severidad, independiente de la altura, la superficie y el tiempo de hospitalización.²¹ En este sentido y por la estadística desde el planteamiento del problema, la Joint Commission (JCI) reporta las caídas como el sexto evento centinela más notificado.

Al respecto, en una clasificación, las caídas, puede derivarse de dos determinantes generales, unos son los factores intrínsecos y los otros los factores extrínsecos.

5.3 FACTORES INTRÍNSECOS

Se entiende por Factores intrínsecos aquellos que son inherentes al paciente que pueden propiciar el evento adverso. (Véase cuadro I)

Cuadro I. Factores intrínsecos para riesgo de caída en paciente hospitalizado.

“Trastornos neurológicos	Accidentes vasculares, enfermedad de Parkinson, demencia, alteraciones cerebrales degenerativas, convulsiones, cuadros confusionales, atrofia cerebelosa, hidrocefalia, neuropatía periférica, alteraciones de la conciencia.
Trastornos músculo-esqueléticos	Patología de las articulaciones, deformidad de la columna vertebral, alteraciones de los pies, pérdida del tono muscular de extremidades inferiores, miopatías.
Trastornos cardiovasculares	Hipersensibilidad del seno carotídeo, infarto al miocardio, cardiopatía obstructiva, embolia pulmonar, arritmias, hipotensión arterial. (Continuación)
Otras causas	Intoxicaciones, trastornos metabólicos, síncope neurovegetativos, anemia, deshidratación, diarrea, incontinencia urinaria, depresión, ansiedad, periodo postoperatorio, estado de ayuno prolongado, obesidad, desnutrición, cambios bruscos de posición, alteración visual, auditiva y vestibular; ingesta de más de tres medicamentos, reposo prolongado.” ²²

Dentro de los factores intrínsecos también encontramos aquellos relacionados con el tratamiento farmacológico. (Véase cuadro II).

Cuadro II: Fármacos considerados dentro de los factores intrínsecos en el riesgo de caídas

FÁRMACO	EFEECTO SECUNDARIO.
Diurético	Deshidratación, incontinencia, urgencia de micción, desequilibrio hidroelectrolítico.
Hipoglucemiantes	Debilidad, cefalea, vértigo, pérdida de equilibrio,

		adinamia y alteraciones visuales.
Laxantes y enemas		Urgencia de evacuar, evacuaciones frecuentes, diarrea y pueden alterar el desequilibrio hidroelectrolítico.
Antihipertensivos, antagonistas, bloqueadores.	Calcio-beta	Cifras de presión arterial inferiores a las normales, depresión ortostática, síncope, depresión, adinamia, insuficiencia cardiaca, arritmias.
Inotrópicos		Alteraciones gastrointestinales, síndrome confusional, alteraciones en el gasto cardiaco, arritmias ventriculares.
Digitalicos		Mareo, desmayo, cansancio debilidad, alteraciones visuales, pérdida de apetito, diarrea, vómito cefalea.
Anti arrítmicos		Alteraciones en el sistema de conducción, alteración en el gasto cardiaco, alteraciones visuales, ataxia, tembor, cefalea, parestesias.
Antidepresivos		Confusión, sedación, somnolencia, temblor, bradicardia, anorexia, vómito, diarrea.
Neurolépticos		Hipotensión ortostática, agitación, cefalea, vértigo, nauseas, taquicardia.
Sedantes		Alteración de la atención y la memoria, estados confusionales, trastornos de la coordinación motora y de la estabilidad postural, cefaleas, mareo e irritabilidad.
Hipnóticos		Sensación de torpeza y cansancio diurno, marca reducción de funciones cognitivas como la memoria o la concentración, trastornos de la estabilidad postural.
Antiinflamatorios esteroideos (AINES)	no	Hemorragias de tubo digestivo alto, vértigo, hipotensión

Broncodilatadores	Efectos secundarios debidos a estimulación adrenérgico. Temblor fino de extremidades A dosis altas puede ocasionar hipotensión, taquicardia, cefalea ocasional.
Antiácidos	En utilización prolongada alcalosis sistémica (posible afectación renal).
Antihistamínicos	Somnolencia, confusión, ansiedad, angustia, depresión, falta de coordinación.

Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. INR.

5.4 FACTORES EXTRÍNSECOS.

Los factores Extrínsecos son aquellos ajenos al paciente y se les atribuye hasta un 50% para que se produzca una caída, y estos los encontramos en el ambiente y el entorno arquitectónico o aquellos elementos de uso personal.

Si bien se sabe un área hospitalaria debe de brindar la seguridad del paciente, del familiar o el personal que labora en la institución.

Iluminación: Es de suma importancia ya que una luz deficiente en el cuarto o en pasillo facilita que el paciente precipite al suelo

Mobiliario y equipo: Son aquellos recursos que deben estar siempre en constante monitoreo, ya que en ocasiones el mal estado del mismo que el paciente pueda sufrir un evento adverso.

Limpieza: Forman una parte fundamental debido si los pisos se encuentran con exceso de agua o que exista algún liquido derramado son un factor que predispone la caída de los pacientes cuando se encuentran deambulando.

Dispositivos para la deambulación: Forman un método práctico que facilita la deambulación de los pacientes es de suma importancia que este en buenas

condiciones ya que por el contrario estos pueden ser un factor de riesgo para la caída.²³

Cuadro III: Medidas de seguridad del mobiliario.

Equipo	Descripción
Barandales.	Los barandales deben de estar en óptimas condiciones, así mismo que cuente con uno o dos barandales de cada lado
Timbre	Debe de funcionar debido a que el la única manera de que el paciente puede comunicarse con el personal de enfermería si este no se encuentra cerca. Estar al alcance del paciente
Lámpara de cabecera	Mejora la iluminación en el cubículo del paciente, y debe estar el interruptor de encendido y apagado cerca del paciente para una mejor manipulación.
Cama	Debe estar en óptimas condiciones contar con barandales no estar a una gran altura, y siempre deben de estar puestos los frenos para que cuando el paciente se mueva esta se mueva con él y se propicie una caída.
Barras de sujeción	Es importante que los baños así como en las regaderas y en los pasillos, se cuente con este tipo de barras de sujeción que facilite la deambulaci3n del paciente y sirvan de apoyo.
Sillas de ruedas bast3n, tripies	Son aparatos que ayudan al paciente pueda trasladarse de un lado a otro es importante

	que el tripie se encuentre en óptimas condiciones que las ruedas funcionen. La silla de ruedas debe funcionar adecuadamente y debe estar seca y limpia. Los bastiones deben de contar con la goma inferior que evita que el bastón deslice.
Suelos	No deben de estar rotos, la loseta debe estar bien fija al suelo y deben de ser antiderrapantes.

En este sentido, desde el conocimiento, el profesional de Enfermería, realiza el proceso de Valoración guiado a través del Proceso de Atención de Enfermería mediante escalas de proyección de Riesgo, entre ellas y bajo esta propuesta, la Escala Institucional modificada.

5.5 ESCALAS QUE VALORAN EL RIESGO DE CAIDAS.

Actualmente existen diversas escalas que valoran el riesgo de caídas dentro de las cuales encontramos las siguientes escalas que ayudan al profesional de enfermería a brindar un cuidado profesional.

Escala de riesgo de caídas múltiples de A. M. Tromp et al. La cual es utilizada para población de 65 años o más Este instrumento valora la presencia de caída en los últimos 12 meses, el puntaje máximo asignado en esta variable es de 5. Se evalúan también los problemas visuales, aquí el puntaje mayor es 4; la presencia de incontinencia urinaria o limitación funcional para lo cual se asignan 3 puntos a cada una. El puntaje total varía entre 0 y 15 puntos; el corte está establecido en 7 a partir del cual se considera que el riesgo de caídas es alto. (Véase imagen 1)

Valoración del riesgo de caídas

Escala de clasificación del riesgo de caídas

Escala de riesgo de caídas múltiples (de A.M. Tromp y colaboradores)

Item	Puntos
Problemas visuales (item presente cuando se ha sufrido caídas en los últimos 12 meses)	5
Incontinencia urinaria	3
Problemas visuales (item presente cuando la persona no puede reconocer un rostro más allá de los 4 metros de distancia, aunque utilice lentes correctores)	4
Limitación funcional (item presente cuando la persona sufre dificultades para subir escaleras, o utilizar vehículos propios o públicos, o no puede cortarse él solo las uñas de los pies)	3
Total	15

La puntuación a partir de 7 puntos se considera que el riesgo de caídas múltiples es alto

Imagen 1

Escala de funcionalidad de Crichton, empleada en población adulta. Ésta permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes. Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación, comunicación, cooperación, vestido, alimentación, agitación, incontinencia, sueño y estado de ánimo. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud. (Véase imagen 2)

Valoración
del riesgo
de caídas

**Escala de
funcionali-
dad de
Crichton**

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE.	
VALORACIÓN RIESGO	PUNTUACIÓN
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total	10

DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO DE CAIDAS		
NIVEL	PUNTOS	CODIGO
Alto riesgo	4 a 10	ROJO
Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLO
Bajo riesgo	0 a 1	VERDE

Esta escala valora la funcionalidad en todas sus esferas, a mayor puntaje es un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.

Fuente: Planes de cuidados de Enfermería Diane Kaschak Neuman. Edt. Mosby

Imagen 2

Escala de Macdems aplicada en pacientes pediátricos Las variables que incluye son edad, antecedentes de caídas, de daño orgánico a nivel neurológico y compromiso de conciencia. El puntaje asignado va de 0 a 3, y califica de bajo riesgo a puntajes entre 0 y 1, mediano riesgo de 2 a 3 puntos y alto riesgo de 4 a 6 puntos.

Escala St. Thomas- stratify- para todo tipo de población. Ésta valora los siguientes rubros:

1. El paciente ha ingresado como consecuencia de una caída o se ha caído durante el ingreso.
2. Está agitado.
3. Presenta deterioro visual que limita su actividad cotidiana.
4. Necesita ir al retrete con frecuencia.

5. La puntuación en los apartados de transferencia y deambulaci3n del 3ndice de Barthel es 15 o 20 (rango 0-30).

Si la respuesta es "s3" se asigna valor 1, si la respuesta es "no", se puntúa con valor 0. Se considera paciente de riesgo el valor > 2 , acorde a los creadores de esta escala, un resultado final de 2 o m3s puntos, tiene una sensibilidad del 93% y una especificidad del 88% en la aplicaci3n en el hospital donde se estudi3.

Escala de Morse utilizada en poblaci3n hospitalizada en general Consta de 6 3tems: antecedentes de ca3das recientes o en los 3ltimos 3 meses, diagn3stico secundario, ayuda para la deambulaci3n, cat3teres IV heparinizados, equilibrio/traslado, estado mental. Su rango total va de 0 a 125. Y la calificaci3n asignada es; sin riesgo (< 24), riesgo bajo (25-50) y riesgo alto (> 50).

Escala Humpty Dumpty, espec3fica de pediatria Valora rangos de edad (a menor edad mayor puntaje), g3nero, diagn3stico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirug3a o sedaci3n y medicaci3n. Los puntajes en cada variable pueden ir de 1 a 4 o de 1 a 3. Considera sin riesgo con puntaje menor a 7, bajo riesgo de 7 a 11 y, alto riesgo de 12 o m3s puntos. Es una escala cuya sensibilidad reportada fue de 0.85, la especificidad fue del 0.24 con valor predictivo positivo y valor predictivo negativo 0.53 a 0.63, respectivamente, el porcentaje general de pacientes clasificados correctamente en cuanto a su riesgo de ca3da fue de 59.3%.

Escala de CHAMPS, utilizada en poblaci3n pedi3trica Esta escala fue validada por medio de un estudio de cohorte, con ni3os hospitalizados de 3 o m3s a3os de edad, al ingreso fueron evaluados para establecer el alto o bajo riesgo de ca3das, los factores de riesgo asociados con ca3das fueron el cambio o alteraci3n del estado mental, incluyendo episodios de desorientaci3n; historia de ca3das, edad inferior a 3 a3os; y la movilidad alterada. Participaci3n de los padres y de seguridad. Si alguno de los factores fue positivo, el paciente se consider3 con alto riesgo de una ca3da. Se obtuvo una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 0.79, con base en estos datos sus autores consideran que este instrumento se puede categorizar como moderado a fuerte en la predicci3n de ca3das pedi3tricas.

Escala de J.H. Downton utilizada para valorar riesgo de caídas en adultos mayores. Evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos, antidepresivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental (orientado, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65). Asigna calificaciones de 0 y 1, con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo. Cabe mencionar que esta escala fue la que se tomó como base para el paciente pediátrico, ya que mostró tener más similitudes con las características de la población que es atendida en la Unidad Hospitalaria, donde se aplicó el instrumento de valoración de riesgo. Con base en la información revisada es posible apreciar que en estas escalas los factores de riesgo considerados con más frecuencia son: la inestabilidad en la marcha, confusión/agitación, incontinencia/frecuencia urinaria, historia de caídas y la prescripción de medicamentos (especialmente sedantes o anestésicos). En una revisión sistemática en la que se evalúan este tipo de instrumentos, se identificó que las escalas construidas en forma similar con estos factores tienen sensibilidad y especificidad superior al 70%, aunque se carece de validación en entornos diversos y en el uso clínico de rutina. Otro estudio de este tipo señala que los instrumentos son confiables aunque imprecisos, pues son limitados para identificar qué pacientes no tienen alto riesgo de caídas. Resultados similares a los anteriores se obtuvieron al evaluar 4 escalas específicas para población infantil, (GRAF-PIF General Risk Assessment for Pediatric In patient, HumptyDumpty Scale, CHAMPS Pediatric Fall Risk Assessment Tool, y Pediatric Fall Risk Assessment Tool Falls), con lo que se identificó que ninguna de éstas tienen suficiente precisión o exactitud, lo que implica varios desafíos logísticos y metodológicos que deben abordarse antes de continuar el desarrollo de estas herramientas. Actualmente en la institución de tercer nivel donde se propondrá la nueva escala, se utiliza un instrumento formulado por un organismo gubernamental, el cual a su vez tomó como base la escala de funcionalidad de Crichton para predecir el riesgo de caídas en población de diversas edades. Sin

embargo, en un análisis realizado por enfermeras de la propia Institución, existen factores de riesgo no contemplados en ésta, por lo cual surge la necesidad de desarrollar y validar una herramienta adecuada para valorar el riesgo de caída en los niños hospitalizados²⁴. ¡Error! Marcador no definido.. (Véase imagen 3)

Valoración del riesgo de caídas

Escala de riesgo de caídas (JH Downton)

	No	Si
Caidas previas		
Medicamentos		
ninguno		
diuréticos		
antiparkinsonianos		
tranquilizantes		
hipotensores no diuréticos		
antidepresivos		
Déficit sensorial		
ninguno		
alteraciones auditivas		
alteraciones visuales		
En miembros (ictus, neuropatías.....)		
Estado mental		
orientado		
confuso		
Marcha		
segura con ayuda		
insegura con/sin ayuda		
imposible		

Escala de riesgo de caídas (JH Downton)

Valora alto riesgo de caídas con tres o más puntos (sumamos un punto por cada ítem con asterisco)

Imagen 3

5.6 ESCALA INSTITUCIONAL MODIFICADA.

En este sentido, desde el conocimiento, el profesional de Enfermería, realiza el proceso de Valoración guiado a través del Proceso de Atención de Enfermería mediante escalas de proyección de Riesgo, entre ellas y bajo esta propuesta, la Escala Institucional modificada.

Es una herramienta modificada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran por el departamento de geriatría que se utiliza para la valoración del riesgo de caídas consta de 5 ítems y clasifica el riesgo en tres niveles.

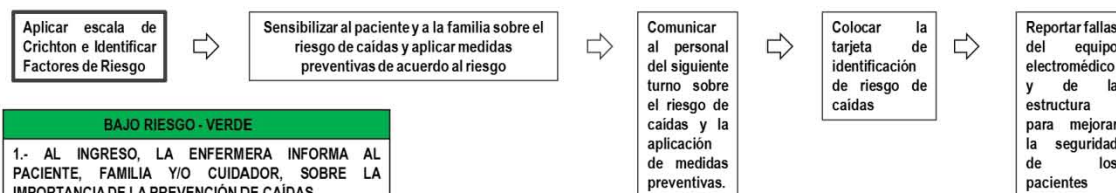
Factores de Riesgo	Puntuación	SI	NO
Limitación Física	2		
Estado Mental Alterado	3		
Tratamiento Farmacológico que implica riesgo	2		
Problemas de comunicación	2		
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1		
Total	9		

GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS		
NIVEL	PUNTOS	CODIGO
Alto riesgo	4 a 9	ROJO
Mediano Riesgo	2 a 3	AMARILLO
Bajo Riesgo	0 a 1	VERDE

CRITERIOS	CONCEPTUALIZACIÓN	ESPECIFICACIÓN
Limitación Física 2	Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo	Dentro de este grupo se consideran: Pacientes menores de 6 años y mayores de 70 años; pacientes con deterioro músculo esquelético como: fracturas, artritis. Deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivos-preceptuales; lesiones de columna vertebral, enfermedad; síndrome de desuso, (reposo prolongado) antecedente de caídas previas, disminución de la masa muscular (desnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado) y disminución del control muscular (anestesia, parálisis cerebral infantil) , índice de masa corporal por arriba del 75% para la edad, (obesidad), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis u otras patologías que limiten la actividad física.
Estado Mental Alterado 3	Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo a interactuar con el medio ambiente.	Se consideran las alteraciones sensitivopreceptuales tales como: lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas;

		depresión, hipoglucemia, hiperpotasemia deterioro neuromuscular; traumatismo craneo encefálico, secuelas de polio o Parálisis Cerebral Infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.
Tratamiento farmacológico que implica riesgo 2	Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo.	Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroides, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores, etc.
Problemas de comunicación 2	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación	Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis).
Sin factores de riesgo 1	Persona que en la valoración inicial no presenta riesgo alguno; sin embargo está expuesta a factores del entorno que pueden considerarse como riesgo adicional.	Considera los aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica (diseño, estructura y disposición de aditamentos de seguridad). Que son inherentes al propio individuo.

Cuadro retomado del Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados del INR. 2012



BAJO RIESGO - VERDE
1.- AL INGRESO, LA ENFERMERA INFORMA AL PACIENTE, FAMILIA Y/O CUIDADOR, SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS.
2.- ORIENTAR SOBRE EL ESPACIO Y AMBIENTE FÍSICO DE LA UNIDAD EN LA QUE SE ENCUENTRE.
3.- SOLICITAR ZAPATO ANTIDERRAPANTE CERRADO TIPO MOCASÍN, EN CASO DE EDEMA, SANDALIA CON EXCELENTE SUJECIÓN.
4.- SOLICITAR AUXILIARES SENSORIALES Y PARA LA MARCHA (BASTÓN, ANDADERA, LENTES Y APARATO AUDITIVO) MANTENERLOS AL ALCANCE DEL PACIENTE.
5.- MANTENER ORDENADA LA HABITACIÓN Y EL ASEO, RETIRANDO TODO EL MATERIAL QUE PUEDA PRODUCIR CAÍDAS (MOBILIARIO, CABLES).
6.- MANTENER BUENA ILUMINACIÓN TANTO DIURNA COMO NOCTURNA.
7.- VERIFICAR QUE LA CAMA ESTÉ EN LA POSICIÓN MAS BAJA Y CON FRENO PUESTO
8.- EL PACIENTE DEBE TENER ACCESIBLE TODO MOMENTO EL TIMBRE DE LLAMADA Y TELÉFONO.
9.- ATENDER CON PRIORIDAD EL LLAMADO DEL PACIENTE.
10.- EVITAR LA DEAMBULACIÓN DEL PACIENTE CUANDO EL PISO ESTÉ MOJADO.
11.- RECORDARLES LA IMPORTANCIA DE SOLICITAR AYUDA.



MEDIANO RIESGO- AMARILLO
12.- ORIENTAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA CUANDO EXISTAN RESTICCIONES AL MOVIMIENTO.
13.- VISITAR FRECUENTEMENTE AL PACIENTE Y ANTICIPARSE A SU LLAMADO.
14.- INFORMAR A LOS FAMILIARES DE LA NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE.
15.- MANTENER AL PACIENTE INCORPORADO A LA CAMA DURANTE UNOS MINUTOS ANTES DE LEVANTARLO, EVITANDO ASI SUFRIR HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.
16.- MANTENER LOS BARANDALES EN ALTO, MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN CAMA.
17.- AYUDAR EN SU MOVILIZACIÓN AL SANITARIO U OFRECER EL ORINAL O CÓMODO CON FRECUENCIA.
18.- ASISTIR AL PACIENTE AL MOMENTO DE BAÑARSE O AL TRASLADARSE DENTRO Y FUERA DE SU UNIDAD.
19.- VALORAR LOS EFECTOS DE LA MEDICACIÓN.

ALTO RIESGO - ROJO
20.- INFORMAR AL MÉDICO RESPONSABLE, EN CASO DE QUE SU PACIENTE REQUIERA INTERCONSULTA DE OTROS PROFESIONALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE CAÍDAS.
21.- PRESENTAR AL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE CAIDAS AL CAMILLERO, AFANADOR E INTERCONSULTANTES.
22.- VALORAR EXHAUSTIVAMENTE LAS MEDIDAS DE SUJECIÓN.
23.- SOLICITAR LA PRESENCIA DE FAMILIAR LAS 24 HORAS.
24.- APLICAR EL PROTOCOLO DE SUJECIÓN MÉCANICA E INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES.
25.- COLOCAR EN UN LUGAR SEGURO BOLSAS RECOLECTORAS Y DRENAJES, CUANDO EL PACIENTE DEAMBULE.

ELABORÓ: E.E.A. EDUARDO RODRIGUEZ ARISPE

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por su enfoque, Transversal y por su alcance, descriptivo. Es transversal ya que solo se realizo en un lapso de tiempo en el cual no se le dará un seguimiento, pero nos determina y nos ayuda a conocer el grado de conocimiento que tenía el profesional de enfermería en el momento que se realizo el cuestionario; y es descriptivo debido a que se observa y se describen los resultados alojados en la cuestionario y dichos resultados no influyen sobre la dinámica laboral de la institución donde se realizo la investigación.

6.2 POBLACIÓN.

Se cuenta con un total de 60 enfermeras que trabajan en el segundo piso de la institución distribuidas de la siguiente manera.

Turno	No. de Enfermeras.
Matutino	20
Vespertino	17
Nocturno	23
	60 Total

6.3 MUESTRA

25 Profesionales de enfermería de 2do. piso de los tres turnos

6.5 TIPO DE VARIABLE: dependiente cuantitativa

Es una variable dependiente cuantitativa porque se trata de ver el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en relación al riesgo de caídas y es dependiente ya que como investigador las variables pueden ser manipuladas por el mismo y no interfiere en un proceso de conocimiento del profesional que ha contestado el cuestionario.

Al manipular las variables ayuda a poder interpretar con claridad los resultados obtenidos a fin de dar un mejor razonamiento de dicha investigación.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ❖ Personal que tiene más de seis meses laborando en el Instituto
- ❖ Personal que asistió al curso de prevención de caídas

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Personal que tenga menos de seis meses de haber ingresado al Instituto.
- ❖ Personal que se encuentre cubriendo guardias y que no pertenezca a segundo piso.

6.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- ❖ Todo aquel profesional que conteste el cuestionario de manera grupal.
- ❖ Los cuestionarios del cual la letra no sea legible.
- ❖ Los cuestionarios que no sean entregados en el lapso de tiempo dado.

6.8 METODOLOGÍA DEL CUESTIONARIO.

Para poder llevar a cabo la investigación se siguió una línea de comunicación en la cual se realizó una carta por el departamento de investigación de posgrado en enfermería la cual iba dirigida a los Jefes de Enfermería del 2do. piso de hospitalización en la cual se comunicaba y se pedía de su autorización para poder realizar los cuestionarios en dicha carta también se indica los días de aplicación del cuestionario al profesional de enfermería sin que esto interfiriera en la atención de los paciente, al estar firmada por los tres jefes de servicio se les pidió a los profesionales de enfermería de manera cordial su participación en la aplicación de los cuestionarios en donde se les explico a los profesionales que el cuestionario forma parte de una investigación para el proceso de titulación el cual no tenía repercusión a su persona ya que también el cuestionario se contestaba de manera anónima.

Para realizar un conteo de los resultados obtenidos en el cuestionario se siguieron ciertas características para poder dar un conteo exacto de cada respuesta contestada por el personal de enfermería.

En las primeras preguntas del cuestionario son cinco variables sociodemográficas, las cuales no cuentan con valor en relación a puntaje.

En la pregunta uno se hace mención a los 5 items que integran la escala de crichton los cuales son los siguientes:

- Limitación física.
- Estado Mental Alterado.
- Tratamiento farmacológico que implica riesgo.
- Problemas de comunicación.
- Sin factores de riesgo.

Si el profesional de enfermería anota correctamente los 5 ítems obtendrá en la pregunta 2 puntos, si anota de 3 a 4 ítems obtendrá 1 punto, si anota menos de 3 ítems obtendrá 0 puntos en su respuesta.

En la pregunta dos se hace mención acerca del conocimiento del profesional de enfermería sobre los niveles de clasificación en base al grado de riesgo; los cuales son:

- Alto riesgo
- Mediano riesgo
- Bajo riesgo.

Si el profesional de enfermería anota correctamente los tres niveles de clasificación del grado de riesgo obtendrá en la pregunta 2 puntos, si solo anota dos niveles de riesgo obtendrá 1 punto, si solo anota un grado de riesgo o contesta que no los conoce obtendrá 0 puntos.

En la pregunta tres se hace mención a la identificación de factores extrínsecos que incrementan el riesgo de caídas que puede presentar un paciente en el cuestionario se le pide al profesional de enfermería que anote mínimo tres factores de riesgo.

Dentro de los cuales se pueden encontrar los siguientes factores de riesgo extrínsecos:

- Iluminación
- Mobiliario y equipo
- Limpieza del área
- Dispositivos para la deambulaci3n.

Si el profesional de enfermería anota correctamente tres factores de riesgo obtendrá dos puntos en su respuesta, si anota correctamente dos factores de riesgo obtendrá 1 punto en su respuesta, si contesta un factor de riesgo o no contesta acertadamente obtendrá 0 puntos.

En la pregunta cuatro se hace mención a la identificación de factores intrínsecos que incrementan el riesgo de caídas que puede presentar un paciente en el cuestionario se le pide al profesional de enfermería que anote mínimo tres factores de riesgo.

Dentro de los cuales se pueden encontrar los siguientes factores de riesgo intrínsecos:

- Trastornos músculo-esqueléticos
- Trastornos neurológicos
- Trastornos cardiovasculares
- tratamiento farmacológico.

Si el profesional de enfermería anota correctamente tres factores de riesgo intrínsecos obtendrá 2 puntos, si anota correctamente dos factores intrínsecos obtendrá 1 punto, si anota correctamente un factor intrínseco o desconoce los factores intrínsecos obtendrá 0 puntos.

En la pregunta cinco se hace mención si el profesional de enfermería lleva a cabo las intervenciones en base al grado de riesgo donde se le pide que anote mínimo tres intervenciones que lleva a cabo en su práctica profesional.

Dentro de las intervenciones que se llevan a cabo por el profesional de enfermería son las siguientes:

- Proporcionar luz ambiental adecuada.
- Colocar barandales en alto.
- Colocar el timbre al alcance del paciente.
- Contar con cuidado primario si así lo requiere.
- Uso de dispositivos de apoyo si así lo requiere el paciente.

Si anota correctamente 3 intervenciones de enfermería obtendrá 2 puntos en su respuesta, si anota correctamente 2 intervenciones de enfermería obtendrá 1

punto en su respuesta, si anota correctamente 1 intervención de enfermería o no contesta obtendrá 0 puntos.

En la pregunta 6 se hace mención sobre el registro del grado de riesgo y las intervenciones llevadas a cabo por el profesional de enfermería.

En donde hay solo dos respuestas: sí y no.

Si contesta si obtendrá 2 puntos, si la respuesta es no obtendrá 0 puntos.

En la pregunta 7 se hace mención acerca de los momentos que el profesional de enfermería realiza la valoración del riesgo de caídas.

Los momentos que se puede realizar la valoración del riesgo de caídas son los siguientes:

- Al inicio del turno.
- Al final del turno.
- Al inicio y final del turno.

Si la respuesta es al inicio y final de turno obtendrá 2 puntos, si la respuesta es al inicio o al final obtendrá 1 punto, si no registra o no realiza valoración obtendrá 0 puntos.

Se realizó un cuestionario al personal de enfermería de segundo piso de los tres turnos correspondientes.

El cuestionario cuenta con preguntas que identifica el conocimiento del personal a cerca de la escala de enfermería.

El instrumento está constituido por 12 ítems de la siguiente manera.

Tipo de pregunta (Variable)	Preguntas abiertas	
Sociodemográficas (4)	Turno Escolaridad Antigüedad Edad	
	Tomo el curso de prevención de caídas	
De conocimiento (7)	2 2 3	En relación a la escala de Crichton De factores relacionados al riesgo de caídas. Relacionadas a la práctica de enfermería.

El siguiente cuadro fue elaborado poder realizar un conteo y poder determinar la puntuación de cada pregunta en relación a la respuesta obtenida de cada cuestionario.

Se separo en diferentes rubros para así poder identificar cada variable que se encuentra presenta en el cuestionario así como el indicador con el que cuenta. Es de suma importancia el poder identificar claramente como está compuesto el cuestionario.

El cuadro se compone de una variable, el concepto de dicha variable, la pregunta de la variable el indicador que es la respuesta correcta o posible de la variable y la puntuación aquella asignada por el investigador con el fin de crear una escala que facilite la interpretación de los cuestionarios y poder determinar el nivel de conocimientos adquirido. (Véase cuadro1).

6.9 CUADRO 1: VARIABLES DEL CUESTIONARIO A APLICAR.

VARIABLE	CONCEPTO	PREGUNTA	INDICADOR	PUNTUACIÓN
Turno	Horario el cual es asignado para laborar		Matutino Vespertino Nocturno	
Grado académico	Nivel de estudios alcanzados por el personal de enfermería.		Técnico Técnico + post técnico Licenciatura Especialidad Maestría	
Antigüedad	Tiempo el cual el personal ha ejercido la profesión de enfermería en el Instituto.		Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años Más de 10 años	
Edad	Número de años cumplidos de una persona.		20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 51 años Más de 51 años.	
Tomo el curso de prevención de caídas	Personal que asistió a las sesiones teóricas del curso de prevención de caídas		SI NO	
Conocimiento en relación a la escala de Crichton		¿Conoce los 5 items por los que está integrada la escala de Crichton?	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación física. • Estado Mental Alterado. • Tratamiento farmacológico que implica riesgo. • Problemas de comunicación. 	<p>Si contesta los 5 items = 2= Conocimiento alto</p> <p>Si contesta 3-4 items = 1= Conocimiento moderado</p> <p>Menos de 3= 0 Conocimiento bajo</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Sin factores de riesgo 	
		1. ¿Conoce los niveles de clasificación en base al grado de riesgo?	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo. • Mediano Riesgo • Bajo Riesgo 	<p>Si contesta los tres niveles de riesgo = 2 Si contesta 2=1 Si solo contesta 1 o 0 = 0</p>
Identificación de factores de riesgo extrínsecos.	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	3. Identifica factores extrínsecos que incrementan el riesgo de caídas, mencione por lo menos 3 ejemplos	<p>Iluminación Mobiliario y equipo Limpieza Dispositivos para la deambulación</p>	<p>Si contesta los 3 ejemplos = 2 Si contesta 2= 1 Si contesta 1 o 0= 0</p>
Identificación de factores de riesgo intrínsecos.	Factores intrínsecos son aquellos que están presentes en el individuo.	4. Identifica factores intrínsecos que incrementan el riesgo de caídas, mencione por lo menos 3 ejemplos	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos músculo-esqueléticos • Trastornos neurológicos • Trastornos cardiovasculares • tratamiento farmacológico 	<p>Si contesta los 3 ejemplos = 2 Si contesta 2= 1 Si contesta 1 o 0= 0</p>

Intervenciones de enfermería relacionadas a la praxis profesional.	Las intervenciones en enfermería son aquellas Acciones de cuidado llevadas a cabo en el paciente que ayudan y facilitan a la recuperación total o parcial del individuo e inclusive pueden favorecer el bien morir	5. Lleva a cabo intervenciones en base al nivel de riesgo si la respuesta es sí mencione mínimo 3 intervenciones llevadas a cabo en su práctica profesional.	Proporcionar luz ambiental adecuada. Colocar barandales en alto. Colocar el timbre al alcance del paciente. Contar con cuidado primario si así lo requiere. Uso de dispositivos de apoyo si así lo requiere el paciente.	Si contesta correctamente las 3 intervenciones = 2 Si contesta correctamente las 2 intervenciones=1 Si contesta correctamente 1 o 0 intervenciones=0
Registros de enfermería en la praxis profesional.	Es la documentación escrita completa, exacta de los acontecimientos, las asistencias al usuario y los resultados de las actuaciones de enfermería.	6. Registra el grado de riesgo y las intervenciones realizadas	Si No	Si=2 No=0
Valoración de enfermería	La valoración juega un papel importante para poder realizar intervenciones que ayuden a la recuperación del paciente.	7. Cuáles son los momentos en que usted realiza la valoración de riesgo de caídas.	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio • Al inicio y fin del turno • Al final 	Al inicio y fin del turno.=2 Al inicio.=1 Al final del turno.=1 No registra=0

7. RESULTADOS

Para la obtención de resultados se diseñó un formato para la mejor interpretación de los datos arrojados de los cuestionarios, de los cuales se dividió en tres secciones. En la primera sección se recopilaron los datos generales (Turno, edad, antigüedad, escolaridad).

En la segunda sección se recopilaron los datos en relación al conocimiento del profesional de enfermería, separados por pregunta.

Y en la tercera sección se recopiló el nivel de conocimientos en general obtenido de los 25 cuestionarios aplicados.

Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Office Excel 2007, con la versión de Windows 7 Home Basic.

En la tabla número 1, se muestran los resultados de participación por turno, en donde se observa la colaboración de 25 profesionales de enfermería de los tres turnos, contando con menor porcentaje en el turno nocturno.

Tabla 1: Participación por turno.

Turno	Total	Porcentaje
Matutino	10	40%
Vespertino	10	40%
Nocturno	5	20%
	25	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla número 2, se observa la antigüedad, prevaleciendo el profesional de enfermería de 1-5 y 6-10 años, ambos con un 32 por ciento, en donde, de manera conjunta representan 64%.

Tabla 2: Antigüedad del profesional de enfermería.

Antigüedad	Total	Porcentaje
1 a 5 Años	8	32%
6 a 10 Años	8	32%
11 a 15 Años	2	8%
16 a 20 Años	4	16%
Más de 21 Años	2	8%
No específico	1	4%
	25	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla número 3 se muestra la escolaridad que presenta el personal de enfermería, contando con un mayor porcentaje del nivel licenciatura.

Tabla 3: *Escolaridad del profesional de enfermería*

Escolaridad	Total	Porcentaje
Técnica	5	20%
Licenciatura	18	72%
Posgrado	1	4%
No específico	1	4%
	25	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla número 4 se muestra la edad promedio que tiene el profesional de enfermería, contando con un mayor porcentaje la edad de 24 a 30 años.

Tabla 4: *Edad promedio del profesional de enfermería.*

Edad	Total	Porcentaje
24 a 30 Años	11	44%
31 a 36 Años	3	12%
37 a 42 Años	5	20%
Más de 43 Años	1	4%
No específico	5	20%
	25	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla número 5 se muestra el conocimiento sobre la escala de Crichton en base al grado de riesgo, donde en la mayoría de los cuestionarios contestados el personal muestra conocimiento alto.

Tabla 5: *Conocimiento del profesional de enfermería acerca de los 5 ítems que integran la escala de crichton.*

Nivel de conocimiento	No. De Enfermeras	Porcentaje
Conocimiento alto	19	76%
Conocimiento moderado	3	12%
Conocimiento bajo	3	12%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla número 6 se muestra el conocimiento que se tiene acerca de la clasificación en base al grado de riesgo, en donde la mayoría de los cuestionarios contestados el personal de enfermería obtuvo dos puntos.

Tabla 6: *Conocimiento del profesional de enfermería sobre la clasificación en base al grado de riesgo.*

Puntuación por pregunta	No. De Enfermeras	Porcentaje
Conocimiento alto	24	96%
Conocimiento moderado	0	0
Conocimiento bajo	1	4%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla numero 7 se muestra el conocimiento sobre los factores extrínsecos que incrementan el riesgo de caídas en un paciente hospitalizado, en donde la mayoría del profesional de enfermería obtuvo dos puntos.

Tabla 7: *Conocimiento del profesional de enfermería sobre el conocimiento de factores extrínsecos que puede presentar un paciente hospitalizado.*

Puntuación por pregunta	No. De Enfermeras	Porcentaje
Conocimiento alto	21	84%
Conocimiento moderado	0	0%
Conocimiento bajo	4	16%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla numero 8 se muestra el conocimiento sobre aquellos factores intrínsecos que incrementan el riesgo de caídas en un paciente hospitalizado, en donde la mayoría del profesional de enfermería obtuvo dos puntos.

Tabla 8: Conocimiento del profesional de enfermería acerca de los factores intrínsecos que puede presentar un paciente hospitalizado.

Puntuación por pregunta	No. De Enfermeras	Porcentaje
Conocimiento alto	19	76%
Conocimiento moderado	4	16%
Conocimiento bajo	2	8%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla numero 9 se hace referencia a las intervenciones en base al nivel de riesgo que se llevan a cabo por el profesional de enfermería dirigidas a la mejora del paciente.

Tabla 9: Conocimiento de la aplicación de intervenciones en base al nivel de riesgo.

Puntuación por pregunta	No. De Enfermeras	Porcentaje
Conocimiento alto	18	72%
Conocimiento moderado	5	20%
Conocimiento bajo	2	8%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla numero 10 se hace referencia en relación al registro del grado de riesgo y las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería, donde se ve una marcada puntuación donde el profesional de enfermería no registra lo realizado en una jornada de trabajo.

Tabla 10: Registro del grado de riesgo y las intervenciones realizadas.

Puntuación por pregunta	No. De Enfermeras	Porcentaje
Conocimiento alto	13	52%
Conocimiento moderado	3	12%
Conocimiento bajo	9	36%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla 11 se hace referencia a los momentos que se realiza la valoración del riesgo de caídas al paciente por parte del profesional de enfermería. En donde menos del 50% realiza una valoración al inicio y final del turno.

Tabla 11: Momentos que se realiza la valoración del riesgo de caídas al paciente.

Puntuación por pregunta	No. De Enfermeras	Porcentaje
Conocimiento alto	11	44%
Conocimiento moderado	11	44%
Conocimiento bajo	3	12%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

En la tabla 12 se muestra un promedio en general que obtuvo el profesional de enfermería en relación a los aciertos obtenidos en el cuestionario.

Tabla 12: Promedio general del cuestionario en relación al conocimiento obtenido.

Puntuación	Nivel de conocimiento	No. total de Enfermeras	Porcentaje
13-14 Puntos	Conocimiento alto	4	16%
11-12 Puntos	Conocimiento moderado	12	48%
10 o menos puntos	Conocimiento bajo	9	36%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al profesional de enfermería.

8. DISCUSIÓN

La participación de enfermería fue homogénea de acuerdo a los turnos matutino y vespertino, con mayor participación del profesional joven de hasta 36 años, antigüedad de hasta de 10 años y nivel académico de licenciatura. Esto puede ser por la sensibilidad que se está trabajando desde las Universidades, en donde se empodera a los alumnos en una mayor participación sobre la generación de conocimiento y así la lograr generar evidencia de la práctica profesional²⁵, por otro lado, se puede deber a un azar por ser quienes se encontraban de servicio en ese turno, valdría la pena identificar que avances existen en las Instituciones de salud, sobre el reconocimiento de la participación en investigación del profesional de enfermería.

En relación a las respuestas y los resultados obtenidos en cada uno de los cuestionarios el profesional de enfermería obtuvo conocimiento alto en las preguntas, esto debido a que a lo largo del tiempo la profesión de enfermería ha experimentado una importante evolución, su rol y sus competencias profesionales han sufrido una clara transformación hacia una posición verdaderamente autónoma, responsable y con un cuerpo de conocimientos propio basado en la prestación de cuidados²⁶ que hacen que el profesional de enfermería cree un juicio crítico basado en las necesidades del paciente, que ayude a mejorar las condiciones de salud del mismo en contraparte de otras preguntas en las cuales se registro un menor porcentaje.

El nivel de conocimiento por ítems en relación a la escala de Crichton fue alto con un 76% lo cual podría indicar que el profesional de enfermería está familiarizado con la valoración, por otro lado existe un 24% el cual no conoce en su totalidad los 5 ítems que integran dicha escala, lo cual podría ser un riesgo de caída significativo en el cuidado del paciente.

En relación a la clasificación del grado de riesgo de caídas se encontró que el 96% del profesional de enfermería conoce los niveles de riesgo que puede presentar un paciente, en su estancia hospitalaria debido a que actualmente se han desarrollado protocolos e indicadores para ofrecer seguridad a los pacientes.

El profesional de enfermería debe contar con las habilidades técnicas y sociales que le permitan evaluar las condiciones de un paciente a su ingreso y clasificar el riesgo de caída.

Estas medidas incluyen la coordinación efectiva con el resto del personal involucrado en la atención del paciente y especialmente, la comunicación y la educación al paciente si su condición física-emocional lo permite, así como, a los familiares o visitantes, quienes muchas veces están directamente al cuidado de los pacientes en los hospitales²⁷, en otra parte se encontró que el 4% del resto del profesional desconoce los grados de riesgo que puede presentar un dato alarmante al momento de la atención directa al paciente pudiendo ser un riesgo eminente para que el paciente pueda sufrir un caída.

El riesgo de sufrir una caída en la estancia hospitalaria incrementa más cuando el paciente se encuentra en constante interacción con los factores extrínsecos e intrínsecos, que pueden ocasionar la caída es por tal motivo que el profesional de enfermería debe de contar con un conocimiento amplio para detectar y conocer cuáles son aquellos factores que pueden intervenir en la caída del paciente. En las encuestas se obtuvieron los siguientes resultados el 84% conoce los factores extrínsecos que pueden ocasionar una caída lo que suena algo alarmante es el 16% del total, del profesional de enfermería que desconoce los factores que intervienen en la caída del paciente.

El conocimiento del personal de enfermería en relación a los factores intrínsecos que pueden ocasionar una caída el 76% identifica dichos, el dato alarmante se debe a que el 16% del profesional de enfermería encuestado no logra identificar claramente dichos factores pero existe otro 8% del profesional que no conoce los factores intrínsecos que pueden ser un riesgo eminente de caída.

En la actualidad existen un sin fin de investigaciones y artículos que ayudan al profesional de salud a detectar aquellos factores extrínsecos e intrínsecos que pueden estar en constante interacción con el paciente el poder conocerlos y detectar aquellos que pueden

estar en constante interacción con el paciente ayuda a brindar una praxis profesional de calidad.

En un estudio de realizado por la Comisión Nacional de Arbitraje Medico se encontraron que dentro de los factores extrínsecos e intrínsecos que pueden ocasionar un caída se encuentra en primera instancia todo mobiliario en mal estado, así como las enfermedades neurológicas respectivamente. En otro estudio se encontró que dentro de Los principales factores de riesgo, relacionados al riesgo de caídas, evidenciados fueron Alteración neurológica (43,1%), Movilidad perjudicada (35,6%) Extremos de edad (10,3%); y medicamentos que alteran el sistema nervoso central²⁸. Existen infinidad de factores de riesgo que puede presentar un paciente en su estancia hospitalaria. Es por tal razón que el profesional de enfermería juega un papel importante en la valoración del paciente debido a que le permite detectar aquellos factores que puedan propiciar la caída del paciente.

La aplicación de intervenciones en base al nivel de riesgo es de suma importancia para la praxis del profesional de enfermería, del total de los profesionales encuestados se encontró que el 72% realiza intervenciones relacionadas al nivel de riesgo del paciente el 20% solamente realiza algunas intervenciones y el 8% no realiza intervenciones en relación al grado del riesgo del paciente. La Nursing Interventions Classification (NIC) que es la clasificación de las intervenciones de enfermería, tratamiento basado en el conocimiento, y juicio clínico para favorecer los resultados esperados del paciente/cliente.

Es así que todas las intervenciones que se ponen en marcha deben de estar orientadas y enfocadas a los factores extrínsecos e intrínsecos que se han detectado durante la valoración y todas aquellas acciones que lleva el equipo están dirigidas a la prevención de caídas, es de suma importancia para el profesional de enfermería crear un proceso enfermero adecuado el cual dará pie y guía para la elaboración de un adecuado diagnostico de riesgo de caídas y así poder mediante la taxonomía de diagnostico enfermero NANDA, NIC, NOC crear aquellas intervenciones que ayuden a disminuir o evitar un riesgo de caídas. Es así que los cuidados estandarizados de enfermería

suponen una herramienta muy útil que facilita la comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales, favoreciendo la continuidad de los cuidados.

Dentro de la problemática asistencial se encuentra otra el registro de actividades que lleva a cabo el profesional de enfermería dentro del cuestionario se le pregunta al profesional de enfermería si registra el grado de riesgo y las intervenciones llevadas a cabo del cual se encontró lo siguiente: el 52% registra siempre lo que hace el 12% a veces registra y el 36% no registra actualmente es una problemática en muchas ocasiones se ha puesto a discusión el tema de la falta de registro por parte del profesional de enfermería en un artículo donde se hace mención al porque el profesional de enfermería no registra se encontró el siguiente dato: el no realizar un registro se debe a diferentes factores dentro de ellos la falta de tiempo la percepción de un deterioro de la atención del usuario en pro del registro, la falta de formación adecuada, la carga asistencial que presenta y la dificultad de la metodología utilizada.

Esto abre la puerta a posibles investigaciones que ayuden a identificar el por qué no se crea una cultura de registro por parte del profesional de enfermería. Sin bien se sabe los registros de enfermería es útil y necesario ya que entre otros factores es un respaldo legal un instrumento jurídico. Cabe destacar que los registros son una parte integral de la documentación clínica y un aspecto vital de la práctica enfermera.

Dentro de las funciones de los registros asegurar la continuidad de los cuidados para poder proporcionar una atención de calidad, es decir, cuidados eficaces, eficientes y adecuados. Los registros son una herramienta básica para facilitar y mejorar la comunicación entre profesionales y el trabajo en equipo. Por tanto, el cumplir con un buen registro "permitirá tener la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera a continuación sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente²⁹. Dentro de los factores que influyen en la realización de los registros se encontró la falta de conocimiento/Formación en el modelo teórico, Falta conocimientos/inseguridad sobre qué registrar, Falta de vocabulario/lenguaje a utilizar, Falta de motivación, Exceso de

carga asistencial. Es por eso que es importante crear nuevos estudios que nos ayuden a determinar las causas de la falta de registros por parte del profesional de enfermería y así poder crear alternativas para poder lograr una cultura de registro y así poder impulsar a más investigación por parte de enfermería.

El poder lograr una valoración adecuada al paciente durante su estancia hospitalaria puede ayudar a disminuir el riesgo de caídas y así mismo evitar prolongar la estancia hospitalaria, el gasto y entre otros factores. Al preguntarle al profesional de enfermería acerca de cuantas veces en su turno valora el riesgo de caídas se encontraron los siguientes resultados el 44% indico que valora al paciente al inicio y fin del turno, el 44% indico que solo realiza una valoración al inicio del turno y el otro 12% no realiza valoración del riesgo de caídas si bien en esta investigación se ha venido mencionando la importancia que tiene el profesional de enfermería en relación al riesgo de caídas que puede presentar un paciente es un poco alarmante los resultados obtenidos si bien se sabe una adecuada valoración permite crear intervenciones que ayuden a disminuir el riesgo de caídas de un paciente es por eso que la valoración juega un papel primordial en la atención del paciente.

Es necesario el desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo en las enfermeras para mejorar la práctica, e identificar correctamente los riesgos, considerando que es responsabilidad de la enfermera la identificación del riesgo para realizar intervenciones y prevenir las caídas contribuyendo de esta manera a la seguridad del paciente.³⁰

9. CONCLUSION.

Es importante retomar que uno de los mayores riesgos que tiene el paciente al ingresar a una institución hospitalaria, es la de sufrir una caída durante su estancia. La OMS define caída como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

En la praxis de enfermería es importante tener el conocimiento suficiente para brindar una atención de calidad al paciente y así mismo evitar eventos adversos que se traduzcan a un aumento en el gasto de estancia hospitalaria o daños secundarios aunados de la patología del paciente.

El análisis de veinticinco evaluaciones ha posibilitado la visualización de objetos y niveles de reflexión, que permite abrir nuevos campos de investigación para poder lograr una mayor profesionalización en enfermería.

Los resultados arrojados en esta investigación determinan que el profesional de enfermería, cuenta con un conocimiento amplio en algunas preguntas en contraparte de otras de las cuales el conocimiento es escaso, lo cual podría predisponer de una caída.

Se encontró que el profesional de enfermería cuenta con un conocimiento moderado y bajo en relación al riesgo de caídas, factor predisponente de un evento adverso.

Es importante sensibilizar al profesional a crear nuevo campos de acción en relación al tema de caídas para poder así cumplir con una meta internacional.

La garantía de la calidad en la atención de enfermería consiste en asegurar la calidad del servicio, que la persona pueda comprarlo y utilizarlo, con confianza y satisfacción, dicha atención se encuentra enmarcada en los principios de responsabilidad moral, ética y jurídica; mediante la auditoría, evaluación y monitoreo de los procedimientos y procesos de atención, se pretende mejorar y alcanzar el más alto nivel de eficiencia en el cuidado prestado.^{14,15,20} Bajo estos preceptos se hace necesaria la prevención de caídas en el ámbito hospitalario.

Esta investigación abre la puerta a crear diferentes tipos de investigaciones que nos ayuden a entender el por qué el profesional de enfermería realiza intervenciones pero no se

ven reflejadas por la falta de sensibilidad al registrar sus actividades. Actualmente con la profesionalización el profesional de enfermería debe a empezar a sensibilizarse actuar con forme a lo que conlleva ser profesional.

Es importante crear alternativas que nos ayuden a identificar el conocimiento que el profesional de enfermería tiene y no solo en relación al riesgo de caídas sin no a todo lo que conlleva la atención del paciente. El poder crear cursos constantes que faciliten la participación de todo el personal que actualmente labora en la institución, llevar una asesoría por parte de los jefes de servicio para aquellos profesionales que tiene un conocimiento deficiente en relación al riesgo de caídas a fin de erradicar o disminuir en su totalidad el índice de caídas durante la atención hospitalaria.

Esta investigación sirve de eje para poder determinar las causas del por qué el paciente cae durante su estancia el poder determinar variables que indiquen con mayor precisión la problemática que se tiene en todos los hospitales.

10. RECOMENDACIONES.

- Realizar constantemente cursos de actualización sobre el riesgo de caídas y escala de Crichton.
- Acompañamiento y tutoría para aquellos profesionales de enfermería que tengan un nivel de conocimientos medio o bajo sobre la escala de crichton.
- Crear herramientas que ayuden a los profesionales de enfermería para una mejor ejecución de sus intervenciones en su praxis profesional.
- Fomentar la adecuada comunicación entre profesionales de enfermería a fin de seguir y cumplir con las intervenciones creadas para ayudar a disminuir el riesgo de caídas del paciente.
- Llevar a cabo los registros de las caídas de los pacientes y los factores que intervinieron en la caída del mismo; con el fin de crear estrategias de mejora.
- Realizar periódicamente evaluaciones al profesional de enfermería.

11. GLOSARIO.

Caída: Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

Calidad: Se define calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie.

Comisión Coordinadora de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad C.C.I.N.S.H.A.E. Promueven y orientan el desarrollo y ejecución de proyectos de investigaciones específicos dirigidos a la identificación y modificación de los factores que determinan la incidencia, prevalencia y resultado final de los principales problemas de salud.

Conocimiento: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados.

Enfermería: La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.

Escala: Sistema graduado de medición de la magnitud de un proceso, mecanismo, objeto o fenómeno.

Estrategia: es un plan que especifica una serie de pasos o de conceptos nucleares que tienen como fin la consecución de un determinado objetivo.

Factores extrínsecos: Los factores Extrínsecos son aquellos ajenos al paciente y se les atribuye hasta un 50% para que se produzca una caída

Factores intrínsecos: Se entiende por Factores intrínsecos aquellos que son inherentes al paciente que pueden propiciar el evento adverso.

Persona: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.

Plan Nacional de Desarrollo: Se proyecta, en síntesis, hacer de México una sociedad de derechos, en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la Constitución. Donde se traza los grandes objetivos de las políticas públicas y se establece las acciones específicas para alcanzarlos. Se trata de un plan realista, viable y claro para alcanzar un México en Paz, un México Incluyente, un México con Educación de Calidad, un México Próspero y un México con Responsabilidad Global.

Protocolo: Un protocolo es un método estándar que permite la comunicación entre procesos (que potencialmente se ejecutan en diferentes equipos), es decir, es un conjunto de reglas y procedimientos que deben respetarse para el envío y la recepción de datos a través de una red. Existen diversos protocolos de acuerdo a cómo se espera que sea la comunicación. Algunos protocolos, por ejemplo, se especializarán en el intercambio de archivos (FTP); otros pueden utilizarse simplemente para administrar el estado de la transmisión y los errores.

Riesgo: El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad.

Tutoría: Es un proceso dinámico de acompañamiento en la formación del estudiante, se lleva a cabo de manera periódica y sistemática.

Salud: bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

Variable dependiente: Una variable dependiente es aquella cuyos valores dependen de los que tomen otra variable.

Valoración de enfermería: La valoración de enfermería es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos. Es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería, todas las fases del proceso de enfermería dependen de la exactitud y la completa recolección de los datos.

12. BIBLIOGRAFIA.

-
- ¹ CONAMED. *Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída en pacientes durante la hospitalización*
- ² Méndez Fandiño YF. *Factores de riesgo de caídas intrahospitalarias en pacientes de 65 años o mayores en la fundación Cardioinfantil Bogotá*. Universidad del Rosario, octubre 2014 aprox 62 p.
- ³ Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados, Secretaria de salud, ed. Primera, 2010
- ⁴ Olvera Sonalí .S. Hernández Cantoral A. et al. *Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados*. Revista de investigación clínica/ Enero-Febrero, 2013 vol. 65, Num.1 pp 88-93
- ⁵ Subdirección de Enfermería “María Dolores Rodríguez Ramírez”, programa de enfermería sobre prevención de caídas en el INCMNSZ 2013-2017. Julio 2013.
- ⁶ Diccionario de la Lengua Española de 1984, Tomo I, página 242,
- ⁷ Mario de Luca, *Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos* www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/SACAS2004deluca.pdf (ultimo acceso 25 de febrero de 2015).
- ⁸ Magdalena D.B., Hilda M.V.,Jevier S.V. *La seguridad del paciente: Eje toral de la calidad de la atención*. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01l.pdf (ultimo acceso 28 de enero de 2015).
- ⁹ Rafael N. *Seguridad del paciente conamed*. http://www.conamed.gob.mx/simposio/simposio_conamed_2010/ago13/Dr_RafaelNavarro-SEGURIDAD_PACIENTE.pdf (ultimo acceso 28 de enero de 2015).
- ¹⁰ Dirección Quirúrgica I.N.R. *Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados*, Secretaria de salud, ed. Primera, 2010
- ¹¹ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Reporte de la Subdirección de Epidemiología. 2012
- ¹² Almazán-Castillo MR, Jimenez-Sanchez J. *Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados*. Rev Enferm Inst Mex Seguro soc. 2013,21(1):9-14
- ¹³ María del Rocío A.C. Juana J. S. *Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados*; <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131c.pdf> (ultimo acceso 06 de marzo de 2015).
- ¹⁴ Comisión Permanente de Enfermería *Escala de Valoración de riesgo de caídas (EVRC)* de la Comisión Permanente de Enfermería de la Dirección de Calidad y Educación en Salud de la Secretaria de Salud.
- ¹⁵ Revista médica de Chile El concepto de calidad y su aplicación en Medicina *Revista Médica de Chile* 2001 vol.122 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000700020&script=sci_arttext (último acceso 25 de febrero de 2015).
- ¹⁶ Graciela M.J. *El conocimiento y la enfermería* imbiomed http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=1163&id_seccion=161&id_ejemplar=152&id_revista=33 (último acceso 25 demayo de 2015)
- ¹⁷ María Mercedes D.V. *La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal* SCIELO http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100009&script=sci_arttext (último acceso 24 de mayo de 2015)
- ¹⁸ Identificación de los patrones de conocimiento en un incidente crítico https://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/REV%5B1%5D.%20HORIZONTE%2020021.pdf (último acceso 25 de mayo de 2015)
- ¹⁹ OMS, *caídas*, OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/> (último acceso 02 de diciembre de 2014).
- ²⁰ Real academia española, caer disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=> (último acceso 02 de diciembre de 2014).
- ²¹ Méndez Fandiño YF. Factores de riesgo de caídas intrahospitalarias en pacientes de 65 años o mayores en la fundación Cardioinfantil Bogotá. Universidad del Rosario, octubre 2014 aprox 62 p.
- ²² Olvera S.S. Hernández Cantoral Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *Revista de Investigación Clínica/* vol. 65, Num.1 pp 88-93)
- ²³ Tena Tamayo C. Arroyo del Cordero. G. *Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización* CONAMED. http://www.noble-arp.com/src/img_up/27042010.0.pdf (último acceso 05 de diciembre de 2014). <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n1/comunicacion2.pdf>

²⁴ Ma.Elena G. B. Secretaria de Salud y Subsecretaria de Innovación y Calidad Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Guía o protocolo de prevención de caídas en pacientes hospitalizados* <http://slideplayer.es/slide/3379212/> (último acceso 12 de Marzo de 2016).

²⁵

²⁶ Varela Curto, M^a Dolores. La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. *Asociación Española de Enfermería en Urología*. num.121, Enero/Febrero/Marzo/Abril 2012

²⁷ *Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización*. http://www.noble-arp.com/src/img_up/27042010.0.pdf (último acceso 02 de febrero de 2016).

²⁸ Melissa De F. L. Marco A. De G. *Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. mar.-abr. 2014;22(2):262-8

²⁹ Leticia E.M.de M. *El arte de registrar: La importancia de los registros de enfermería* curso académico https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10381/1/Escalante%20Mart%C3%ADnez%20de%20Murgu%C3%ADa_El%20arte%20de%20registrar.%20La%20importancia%20de%20los%20registros%20de%20enfermer%C3%ADa_2013.pdf (último acceso 02 de febrero de 2016)

³⁰ Dolores E.H.H. María.C.B.D. Silvia.R.M. et.al. *Factores de Riesgo de Caídas en Adultos Hospitalizados* <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-171.pdf> (último acceso 03 de febrero de 2016).

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE LA ESCALA DE CRICHTON.

El siguiente cuestionario es parte de un trabajo de investigación para obtener el grado de licenciada en enfermería y obstétrica, es decir, tiene fines académicos y cuyo principal objetivo es identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación a la escala de riesgo de caídas utilizada en una institución de tercer nivel de atención.

La información que se obtenga será analizada de manera general, motivo por el cual no se dará a conocer su nombre en ningún momento.

Instrucciones:

- ❖ Conteste con letra clara las siguientes preguntas.
- ❖ Este cuestionario es de manera individual lo cual requiere que usted las conteste sin ayuda alguna.
- ❖ Es importante que conteste todas las preguntas

Turno: _____ Antigüedad: _____ Escolaridad: _____

Tomo el curso de prevención de caídas: _____ Edad: _____

1. ¿Conoce los 5 items por los que está integrada la escala de Crichton? Si la respuesta es sí mencione cada uno de ellos.

2. ¿Conoce los niveles de clasificación en base al grado de riesgo? Si la respuesta es sí anote cada uno de ellos.

3. Identifica factores extrínsecos que incrementan el riesgo de caídas, mencione por lo menos 3 ejemplos.

-
4. Identifica factores intrínsecos que incrementan el riesgo de caídas, mencione por lo menos 3 ejemplos.

5. Lleva a cabo intervenciones en base al nivel de riesgo si la respuesta es sí mencione mínimo 3 intervenciones llevadas a cabo en su práctica profesional.

6. Registra el grado de riesgo y las intervenciones realizadas.

7. Cuáles son los momentos en que usted realiza la valoración de riesgo de caídas.

Si realiza valoración de riesgo de caídas o no lo lleva acabo, mencione el motivo

¡MUCHAS GRACIAS!