



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área
de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de
Guayaquil.**

AUTORAS:

**Barco Álava, Leiry Dayana
Villalva Chamba, Mónica Joselyn**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lic. Riofrio Cruz Mariana Estela Esp.

Guayaquil, Ecuador

02 de mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Barco Álava, Leiry y Villalva Chamba**, Mónica como requerimiento para la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

TUTORA

f. _____

Lic. Riofrio Cruz, Mariana Estela Esp.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lic. Mendoza Vincés, Angela Ovidia Mgs.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Barco Álava, Leiry Dayana

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de Licenciada de Enfermería, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Barco Álava, Leiry Dayana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Villalva Chamba, Mónica Joselyn

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Villalva Chamba, Mónica Joselyn



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Barco Álava, Leiry Dayana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. _____

Barco Álava, Leiry Dayana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Villalva Chamba, Mónica Joselyn

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. _____

Villalva Chamba, Mónica Joselyne

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	3RIESGO DE CAIDAS 10 de mayo TESIS COMPLETA SEGUNDA REVISIÓN (1).docx (D167966569)
Submitted	5/23/2023 1:50:00 AM
Submitted by	
Submitter email	lairy.barco@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	mariana.riofrio.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

Entire Document

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

AUTORAS: Barco Álava, Leiry Dayana Villalva Chamba, Mónica Joselyn

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTORA: Lic. Riofrio Cruz Mariana Estela Esp.

Guayaquil, Ecuador 02 de mayo del 2023

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Barco Álava, Leiry y Villalva Chamba, Mónica como requerimiento para la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

TUTORA

_____, Lic. Riofrio Cruz, Mariana Estela Esp.

DIRECTORA DE LA CARRERA

_____, Lic. Mendoza Vivas, Angala Oviedo Mga.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023.

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Barco Álava, Leiry Dayana DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023.

LA AUTORA

_____, Barco Álava, Leiry Dayana

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Villalva Chamba, Mónica Joselyn

DECLARO

QUE:

El Trabajo de Titulación, Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023.

LA AUTORA

_____, Villalva Chamba, Mónica Joselyn

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, Barco Álava, Leiry Dayana

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, les agradezco a mi familia que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y nunca abandonarlos”.

Agradecerles a todos mis compañeros los cuales muchos de ellos se han convertido en mis amigos, cómplices y hermanos. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas.

Por último, agradecer a la universidad que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título. Agradezco a cada directivo por su trabajo y por su gestión, sin lo cual no estarían las bases ni las condiciones para aprender conocimientos”.

Mónica Villalba

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

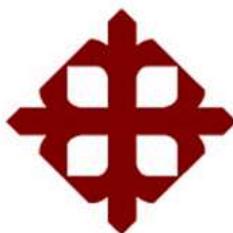
A mi padre , por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tienen en mí.

A mis amigas por su gran objetivo con mucha perseverancia. por demostrarme que podemos ser grandes amigos y compañeros de trabajo a la vez.

A la Licenciada Marcela Riofrio Cruz , Tutora de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Leiry Dayana Barco Alava



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

LCDA HIDALGO SILVIA PHD
OPONENTE

ÍNDICE

Resumen	XIII
Introducción	2
Capitulo i	4
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivo general:	8
1.4.2. Objetivos específicos:.....	8
2.1 antecedentes de la investigación	9
2.2.1. Características del paciente crítico.....	10
2.2.2. Perfil del paciente con riesgo de caídas	10
2.2.3. Riesgo de caídas en las unidades de cuidados intensivos (uci)	11
2.2.4. Factores de riesgo	12
2.2.5. Consecuencias de las caídas.....	15
2.2.6. Valoración del riesgo de caídas	16
2.2.7. Escala morse valoración del riesgo de caídas	17
2.3 marco legal	24
3.1. Diseño de la investigación	26
3.1.1. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos.....	26
3.1.3. Técnica de procesamiento y análisis de datos	26
3.2. Operacionalización de variables	28
3.3. Presentación y análisis de resultados	30
Discusión	43
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
Referencias	48
Anexos	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras N° 1. Edad.....	30
Figuras N° 2. Sexo.....	31
Figuras N° 3. Días de hospitalización	32
Figuras N° 4. Etnia.....	33
Figuras N° 5. Residencia	34
Figuras N° 6. Antecedentes patológicos	35
Figuras N° 7. Nivel de riesgo de caídas según escala de Morse.....	36
Figuras N° 8. Parámetros de Escala de Morse	37
Figuras N° 9. Ayuda para la deambulaci3n.....	38
Figuras N° 10. Equilibrio/traslado.....	39
Figuras N° 11. Estado mental	40
Figuras N° 12. Medidas de prevenci3n por parte del personal de salud para riesgo de caídas.....	41

INDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1. Aprobaci3n del tema por parte de la UCSG.....	51
Anexo N° 2. Autorizaci3n del Hospital Guasmo Sur	52

RESUMEN

Las caídas de los pacientes durante su hospitalización, se perfila como uno de los eventos adversos que más daño causan a la persona de manera directa, presentan secuelas y discapacidades. La Frecuencia de caídas de los pacientes en áreas críticas es lo que nos motivó a realizar esta investigación para disminuir las tasas por lo que formulamos el siguiente **Objetivo.-** Determinar el riesgo de caídas en pacientes adultos ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología.-** Es un estudio de tipo descriptivo, Enfoque Cuantitativo, retro prospectivo , de corte transversal, se tomó una muestra de 100 pacientes críticos, se utilizó como instrumento la escala Morse. **Resultados.-** el 39% de los pacientes adultos jóvenes entre 19 y 30 años 58% ,sexo hombres 45% ,1y2 meses de hospitalización con el 94% etnia mestizos 44% ,en relación a las patologías preexistentes shock séptico 44%, según la escala Morse: presentó antecedentes de caídas previas, colocación de barandales elevados en el 88% . **Conclusiones.-** el riesgo de caídas en pacientes fue en adultos jóvenes de sexo masculino, hospitalizados durante 2 meses que no colocaban los barandales. **Discusión.-** las medidas preventivas estuvieron mas enfocadas en el accionar del personal de salud de forma grupal, sin embargo, en otros estudios afirman la mejor opción son acciones individuales del personal de salud.

Palabras Claves: Caídas, Riesgo, Paciente Crítico, Escala Morse

ABSTRACT

The falls of patients during their hospitalization, is emerging as one of the adverse events that cause the most damage to the person directly, presenting sequelae and disabilities. The frequency of falls of patients in critical areas is what motivated us to carry out this research to reduce the rates of this event and we formulated the following **Objective**.- Determine the risk of falls in adult patients admitted to the critical care area of a hospital. hospital of the city of Guayaquil. **Methodology**.- It is a descriptive study, Quantitative Approach, retro-prospective and Prospective, cross-sectional, a sample of 100 critical patients was taken, the Morse scale was used as an instrument. **Results**.- 39% of the young adult patients between 19 and 30 years old 58%, male sex 45%, 1 and 2 months of hospitalization with 94% mestizo ethnicity 44%, in relation to pre-existing pathologies had arterial hypertension (septic shock). , according to the Morse scale: presented a history of previous falls, placement of raised handrails in 88% . **Conclusions**. - The risk of falls in patients was in young male adults, hospitalized for 2 months who did not place the handrails. Discussion. - The preventive measures were more focused on the actions of the health personnel in a group manner, however, in other studies they state that the best option is individual actions of the health personnel.

Keywords: Falls, Risk, Patient, Critical, Morse Scale

INTRODUCCIÓN

Los eventos relacionados con la seguridad del paciente se definen como los daños, lesiones o complicaciones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad o proceso nosológico en sí, se puede considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión de los pilares básicos del estado de bienestar. Entre estos están la caída como uno de los que más causa consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas que provocan de forma directa al paciente e indirectas a sus familias y a las instituciones de salud. Sin embargo, se las considera evitables por lo que su prevención es un aspecto tratado frecuentemente en la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (1).

Internacionalmente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. En Ecuador, En 2016 el Ministerio de Salud Pública, señaló que la seguridad del paciente debe ser la prioridad en los servicios de salud y que la prevención de las caídas de los pacientes debe ser asumida por la institución hospitalaria (2). La magnitud de este problema ha preocupado a organizaciones, instituciones y profesionales, debido a las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas que causan a los pacientes, sus familias y a las instituciones de salud.

En las Unidades de cuidados críticos es frecuente que los pacientes reciban medicamentos analgésicos o sedantes potentes, reciben tratamientos invasivos que les dificultan la amplitud de movimientos , por lo tanto, estos pacientes podrían encontrarse con un nivel de riesgo mayor que otros de menor complejidad, con respecto a las caídas. El personal de salud y en especial el de Enfermería está vinculado estrechamente con el cuidado del paciente y la prevención de las mismas en el área hospitalaria (2).

Está generalmente aceptado que las caídas son el resultado de factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores intrínsecos son aquellos relacionados al paciente, mientras que los extrínsecos son los relacionados con el entorno. En las unidades hospitalarias los enfermeros se centran en los factores

intrínsecos realizando turnos para asegurarse de que el paciente tenga todo lo que necesita y aportando asistencia rutinaria en el aseo, con especial hincapié en aquellos con fármacos sedantes, analgésicos o diuréticos. **(3)**

Las caídas de los pacientes presentan gastos económicos para sus familiares y para la institución donde se encuentran ingresados ya que, aumentan el tiempo de hospitalización, reducen la calidad de vida. La prevención de caídas requiere un enfoque multidisciplinario para crear un entorno seguro para el paciente y reducir las lesiones relacionadas con las caídas (3). Las lesiones graves se encuentran entre los 10 eventos que deben vigilarse incluidos en la base de datos de vigilancia de eventos de la Joint Commission (3).

En relación a la observación del elevado índice de pacientes que presentaban caídas en una área crítica de un hospital de la ciudad de Guayaquil se realiza el siguiente estudio para que existan bases científicas actualizadas y profundizar acerca del riesgo de caídas que le conlleva a complicaciones secundarias y de esta forma informar a las autoridades pertinentes de las diferentes áreas de salud hospitalaria, ministerial y distrital de la problemática que presentan los pacientes que están totalmente dependientes del personal profesional y de apoyo de enfermería que la falta de personal profesional de enfermería conlleva a que no se pueda realizar una atención eficaz para prevenir las caídas y disminuir las tasas de este evento (2).

En el presente estudio desde la línea de investigación de Salud pública se pretende abordar el tema de riesgo de caídas en pacientes críticos, con la finalidad de determinar el nivel de riesgo y recomendar acciones que promuevan su prevención.

CAPITULO I

1.1. Planteamiento Del Problema

Las caídas de los pacientes durante su hospitalización, se perfila como uno de los eventos adversos que más daño causan a la persona de manera directa, como pueden ser secuelas y discapacidades. Se conoce que los accidentes por caídas en pacientes durante la hospitalización se presentan con frecuencia y puede llegar al 50%; por ese motivo, su prevención es esencial para disminuir las tasas de este evento; además, es una acción necesaria para la seguridad de los pacientes (4).

Según la OMS aproximadamente el 30% de las caídas ocasiona lesión y entre el 4% y el 6% genera daño serio, incluyendo fracturas, lesiones en la cabeza. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, las mayores tasas de mortalidad son por esta causa (5).

Se calcula que anualmente fallecen en todo el mundo unas 684 000 personas que más de un 80% de ellas se registran en países de ingresos medianos y bajos. Los mayores de 60 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos (2).

Un estudio sobre personas de Tsai encontró que la cama del paciente era la zona de mayor prevalencia de lesiones por caídas: el 83% que presentan en su estudio se produjo en ese lugar. La tasa fue en los hombres (55%) y en las mujeres (45%). Las caídas de los hombres pueden deberse a comportamientos de riesgo (3).

Los factores intrínsecos en UCI están más relacionados con la desorientación de los pacientes, que ocurre rápidamente en adultos críticos tras el ingreso. En cambio, los factores extrínsecos relacionados con las caídas están menos

relacionadas con el uso de pasamanos o de luz y parece que lleva mayor peso la cantidad de maquinaria, cableado y equipamiento que dificulta la creciente movilidad del paciente (4). Cabe mencionar que en base a observaciones realizadas en las prácticas pre profesionales en las unidades críticas existen varios de estos factores antes mencionados, en ocasiones las medidas preventivas se obvian debido a que la mayoría de los pacientes se encuentran bajo efectos de sedantes, es entonces que el personal asume que por estar en estado comatoso el riesgo de caídas es mínimo.

La gran mayoría de la literatura publicada trata las caídas de los pacientes ingresados en los servicios de hospitalización, por lo que el conocimiento general de caídas será incluido en este trabajo de titulación con aplicaciones para que sean útiles en unidades críticas. Sin embargo, es un tema que hay que seguir estudiando, dado que, no hay mucha bibliografía acerca de la problemática en las unidades críticas.

A fin de que exista efectividad en las prácticas preventivas de caídas de los pacientes hospitalizados, es necesario que las enfermeras tengan conocimiento sobre las caídas y su prevención. Así mismo, es preciso que cultiven actitudes positivas en relación con las prácticas preventiva (5). La preparación de las enfermeras y un programa de prevención de caídas son esenciales para prevenirlas. Este estudio analiza las responsabilidades y las intervenciones prácticas basadas en la evidencia que las enfermeras pueden implementar para la prevención de caídas **(5)**.

La siguiente investigación corresponde a la línea de salud y bienestar humano sub línea salud pública. El siguiente estudio se realiza por la observación del elevado número de pacientes que presentaban caídas en una área crítica de un hospital de la ciudad de Guayaquil, donde no existe información ni datos estadísticos de esta problemática, ya que el riesgo de caídas ocasiona complicaciones secundarias en relación a ello formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Críticos de un hospital de Guayaquil?

1.2. Preguntas De Investigación

- ¿Existe riesgo de caídas en pacientes adultos ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son características demográficas presentan los pacientes adultos con riesgo de caídas ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué parámetros valora la escala de Morse en los pacientes con riesgo de caídas ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué medidas preventivas emplea el personal de salud para evitar el riesgo de caídas en los pacientes adultos ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil?

1.3. Justificación

Las caídas pueden ocurrir a cualquier nivel de complejidad de atención sanitaria, las condiciones propias de los usuarios propician a que la Unidad de Cuidados críticos no esté exenta de aquello. Es de saberse que en las unidades de cuidados críticos los pacientes presentan varios factores contributivos para que se den las caídas, por lo cual, este estudio permitirá la recopilación de información fidedigna que servirá para elaborar estrategias de intervención eficaz y oportuna en dicho servicio con la finalidad de tomar las medidas preventivas necesarias, mejorando las acciones de Enfermería al intentar disminuir el número de caídas.

La necesidad de investigar acerca del riesgo de caídas es de gran relevancia, debido a que este evento genera repercusión negativa en el paciente, involucrando el aumento de los días de hospitalización, así como el incremento de los recursos financieros tanto para el paciente como para las entidades prestadoras de servicios de salud. Por ellos, es importante que se conozcan las medidas que realiza el personal de salud con respecto a la prevención de caídas, y de esta manera brindar un cuidado integral al paciente, durante su proceso de hospitalización.

El siguiente estudio se realiza por la observación del elevado número de pacientes que presentaban caídas en una área crítica de un hospital de la ciudad de Guayaquil, donde no existe información científica ni datos estadísticos de esta problemática, ya que como consecuencia del riesgo de caídas estas ocasiona complicaciones secundarias que hasta pueden conllevar a la muerte

Por otro lado, los costos económicos son considerables: el costo medio para el sistema de salud de cada traumatismo de una persona de 65 años o más causado por una caída es de US\$ 3611 en Finlandia y de US\$ 1049 en Australia. De acuerdo con los datos obtenidos en Canadá, las estrategias preventivas eficaces permiten reducir en un 20% la incidencia de las caídas de los niños menores de 10 años, con un ahorro neto de más de US\$ 120 millones al año. Por lo tanto, es relevante reforzar las acciones y las responsabilidades de enfermería en cuanto a este tema (3).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General:

- Determinar el riesgo de caídas en pacientes adultos ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar demográficamente a los pacientes adultos con riesgo de caídas ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil
- Valorar mediante los parámetros de la escala de Morse el riesgo de caídas en los pacientes adultos ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil
- Determinar las medidas preventivas que emplea el personal de salud para evitar el riesgo de caídas en los pacientes adultos ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

CAPITULO II

2.1 Antecedentes De La Investigación

Akarama Koldo, en su investigación acerca de riesgo de caídas en los pacientes críticos ingresados en cuidados intensivos, menciona que la incidencia de las caídas aumenta con la edad produciendo un incremento de la morbilidad, mortalidad y el uso de los servicios sanitarios. La forma más adecuada de prevenir e identificar sus factores parece ser la evaluación del riesgo de caída en el ingreso mediante una escala, por ello en su estudio presentaron la propuesta de adaptar una escala al paciente crítico.

Para la adecuada selección de intervenciones preventivas es primordial la identificación de los pacientes de riesgo, para así planificar y ejecutar las intervenciones y por tanto, reducir el riesgo de caída. La mayoría de la literatura publicada trata la prevención de caídas en pacientes geriátricos, al igual que ocurre con los protocolos de las terapias restrictivas, por lo que es preciso continuar estudiando estos temas en el área de los cuidados intensivos (6).

Según Pinela Requena, Ericka Evelyn, Vera Tabares, Mildred Eduvi, en su investigación acerca de **“Evaluación del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil”**, cuyo objetivo fue evaluar el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados y en el que utilizó una metodología observacional descriptiva, cuantitativa y transversal, menciona que el 100 % de los pacientes mayores de 60 años presentan alto riesgo de caída, seguido de los adultos jóvenes y mediana edad con el 83-85%. Además, el 68% de las mujeres son más propensas a sufrir tal eventualidad y el 65% presentó una estancia hospitalaria > 8 días. En el 61% los pacientes hospitalizados la deambulación se encuentra alterada relacionándolo con el hecho que en su mayoría utiliza dispositivos para deambular, seguida del 37% con una deambulación débil; el 78% requiere ayuda para caminar y/o utiliza un dispositivo para hacerlo. En conclusión, los pacientes hospitalizados tienen algún riesgo de sufrir caída de acuerdo a la escala de Morse (7).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1. Características del paciente crítico

Definición.- La enfermedad constituye un proceso de alteraciones fisiopatológicas que, en ocasiones, puede conducir a la muerte; la enfermedad crítica, objeto de la Medicina Intensiva, por su parte, responde a la agudización de este, con alteraciones que afectan de forma severa la función de distintos órganos **(8)**.

El cuadro clínico requiere de monitorización y tratamiento continuado como paciente en estado de gravedad persistente y en riesgo momentáneo o continuo de fallecer o de deterioro de su calidad de vida **(8)**.

La medicina intensiva o medicina crítica es la rama que se ocupa del paciente en estado crítico, que se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación **(8)**.

Por lo tanto, hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico:

- 1) Enfermedad grave.
- 2) Potencial de revertir la enfermedad.
- 3) Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos.
- 4) Necesidad de un área tecnificada (UCI).

La población de enfermos candidatos a ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos se selecciona de manera variable dentro de cada institución, dependiendo de las características de esta, pero suele incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes, la necesidad de refuerzo terapéutico y los resultados medidos como supervivencia y calidad de vida posterior **(8)**.

2.2.2. Perfil del paciente con riesgo de caídas

El perfil del paciente con riesgo de caídas se ha asociado con los siguientes criterios:

- Toda persona con movilidad limitada.
- Alteración del estado de consciencia mental o cognitivo.
- Necesidades especiales de aseo.
- Déficit sensorial.
- Antecedentes de caídas
- Medicación de riesgo.
- Edad adulto joven y adulto mayor de 65 años **(9)**.

2.2.3. Riesgo de caídas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

La seguridad es una asistencia sanitaria cada vez más compleja, tal es su trascendencia que la seguridad de los pacientes se ha convertido en una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. Las caídas de pacientes son el sexto evento más notificado de las base de datos de Sucesos Centinela de la Joint Comission, por ello viene englobada como el indicador N° 90 de la calidad del enfermo crítico. Dicho documento recalca que es un evento evitable y que la utilización de protocolos relacionados con la seguridad del enfermo y medidas de restricción puede disminuir su incidencia (6) .

Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud (10).

La gran mayoría de la literatura publicada trata las caídas de los pacientes ingresados en unidades médicas y quirúrgicas, por lo que el conocimiento general de caídas será incluido en este artículo con aplicaciones para que sean útiles en unidades críticas. También cabe destacar que existen lagunas relacionadas con las caídas en la bibliografía, por lo que es un tema a seguir estudiando (6).

Tradicionalmente las caídas han sido clasificadas en 3 subgrupos que en orden de frecuencia son: caídas fisiológicas previstas, caídas accidentales y caídas fisiológicas no previstas.

2.2.4. Factores de riesgo

Los factores intrínsecos en UCI están más relacionados con la desorientación de los pacientes, que ocurre rápidamente en adultos críticos tras el ingreso. En cambio, los factores extrínsecos relacionados con las caídas están menos relacionadas con el uso de pasamanos o de luz y parece que lleva mayor peso la cantidad de maquinaria, cableado y equipamiento que dificulta la creciente movilidad del paciente (6).

Las caídas son producto de la combinación de varios factores, los cuales pueden ser intrínsecos (con relación a la persona) y extrínsecos (con relación al ambiente) (11).

Para obtener un ambiente libre de riesgos deben considerarse acciones preventivas para minimizar los factores riesgosos, los cuales pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Los primeros comprenden las características propias de la persona y los segundos se refieren al entorno hospitalario (12).

Son factores de riesgo para caídas:

- Dificultad para levantarse de la silla.
- Existencia de barreras arquitectónicas.
- Actividades de riesgo.
- Edad de 75 años o más.
- Sexo femenino.
- Problemas visuales.
- Fármacos (hipotensores y psicofármacos).
- Enfermedades crónicas: neurológicas, osteoarticulares, musculares.
- Inmovilidad.
- Epidemiología: Antecedentes de caídas (aproximadamente el 75% de los adultos mayores que se caen, sufrirán una nueva caída en los siguientes seis meses).

Factores de riesgo extrínsecos:

- Cama.
- Habitación.
- Baño.

- Utensilios personales.
- Infraestructura.
- Personal: es insuficiente.
- Gestión: No cumplimiento del protocolo Índice de ocupación del servicio o unidad.
- Duración de la estancia (19 días o más).
- Momento del día (cuando la capacidad observacional es baja, como, por ejemplo: la ducha, durante las comidas o fuera de los horarios de visita).

En diferentes instituciones se ha observado que la prevalencia de factores de riesgo está dirigida a la infraestructura, ya que son ambientes desconocidos para el paciente e inciden negativamente en su deambulaci3n, implica adaptarse a mobiliarios diferentes y genera una gran dependencia para resolver sus necesidades b3sicas. Por su incidencia, destacan los factores relacionados con los dispositivos de seguridad. Los barandales de las camas proporcionan a los pacientes una barra segura para desplazarse de un lado a otro e indudablemente evitar una ca3da; sin embargo, en el paciente desorientado pueden aumentar el grado de ansiedad y agitaci3n.

Los pacientes con dolor, con necesidad de ir al ba3o o ansiedad, intentan saltar o salir por la parte inferior de la cama; cualquiera de estos intentos puede terminar en ca3da. Algunos estudios reportan que las ca3das se suscitaron por el uso inadecuado de barandales y de silla de ruedas.

La ausencia de barras de apoyo de seguridad en el ba3o y limitaci3n en el espacio f3sico son otros factores coadyuvantes para las ca3das.

Tambi3n se han reportado como factores extr3nsecos la iluminaci3n insuficiente, suelos deslizantes, mojados o irregulares; sillas y mobiliario en mal estado; acceso dif3cil al timbre de llamada o al ba3o, tipo de calzado y pijama.

En cuanto a la gesti3n hospitalaria, el 80% de las ca3das tienen como causas principales la falta de orientaci3n y entrenamiento a los pacientes, as3 como la falta de comunicaci3n en m3s de 60% de los casos; las estad3sticas de

caídas reportaron como causa principal la inadecuada valoración del paciente, seguida por la orientación y la capacitación.

En este contexto, se destaca el rol preponderante del personal de enfermería en la prevención. En cuanto al acompañamiento y lugar de ocurrencia, estudios identifican que el número de caídas ocurre con mayor frecuencia en compañía de un familiar y en la habitación del paciente, especialmente desde la cama. Otro factor sobresaliente es la ausencia de un registro sistematizado de reporte de eventos adversos, así como un programa de prevención de caídas.

Factores de riesgo intrínsecos:

- Eliminación.
- Medicación.
- Historia anterior de caídas.
- Estado cognitivo.
- Déficit sensorio-perceptivos.
- Estado físico dependencia, movilidad.
- Dificultades en la comprensión **(11)**.

Factores intrínsecos. Los factores inherentes al paciente que intervienen para sufrir una caída en el ambiente hospitalario son diversos; sin embargo, existen algunos que se presentan con mayor frecuencia. En cuanto al estado clínico, las alteraciones neurológicas, cardíacas, respiratorias, metabólicas y mentales, fueron los factores intrínsecos que más incidieron en las caídas de los pacientes. Algunos estudios sugieren que los pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva, o bien, de una enfermedad de medicina general, neoplasia o accidente cerebrovascular, pueden tener un mayor riesgo de caerse.

Los pacientes con estado emocional alterado tienen un riesgo potencial de sufrir caídas, tal y como sucede con la ansiedad, la excitación, la desvalorización, las tendencias suicidas, la depresión, la presencia de somnolencia, el sopor, el estupor, las alteraciones de la memoria o la conducta, la incapacidad para comprender o cumplir las indicaciones y con los pacientes reacios a solicitar ayuda. La alteración del estado cognitivo es el

factor más comúnmente identificado en pacientes hospitalizados que sufren caídas; esta situación se ha descrito como confusión o desorientación, pero la memoria limitada o la incomprensión también pueden aumentar el riesgo de caída en un paciente. Otro factor que está fuertemente asociado con las caídas intrahospitalarias es la deambulación; diversas investigaciones muestran que los problemas en la movilidad y la deambulación fueron las causas que propiciaron 74 y 65% de las caídas, respectivamente.

Existen también patrones de marcha característicos de determinados procesos patológicos que influyen en la incidencia de este accidente, como en la enfermedad de Parkinson, el evento vasculocerebral, las mielopatías, entre otros. Por otra parte, existe una correlación directa entre el número de fármacos ingeridos y la predisposición a caer, de tal forma que a partir de cuatro fármacos el riesgo se incrementa. Los hipotensores, diuréticos, antiarrítmicos y los psicofármacos, son los más frecuentemente encontrados como responsables (11).

Las benzodiazepinas, fundamentalmente las de vida media larga, son también factores predisponentes. Los neurolépticos, principalmente los clásicos, pueden condicionar caídas por la producción de parkinsonismo farmacológico, efectos anticolinérgicos cardiovasculares o sedación excesiva. Los antidepresivos tricíclicos pueden también presentar efectos secundarios anticolinérgicos y ser causa predisponente de caídas (11).

Medición del riesgo: Para la medición del riesgo de caídas utilizamos como herramientas las escalas, las que nos permiten identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas, identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente y revisar la historia de caídas con el paciente y la familia (11).

2.2.5. Consecuencias de las caídas

Las caídas de pacientes no solo aumentan la duración de la estancia y los costes de la atención médica del paciente; también pueden desencadenar demandas judiciales que derivan en pagos millonarios a causa de las lesiones causadas al paciente. Desde 2008, los centros de servicios de Medicare y Medicaid ya no indemnizan por las enfermedades nosocomiales que prolongan la estancia hospitalaria. Ahora son los hospitales quienes acarrean

con aquellos costes médicos adicionales debidos a las lesiones causadas a los pacientes, provocadas por caídas que se considera que podían haberse evitado o que “nunca” debían haberse producido (3).

Desde 2009, la base de datos de vigilancia de eventos de la Joint Commission recibió 465 informes relacionados con lesiones que se produjeron principalmente en hospitales. Las caídas relacionadas con lesiones graves se encuentran entre los 10 eventos que deben vigilarse incluidos en la base de datos de vigilancia de eventos de la Joint Commission. Puesto que los desafíos son enormes, los hospitales, las enfermeras y otros profesionales sanitarios están obligados a asegurarse de que existe un programa efectivo de prevención de caídas para prevenir caídas hospitalarias (3).

Las caídas pueden tener consecuencias, tales como lesiones, fracturas, incapacidades funcionales, pérdida de la independencia, ingreso en instituciones sanitarias, e incluso la muerte. El tratamiento tras la caída puede ocasionar costos elevados para los servicios de salud en términos de utilización de recursos y de ocupación de camas hospitalarias.

Además, la caída puede acarrear sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares, debido a la restricción de las actividades, dolores, presencia de incapacidad física, o miedo a caer nuevamente, entre otras. A continuación, algunos aspectos que se ven afectados por las caídas (13):

- Aspectos físicos: trauma inmediato, heridas, contusiones, hematomas, fracturas y reducción de la movilidad, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.
- Psicológicos: Temor y ansiedad ante las caídas. Sociales: Familia excesivamente protectora, disminución de las actividades físicas y sociales de los cuidadores (11).
- Económicos: Los requerimientos de hospitalización o contratación de cuidadores por la necesidad de un cuidado aumentan los gastos (11).

2.2.6. Valoración del riesgo de caídas

La valoración del riesgo de caídas es esencial a la hora de establecer medidas preventivas adecuadas a cada persona. En la planificación de actividades de prevención se debe considerar la valoración global del paciente contemplando

cada uno de los factores de riesgo predisponentes. Se considerará que todo paciente por el hecho de ingresar en un hospital tiene factores extrínsecos de riesgo de caída, por consiguiente, deberá realizarse la valoración del riesgo de caídas a todos los pacientes que ingresen en cualquiera de las unidades de hospitalización. Además, se valorará siempre el riesgo de caída relacionado con cada uno de los factores intrínsecos previamente definidos. Se realizará una nueva valoración siempre que se modifique el estado del paciente a lo largo de su estadía hospitalario (14).

Escala de valoración del riesgo de caídas

Es en la valoración inicial donde identificamos todos los factores de riesgo relacionados con caídas. Una estrategia para minimizar su incidencia, es el uso de escalas de valoración que identifiquen los pacientes con riesgo de caídas, pero debemos tener en cuenta que ninguna escala contempla todos los posibles factores de riesgo (14).

Escala de Morse: La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída (14).

2.2.7. Escala MORSE valoración del riesgo de caídas

La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída. Se desarrolló en 1989 en un hospital de agudos con 1200 camas que incluía a su vez menos de 200 camas de larga estancia para pacientes geriátricos.

La escala MORSE se compone de 6 ítems: antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses (máximo 25 puntos), diagnósticos secundarios (máximo 15 puntos), ayudas para la deambulación (máximo 30 puntos), vía endovenosa (máximo 20 puntos), equilibrio/traslado (máximo 20 puntos), y el estado mental/conciencia (máximo 15 puntos).

El nivel de riesgo de caídas se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 6 ítems. Si la puntuación final es inferior a 25 se considera que no existe riesgo de caídas; si la puntuación final se sitúa entre 25 y 50 puntos se establece que el paciente presenta un riesgo bajo de caídas; y la puntuación total es superior a 50 puntos se considera que existe un riesgo alto de caídas.

La escala MORSE se compone de 6 ítems: antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses (máximo 25 puntos), diagnósticos secundarios

VARIABLES		PUNTAJE
1. CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	25
2. COMORBILIDADES	No	0
	Si	15
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Bastón / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
4. VENOCLISIS	No	0
	Si	20
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
6. ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobreestima u olvida sus limitaciones	15
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO		<input type="text"/>
Riesgo	Puntaje	Acción
 Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
 Medio	25 a 50	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
 Alto	mayor a 50	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

(máximo 15 puntos), ayudas para la deambulación (máximo 30 puntos), vía endovenosa (máximo 20 puntos), equilibrio/traslado (máximo 20 puntos), y el estado mental/conciencia (máximo 15 puntos) (15).

Figura 1. Escala MORSE para valoración de riesgo de caídas

El nivel de riesgo de caídas se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 6 ítems. Si la puntuación final es inferior a 25 se considera que no

existe riesgo de caídas; si la puntuación final se sitúa entre 25 y 50 puntos se establece que el paciente presenta un riesgo bajo de caídas; y la puntuación total es superior a 50 puntos se considera que existe un riesgo alto de caídas **(15)**.

Los puntajes se asignan de acuerdo a las siguientes definiciones:

1. Antecedentes de caídas recientes:

Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.

Nota: si un paciente se cae por primera vez, entonces su puntaje automáticamente sube a 25. Si el paciente sólo puede caminar apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos **(16)**.

2. Diagnóstico secundario:

Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0 **(16)**.

3. Ayuda para deambular:

Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aun siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos **(16)**.

4. Vía endovenosa:

Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0 **(16)**.

5. MARCHA (Equilibrio y/o traslado):

Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erecta, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos (0) **(16)**.

Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado, pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los brazos de la silla o "tomando IMPULSO"(ej: realizando varios intentos por incorporarse, .La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia) (16).

6. Conciencia - estado mental:

Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente: "¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos (16).

7. Puntuación final y nivel de riesgo:

Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas según el riesgo (16).

Medidas preventivas que emplea el personal de salud para evitar el riesgo de caídas en los pacientes adultos

Para llevar a cabo una prevención eficaz de las caídas debemos abordarlas de manera multidisciplinar. Por lo tanto, deberemos identificar las causas y los

factores de riesgo y actuar sobre ellos, disminuyéndolos o eliminándolos en la medida de lo posible.

Una de ellas es la información para los pacientes con indicaciones sobre quién tiene más riesgos y cómo evitar las caídas en el centro hospitalario es una muestra de ello.

El riesgo de sufrir una caída aumenta cuando:

- Falta fuerza o se siente debilidad en piernas o brazos
- Se toma determinada medicación o después de una sedación o anestesia
- Hay problemas de urgencia o incontinencia para ir al baño
- Se han sufrido caídas previas

Recomendaciones para evitar caídas en pacientes hospitalizados

- Cuando se mueva en el hospital, tómese su tiempo.
- Incorpore la cama antes de levantarse.
- Tenga cerca los elementos de soporte: andadores, muletas, bastones...
- Deje a su alcance lo necesario: teléfono, gafas, mando tv, cuña, timbre, interruptor de la luz.
- Llame al timbre para pedir ayuda: avise a enfermería si tiene problemas para moverse o se siente inestable al caminar o se levanta por primera vez.
- Siéntese en el borde en la cama 5 minutos antes de levantarse y no se levante rápido.
- En el caso de poder deambular, use calzado adecuado: utilice calzado cerrado, antideslizante y evite caminar descalzo o solo con calcetines.
- Utilice los elementos de apoyo necesarios.
- Hay medicaciones que aumentan el riesgo de caídas: antihipertensivos, diuréticos, sedantes, anestésicos, laxantes... Siga las recomendaciones de enfermería.
- Realizar un buen seguimiento del estado de salud y el control de la medicación del paciente

- En caso de que el paciente presente alteración en el sensorio o cambio en su estado clínico se debe valorar nuevamente el nivel de riesgo de caídas y modificar el tratamiento o aplicar medidas de sujeción, siempre y cuando el caso lo amerite.
- Es muy importante que los profesionales “no vayan con prisas”, no dejen a los residentes solos y que presten atención a lo que hacen 18.
- Además, se puede reforzar las medidas siguientes medidas de prevención:

Iluminación

- Buena iluminación en general (evitar áreas mal iluminadas)
- Tener interruptores cerca de las puertas y de la cama, que estén accesibles
- Se aconseja la instalación de “luces nocturnas”, que son pequeños pilotos que se encienden durante la noche.

Las enfermeras del equipo de cuidados pueden desempeñar un papel importante en la prestación de procedimientos basados en la evidencia para la prevención de caídas con estos procedimientos.

Ronda horaria.

Los pacientes hospitalizados dependen de la disponibilidad de enfermeras. Evaluar a los pacientes cada hora ayuda a que estos se sientan más seguros y menos aprehensivos. Realizar una ronda cada hora para atender las necesidades de los pacientes teniendo en cuenta estos cuatro términos (dolor, orinal, posición y pertenencias) compromete a los pacientes en su cuidado. Los objetivos de estos cuatro términos son prevenir las caídas del paciente y las lesiones por presión, asegurarse de que se ayuda al paciente a ir al baño, de que este no se levanta sin supervisión, de que se le ayuda cuando cambia de posición en la cama, y de que se evalúa el nivel de dolor y tiene fácil acceso a pertenencias, como el sistema para pedir ayuda, el agua y la ropa²³. Preguntar sobre las necesidades de los pacientes les da a estos la oportunidad de expresar sus preocupaciones sin que piensen que están interrumpiendo el trabajo de la enfermera **(3)**.

Medias de Sujeción:

Actualmente no existen estudios que avalen la eficacia de los sistemas de contención en pacientes agudos. La limitación de movimiento predispone al paciente a tener otros eventos adversos como úlceras por presión e incontinencia. Previamente a la indicación de utilizar medidas de contención se debe implementar estrategias para reducir el riesgo que este procedimiento implica. Se recomienda redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas. Otra recomendación es estimular la formación y entrenamiento del personal de salud en alternativas que eviten el uso de las sujeciones. Cuando sea inevitable contener a un paciente, el tipo de dispositivo a utilizar debe permitir asegurar su dignidad y será determinada de acuerdo a la condición clínica del paciente. Debe cumplir con las siguientes características (17):

- Eficiente para prevenir el daño y lo menos restrictiva posible.
- Fácil de liberar por el equipo de salud en caso de una emergencia.
- Debe cumplir con el objetivo de protección, se utilizará una contención que impida que el paciente se levante de la cama (17).

2.3 Marco Legal

Constitución de la República

La Constitución de la República tiene su base en el Art. 32 que se refiere a la atención de la ciudadanía y a la oferta de calidad, calidez y eficiencia de los servicios sanitarios, proporcionados por los establecimientos adscritos al Ministerio de Salud Pública, quienes tienen relación a su vez con la consecución de los objetivos del Buen Vivir, que fueron estipulados a raíz de la elaboración del texto constitucional del año 2008. Constitución de la República del Ecuador.

Art. 359.- Que la de la misma Constitución ordena: "El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social".

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- de la Ley Orgánica de Salud los numerales 24 y 25 determina que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud públicos y privados con y sin fines de lucros y demás sujetos a control sanitario, regular ejecutar los procesos de licenciamiento y calificación; y el establecer las normas para la acreditación de los Servicios de Salud (18).

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (18).

Art. 53.- Las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deberán incorporar sistemas de medición de satisfacción de las

personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y reparación. El Estado responderá civilmente por los daños y perjuicios causados a las personas por negligencia y descuido en la atención de los Servicios públicos que estén a su cargo, y por la carencia de servicios que hayan sido pagados (18).

Art. 202.- Constituye infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de:

- a) Inobservancia, en el cumplimiento de las normas;
- b) Impericia, en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia;
- c) Imprudencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión del cuidado o diligencia exigible; y,
- d) Negligencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión o demora injustificada en su obligación profesional (18).

Plan Nacional de Desarrollo

Ante la ocurrencia de un evento adverso, el personal de la Dirección de Monitoreo de Evento Adversos, comunicará a las Autoridades nacionales de acuerdo a la siguiente priorización de llamadas y correos:

Digitador(a) de turno de Monitoreo de Eventos Adversos; o Director(a) de Monitoreo de Eventos Adversos

Director(a) de Monitoreo de Eventos Adversos; o secretario(a) de Gestión de Riesgos o Subsecretario(a) de Preparación y Respuesta ante Eventos Adversos.

CAPITULO III

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Nivel: Descriptivo

Método: Cuantitativo.

Según el tiempo: Prospectivo

Según el período y la secuencia del estudio: Transversal

Población: 150 pacientes críticos

Criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes pertenecientes a la Unidad de Cuidados Críticos

b) Criterios de exclusión

- Pacientes pediátricos
- Pacientes que se hayan negado a participar en el estudio

3.1.1. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Técnica:

- Guía de observación directa / Encuestas .
- Cuestionario de preguntas : Escala de Morse / Guía de observación directa

Instrumentos:

El instrumento está conformado por una encuesta, la misma que consta con ítems que recogen datos demográficos de los pacientes, para evaluar el riesgo de caídas se utiliza la escala de Morse (validada) como guía de observación indirecta, dado que, que se recoge los datos de las historias clínicas. Además, se realiza una guía de observación de directa para verificar que medidas preventivas realiza el personal de salud de la unidad de cuidados críticos.

3.1.3. Técnica de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos obtenidos se lo realizó a través del procesamiento de base de datos y análisis a través de la estadística

descriptiva con la herramienta informática del Microsoft Excel. Para realizar esta investigación se entregó un oficio a las autoridades de la institución, departamento de docencia e investigación para conseguir la autorización para acceder a los datos de las historias clínicas y revisar el nivel de riesgo de caídas que presentaron los pacientes. La investigación se llevó a cabo con un formulario de recolección de datos. El orden de la logística estuvo estructurado de la siguiente manera:

- Selección y aprobación del tema.
- Solicitud de autorización institucional para la recolección de datos.
- Labor de campo (guía de observación directa aplicada al personal de Enfermería).
- Presentación del Informe final.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable general: Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos.

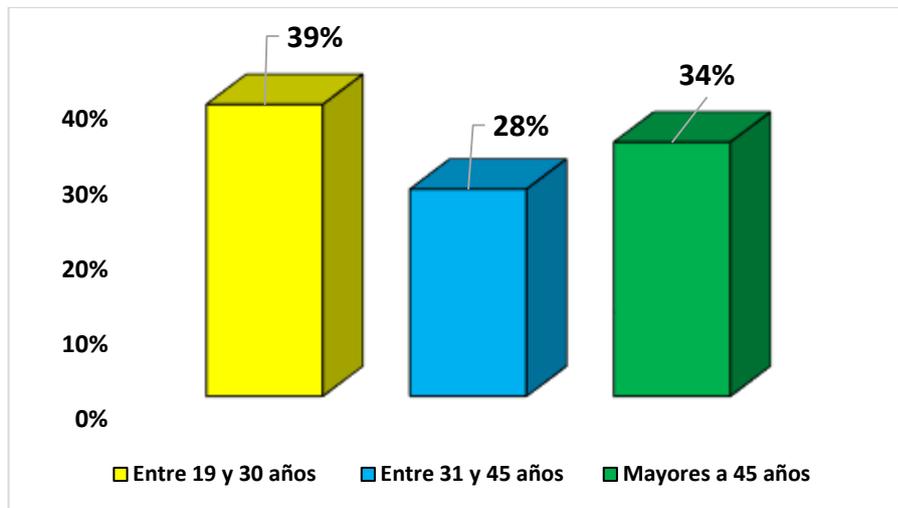
Dimensión	Indicadores	Escala
Características sociodemográficas de los pacientes	Edad	Entre 19 y 30 años Entre 31 y 45 años Mayores a 45 años
	Sexo	Hombre Mujer
	Días de hospitalización	1-15 días 16- 30 días 1 a 2 meses
	Etnia	Blanco Mestizo Afro descendiente Indígena
	Residencia	Urbana Rural
	Antecedentes patológicos	Cáncer Diabetes mellitus Hipertensión arterial Otros
Valoración mediante los parámetros de la escala de Morse	Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses.	Sin riesgo (< 24) Riesgo bajo (25- 50) Riesgo alto (>50)
	Diagnóstico secundario	
	Catéteres IV/vía heparinizada	
	Ayuda para la deambulaci3n	
	Equilibrio/traslado	
	Estado mental	

Dimensión	Indicadores	Escala
Medidas de prevención por el personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> – Identifica al paciente – Coloca barandales elevados – Comunicación adecuada con el paciente para evitar caídas (si procede) – Verifica en cada turno que la cama esté en posición baja y con el freno puesto. – Camillas con los frenos adecuados – Respuesta inmediata al llamado del paciente – Coloca al alcance del paciente los objetos de uso personal – Educación al paciente y su familia – Registra de la educación para la prevención de caídas – Promueve el uso del timbre de llamada e intercomunicador – Fomenta buena iluminación en el entorno del paciente 	<p style="text-align: center;">Realiza No realiza</p>

3.3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Características demográficas de los pacientes

Gráfico N° 1. Edad



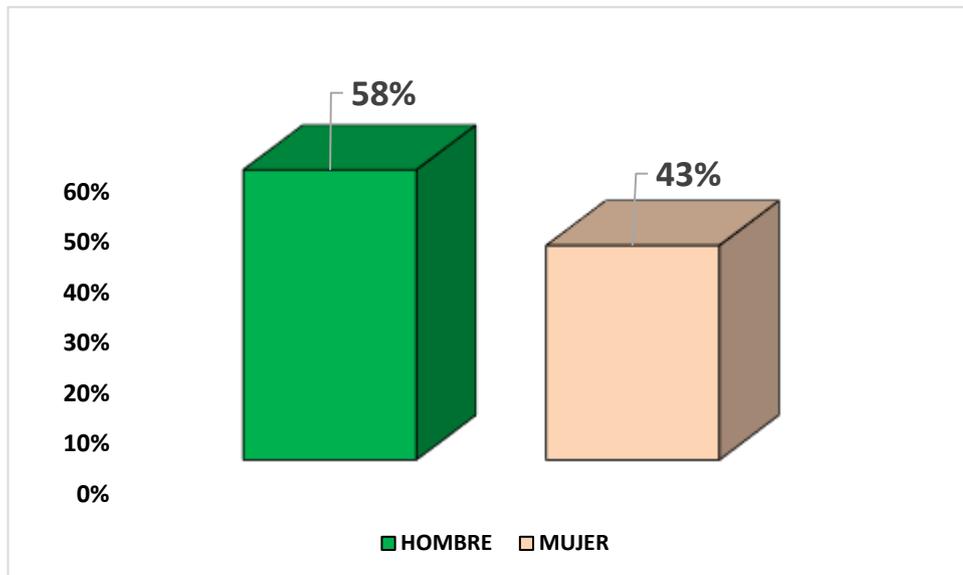
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaboración propia

Análisis:

Dentro de la población estudiada se puede apreciar que entre los rangos de edades de los pacientes no hay gran diferencia, sin embargo, se tiene que la mayor frecuencia es en los adultos jóvenes que están entre los 19 y 30 años de edad con el 39%.

Gráfico N° 2. Sexo

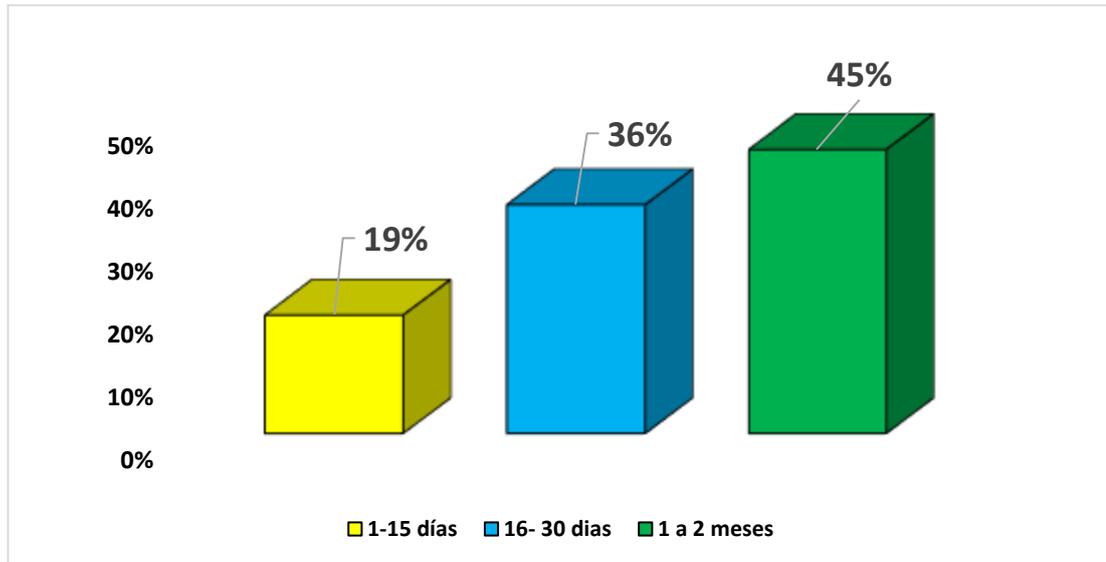


Fuente: Instrumento de recolección de datos
Elaboración propia

Análisis:

Con respecto al sexo de los pacientes se tiene que dentro de la población estudiada hay una tendencia de los varones, sin embargo, los separa una diferencia de 15% entre ambos sexos. Cabe indicar que el mayor riesgo de caídas se presentó en la población de sexo masculino.

Gráfico N° 3. Días de hospitalización



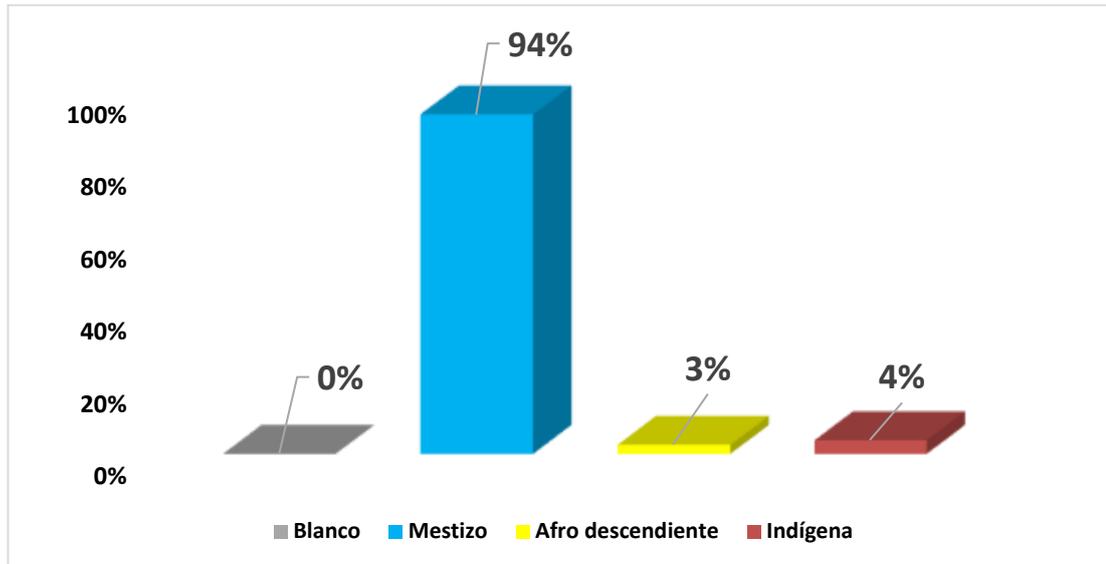
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaboración propia

Análisis:

Con respecto a los días de hospitalización, se tiene que la mayor parte de los pacientes estuvo entre a 1 a 2 meses, dato importante, dado que, a mayor número de días algunos pacientes pueden presentar afectación en la orientación aumentando su riesgo de caídas. Sólo el 19% estuvo menos de 15 días. La estancia hospitalaria por lo general influye en la orientación en tiempo espacio y persona de los pacientes, por lo cual, se puede decir que a mayor número de días de hospitalización mayor riesgo de caídas.

Gráfico N° 4. Etnia



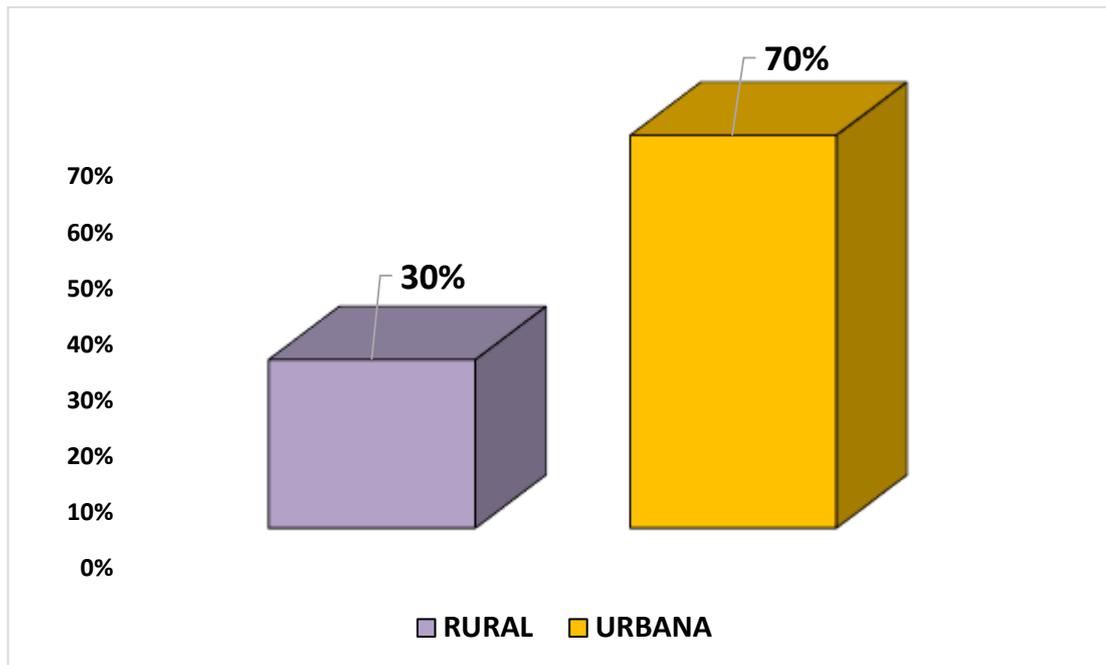
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaboración propia

Análisis:

Dentro de la población estudiada se tuvieron pacientes de varias etnias, la más frecuente fue la mestiza con el 94%, sin embargo, un 7% fueron de afrodescendientes o indígenas. En algunos casos la etnia de los pacientes influye en la comunicación y por ende en la comprensión, dado que, las poblaciones nativas emplean otro idioma como el Quechua y se dificulta educar a los familiares acerca de las medidas preventivas de caídas en los pacientes.

Gráfico N° 5. Residencia

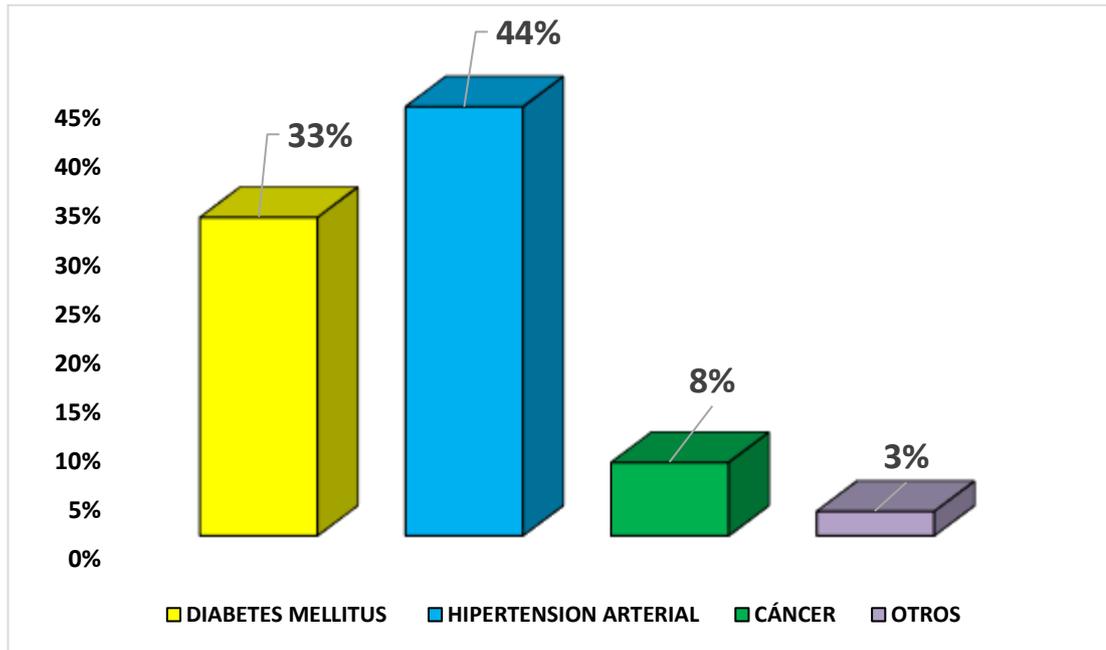


Fuente: Instrumento de recolección de datos
Elaboración propia

Análisis:

Con respecto a la procedencia o residencia de los pacientes , se tiene que la mayor cantidad pertenece a la zona urbana, específicamente a la ciudad de Guayaquil, cabe indicar que el 30% proviene de zonas rurales. En el caso de los pacientes que viven en zona rural, el acompañamiento del familiar es escaso y el abandono podría significar un factor de riesgo para las caídas

Gráfico N° 6. Antecedentes patológicos

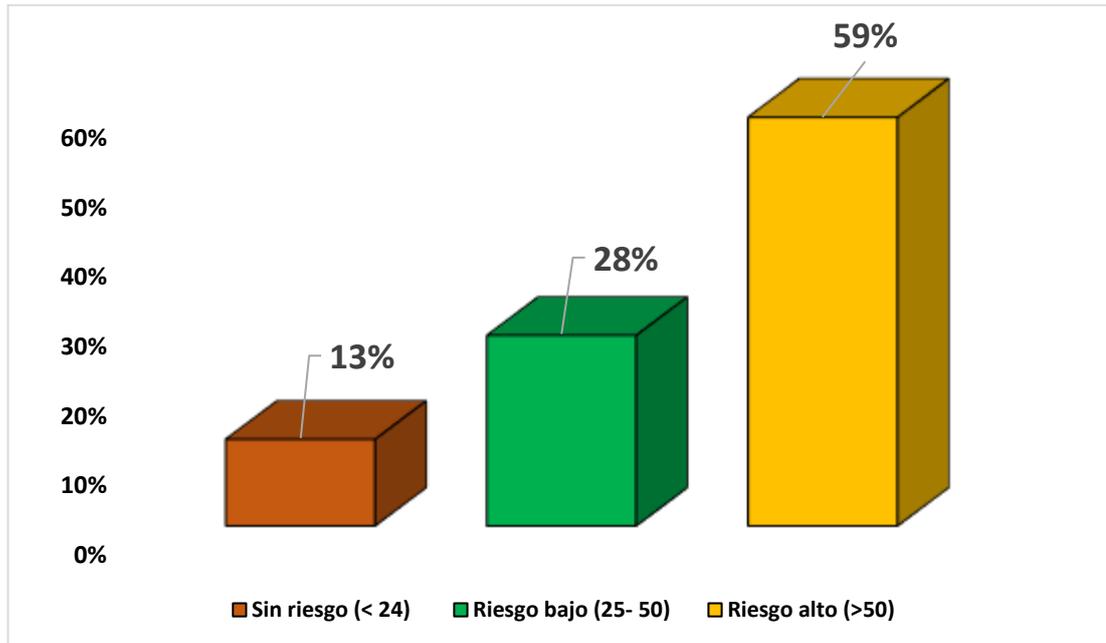


Fuente: Instrumento de recolección de datos
Elaboración propia

Análisis:

En relación a los pacientes que presentaron mayor riesgo de caídas y los antecedentes patológicos, se obtuvo que un 44% tenía como preexistencia hipertensión arterial, seguido de un 33% con diabetes mellitus, solo un 8% tenía cáncer. El 3% presentó otras patologías, dicho porcentaje se lo considera irrelevante dentro del estudio. Los problemas cardiovasculares, pero tienen gran influencia sobre los eventos cerebro vasculares, y estos últimos conducen a deterioro cognitivo y de la movilidad lo cual aumenta el riesgo de sufrir caídas en el entorno hospitalario.

Gráfico N° 7. Nivel de riesgo de caídas según escala de Morse



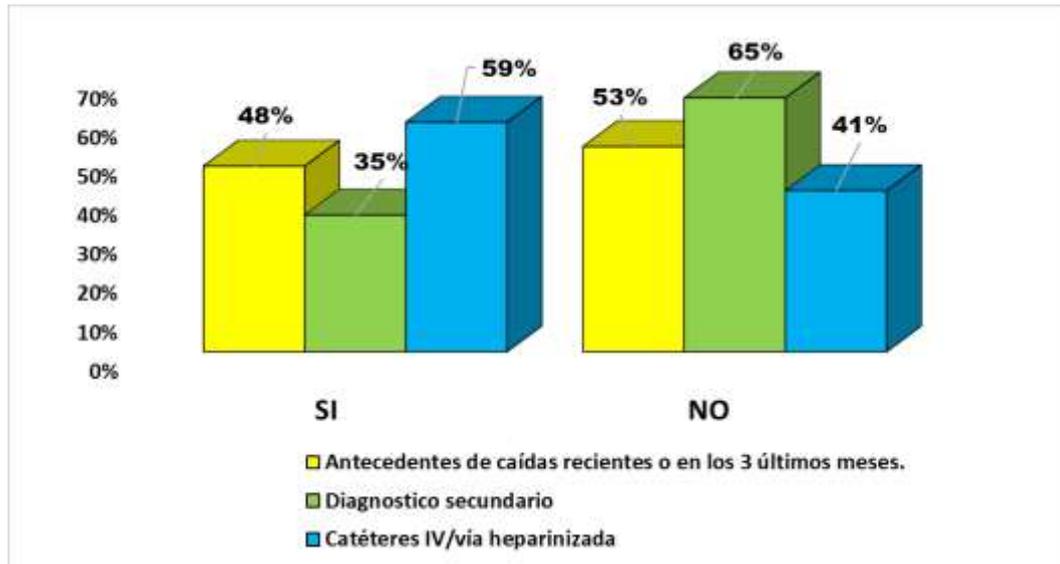
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaboración propia

Análisis:

Las intervenciones para la reducción de caídas pueden ser múltiples pero todas ellas requieren una evaluación de incidencias de caídas. Un proceso muy utilizado para la prevención de caídas es la evaluación de riesgo de caídas de los pacientes, el centro Nacional Americano de La Seguridad del paciente recomienda que se utilicen la escala de caídas Morse y la evaluación de riesgo de caídas de Heindrich, utilizando STRATIFY solo en los pacientes agitados (6). El 59% presentó riesgo alto de caídas, cabe resaltar que no todos los pacientes estaban con sedo analgesia, algunos de ellos estaban despiertos, orientados y se movilizaban autónomamente, es así, que el 13% estuvo sin riesgo de caídas.

Gráfico N° 8. Parámetros de Escala de Morse



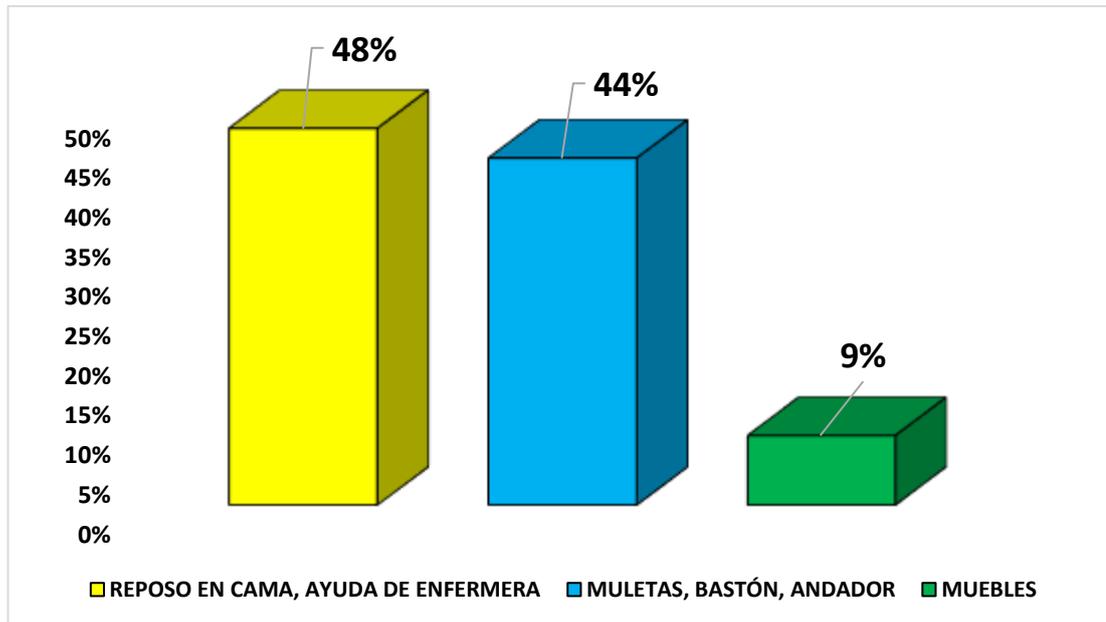
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaboración propia

Análisis:

Dentro de la población en estudio los pacientes con diagnóstico secundario no presentaron caídas en un 65%, mientras que si presentaron caídas los que portaban catéteres intravenosos o vías heparinizadas con el 59 %, no tuvieron antecedentes de caídas en los últimos tres meses con el 53% , y en 48% si presentaron caídas en los últimos tres meses, no presentaron caídas en un 41% con catéteres vías heparinizados y en 35% con diagnostico secundario si presentaron caídas.

Gráfico N° 9. Ayuda para la deambulaci3n



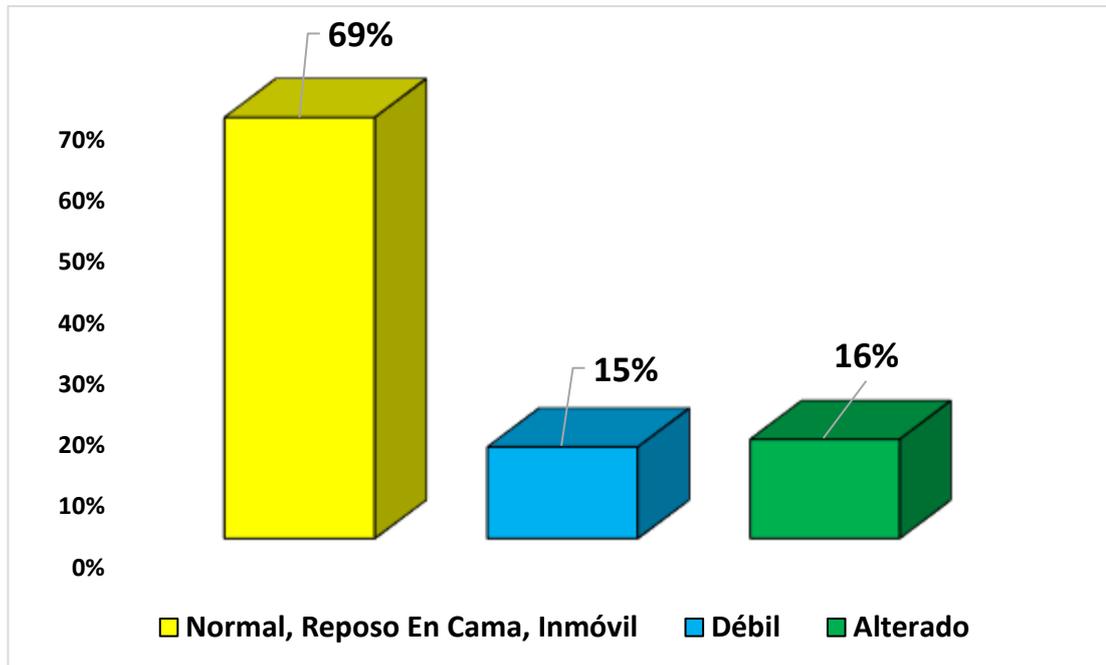
Fuente: Instrumento de recolecci3n de datos

Elaboraci3n propia

Análisis:

Con respecto al ítem de ayuda para deambulaci3n se tiene el 48% de estos pacientes requiere de la ayuda de enfermería debido a que est3n encamados e incluso con sedantes, seguido del 44% que por mejorías en su evoluci3n requiere de bastones o andadores para poder deambular. En la Unidad de cuidados intensivos la mayor parte de los pacientes permanecen en cama debido a su estado crítico, lo cual, en algunas escalas de valoraci3n lo dan como un factor protector ante el riesgo de caídas.

Gráfico N° 10. Equilibrio/traslado

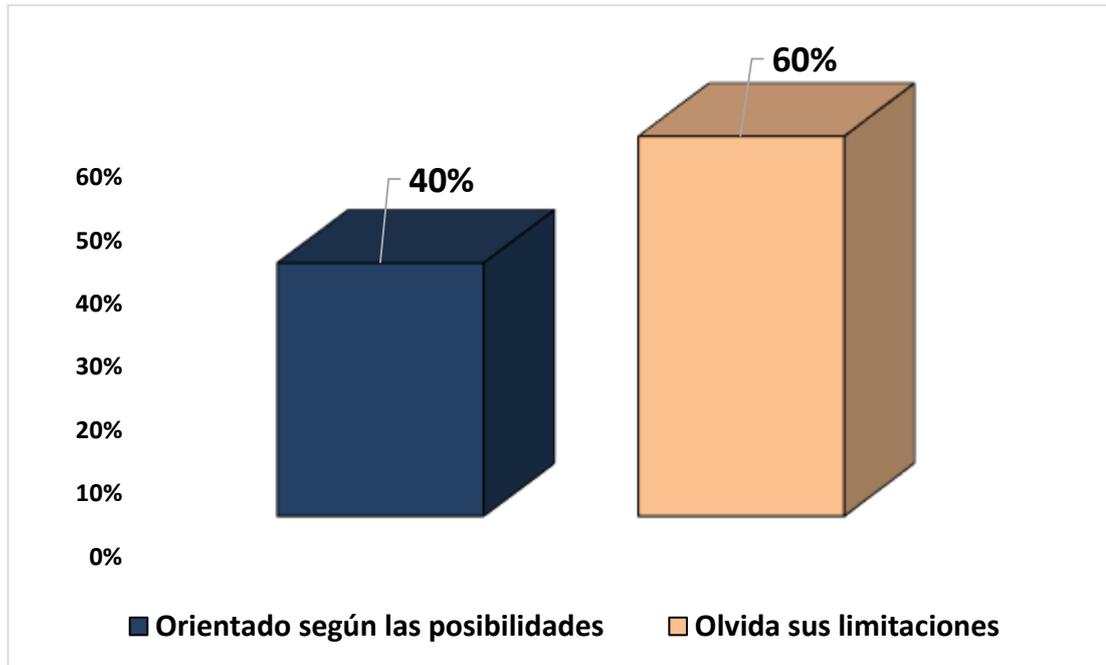


Fuente: Instrumento de recolección de datos
Elaboración propia

Análisis:

Según lo observado en la población en estudio con respecto al ítem de equilibrio/traslado el 69% de los pacientes se encontraba con reposo en cama o inmóvil. Esto se da con frecuencia en los pacientes de unidades críticas debido a los sedantes que en ocasiones son suministrados como parte del tratamiento, sin embargo, mientras el paciente se encuentra sedado el riesgo disminuye, caso contrario cuando están en destete del sedante, puesto que, en este caso los pacientes tienden a sufrir caídas debido a que su orientación se altera.

Gráfico N° 11. Estado mental



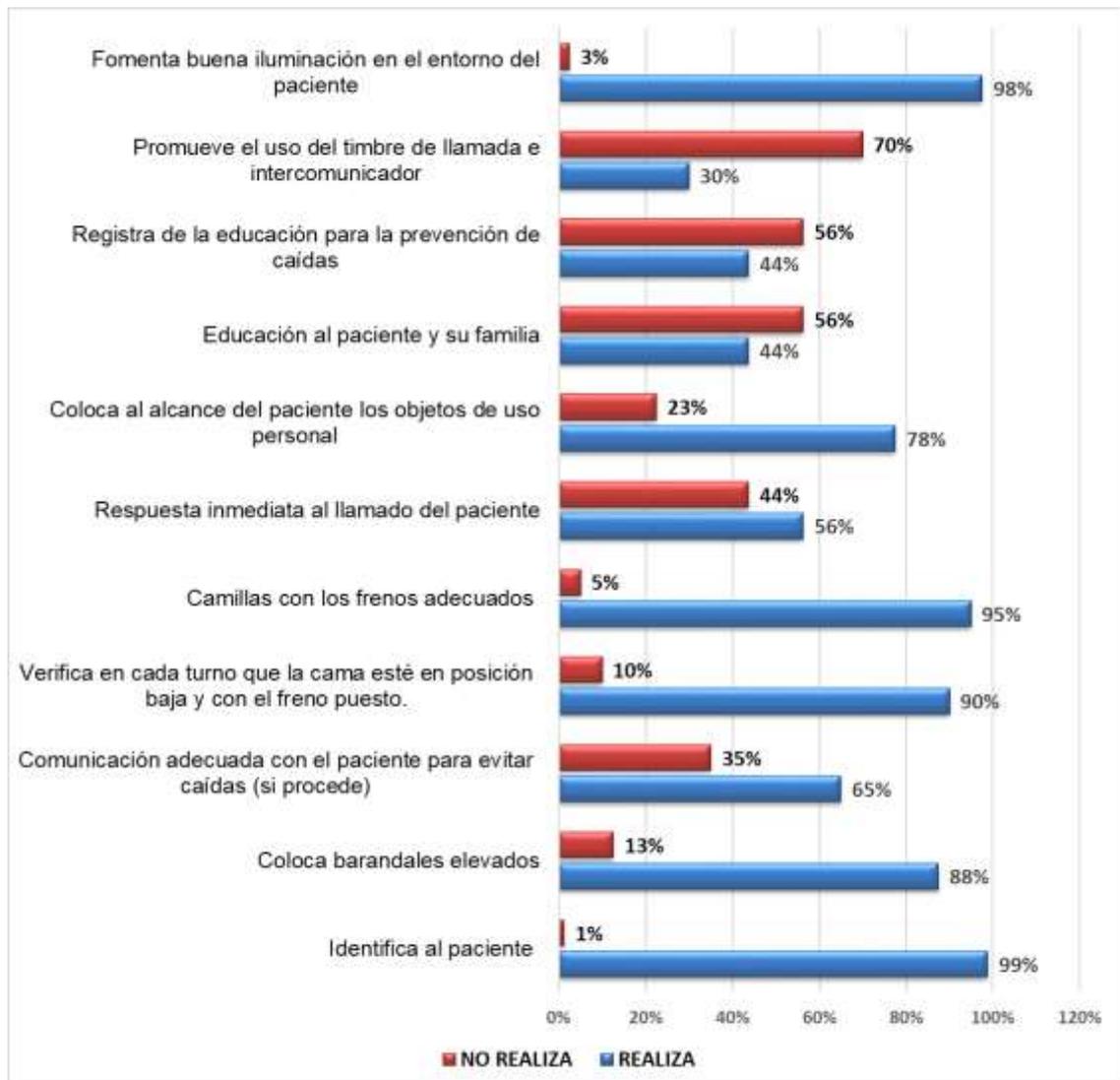
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaboración propia

Análisis:

Según el apartado de estado mental se tiene que el 60% de los pacientes incluidos en el estudio presenta olvido en cuanto a sus limitaciones, esto se produce debido a la gran cantidad de días de hospitalización y sobre todo al deterioro de la consciencia. Morse en su escala determina 0 para aquellos pacientes que están conscientes y 15 para aquellos que están inconscientes. El estado mental es un factor fundamental en la prevención de caídas, dado que, si el paciente no está consciente de sus limitaciones puede intentar moverse como de costumbre

Gráfico N° 12. Medidas de prevención por parte del personal de salud para riesgo de caídas



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaboración propia

Análisis:

Las medidas preventivas que realiza el personal de salud se obtuvieron los siguientes datos, en el 98% de los casos observados se cuenta con buena iluminación debido a que en las unidades críticas rara vez se apagan las luces; un 94% no evita que el paciente transite por suelos deslizantes, esto se da porque en la uci los pacientes muy poco deambulan, en el 70% de los casos no se cuenta con timbre para el llamado o están averiados. Según datos de los familiares un 56% informa que no se le da educación acerca de cómo prevenir caídas en su paciente. El 78% coloca los objetos cerca del paciente, éstos están por lo general dentro de un mismo cubículo. En el 56% de los

casos el personal de salud acude con prontitud ante el llamado del paciente, no siempre se puede acudir de manera inmediata, dado que, suelen estar ocupados con otros pacientes y en ocasiones no se cuenta con el personal necesario.

En el caso de los pacientes que se pueden sentar en silla de ruedas se tuvo que un 75% tenían el dispositivo cerca de la cama, esto disminuye el traslado del paciente y por ende el riesgo de caída. Casi en su totalidad los cubículos están libres de mobiliario innecesario, se usa de manera adecuada el freno de las sillas de ruedas y en el 90% de los casos la cama está en la posición más baja y con el freno puesto.

DISCUSIÓN

Características sociodemográficas de los pacientes

Según Ballesteros Plata, en su estudio **“Valoración del riesgo de caídas en el paciente crítico”, en el 2019, menciona** la media de edad de los pacientes estudiados fue de 61 años, 67% hombres, frente al 33% de mujeres **(19)**.

En otro estudio relacionado con el mismo tema , Arakama, Koldo, **“Prevención de caídas en pacientes críticos: seguridad”, en el 2018,** menciona que la edad de riesgo de caídas empieza a los 60 años, el mayor porcentaje de caídas (58%) se encuentra entre la franja de edad de los 70 hasta los 99 años de edad. Hay una tendencia de las mujeres ha sufrir mayor número de caídas, y la edad de mayor riesgo se encuentra entre los 80-89 años (6) .

Al relacionarlo con nuestro estudio se puede deducir que las caídas son más frecuentes en mujeres y en adultos mayores, sin embargo, en nuestro estudio hay ciertas diferencias en cuanto al rango de edad, donde la mayoría eran adultos jóvenes que están entre los 19 y 30 años de edad con el 39%, 58% varones, además el 45% estuvo de 1 a 2 meses, fue la mestiza con el 94%, 70% zona urbana, patología más frecuente fue la hipertensión arterial con el 44%.

Valoración de los parámetros a los pacientes con riesgo de caídas en cuidados críticos mediante la escala de Morse.

Ballesteros Plata, en su estudio **“Valoración del riesgo de caídas en el paciente crítico”, en el 2019, determinó que** el 87% de la muestra presentó un riesgo alto de sufrir caídas. Respecto a los factores de riesgo que contempla la escala de valoración: El 18% de los sujetos habían sufrido alguna caída previa. El 96% estaba tomando algún medicamento que puede contribuir al riesgo de caídas. El 40% padecía algún déficit sensorial. El estado mental del 53% era confuso. Solo en el 2% la deambulacion podía ser segura. ¿A pesar del elevado riesgo de caídas en el paciente crítico, la incidencia de las mismas es muy baja. Uno de los motivos que pueden contribuir es la reducida movilidad; sólo en el 27% de los sujetos de la muestra

era posible la sedestación, frente al 73% restante, que permanecían encamados (19) .

Asi mismo , Arakama, Koldo , en su investigación acerca de **“Prevención de caídas en pacientes críticos: seguridad”, en el 2018**, Los pacientes derivados de una UCI médica cayeron con una tasa de caídas de 52.9 caídas por cada 1000 pacientes, les siguen las UCI neurológicas, donde la tasa es de 40.1 por cada 1000 pacientes. La incidencia de caídas en aquellos que procedían de una UCI quirúrgica y coronaria era considerablemente menor, 15.6 caídas por cada 1000 pacientes (6).

En nuestro estudio dichas cifras presentan cierta similitud , dado que, 59% de los pacientes críticos presentó riesgo alto de caídas.

Medidas de prevención del personal de salud

En el estudio de Laguna-Parras, Juan Manuel, acerca de **“Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas” en el 2020**, menciona que las actividades que no han demostrado efectividad en la reducción de las caídas son elaborar un plan de cuidados en grupo, intervención multifactorial, vigilancia del paciente por vídeo y/o monitores, intervención de las cuidadoras, intervención de fisioterapeutas, sistemas de detención e identificar las restricciones de las actividades por miedo a caer. Muchos artículos citan que las diferentes intervenciones deberían ser individuales y no colectivas, para ser más efectiva en la actividad. Pese a la preocupación sobre este tema y las diferentes medidas abarcadas para reducirlas, éstas no han tenido una suficiente efectividad (20).

En otro estudio de Vanessa Alves, acerca de **“Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones”, en el 2019**, afirma que según las estrategias más utilizadas se puede citar la educación del paciente/acompañante, principalmente en la realidad brasileña, en que el paciente hospitalizado, en la mayoría de las veces, tiene la presencia del acompañante. Acciones como orientar a no levantarse de la cama solo y alertar sobre el riesgo de caídas relacionado al uso de sedativo, anestésico y diagnóstico médico, son importantes, pues

incentivan pacientes y acompañantes a asumir un papel proactivo en el cuidar (21).

En nuestro estudio se pudo determinar que las medidas preventivas estuvieron más enfocadas en el accionar del personal de salud y el mobiliario, siendo así, que el 98% de los casos observados se cuenta con buena iluminación debido a que en las unidades críticas rara vez se apagan las luces, en el 70% de los casos no se cuenta con timbre para el llamado o están averiados. Según datos de los familiares un 56% informa que no se le da educación acerca de cómo prevenir caídas en su paciente. El 78% coloca los objetos cerca del paciente, 95% de las veces se observó las camillas o camas con el freno adecuado. Estos datos tienen concordancia con los de Alves y Laguna-Parra, donde afirman que las intervenciones colectivas no tienen mejor efectividad que las individuales, por lo cual, es preciso mejorar la capacitación en el personal de salud y reforzar el aspecto responsabilidad de cada uno de los miembros.

CONCLUSIONES

- En relación al riesgo de caídas en pacientes adultos ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil se presentó más en el sexo masculino, adultos jóvenes menores de 30 años hospitalizados de 1 a 2 meses, lo cual influye sobre su orientación en tiempo espacio y persona, eran de la zona urbana de etnia mestiza y presentaron con mayor frecuencia hipertensión arterial como enfermedad preexistente.
- Según los parámetros de la escala Morse, más del 50% de los pacientes no tenían antecedentes de caídas recientes, hubo tendencia en cuanto la presencia de un diagnóstico secundario y las dos terceras partes tenían colocado una vía intravenosa para la administración de medicamentos. Además, se encontraron en mayor frecuencia pacientes con reposo en cama y que para deambular requerían de dispositivos como muletas o andadores, de acuerdo al estado mental gran parte de ellos olvida sus limitaciones.
- De acuerdo a las medidas preventivas que aplica el personal de salud para prevenir las caídas en sus pacientes se halló que fomentan la buena iluminación debido a que en las unidades críticas rara vez se apagan las luces, los pacientes críticos muy poco deambulan, sin embargo, evitan que los pacientes transiten por superficies deslizantes y colocan más cerca de los mismos sus objetos personales. Por otro lado, se encontraron insuficiencias en cuanto a la educación a los pacientes y familiares sobre prevención de caídas, en la mitad de los casos el personal no logra acudir con prontitud al llamado de los pacientes debido a que se encuentra ocupado atendiendo a otro enfermo.
- Entre las medidas preventivas relacionadas con el mobiliario se puede decir que se cuenta con iluminación adecuada, las camillas tienen los frenos en buen estado, se usa correctamente los frenos de las sillas de ruedas, se verifica que

la cama esté a la menor altura posible, sin embargo, una cuarta parte de los casos no se coloca la silla de ruedas cercana a la cama.

RECOMENDACIONES

Se recomienda hacer estudios acerca de la enfermedad preexistente, dado que, la población abordada presentó hipertensión arterial, por lo cual, se sugiere a las entidades de salud pública realizar prevención acerca de esta patología.

Se sugiere en la medida de lo posible se brinde educación a los pacientes y familiares acerca de las medidas preventivas para caídas, sobre todo en los que se encuentren orientados en tiempo espacio y persona.

Por otro lado, se recomienda aumentar el número de personal de Enfermería en dicha área con la finalidad que se dé una atención personalizada y se disminuyan los tiempos de espera cuando el paciente solicita asistencia. Además, se sugiere implementar la vigilancia de los cubículos por medio de cámaras de video con el fin de evitar no solo caídas sino demás eventos relacionados con la seguridad del paciente.

Se recomienda la capacitación y evaluación constante del personal de Salud en cuanto a prevención de caídas, con la finalidad de mejorar la calidad de atención. **(20)**.

REFERENCIAS

1. Cairo C. Metodología para la protocolización de enfermería en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Revista cubana de Enfermería. [Online].; 2020 [cited 2022 junio 20. Available from: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2570/389>.
2. Delgado J, Forero M, Mejía P. Intervenciones de Enfermería en pacientes hospitalizados con riesgos de caídas. Revisión sistemática. Universidad de Santander. [Online].; 2018 [cited 2022 junio 15. Available from: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/390/1/Intervenciones-de-enfermeria-en-pacientes-hospitalizados-con-riesgo-de-caidas-Revision-sistemica.pdf>.
3. Chu RZ. Prevenir las caídas de pacientes hospitalizados: el papel central de la enfermera. [Online].; 2017 [cited 2022 octubre 20. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-prevenir-caidas-pacientes-hospitalizados-el-S0212538217301796#:~:text=encontro-que-la-cama-del,deberse-a-comportamientos-de-riesgo>.
4. Tonial T, Almeida A, Teixeira C. Prácticas de enfermeras en la prevención de caídas de mayores hospitalizados asociadas al conocimiento y actitudes. Revista Scielo. [Online].; 2021 [cited 2022 junio 29. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100012.
5. OMS. <https://www.who.int>. [Online].; 2019 [cited 2022 Enero 19. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
6. Artetxe KA. Prevención de caídas en pacientes críticos: seguridad. Memoria de trabajo de fin de grado. [Online].; 2018 [cited 2023 marzo 10. Available from: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/8048/Grado-Enfermeria-Koldo-Arakama.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. Pinela Requena EE, Vera Tabares ME. Evaluación del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna de un Hospital de Tercer nivel de la Ciudad de Guayaquil. [Online].; 2019 [cited 2023 marzo 25. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/13276/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-554.pdf>.
8. Iraheta EAG. Evolución clínica de los pacientes críticamente enfermos de cuidados intensivos quirúrgicos.. [Online].; 2018 [cited 2023 enero 15. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177623/489-11105862.pdf>.
9. Mgs. Katuska Alvia. Protocolo de Prevención de caídas. [Online].; 2022 [cited 2023 enero 18. Available from: https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/16-control_de_prevenCiOn_de_caidas.pdf.

10. Ministerio de Salud Pública de Colombia. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [Online].; 2020 [cited 2023 enero 12. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>.
11. Hospital General Calderón. Procedimiento de prevención de caídas. [Online].; 2019 [cited 2023 enero 25. Available from: <https://www.hgdc.gob.ec/images/Gestiondecalidad/Procedimientos/2019/HGDC-PROC-PC-Prevencion-de-caidas.pdf>.
12. Olvera-Arreola SS, Hernández-Cantoral A, Arroyo-Lucas S, Nava-Galán MG, Zapien-Vázquez MdlÁ, Pérez-López MT, et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. [Online].; 2017 [cited 2023 marzo 25. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131j.pdf>.
13. Jonas LT, Lima KVD, Soares MI, Mendes MA, Silva JVd, Ribeiro PM. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores. Gerokomos vol.25 no.1 Barcelona. [Online].; 2018 [cited 2023 enero 15. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100004#:~:text=La-caida-puede-tener-consecuencias,sanitarias-e-incluso-la-muerte.
14. Alvia K, Irigoyen B, Zambrano V. Protocolo de prevención de caídas. [Online].; 2022 [cited 2023 marzo 08. Available from: https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/16-control_de_prevenciOn_de_caidas.pdf.
15. Gutiérrez M, Leache L, Saiz LC, Erviti J. Riesgo de caídas en el entorno hospitalario. [Online].; 2021 [cited 2023 marzo 15. Available from: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1B4EFF2E-1BF8-4A2D-AAED-40ECA580E4A/477288/MAPAC_caidas_def.pdf.
16. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de procedimientos de Enfermería. [Online].; 2019 [cited 2023 enero 10. Available from: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/da1_valoracion_riesgo_caidas_01.pdf.
17. Vidal JM. Protocolo de caídas en pacientes hospitalizados. [Online].; 2018 [cited 2023 enero 12. Available from: http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/deptoCalidad/Protocolo_caidas_en_pacientes_hospitalizados_dic_20.pdf.
18. El Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud. [Online].; 2019 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/Ley-Organica-de-Salud4.pdf>.

19. C. BP, A.L. AA, L CL. Valoración del riesgo de caídas en el paciente crítico. [Online].; 2020 [cited 2023 marzo 20. Available from: http://congreso enfermeria.es/libros/2015/salas/sala4/p_941.pdf.
20. Catálogo de Salud. El Hospital.com. [Online].; 2022 [cited 2023 Enero 20. Available from: <https://www.elhospital.com/es/blog/seguridad-del-paciente-en-unidades-de-cuidados-intensivos>.
21. OMS. Caídas, datos y cifras.. [Online].; 2021 [cited 2022 junio 30. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
22. OMS. Seguridad del paciente. [Online].; 2022 [cited 2023 marzo 17. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1.

ANEXOS

Anexo N° 1. Aprobación del tema por parte de la UCSG

 <p>UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL</p>	Guayaquil, 27 de febrero del 2023
 <p>FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS</p>	<p>Señoritas Leiry Dayana Barco Alava Mónica Joselyn Villaiva Chamba Estudiantes de la Carrera de Enfermería Universidad Católica de Santiago de Guayaquil</p>
<p>CARRERAS: Medicina Odontología Enfermería Nutrición, Dietética y Estética Terapia Física</p>	<p>De mis consideraciones:</p> <p>Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: "Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil". Ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Mariana Riofrio Cruz.</p>
 <p>ACREDITACIÓN COMPROMISO DE TODOS</p>	Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.
 <p>CQR COTECNA COMPANIA EJECUTIVA CERTIFICADA</p>	
<p>Certificado No EC SG 2018002043</p>	<p>Lcda. Ángela Mendoza Vincés Directora de la Carrera de Enfermería Universidad Católica de Santiago de Guayaquil</p>
<p>Tel.: 3804600 Ext. 1801-1802 www.ucsg.edu.ec Apartado 09-01- 4671 Guayaquil-Ecuador</p>	Cc: Archivo

Anexo N° 2. Autorización del Hospital Guasmo Sur

Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2023-0182-O

Guayaquil, 27 de marzo de 2023

Asunto: RESPUESTA: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS SOBRE EL TEMA "RIESGOS DE CAIDAS EN PACIENTES ADULTOS, INGRESADOS EN EL AREA DE CUIDADOS CRITICOS EN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUA YAQUIL."

Srta.
Leiry Dayana Barco Alava

Sra.
Monica Joselyn Villalva Chamba
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ8S-HGGS-ADM-SG-2023-0294-E por medio del cual solicita autorización para realizar PROYECTO DE TESIS sobre el tema: "RIESGOS DE CAIDAS EN PACIENTES ADULTOS, INGRESADOS EN EL AREA DE CUIDADOS CRITICOS EN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL."

Por lo antes expuesto y en relación a la documentación entregada con antelación al Departamento de Docencia e Investigación, su solicitud es **FAVORABLE**.

Particular que comunico para fines pertinentes.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Miguel Daniel San Martín Abarca
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR

Referencias:
- MSP-CZ8S-HGGS-ADM-SG-2023-0294-E

Anexos:
- camscanner_03-07-2023_09.23.pdf

Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2023-0182-O

Guayaquil, 27 de marzo de 2023

Copia:

Señor Doctor
Francisco Marcelo Obando Freire
Coordinador de la Gestión de Docencia e Investigación del Hospital General Guasmo Sur

Señora Licenciada
María del Carmen Remache Llongo
Líder de Enfermería en Docencia del Hospital General Guasmo Sur

Señor Magíster
Cesar Jairo Menendez Cevallos
Responsable de la Unidad de Admisiones del Hospital General Guasmo Sur

Señor Magíster
Roberto Omar Ortega Sanchez
Responsable de la Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del Hospital General Guasmo Sur

Señor Doctor
Leonardo Antonio Torres Pincay
Líder de docencia del Hospital General Guasmo Sur

Señorita Doctora
Leidy Merilin Solorzano Lopez
Médico/a General en Funciones Hospitalarias del Hospital General Guasmo Sur

Señor Doctor
Leonardo Ivan Chilan Azua
Director/a Asistencial del Hospital General Guasmo Sur

lt/mm/lc

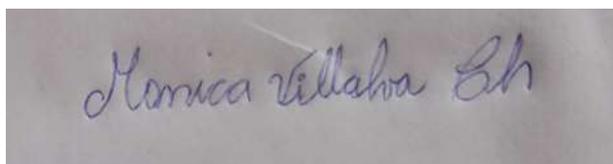
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Villalva Chamba, Mónica Joselyn** con C.C: **0940961253** , autora del trabajo de titulación: **Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de mayo del 2023



f. _____

Nombre: Villalva Chamba, Mónica Joselyn

C.C: 0940961253



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Barco Álava, Leiry Dayana** con C.C: **0951314392** , autora del trabajo de titulación: **Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de mayo del 2023

f. _____

Nombre: Barco Álava, Leiry Dayana

C.C: 0940961253

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Riesgo de caídas en pacientes adultos, ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Barco Alava Leiry Dayana Villalva Chamba Monica joselyn		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lic. Riofrio Cruz Mariana Estela		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Medicina		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada de Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo de 2023	No. DE PÁGINAS:	53
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Publica		
PALABRAS CLAVES:	Caídas, Riesgo, Paciente Crítico, Escala Morse		
RESUMEN:	<p>En relación al riesgo de caídas en pacientes adultos ingresados en el área de cuidados críticos de un hospital de la ciudad de Guayaquil se presentó más en el sexo masculino, adultos jóvenes menores de 30 años hospitalizados de 1 a 2 meses, lo cual influye sobre su orientación en tiempo espacio y persona, eran de la zona urbana de etnia mestiza y presentaron con mayor frecuencia hipertensión arterial como enfermedad preexistente. Según los parámetros de la escala Morse, más del 50% de los pacientes no tenían antecedentes de caídas recientes, hubo tendencia en cuanto la presencia de un diagnóstico secundario y las dos terceras partes tenían colocado una vía intravenosa para la administración de medicamentos. Además, se encontraron en mayor frecuencia pacientes con reposo en cama y que para deambular requerían de dispositivos como muletas o andadores, de acuerdo al estado mental gran parte de ellos olvida sus limitaciones.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:+593-994373369/ 0939353056	E-mail: leirybarco19@gmail.com monica.villalva @cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre:		
	Teléfono: +593-4-993142597		
	E-mail: marthaholguien01cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			