



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA**

CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE POSGRADOS

INVESTIGACIÓN Y CONSULTORIA

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO DE CAÍDAS EN NIÑOS
HOSPITALIZADOS EN EDAD PRESCOLAR**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALIDAD EN

ENFERMERIA PEDIÁTRICA

Presenta:

LETICIA CEBADA ABURTO

ASESOR METODOLÓGICO

ME. PATRICIA MONDRAGÓN ALARCÓN

ASESOR DE CONTENIDO

MTRA. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA

PUEBLA, MEXICO

ABRIL 2015



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen

Un número significativo de pacientes que asisten a instituciones de salud tienen riesgo de caída en cualquier momento de su hospitalización. Cuidar a un paciente con una alteración de su estado de salud durante la aplicación de un tratamiento que involucre su integridad física y psicológica, implica una serie de intervenciones que requieren una previa valoración clínica y la planeación de las acciones de cuidado para la implementación por parte del personal a cargo.

Las actividades que realiza el personal de enfermería deben encaminarse a prevenir una caída, lesiones o complicaciones derivadas de ésta, por lo tanto día a día se hacen observaciones continuas sobre la forma de prevenirlas, mediante la aplicación de protocolos y escalas de riesgo establecidos, entendiendo que el protocolo es un sistema que contempla las actividades autónomas o delegadas que realiza la enfermera en promoción de la salud, tratamiento, re-habilitación y readaptación del paciente hospitalizado en todas las etapas del proceso de atención.

Abstract

A significant number of the patients attending a health care institution are at risk of falls at any moment in the course of their hospital stay. The care of a patient developing an alteration of the health status in the course of a therapy that involves its physical and psychological integrity implies a series of interventions that require a previous clinical evaluation and the planning of actions to be implemented by the personnel in charge.

The activities that are performed by the nursing personnel should be oriented toward the prevention of falls and their associated lesions and/or complications. Therefore, daily observations regarding the manner of preventing falls through the application of protocols and risk scales previously established must be recorded. A protocol is understood in terms of a system that includes the autonomous or delegated activities performed by the nurse regarding health promotion, treatment, rehabilitation, and readaptation of the hospitalized patient in all stages of the hospital stay.

Dedicatoria

Dedico este trabajo con mucho cariño para las personas que formaron parte de este arduo trabajo, principalmente a mis hijas Xóchitl y Diana que durante toda mi trayectoria profesional han estado junto a mi sin reclamar nada, sino al contrario colaborando conjuntamente conmigo para hacer menos duro el tiempo de estudio, por otra parte a mis padres que gracias a Dios les permite ver los triunfos que he tenido y de los cuales estoy segura se sienten orgullosos y por último a ti Javier que eres una persona que durante este tiempo estuvo junto a mi ayudando en tareas sin esperar ni pedir nada a cambio, a todas estas personas reitero mi gran cariño

Agradecimientos

Agradecer a Dios es saber reconocer que sin él todo esto no sería posible, gracias a Dios por la vida y la oportunidad de haber llegado a esta meta, también quiero agradecer a mis profesores que teniendo una gran labor consiguieron transmitir el conocimiento para mejorar la práctica profesional.

Agradezco a mis compañeras Carmen y Gaby, porque siempre trabajando juntas ayudaron en lo que se les solicitaba. Agradezco a la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla porque ha sido parte importante en mi formación profesional. Pero sobre todo un reconocimiento y agradecimiento al paciente pediátrico que fue parte importante para la realización de este trabajo y que sin él el objetivo no sería posible

Índice

	Págs.
Capítulo I	1
Introducción	1
Justificación	2
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Propósito General de Estudio	5
1.2.2 Propósitos específicos	5
1.3 Importancia del Estudio	5
1.4 Marco Conceptual	6
1.5 Estudios Relacionados	10
1.6 Definición de Términos	14
1.7 Hipótesis	15
1.8 Objetivo	16
Capítulo II	21
2.1 Diseño del Estudio	17
2.2 Población, Muestra y Muestreo	17
2.3 Criterios de Inclusión	17
2.4 Criterios de Eliminación	17

2.5	Instrumento de Medición	18
2.6	Procedimiento de Recolección de Datos	18
2.7	Ética del estudio	18
2.8	Estrategia de Análisis	20
Capítulo III		21
3.1	Resultados	21
3.2	Tablas Instrumentos Aplicados	21
3.3	Graficas de Resultados	27
Capítulo IV		37
Anexos		
4.1	Apéndice A	38
Consentimiento Informado		
4.2	Apéndice B	39
Escala de Humpty Dumty		
4.3	Apéndice C	40
Cuestionario para los familiares		
4.4.	Apéndice D	41
Guía de Observación Recursos humanos, Recursos materiales, Recursos H.		

Lista de Figuras

Figura 1	Págs.
Teoría del Cuidado de Kristen M. Swanson	11

Lista de Tablas

Tabla 1

Factores Personales de la Muestra de Estudio

Tabla 2

Variables que se evaluaron en el instrumento de la tabla de Humpty Dumty

Tabla 3

Cuestionario para los familiares

Tabla 4

Guía de Observación

Tabla 5

Cuestionario para el personal de área de escolares

Capítulo I

Introducción

La prevención de caídas está directamente relacionada con la evaluación de los factores de riesgos individuales y a la instauración de las medidas apropiadas de acuerdo al riesgo detectado. Estas se relacionan principalmente con el entorno hospitalario que debe ofrecer las condiciones de seguridad necesarios. Así mismo forma importante de estos acontecimientos la persona encargada de cuidar al niño, en este caso papá, mamá y personal de salud a cargo del paciente. La mayoría de los accidentes ocurren en edades muy extremas (menores de 5 años y mayores de 65 años) y ocurren a causas de hechos, circunstancias y condiciones ambientales que facilitan su ocurrencia, factores que en general son prevenibles.

Las caídas son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario y constituyen un indicador de calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el término caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”. La causa de las caídas es multifactorial y por su elevada frecuencia y sus múltiples complicaciones constituye un importante problema en el área hospitalaria.

Justificación

Las caídas de enfermos ingresados son un hecho real, constituyen un problema de salud por su Repercusión tanto a nivel personal como en costos institucionales. El 5% de las caídas producen lesiones graves como discapacidades, aumento de estancia hospitalaria y complicaciones del pronóstico, acciones diagnósticas y tratamientos adecuados .La mayoría de las caídas de los enfermos son debidas a la convergencia de diversos factores que las favorecen, estado de salud, conducta y actividad del paciente

La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras esté hospitalizado. Por lo anterior se considera que si la persona que cuida al paciente está debidamente informada acerca de las medidas en que se puede contribuir a evitar tales riesgos, disminuirán en gran parte los efectos adversos y centinela que se producen por estos acontecimientos.

Como parte del personal que de alguna u otra manera forma parte del cuidado del niño, considero importante hacer dicho trabajo en un hospital de tercer nivel para contribuir en las medidas estratégicas de acción y prevención.

1.1 Planteamiento del Problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término de caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad, las estadísticas indican que cada año más de un 30% de las personas hospitalizadas sufren una caída, estas cifras pueden ser preocupantes si consideramos las consecuencias en la salud de los niños hospitalizados. (Secretaria de Salud, 2012).

Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424,000 personas a causa de caída y más del 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos, las caídas tienen una frecuencia de tres a 13 veces por cada 1,000 días de hospitalización en el Reino Unido, de los que entre 20 y 30% causan daños físicos, desde lesiones moderadas como hematomas, hasta fracturas (de cadera) o traumatismos craneoencefálicos, la incidencia de muertes en otros países oscila entre .18% (7-9) y .4% (10) y otros hospitales con un 2.2% lo que corresponde a cifras muy bajas respecto a lo reportado mundialmente (Tapia, Salazar & Olivares 2003).

Tamayo, Ochoa, & Arroyo (2011), indican que el 70% de los efectos adversos producto de errores en la atención, deriva en incapacidades temporales y un 14% de ellos en la muerte de los pacientes, además también pueden sufrir afectaciones de carácter social, familiar y emocional.

La Joint Comisión (JC), reporta las caídas como el sexto evento más notificado dentro de los eventos Centinela, lo que indica una carga social, sanitaria, ya que alteran el proceso de recuperación e incrementan la estancia hospitalaria, la recuperación de la salud, gastos familiares o de la propia institución. (Arroyo, Hernández, & Salazar 20012)

Las caídas en pacientes hospitalizados pueden ser reiteradas y tendientes a generar un efecto acumulativo adverso sobre la capacidad de movimiento del individuo, causando periodos de

inmovilidad, complicaciones e incluso la muerte, además, se describe una elevada prevalencia de consecuencias psicosociales como el síndrome pos caída, el miedo, la pérdida de autoestima la disminución cualitativa y cuantitativa para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales, esta incidencia, ha sido considerada un indicador indirecto de la calidad de la atención que presta el personal de una institución de salud. (OMS, 2011).

El Institute of Medicine. Building a Safer Health System. Washington, DC: Nacional Academy Pres, (1999), nos plantea que la seguridad es una dimensión esencial de la calidad asistencial y sin ella aumenta la probabilidad de que otras dimensiones como la efectividad o la satisfacción de los pacientes se vean afectadas negativamente, las caídas están consideradas dentro del grupo de “eventos adversos” que ponen en peligro la seguridad de los mismos, (Olvera, Hernández, arroyo & Nava, 2013).

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. Estos informes ponen de manifiesto la magnitud de los daños o lesiones a los pacientes secundarios a la atención recibida y el gran impacto en la morbilidad general, así como los costos en salud que estos implican.

En el servicio de hospitalización con pacientes de edad preescolar se observa que existen riesgo de caídas que pueden ocasionar eventos adversos como hematomas, traumatismos craneoencefálicos, incluso fractura de cadera y eventos centinela como la muerte.

El personal de enfermería es responsable y tiene como función importante la aplicación de calidad de riesgo de caídas por lo que debe orientar a los cuidadores de los niños (Papás). Sin embargo no se lleva a cabo al 100% la enseñanza así como la aplicación del indicador.

Situación preocupante para solucionar problemas agregados a la hospitalización del niño.

Existen diversos factores que pueden ocasionar riesgos de caídas en el niño, como : la falta de conocimiento de las enfermeras en la aplicación del indicador, exceso de trabajo, así como la existencia de guías prácticas y/o protocolos, planes de cuidados de enfermería, razón por la cual surge la inquietud de determinar los factores relacionados con las caídas mediante la pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de factores de riesgo de caídas, en niños en edad preescolar hospitalizados?.

1.2 Propósito General del estudio

Identificar los factores de riesgo de caídas en niños en edad preescolar, hospitalizados, empleando instrumentos de investigación para identificar necesidades y/o problemas y proponer alternativas de solución que ayudan a disminuir los riesgos de caídas en los niños.

1.2.2 Propósitos Específicos

Identificar el grado de conocimiento que tienen las enfermeras sobre el indicador de calidad en caídas en niños hospitalizados.

Evaluar el riesgo de caídas en niños hospitalizados a través de la aplicación del indicador de calidad en caídas en niños hospitalizados.

Observar la infraestructura, material y equipo adecuado para evitar riesgos de caídas en niños hospitalizados.

1.3 Importancia del estudio

La contribución de este estudio será para identificar los factores de riesgo para la población preescolar, que fortalezca el conocimiento de la disciplina de enfermería basado en la Teoría del Cuidado de Kristen M. Swanson (2012), y se contarán con hallazgos que permitan implementar acciones preventivas tanto en personal de salud, que atiende al niño preescolar como para la educación del cuidador principal para que esté involucrado y sea corresponsable en el cuidado del niño.

1.4. Marco Conceptual

Este estudio se sustentó en la teoría del cuidado de Kristen M. Swanson (2012), (Figura 1). Swanson, lo que más deseaba como enfermera principiante era convertirse en una profesional técnicamente informada y hábil, con el objetivo final de enseñar esas destrezas a otros. De ahí que siguiera estudios de posgrado en el Programa de Enfermería de la Salud y de la Enfermedad de Adultos en la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia. Tras recibir un Máster en Enfermería (1978), Swanson trabajó durante un año como instructora clínica de enfermería médico quirúrgica en la University of Pennsylvania School of Nursing y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado de enfermería en la Universidad de Colorado (Denver), donde estudió enfermería psicosocial haciendo hincapié en la exploración de los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, entorno y cuidados. Los inicios del modelo conceptual se originaron cuando la Dra. Swanson estaba terminando su doctorado, ella desarrolló un interés muy particular acerca del proceso de la pérdida de un bebé y el impacto que eso generaba en la mujer. Ella identificó cinco procesos básicos que más adelante se convertirían en los conceptos principales de su teoría: Cuidados, conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. Más adelante, cuando adelantaba sus estudios de posdoctorado tuvo su segundo hijo, pero no nació del todo bien, así que tuvo que ser hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde tuvo algunas experiencias que no fueron del todo gratas, que también la llevaron a reflexionar acerca de los cuidados de enfermería. Luego de superar el episodio de la hospitalización de su bebé, con las experiencias que tuvo que enfrentar, cayó en cuenta de 2 cosas: primero, que le hubiera gustado recibir los cuidados propuestos por ella misma en su primera parte de la teoría y segundo, tuvo en cuenta que hacía poco tiempo habían cambiado la intensidad de los turnos para las enfermeras y su

nuevo horario era de 12 horas, lo que evidenciaba cansancio en algunas de ellas, adicionalmente, los niños que estaban recibiendo ahora, eran más complicados que antes.

Todo esto la motivó a adelantar un estudio acerca del significado que tiene para los cuidadores, tener a su cargo un bebé vulnerable. Después hizo un tercer estudio respecto de las madres de alto riesgo. Expuso su teoría a las enfermeras que estaban terminando el pregrado y se encontraban en prácticas con ellas, cuando les expuso la teoría, ellas reconocieron algunos de sus cuidados brindados, en la propuesta de la Dra. Swanson, así que después de 5 años localizó a 8 de estas madres, para dar continuidad al estudio. Al ser interrogadas la Dra. Swanson se sorprendió de las respuestas que recibía, derivadas de los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería, ya que las mamás narraban como sentían el acompañamiento durante el proceso de hospitalización.

Algunos de los valores de enfermería que más se ven reflejados son: el respeto, por el otro ser humano bien sea un recién nacido o una mujer adulta, ya que si se les respeta la dignidad, se respeta su personalidad, y de esta manera también su cuerpo; el respeto por la fe de la otra persona, por sus creencias; el optimismo es otro valor de suma importancia en ser anticipada, para intuir las necesidades del paciente y su familia lo antes posible y de esta manera brindar cuidados oportunos. Por otro lado, se considera de gran importancia la fe, para tener la capacidad de enfrentar un evento adecuadamente y afrontar el futuro con sentido.

Swanson recurrió a varias fuentes teóricas, para poder desarrollar su teoría del cuidado. Desde que Swanson comenzó su carrera siempre tuvo claro que los conocimientos adquiridos y la experiencia que iba adquiriendo con el tiempo marcarían una diferencia en la vida de los pacientes. Por otro lado Swanson resaltaba que era muy gratificante ser participe en la recuperación de un paciente tanto así que lo describe como un milagro; de la misma manera, es confortante también el ser tomado en cuenta, el ser invitado a charlas, a esos espacios entre los

pacientes y sus familias. Por consiguiente, Swanson hace un reconocimiento a varias personas que influyeron en su investigación, como: Dra. Jacqueline Fawcett ya que le ayudo a comprender las diferencias entre los objetivos de enfermería y los de otras disciplinas sanitarias, sin dejar a un lado los valores personales para un mejor cuidado, ya que los dos van directamente relacionados. Además, Swanson eligió a la Dra. Jean Watson como la directora, teniendo una influencia en la indagación sobre el concepto de cuidado en la tesis doctoral, a pesar de la existente relación estrecha de trabajo. De la misma manera Swanson le agradece a la Dra. Kathryn E. Bernal porque le animo a transformar un meta paradigma interpretativo a un contemporáneo poniendo en práctica lo aprendido, postulando sobre los cuidados investigaciones fenomenológicas.

La visión del mundo que refleja la teoría de Swanson es el cuidado hacia las madres que han tenido un aborto espontaneo, resaltando, la disposición de la enfermera, la comprensión, y al mismo tiempo el proceso para hacer comunicación terapéutica y ser un apoyo emocional frente a los primeros años de la perdida. Reflejando en cierta medida sensaciones positivas por las intervenciones proporcionados por enfermería, siendo notoria una disminución del estado de ánimo depresivo en las madres y un aumento en la superación de la situación.

En 1993, Swanson desarrolló más su teoría de los cuidados haciendo explicitas sus principales asunciones sobre los cuatro principales fenómenos de interés en la disciplina enfermera: Enfermería, persona-cliente, salud y entorno.

Swanson, define la enfermería como la disciplina de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales (Swanson, 1993). Persona; Swanson, define a las personas como seres

únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas. Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de una herencia genética, al legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío (Swanson 1993). Así pues, las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven. Swanson considera la salud como el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del color interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud; Swanson 1993. Swanson (1993) define entorno de manera situacional; sostiene que el entorno para la enfermería es cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente. Swanson sostiene que hay muchos tipos de influencia sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos, por nombrar solo unos pocos; El bienestar es vivir en un estado en el que se sienta integrado y comprometidos con vivir y morir. Experimentar el bienestar es vivir una experiencia subjetiva y significativa de totalidad, la totalidad involucra un sentido de integración y cambio en todas las facetas de la existencia que son libres de ser expresadas. La enfermedad es una alteración del bienestar integral de la persona en cualquiera de sus aspectos tanto físico como emocional, dado por factores internos o externos que pueden afectar directamente a la persona.

La Meta de enfermería es brindar cuidado a la mujer y su núcleo familiar, de manera significativa para ayudarla en la aceptación de la pérdida, en pro del bienestar durante el primer año posterior al evento, acompañándola en su proceso de adaptación.

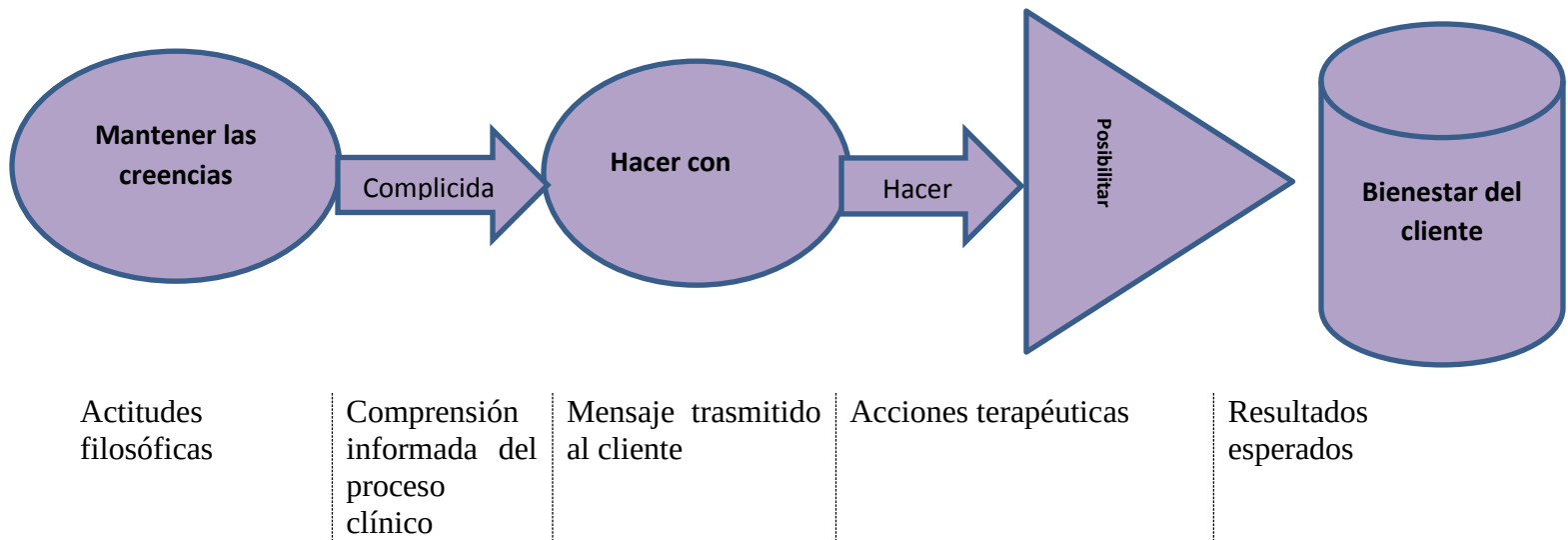
Esta teoría incluye cinco procesos de cuidado; El estar con; significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada. Swanson (1991); mantener la creencia; es mantener la fe en la capacidad de la vida y de los acontecimientos o transición y enfrentarse al

futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación. El hacer por: significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. El permitir o posibilitar; Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y de los acontecimientos, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas determinadamente y dando retroalimentación. El conocer; El conocimiento es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona, en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.

La enfermería como disciplina, busca el bienestar de la persona, es decir, el ser único que está en proceso de creación, cuya integridad se completa cuando se manifiesta con pensamientos y sentimientos. La salud es entonces bienestar, integridad mediante un proceso de cuidado; el entorno puede influir de manera relevante el bienestar del cliente.

Swanson define al cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.

La Dra. Swanson, orientó su teoría, hacia el cuidado de la enfermería con el objetivo de brindar bienestar y acompañamiento a las madres que padecieron de una hospitalización de un hijo, y hasta un año después de la pérdida. Todo esto con el fin de lograr el bienestar de las personas que rodean a la pareja que atraviesa esta difícil situación, procurando el equilibrio entre las emociones y los pensamientos, pues todo esto influye en el bienestar de cada una de las personas.



Nació el 13 de enero de 1953 en Providence. Se licenció con calificación *Cum Laude* en la University of Rhode Island College of Nursing en 1975.

Lo que más deseaba Swanson como enfermera principiante era convertirse en una profesional técnicamente informada y hábil, con el objetivo final de enseñar esas destrezas a otros.

Trabajó un año como instructora clínica de enfermería clínica médico-quirúrgica en la University of Pennsylvania School of Nursing y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado de enfermería en la University of Colorado, en Dever (Colorado), donde estudió enfermería psicosocial

Figura 1. Teoría del cuidado de Kristen M. Swanson 1991.

1.5. Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados que sustentan y contraponen esta investigación.

Olvera, Hernández, Arroyo & Nava (2013). Realizaron un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal para determinar la prevalencia de riesgo de caída en pacientes hospitalizados, reportando que en una muestra de 100 pacientes, el 50 % fue estratificado con riesgo moderado.

Tamayo, Arroyo, Ochoa & Lee (2011). Realizaron un estudio descriptivo prospectivo y trasversal para describir el tipo de riesgo de caída que presentan los pacientes hospitalizados, reporto que el 67% se ubicaron en riesgo alto.

Tapia, Salazar y Olivares (2011). Realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal para determinar el grado de cumplimiento de las enfermeras en la identificación de riesgo de caídas de los pacientes a su cargo, reportaron que el 60% de la muestra no realiza la estratificación de riesgo como lo establece el protocolo de prevención de caídas.

Laguna, Arrabal, Zafra, García, et al. (2011). realizaron un estudio de tipo descriptivo, para analizar la incidencia de caídas, el perfil de los pacientes que sufren caídas así como sus efectos y causas, en el periodo del 01 enero al 30 de septiembre, reportaron un total de 36 caídas lo que representa una incidencia de 0.8%.

Church, Robisnson, Tran y Wallas (2011), realizaron un estudio retrospectivo, con el fin de determinar la prevalencia y causa de caídas en pacientes hospitalizados, reportaron que durante 5 años ocurrieron 190 caídas en 154 pacientes, la edad promedio fue de 64 años y la incidencia calculada fue de 1.8%; el 57 % ocurrieron durante el día. La etiología reportada por los autores fue delirio con el 43%, factores ambientales 13%.

López y Román. (2012). realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal, para determinar la prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados, en una muestra de 76 pacientes, reportaron que el 40% de los hombres y el 60 % de las mujeres presentaron riesgo de caídas.

Diccini, Gómez y Olivera. (2008). Realizaron un estudio para evaluar la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados, la muestra estuvo constituida por 97 pacientes adultos mayores de 18 años, de ambos sexos, reportando una incidencia del 5% y la causa principal fue la alteración de la conciencia.

Almenara, Altarribas Gonzáles, (2010). realizaron una investigación con técnicas cualitativas para diseñar, evaluar, conocer, identificar y analizar la seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado; en una muestra de 170 informantes; reportando que la misión, visión y valores de cada institución contemplan aspectos de seguridad de pacientes con un 54.5% de cumplimiento.

Modelski, Wegner, Algeri, Rubim (2009) realizaron una revisión de tipo narrativa y descriptiva para identificar la producción de conocimiento acerca de la seguridad del paciente hospitalizado, en una muestra de 15 artículos, reportando que es necesario desarrollar estrategias para reducir los riesgos en el paciente.

Pires, Toffoletto, et. Al, (2008) realizaron un estudio de tipo cuantitativo, retrospectivo para determinar las características de las situaciones adversas en la UCI, identificando una muestra de 229 eventos adversos; reportando que el 16,6 % corresponde a caídas.

López (2010) Realizó un estudio de forma retrospectiva a dos instituciones para establecer la frecuencia de caídas en pacientes hospitalizados, reportando que el 60% de las caídas ocurrió en hombres y el 54.7% en pacientes mayores de 60 años.

Tejeda, Céspedes, Baster, Esthéfano, (2005). Realizaron un estudio de tipo descriptivo con el objetivo de ampliar los conocimientos sobre los factores de riesgo de caídas, en una muestra de 132 adultos mayores; arrojando que el mayor número de casos es en pacientes de entre 75 y 85 años y que éstas son de etiología multifactorial.

Riquelme, Ourcilleón (2013) realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo, para identificar los eventos adversos ocurridos en un hospital pediátrico, en una muestra de 115 pacientes, reportando que el 6.1 % presenta más de dos EA, entre los cuales están las caídas y golpes.

Salazar, Sandoval, Mejía (2002) realizaron un estudio de tipo descriptivo, prospectivo para describir las características y causas de los accidentes en niños que consultan el hospital, con una muestra de 422 niños; reportando que las caídas tienen un porcentaje del 36%.

Mayorga, (2010) realizó un estudio de tipo descriptivo para identificar el nivel de riesgo de caída en el adulto mayor hospitalizado en una muestra de 34 personas; se obtuvo como resultado que el nivel de riesgo es bajo con un 47.1% en ambos géneros.

1.6. Definición de Términos.

Riesgo: Aumento de la susceptibilidad de caídas que causan daño físico (Mosby 1996)

Prevención: Significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan (Mosby 1996) deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas (OMS).

Discapacidad: Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. (Mosby 1996).

Rehabilitación: Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales (OMS).

Edad: Expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento, como la edad del niño, que se expresa en horas, días o meses y la edad de los jóvenes y adultos que se expresa en años (Mosby 1996).

Sexo: Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios entre ellos las características anatómicas y cromosómicas (Mosby 1996).

Caída: Se define como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona.

Edad preescolar: Periodo que va de los 3 años hasta los 7, abarca el final de la infancia temprana (Whaley 1985).

Hospitalización pediátrica: Ingreso de un lactante un niño en el hospital con la finalidad de someterlo a pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas independientemente de la edad o grado de afectación del niño, la hospitalización supone para el mismo una crisis vital muy importante y el trauma emocional que sufre provoca en él distintas reacciones de comportamiento que el personal sanitario debe reconocer y saber manejar para facilitar su recuperación (Mosby 1996)

1.7. Hipótesis

- Es la edad un factor causal de sufrir caída un paciente preescolar.

- Son los días de hospitalización un factor que aumente el riesgo de caída.
- Es el género un factor predisponente de sufrir caída en un preescolar.
- Es el desconocimiento del cuidador (madre, padre, personal de enfermería, ausencia del personal) y los factores estructurales (Camillas, barandales, camas en mal estado) lo que ocasionan que el riesgo de caídas sea mayor o menor en un paciente pediátrico.

1.8. Objetivo.

Identificar el factor causal de las caídas en los niños preescolares hospitalizados en el área de pediatría de un hospital de tercer nivel del sector público de la SSA.

Capítulo II

Metodología

En el siguiente capítulo se desarrollara el diseño del estudio, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, instrumentos, el procedimiento de recolección de datos, estrategias para el análisis de resultados y las consideraciones éticas.

2.1 Diseño del Estudio

El diseño de estudio será: Descriptivo, prospectivo y observacional: se consideró observacional puesto que se observara y describirá el riesgo de caída que presentan los niños en edad preescolar hospitalizados y transversal porque solo será estudiado por única vez. (Sampieri 2003).

2.2 Población Muestra y Muestreo

La población de interés para el estudio estará conformada por niños y niñas preescolares (3-7 años) hospitalizados en los servicios de pediatría de una institución de tercer nivel de atención. del sector público de la SSA en un periodo de Septiembre 2014-Abril 2015, el muestreo será no probabilístico por conveniencia por la movilidad de los pacientes en la institución. El tamaño de la muestra se conformó por 5 niños

2.3. Criterios de Inclusión.

Se incluirán a niños de 3 a 7 años, de ambos sexos, hospitalizados en el servicio de pediatría en un hospital de tercer nivel y que acepten participar en el estudio

2.4. Criterios de eliminación

Se excluirán a niños que no entren en el rango de edad y que se rehúsen a participar, o que sean trasladados a otra unidad hospitalaria para continuar tratamiento.

2.5. Instrumento de Medición.

Para la realización de éste estudio se ocupó la escala de Humpty Dumty

2.6. Procedimiento de Recolección de Datos

Previo a la autorización del asesor se hace la aplicación del instrumento y la recolección de datos estuvieron a cargo del investigador responsable. Mediante una visita a los pacientes en su servicio y previa autorización del jefe de servicio se aplicó el cuestionario a los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión, a quienes se les dio a conocer la importancia y finalidad del estudio, se les explico que la participación era voluntaria y que tenían la libertad de retirarse en cualquier momento, sin afectar sus derechos de atención médica. Se aseguró la confidencialidad de la información y se solicitó su consentimiento informado por escrito. El instrumento aplicado tuvo el siguiente orden de presentación: Cedula de identificación de factores personales (CDIFP), Escala de Humpty Dumty; que consta de 23 ítems, tipo Likert, al finalizar se revisó que todos los ítems fueran respondidos, se concluye el proceso con la captura de la información realizando la construcción de la base de datos, así como su análisis.

2.7. Ética del Estudio

El presente trabajo de investigación tiene su fundamentación legal en el Reglamento de la Ley

General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (LGS). El 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1o. de julio del mismo año; donde se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General.

El Artículo 3º menciona que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al, a) Conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, c) A la prevención y control de los problemas de salud, d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud, e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y f) A la producción de insumos para la salud.

El Artículo 13 dice que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En el Artículo 14 Se mencionan las bases conforme deberá realizarse la investigación en seres humanos: a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos, c) Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, d) Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles, e) Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, f) Deberá ser realizada por profesionales de la salud tales como: médicos, odontólogos, médico veterinario, biólogos,

enfermeros, trabajador social, químicos, psicólogos, nutriólogos; que cuenten título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes, g) Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, h) Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

El Artículo 16 menciona que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En base al Artículo 17 se considera este estudio de investigación sin riesgo, pues no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Respecto al Artículo 18 el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

2.8. Estrategia de Análisis

El análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versión 19 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencia y proporciones medidas de tendencias de tendencia central y de variabilidad. Así mismo se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos aplicados mediante el coeficiente Alpha de Cron Bach.

Capítulo III

Resultados

Los resultados del estudio “Factores que influyen en caídas en edad preescolar “de una muestra de 5 pacientes preescolares de 3-7 años de edad del servicio de pediatría de un hospital público del sector salud de tercer nivel. Se presentan en el siguiente orden: a) descripción de la muestra de estudio, b) confiabilidad de los instrumentos.

3.1 Descripción de la Muestra

La descripción de la muestra del estudio se presenta en la tabla siguiente.

Tabla 1

Factores personales de la Muestra de Estudio

Variable	Categoría	Fx	%
Edad	3 a 7 años	5	100
Genero	Femenino	3	60
	Masculino	2	40

Fuente:

EHD

2015

n=5

Como podemos observar en la tabla 1 en una n= 5 la edad de la totalidad de los participantes fue de 3 a 7 años de edad, respecto al género femenino predominó con un 60% (3), mientras que para el género masculino fue el 40%.

Tabla 2

Descripción de la variable Caída

Variable	Categoría	Fx	%
Diagnostico	Otro diagnostico	4	80
	Alteraciones de la oxigenación	1	20
Deterioro Cognitivo	Orientado en sus propias capacidades	4	80
	Se le olvidan sus limitaciones	1	20
Factores Ambientales	Paciente que deambula	3	60
	Paciente en cama	1	20
	Utiliza dispositivos de ayuda	1	20
	Más de 48 horas	2	40
Cirugía	Dentro de 48 horas	2	20
	Dentro de las 24 horas	1	20
Medicación	Ningún medicamento	1	20

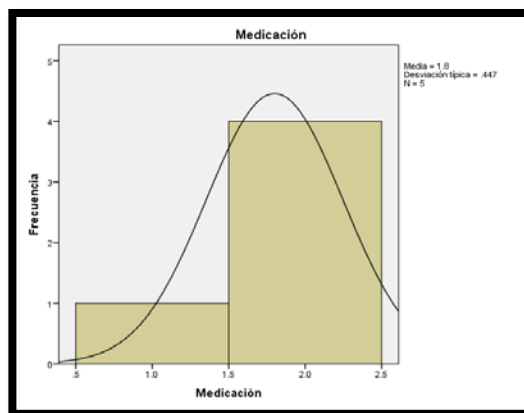
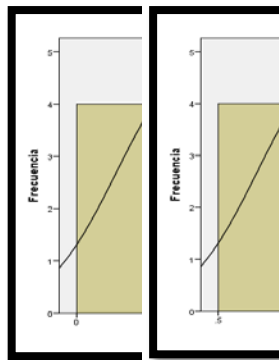
	Uso de medicamentos	4	80
Fuente	EHD		20015
n=5			

Lo que se observa en la tabla 2, podemos mencionar que de la n=5 que los participantes están sin riesgo ya que; la muestra el 80% pertenece a otro diagnóstico, 80% (4) se encuentra orientado en sus propias capacidades, también 60% (3) el escolar deambula, solo 2 (20%) ha sido sometido a una cirugía y tiene ya transcurridas más de 48 horas y otro 20% (2), se encuentra dentro de las 48 horas, de igual manera un 20% dentro de las 24 horas, respecto al uso de medicamentos en un 80% (4) han tomado algún medicamento.

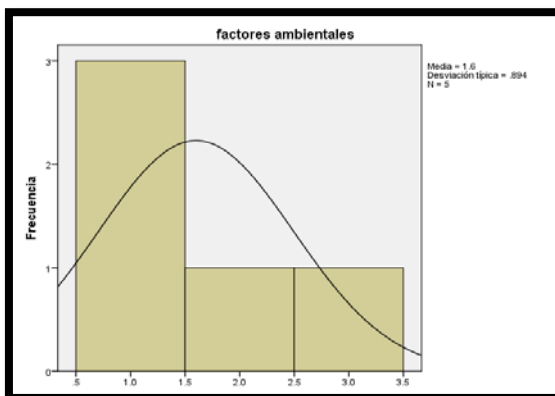
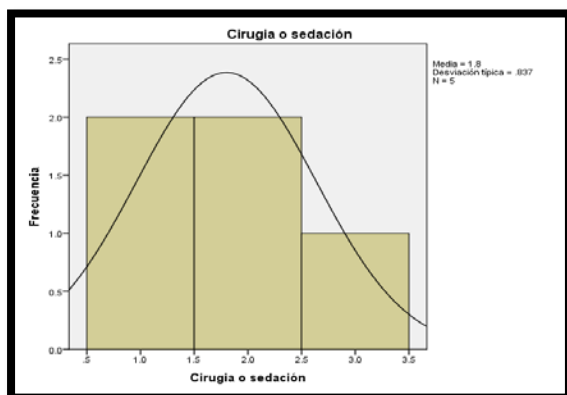
En la hipótesis uno, que menciona si la edad es un factor causal de sufrir caída en un paciente preescolar, por lo tanto en esta muestra podemos ver que no es un factor causal así como el sexo.

Figura 1

Histogramas de la



Variable Caída.



Como se observa en las figuras anteriores hay mayor distribución en la muestra que se encuentra hospitalizada por otro diagnóstico, el deterioro cognitivo la muestra está orientado, 2 integrantes de la muestra han sido operados y tienen ya más de 48 horas de transcurrida la cirugía, y por último que si han consumido un medicamento.

Tabla 3

Descripción del riesgo de caídas en niños hospitalizados.

Variable	Categoría	Fx	%
Levanta los barandales de la cama	Si	3	60
	No	2	40
Traslado de paciente en camilla segura	Si	4	80
	No	1	20
Hace sujeción en caso necesario	Si	5	100
	No	0	0
Coloca timbre a la mano del paciente	Si	1	20
	No	4	80
Coloca banco de altura para uso del paciente	Si	5	100
	No	0	0
Coloca silla para baño del paciente	Si	4	80
	No	1	20

Fuente EF 1 2015

n=5

En la tabla 3, observamos que se aplican medidas de seguridad y prevención de caídas para los niños hospitalizados en un hospital del sector público de la ciudad de Puebla, solo en un 80% comenta que no se coloca el timbre a la mano del paciente.

Tabla 4.

Descripción de los Recursos humanos en la prevención de caídas en los niños hospitalizados.

Variable	Categoría	Fx	%
El cuidador permanece el mayor tiempo con el niño	Si	4	80
	No	1	20
El personal de mantenimiento está al pendiente del funcionamiento del mobiliario y equipo	Si	0	0
	No	5	100
La enfermera realiza el señalamiento sobre las medidas de seguridad para prevenir caídas	Si	5	100
	No	0	0

Fuente: GORH1 2015

n=5

En la tabla 4 observamos que los recursos humanos como es el cuidador permanece el mayor tiempo con el niño hospitalizado 80%, y el personal de enfermería lleva acabo el señalamiento del riesgo de caída que tiene el niño hospitalizado (100%), sin embargo no se da mantenimiento al mobiliario y equipo (100%)

Tabla 5

Descripción de los Recursos Materiales en la Prevención de Caídas de Niños Hospitalizados

Variable	Categoría	Fx	%
La existencia de camas pediátricas son suficientes para la hospitalización del paciente pediátrico	Si	0	0
	No	5	100
Existen cunas para la hospitalización del niño	Si	5	100

	No	0	0
Las camas en existencia cuentan con barandales en buenas condiciones	Si	3	60
	No	2	40
Existe mobiliario de ayuda para el paciente (Andadera, barandales, tripies)	Si	3	60
	No	2	40
Las autoridades responsables del servicio reportan de inmediato los recursos materiales en malas condiciones para evitar la caída del paciente pediátrico	Si	5	100
	No	0	0
Fuente: GORA 1 2015			n=5

En la tabla 5 observamos que el mobiliario (camas) es insuficiente (100%), los barandales ya no están en buenas condiciones (60%), las autoridades reportan de manera inmediata los recursos materiales en malas condiciones (100%)

Tabla 6

Recursos Administrativos en la Prevención de Caídas en Niños Hospitalizados

Variable	Categoría	Fx	%
Existe bitácora de reportes de mobiliario en malas condiciones	Si	5	100
	No	0	0
Existe bitácora de programación de mantenimiento	Si	0	0

preventivo y evitar riesgo de caídas	No	5	100
La existencia de tablas de semaforización son suficientes	Si	3	60
	No	2	40
Existe un plan de cuidados de enfermería para evitar las caídas	Si	0	0
	No	5	10
Existen manuales y/o guías de procedimientos para evitar caídas	Si	0	0
	No	5	100
Existe un programa de capacitación continua para el personal de enfermería acerca de riesgo de caídas	Si	0	0
	No	5	100
Existe una guía de orientación para los familiares o cuidadores	Si	0	0
	No	5	100
Fuente: GORA 1 2015			n=5

Como podemos observar en la tabla 6 no hay continuidad en la prevención de caídas de niños hospitalizados respecto a los recursos administrativos.

Por lo tanto podremos aceptar la hipótesis 4 que menciona, Es el desconocimiento del cuidador y los factores estructurales lo que ocasionan que el riesgo de caídas sea mayor o menor en un paciente pediátrico.

Conclusiones:

- De acuerdo al instrumento aplicado se llegó a la siguiente conclusión:
- Todos los niños de la muestra entran en el rango de edad, predomina el sexo femenino con respecto al masculino. En cuanto al deterioro cognitivo resultó que hay más pacientes orientados que a los que se les olvidan sus limitaciones.
- Resultó que en los factores ambientales hay más niños que deambulan con respecto a los que necesitan algún dispositivo para deambular.

- Los niños que son sometidos a cirugía y cursan más de 48 horas son más con respecto a los que tienen menos de 48 horas.
- Los niños estudiados y que usan por lo menos un medicamento fueron predominantes con respecto a los que no usan ninguno.

Recomendaciones

.

1.-De acuerdo a todo lo estudiado se sugiere la revisión de los recursos humanos, materiales y administrativos para reestructurar el servicio de pediatría escolares

2.- Elevar el conocimiento acerca del riesgo de caídas

3.- Elaboración de planes de capacitación continua para el personal y los cuidadores

4.- Proponer estrategias de solución y así evitar todo riesgo de caída

Referencias Bibliográficas

Secretaria de Salud (2012). Protocolo de prevención de caídas. [Recuperación Electrónica].

Organización Mundial de la Salud (2011). Notas descriptivas sobre caídas. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.htm>.

Tamayo, T.C, Arroyo, C.G, Ochoa, R.V, Lee, G.R y Sánchez, G.J. (2011).

Recomendaciones

Específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Revista CONAMED, Vol. 11, Núm. 5, enero - marzo, 2011.

Olvera, A.S., Hernández. L.A., Arroyo, L.S., Nava, G.G., Sepias, V.M., Pérez, L.T. (2013).

Factores relacionados con la prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados. Rev.

Invest Clinic. 65 (1):89-93.

Tapia, V.M., Salazar C.M, Olivarez. R.C. Prevención de caídas, indicador de calidad del

cuidado enfermero. Revista Mexicana de Cardiología, 11 (2): 51-7.

Laguna, P.J. Arrabal, O.J, Zafra, L.F, García F.F, et alt. (2011). Insidencia de caídas de

nivel 1 factores relacionados. Revista Scielo. 22 (4):

Church, S., Robinson, T.N., Angles, F.M., Tranz Z.X, Wallace, J.I. (2011). Caídas

intrahospitalarias en hombres durante el postoperatorio. [Recuperación electrónica].

Revista intramed, 20 (2) 197-202.

Lopez, M.R & Roman, R.S. (2012). Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados.

[Versión electrónica]. Tesis no Publicada.

Polit., D. & Hungler., B. (2006). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta Ed.

México D.F. McGraw-Hill Interamericana.

Duccini. S., Gómez P.P y Olivera, S.F. (2008). Evaluación de riesgo e incidencia de caídas en pacientes de neurocirugía. Revista Latinoamericana de Enfermería, 16(4).

Hill, R.D., Mesmer, R, P., Williams, P, (2009), Escala de caída Humpty Dumty. Control Estudy JSPN, 14(1):

Kristen M. Swanson. Desarrollo Empírico de una Teoría de Mediano Rango. Nursing Research. [Traducido por Juan David Cárdenas]. Mayo- junio 1998. 40 (3), 161 166.

Kristen M. Swanson, Pat Jakobsen, Mary Koloroutis. Caring Made Visible. Creative Health Care Management. [En línea]. 1998. [accesado 21 de octubre 2012]. , 4(4), 8-11, 16. Disponible en: http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032551.pdf

School of Nursing [en línea]. The University of North Carolina at Chapel Hill; North Carolina: 2012; Directorio; disponible en: http://nursing.unc.edu/faculty-staff/directory/CCM1_042953

Anexos

Apéndice A

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Dirección de Posgrados en Ciencias de la Salud

Dirección de Posgrados en Enfermería

Consentimiento Informado

Título del proyecto: Factores que influyen en el riesgo de caídas en un hospital de tercer nivel, en el servicio de pediatría escolares en edad preescolar en un periodo de mayo-septiembre 2014

Investigador responsable: L.E. Leticia Cebada Aburto

Consentimiento Informado Madres de Niños Hospitalizados

Fecha_____ 2015

Mediante la firma de este documento, doy mi autorización para participar de manera voluntaria la investigación que tiene como propósito “Conocer el Riesgo de Caídas en pacientes Hospitalizados”, de la misma manera se me ha informado que este estudio no implica ningún riesgo para mi salud y los resultados serán utilizados para ampliar el campo del conocimiento. Mi participación consiste en responder una serie de preguntas de la entrevista, cuyos datos proporcionados por mí serán confidenciales sin que exista la posibilidad de identificación individual, también estoy consciente que puedo dejar de participar o continuar el estudio de esta investigación si así lo decido en el momento, sin que se origine ningún problema.

Las estudiantes del posgrado de Pediatría me han informado de ser ellas las responsables de este estudio que es realizado como parte del trabajo de investigación.

Firma de la informante

Firma del investigador

Apéndice B

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Dirección de Posgrados en Ciencias de la Salud

Dirección de Posgrados en Enfermería

Escala de Humpty Dumty

El objetivo es conocer el riesgo de caídas en niños hospitalizados, por lo que solicito su colaboración y responder una serie de preguntas que más se acerquen a su realidad.

Parámetros		Puntuación
Edad	Menor de 3 años	4
	De 3 a 7 años	3
	De 7 a 13 años	2
	Más de 13 años	1
Genero	Masculino	2
	Femenino	1
Diagnostico	Problemas neurológicos	4
	Alteración de la Oxigenación (Problemas respiratorios, Anemia, deshidratación Anorexia, Vértigo).	3
	Trastornos Psíquicos y de conducta	2
	Otros	1
	No, con sus limitaciones	3

Deterioro Cognitivo	Se le olvidan sus limitaciones	2
	Orientado a sus propias capacidades	1
	Historia de caídas de bebés o niños pequeños de la cama	4
Factores Ambientales	Utiliza dispositivos de ayuda	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente que deambula	1
	Dentro de las 24 horas	3
Cirugía o sedación Anestésica	Dentro de las 48 horas	2
	Más de 48 horas./ ninguna	1
Medicación	Uso de Múltiples medicamentos(Hipnóticos, Barbitúrico, Fenotiazidas, Antidepresivos, Antidepresivos, Laxantes, Diuréticos y Narcóticos)	3
	Uso de los medicamentos antes mencionados	2
	Ninguno de los medicamentos antes mencionados	1
Total		

RIESGO DE CAÍDA

MENOR DE 7 PUNTOS	SIN RIESGO
-------------------	------------

DE 7 A 11 PUNTOS	BAJO RIESGO
MÁS DE 12 PUNTOS	ALTO RIESGO

Apéndice C



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería
Enfermería Pediátrica

Instrumento. Cuestionario para los familiares del área de escolares de un hospital de tercer nivel

Objetivo. Evaluar el riesgo de caídas en niños hospitalizados a través de la aplicación del indicador de calidad en caídas en niños hospitalizados

Nombre_____Sexo_____Edad_____

Parentesco_____Escolaridad_____

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque la respuesta correcta

	SI	No
Levanta los barandales de la cama		
Traslada al paciente en camilla segura		
Hace sujeción en caso que sea necesario		
Coloca timbre de llamado a la mano del paciente		
Coloca banco de altura para uso inmediato del paciente		
Coloca silla para el baño del paciente		

Le acerca aditamentos de ayuda para el paciente (silla de ruedas, andadera, bastones)		
--	--	--

Apéndice D



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería
Enfermería Pediátrica

Instrumento.-Guía de observación

Objetivo: Observar la infraestructura, material y equipo adecuado para evitar riesgo de caídas en niños hospitalizados

Recursos humanos	No	SI
El cuidador permanece el mayor tiempo con el niño		
El personal de mantenimiento está al pendiente del funcionamiento del mobiliario y equipo (camas, barandales etc.)		
La enfermera realiza el señalamiento correspondiente sobre las medidas de seguridad para prevenir caídas antes del ingreso del paciente		

Recursos Materiales

La existencia de camas pediátricas es suficientes para la hospitalización del paciente pediátrico		
Existen cunas para la hospitalización del niño		

Las camas en existencias cuentan con barandales en buenas condiciones		
Existe mobiliario de ayuda para el paciente como: andaderas, barandales, etc.		
Las autoridades responsables del servicio reportan de inmediato los recursos materiales en condiciones no favorables para evitar las caídas del paciente pediátrico		

Recursos Administrativos

Existe bitácora de reportes de mobiliario en malas condiciones		
Existe bitácora de programación de mantenimiento preventivo y evitar riesgo de caídas		
La existencia de tablas de semaforización es suficiente		
Existe un plan de cuidados de enfermería para evitar las caídas		
Existen manuales y/o guías de procedimientos para evitar caídas		
Existe un programa de capacitación continua para el personal de enfermería acerca de riesgo de caídas		
Existe una guía de orientación para los familiares cuidadores		

Apéndice E



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Ciencias de la Salud

Dirección de Posgrados en Enfermería

Enfermería Pediátrica

Instrumento. Cuestionario para el personal del área de escolares de un hospital de tercer nivel.

Objetivo: Identificar el grado de conocimiento que tienen las enfermeras sobre el indicador de calidad en caídas en niños hospitalizados.

Nombre _____ Sexo _____ Turno _____
Años de experiencia laboral _____ Nivel profesional _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y anote la respuesta correcta

1.-Constituye uno de los pilares fundamentales de los sistemas de mejora continua

- a) Procedimiento
- b) Indicador
- c) Evaluación
- d) Solo A son correctas

2.- Objetivo de las metas internacionales de seguridad para el paciente

- a) Tiene por objeto vigilar al paciente
- b) Es para uso personal y profesional de cada enfermera
- c) Intenta asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo se difunden ampliamente de manera accesible para todos.
- d) A y B son correctas

3.-Fueron asignadas oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de centro colaborador de la OMS sobre las soluciones para la seguridad del paciente.

- a) Joint Commission on Accreditation of Health Care organization
- b) Joint Commission Internacional
- c) Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaria de Servicios de Salud
- d) Solo A y B son correctas

4.-Funciones de las metas internacionales de seguridad para el paciente

- a) Ver la evolución del paciente
- b) Promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente
- c) Organizar campo clínico para el paciente
- d) A y C son verdaderos

5., Son metas de seguridad para el paciente

- a) Medir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica
- b) Evitar el ingreso de familiares sin higiene personal
- c) Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas
- d) A y C son correctas

6.-Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas es el objetivo de:

- a) Identificación del paciente
- b) Mejorar la comunicación efectiva
- c) Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
- d) Solo A y B son correctas

7.- Son algunas medidas para prevenir el riesgo de caídas

- a) Mantener siempre arriba barandales de cama y camilla
- b) Permitir que los padres estén cargando todo el tiempo al niño para evitar caídas
- c) Sensibilizar a los padres sobre medidas de seguridad para evitar caídas
- d) Solo A y C son correctas

8.- Un evento centinela es:

- a) Eventos que solo el personal valora para dar de alta al paciente
- b) Eventos que pasa desapercibidos

- c) Hallazgo que involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave, o el riesgo potencial de que esto ocurra
- e) Solo A y B son correctas

9.- Es un evento adverso:

- a) Las infecciones nosocomiales
- b) Las caídas de los pacientes en el hospital
- c) Ninguna de las anteriores es correcta
- d) A y B son correctas

10.- Forman parte de los indicadores de calidad en enfermería:

- a) Vigilancia y control de venoclisis instalada
- b) Prevención de úlceras por presión
- c) Trato digno
- d) Todas las anteriores son correctas

11.- Son parámetros que se evalúan en la cédula de calidad de riesgo de caídas

- a) Informar al paciente y familiar sobre el riesgo de caídas
- b) Registra presencia o ausencia de incidentes o accidentes que presenta el paciente
- c) A y B son verdaderas
- d) Ninguna de las anteriores son verdaderas

SOLICITUD DE REGISTRO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.

1. DATOS GENERALES DEL PROYECTO

FECHA: Puebla, Puebla a 15 de Abril del 2015

DEPARTAMENTO	Centro Interdisciplinario de Posgrados	
ESPECIALIDAD	Especialidad en Enfermería Pediátrica	
Título del proyecto :	"Factores que Influyen en el Riesgo de Caídas"	
Subtítulo	" Indicador de Calidad de Riesgo de Caídas en Niños Hospitalizados"	
Responsable :	Nombre:	Leticia Cebada Aburto
	Teléfono: Celular:	2224559979
	e-mail :	leticia_51068@hotmail.com
Asesor de Contenidos	Nombre:	Mtra. Florentina Salazar Mendoza.
	Teléfono :	0442222121643
	e-mail :	florentina.salazar@upaep.mx
Asesor Metodológico	Nombre:	ME. Patricia Alarcón Mondragón
	Teléfono :	0442224583393
	e-mail :	patyam13@hotmail.com

Línea de Investigación:

Seleccione la línea de investigación a la que se vincula su proyecto

- ☐ Políticas sociales, enfermería y salud de la población
☐ Calidad y gerencia del cuidado de enfermería
☐ Promoción y el Autocuidado de la salud

2. PROTOCOLO DEL PROYECTO

Antecedentes

Las estadísticas indican que cada año más de un 30% de las personas hospitalizadas sufren una caída. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424.000 personas a causa de caída y más del 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Se indica que el 70% de los efectos adversos son producto de errores de la atención. Se reportan las caídas como el sexto evento más notificado dentro de los eventos centinela.

Justificación

La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras esté hospitalizado. Por lo anterior se considera que si la persona que cuida al paciente está debidamente informada acerca de las medidas en que se puede contribuir a evitar tales riesgos, disminuirán en gran parte los efectos adversos y centinela que se producen por estos acontecimientos.

Como parte del personal que de alguna u otra manera forma parte del cuidado del niño, considero importante hacer dicho trabajo en un hospital de tercer nivel para contribuir en las medidas estratégicas de acción y prevención.

Planteamiento del Problema

Las caídas son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario.

La causa de las caídas es multifactorial.

Las caídas es reportado como el sexto evento centinela, esto indica que es una carga social, sanitaria, familiar y emocional (Joint Comission).

*Hipótesis Principal (y Secundaria) y Definición de Variables

1. Es la edad un factor causal de sufrir caída
 2. Son los días de hospitalización un factor que aumente el riesgo de caída
 3. Es el género un factor predisponente de sufrir caída en un preescolar
 4. Es el desconocimiento del cuidador y los factores estructurales lo que ocasionan que el que riesgo de caída sea mayor o menor en un paciente pediátrico cirugía o sedación anestésica
- Utilice la escala de Humty Dumty en donde las variables fueron la edad, sexo, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales cirugía o sedación anestésica, y algún tipo de medicación

** Este recuadro se llena si el método está planteado desde una metodología cuantitativa.*

Formulación hipotética

(Si el método es cualitativo, adecuar esta formulación a los objetivos y diseño de la investigación elegida)

Objetivos del Proyecto.

Identificar los factores de riesgo de caídas en niños en edad preescolar hospitalizados, empleando instrumentos de investigación para identificar necesidades y/o problemas, así mismo proponer alternativas de solución que ayuden a disminuir los riesgos de caídas en los niños

Fundamentos Teóricos

Este estudio se sustentó en la teoría del cuidado de Kristen M. Swanson .tras recibir un Master en Enfermería en 1978, Swanson trabajó durante un año como instructora clínica de enfermería médico quirúrgica, posteriormente se matriculo en el programa de doctorado de enfermería, donde estudió enfermería psicosocial haciendo hincapié en la exploración de los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, entorno y cuidados

Tipo de Investigación (Paradigma metodológico)

Estudio Descriptivo, Prospectivo y observacional.

Sujetos (Población), muestra y tipo de muestreo

Muestra: está conformada por niños y niñas en edad preescolar hospitalizados en el servicio de Pediatría Escolares de un hospital de tercer nivel de atención del sector público.

El muestreo es probabilístico, por conveniencia por la movilidad de ingresos y egresos.

El tamaño de la muestra se conformó por 5 niños

Instrumentos

Previo a la autorización del asesor se hace la aplicación del instrumento y la recolección de datos estuvieron a cargo del investigador responsable. Mediante una visita a los pacientes en su servicio y previa autorización del jefe de servicio se aplicó el cuestionario a los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión, a quienes se les dio a conocer la importancia y finalidad del estudio, se les explico que la participación era voluntaria y que tenían la libertad de retirarse en cualquier momento, sin afectar sus derechos de atención médica. Se aseguró la confidencialidad de la información y se solicitó su consentimiento informado por escrito. El instrumento aplicado tuvo el siguiente orden de presentación: Cedula de identificación de factores personales (CDIFP), Escala de Humpty Dumty; que consta de 23 ítems, tipo Likert, al finalizar se revisó que todos los ítems fueran respondidos, se concluye el proceso con la captura de la información realizando la construcción de la base de datos, así como su análisis.

Comprobación (de acuerdo al paradigma metodológico)

Todos los niños de la muestra entran en el rango de edad, predomina el sexo femenino con respecto al masculino. En cuanto al deterioro cognitivo resulto que hay más pacientes orientados que a los que se les olvidan sus limitaciones.

Resultó que en los factores ambientales hay más niños que deambulan con respecto a los que necesitan algún dispositivo para deambular.

Los niños que son sometidos a cirugía y cursan más de 48 horas son más con respecto a los que tienen menos de 48 horas.

Los niños estudiados y que usan por lo menos un medicamento fueron predominantes con respecto a los que no usan ninguno.

PROPUESTA EDUCATIVA: -

- 1.-De acuerdo a todo lo estudiado se sugiere la revisión de los recursos humanos, materiales y administrativos para reestructurar el servicio de pediatría escolares
- 2.- Elevar el conocimiento acerca del riesgo de caídas
- 3.- Elaboración de planes de capacitación continua para el personal y los cuidadores
- 4.- Proponer estrategias de solución y así evitar todo riesgo de caída

- Duración estimada de este proyecto 8 mese meses
- Alcance del Proyecto: **Obtención del Grado de Maestro en __Especialista en Enfermería Pediátrica**

Viabilidad en recursos materiales y humanos:

Recursos Humanos.-se me asigno un asesor de la metodología lo cual resulto de mucha ayuda pues guio cada uno de los pasos a seguir, así como un asesor de contenido, el cual aprobó todo lo plasmado en el protocolo. Recursos Materiales.-dentro de la universidad encontramos auxiliares de consulta, (biblioteca) lo cual me fue de mucha utilidad para complementar los artículos solicitados. También se buscó información de internet, revistas científicas y libros que complementaron el estudio

Calendario de actividades:

El estudio de investigación tuvo una duración aproximada de 8 meses, comenzando con el planteamiento del problema, siguiendo con la metodología y terminando con la aplicación de una prueba piloto, con una muestra de 5, se hacen tablas y gráficas de acuerdo a los resultados de tal estudio. Los alcances

dependerán de que en los hospitales revisen esta trabajo y se den cuenta de la problemática que ocurre en que no se lleven a cabo las cédulas de calidad como requiere tal documento. Considero que si bien las estadísticas son elevadas con este estudio podría minimizarse tal problemática.

Observaciones

Hay muchas deficiencias en los hospitales y mi opinión es porque no funciona el equipo multidisciplinario que tiene que ver en este aspecto

<i>SEGUIMIENTO DEL PROYECTO</i>

Nombre del proyecto : _____

Clave : _____

Fecha de autorización: _____

Autorizado por : _____

Fecha de evaluación : _____

% de avance : _____

Observaciones : _____

Fecha de evaluación : _____

% de avance : _____

Observaciones : _____
