



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

"La sujeción: estrategia en la prevención de caídas, evaluación de la efectividad"

L.E.O Ana Gabriela Bastida Rojas



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.

DEDICATORIA

Parte opcional, el autor decide si la incluye o no. Pueden ser una o varias dedicatorias. Se recomienda evitar el exceso

AGRADECIMIENTOS

Son una oportunidad de expresar aprecio a aquellas personas que contribuyeron significativamente a la elaboración de la investigación

INDICE.

RESUMEN.	5
CAPÍTULO 1. PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN.	6
1.1 ANTECEDENTES.	6
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	7
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	8
1.4 OBJETIVO GENERAL.	8
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	9
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	9
1.7 ALCANCES Y LIMITACIONES.	10
1.8 ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.	11
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	12
2.1 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PEDIATRÍA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	12
2.2 ESTADÍSTICA.	14
2.3 NORMAS OFICIALES MEXICANAS.	14
2.4 QUE SE HA HECHO.	15
2.5 ESTRUCTURA COCEPTUAL TEORICA-EMPIRICA.	20
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	23
3.1 ALCANCE Y ENFOQUE.	23
3.2 HIPÓTESIS.	23
3.2.1 VARIABLES.	24
3.3 DISEÑO DEL ESTUDIO.	25
3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.	25
3.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.	26
3.5.1 SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO	26
CAPÍTULO 4. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.	29
4.1 COMENTARIOS.	29
4.2 SUGERENCIAS O PROPUESTAS.	30
REFERENCIAS.	31
ANEXOS.	32

RESUMEN.

Las caídas son un grave problema de salud pública, son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario, y constituyen un indicador de calidad asistencial entre la población atendida en el ámbito sanitario, representan un problema común y persistente están definidas como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad, las tasas de caídas suelen variar en función del entorno y de las practicas sanitarias, pero más del 84 por ciento de todos los eventos se encuentran clasificados como eventos centinela y están reportados como el sexto incidente que ocurre con mayor frecuencia. Una caída puede parecer inofensiva cuando no produce contusión ni traumatismo, pero ninguna debe ser considerada como benigna; si resulta con lesión de tejidos blandos o fracturas de diversa índole, la gravedad de las consecuencias se medirá con base en las complicaciones del estado clínico inicial, aumento de la estancia hospitalaria, de los costos para la institución y para el paciente; sin olvidar su repercusión social y económica, además de tener una elevada mortalidad. Y en algunos casos es causal de una demanda con responsabilidad ética, penal, civil o administrativa, o bien de quejas o inconformidades, las caídas hospitalarias, que en la mayoría son eventos prevenibles, ocasionan lesiones que pueden producir discapacidad o inhabilidad en el paciente, lo que impacta severamente en la economía institucional.

La prevención de caídas está directamente relacionada con la oportuna evaluación de los factores de riesgos individuales y la instauración de las medidas apropiadas de acuerdo con el riesgo detectado. Estas se relacionan principalmente con el entorno hospitalario que debe de ofrecer las máximas características de seguridad. Un entorno seguro es aquel que satisface las necesidades básicas reduce o elimina los riesgos físicos

En cuanto al riesgo de caídas es importante la identificación de la causa, ya que es la que ayudara a la selección de actividades dirigidas para la desaparición, reducción o control del problema.

CAPÍTULO 1. PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN.

1.1 ANTECEDENTES.

Las caídas en los pacientes han ganado recientemente un amplio reconocimiento, debido al exceso de morbilidad, existe información limitada. La OMS considera que es un problema mundial de salud pública el cual se basa en datos y cifras establecidas:

- Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales.
- Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos.
- Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.

Las caídas son la causa principal de fallecimiento en los niños de 5 a 9 años y los adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años. Siendo más grave en los niños menores de un 1 año.

La mayor carga de traumatismos y morbilidad en los niños de 5 a 14 años se debe a las caídas que en la mayoría de los países son el tipo de traumatismo infantil.

En general, cuanto mayor es la altura desde la que cae el niño, más grave es el traumatismo. Las caídas son la principal causa de traumatismos craneoencefálicos traumáticos, especialmente en los niños pequeños con un riesgo significativo de lesiones neurológicas a largo plazo.

Las consecuencias de no identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y no tipificar el riesgo en pro de realizar las intervenciones que se consideran oportunas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente y la comunidad.

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

En la Convención sobre los derechos del niño, que ha marcado un hito, y ha sido ratificada por casi todos los países del mundo, se afirma que todos los niños tienen derecho a disfrutar de un ambiente sin riesgos y libre de lesiones.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Un número significativo de pacientes que asisten a una institución de salud, tienen riesgo de caída en cualquier momento de su hospitalización. Cuidar al paciente con una alteración de su estado de salud durante la aplicación de un tratamiento que involucre su actividad 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.

En la ocurrencia de una caída influyen múltiples factores algunos relacionados directamente con el paciente y su patología, enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio y la marcha, utilización de medicamentos y otros relacionados con su entorno y las medidas de seguridad aplicadas de acuerdo con los recursos existentes en las instituciones. Una caída sin duda en la mayoría de las ocasiones no provoca daños graves, puede traer complicaciones serias para el paciente, lo que dificulta o retrasa su tratamiento ocasionando dolor y sufrimiento, aumentando la estancia hospitalaria y en consecuencia los costos para el paciente y para la institución. Además trae consigo, por leve que sea factores psicológicos, relacionados con la pérdida de movilidad.

En el Hospital Infantil de México en el año de 2012. Se realizó un seguimiento de Metas Internacionales en el mes de junio. Se acordó el seguimiento permanente

de las Metas Internacionales de seguridad del paciente y se designó a los responsables de cada meta, en este caso al personal de enfermería. La meta “Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída”. En el mes de julio del mismo año se realizó una prueba piloto relacionada con la prevención de caídas de pacientes durante su hospitalización.

En donde la seguridad del paciente es primordial desde el ingreso del paciente pediátrico hasta su egreso del hospital.

Por lo que se considera importante valorar el riesgo de caídas del paciente en el área quirúrgica desde el momento que se realiza su recepción, durante el trayecto de la sala quirúrgica en donde va a hacer intervenido hasta se egresó de sala de operaciones.

Debido a que el profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, y que no se cuenta con un camillero para ello. Por lo que se requiere evaluar periódicamente de ser posible la efectividad de la sujeción al paciente pediátrico para evitar las caídas en el servicio de quirófano.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Qué tan útil resulta el uso de la técnica de sujeción en pacientes pediátricos en el preoperatorio y posoperatorio inmediato como medida de prevención de caídas?

1.4 OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar la técnica de sujeción en el preoperatorio y posoperatorio inmediato como medida de prevención de caídas.

1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Revisión bibliográfica sobre la sujeción y su prevención de la caída en el preoperatorio y postoperatorio inmediato.
- elaborar un instrumento de evaluación de la sujeción en el preoperatorio y postoperatorio inmediato.
- Identificar si esta técnica como la principal usada en el preoperatorio y posoperatorio inmediato nos brinda la seguridad de cumplir con la meta de la prevención de caídas en el paciente.

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Las caídas de los pacientes son un hecho real, constituye un problema de salud, ya que de acuerdo a la gravedad de este depende que el paciente tenga una discapacidad temporal o permanente, complicaciones en su pronóstico y aumento en las instancias hospitalarias.

La seguridad del paciente es un componente clave de la asistencial. Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad. Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**, el **Comité de Sanidad del Consejo de Europa**, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y

medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

Es importante dar educación continua al equipo multidisciplinario para mantener cubierta la necesidad de seguridad y mantener el buen funcionamiento de las instalaciones así como poder utilizar dispositivos, material o equipo aplicado para tener mejor controlado al paciente en el preoperatorio y posoperatorio inmediato.

Por lo tanto el profesional de enfermería tiene el compromiso de garantizar y disminuir los riesgos detectados del paciente y familia a través de fomentar una cultura integradora de seguridad y confianza con las mejores prácticas, con la finalidad de disminuir la presencia de eventos adversos e impulsar la estandarización del cuidado y la prevención de estos.

Cada vez es mayor la preocupación y la concienciación de los profesionales sanitarios por conseguir unos cuidados de calidad que ofrezcan una atención segura y basada en evidencia científica.

1.7 ALCANCES Y LIMITACIONES.

Alcances.

El presente estudio, tiene como fin evitar al 100% el riesgo de caídas en el área quirúrgica; (pre-anestesia, quirófano y durante el traslado a recuperación y/o diversas áreas posquirúrgicas), respondiendo a esto a la Meta Internacional 2007 número 3, reducir el riesgo de caídas, como corresponde a la calidad del cuidado que requiere la Institución.

Limitaciones.

No se lleven a cabo las estrategias ya establecidas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Así mismo que no se cuenta con un camillero dentro del área quirúrgica para el traslado de paciente.

**1.8 ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.
CRONOCRAMA DE ACTIVIDADES.**

ETAPAS	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC
CAPITULO 1 Propósito y organización								
CAPITULO 2 Marco teórico								
CAPITULO 3 Metodología								
CAPITULO 4 Conclusiones								
RESUMEN ABSTRACTO								
PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN								

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.

2.1 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PEDIATRÍA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Las caídas son un riesgo real que acontece con el medio hospitalario y constituyen un indicador de calidad asistencial. No existe una definición única de caída sino se utiliza aquella que más se ajusta a la población de los pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como caída como “La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”.

En los servicios de hospitalización se define como caída como “Cambio de posición brusco e involuntario de un individuo a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial.

Evento adverso. Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otros suceso desfavorables que ocurren directamente asociados con la prestación de la atención.

Evento Centinela. Hallazgo que involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave, o el riesgo de que esto ocurra.

Factor de riesgo: es el elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado, en éste caso la caída.

Las caídas se pueden clasificar en dos grupos fundamentales: Los accidentales y los no accidentales. Se produce una **caída accidental** cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona que está en estado de alerta y sin ninguna alteración para caminar originando un tropezón o resbalón con resultado de caída.

Las caídas no accidentales pueden ser de dos tipos: Aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un individuo activo y

aquellas que ocurren en personas con alteraciones en la conciencia por su estado clínico, efectos de medicamento o dificultad para la de ambulación.

Generalmente las lesiones producidas son de excepcional gravedad. La altura de la caída es un factor que influye de manera decisiva en la gravedad de la lesión, pero no es el único factor a tener en cuenta, otro aspecto es la postura que adopta el accidentado en el momento del impacto y la naturaleza de la superficie con la que se golpea son también determinantes para la consecuencia final debido a ello se deben considerar métodos de protección para prevenir las caídas de acuerdo a las necesidades del medio.

Prevención de caídas: se refiere al conjunto de acciones que deben ser proporcionadas al paciente a fin de evitar la precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras este hospitalizado.

Seguridad del paciente. Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

En nuestra experiencia laboral la mayoría de las causas de las caídas son dos grandes grupos:

El primero consta de factores ambientales, muchas de las unidades de los pacientes no se encuentran funcionales y por la sobrepoblación de hospitalización se ocupan sin darle previo mantenimiento, el personal de limpieza no tiene señalamientos para la limpieza de suelo mojado y es un grande riesgo tanto para el paciente como todo el equipo de trabajo.

El segundo consta de factores del paciente en el cual debemos tener en cuenta la edad, el estado físico y emocional así como su diagnóstico de enfermedad para las necesidades que va a tener en la estancia hospitalaria.

2.2 ESTADISTICA.

A nivel mundial, casi 47 000 menores de 20 años fallecen anualmente a consecuencia de una caída grave; es decir, cada día mueren más de 128 niños debido a una caída. Según fuente OMS (2008), proyecto de la carga mundial de morbilidad: actualización del 2004.

Las mayores tasas de mortalidad infantil por caídas se registran en los países de ingresos bajos y medianos de las regiones de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental.

Dichas tasas son más de diez veces superiores a las correspondientes a los países de ingresos altos de América.

Siendo que los niños son los más vulnerables día a día a los mismos tipos de lesiones. Sin embargo, los entornos físicos, sociales, culturales, políticos y económicos en los que viven difieren enormemente, por lo que el entorno particular de cada niño es importante. Por ello que la vulnerabilidad de los niños se acentúa por su incapacidad para cambiar el medio que los rodea.

2.3 NORMAS OFICIALES MEXICANAS.

Las Normas Oficiales Mexicanas que regulan la atención de los pacientes pediátricos son: NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, NOM-007-SSA2-1993, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y NOM-031-SSA2-1999, Para la atención del niño. Así mismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.4 QUE SE HA HECHO.

La CONAMED desde el 2001 conceptualizó, para promover que dicha relación entre médicos y sus pacientes se de en las mejores condiciones, las **Recomendaciones para mejorar la práctica profesional**, emitiendo ese mismo año las Recomendaciones Generales y a partir de entonces, año tras año se han dado a conocer nuevas propuestas, conformadas por acciones sencillas dirigidas a mejorar la calidad de la atención, mejorar la seguridad del paciente, y la prevención del error y el conflicto o la demanda.

La OPS, establece 6 programas de alianza mundial para la seguridad del paciente creadas por la OMS. Esta alianza mundial fue puesta en marcha en octubre del 2004, creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del, paciente en todo el mundo. Estas metas internacionales para la seguridad del paciente se basan en “Soluciones para la seguridad del paciente” publicadas por la (OMS) 2004. Se identifican áreas de riesgo dentro del hospital.

Y están estructuradas en 6 objetivos:

- Identificar correctamente al paciente.
- Mejorar la comunicación efectiva.
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Garantizar cirugías en lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud relacionadas con la atención médica.
- Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Así mismo a través de Las estrategias preventivas como son; cuna con barandales arriba todo el tiempo, mantener el freno de cama y en el nivel más bajo, baño en tina, iluminación adecuada, ambiente limpio, etc. (Anexo).

Y por lo tanto se 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.

La Dirección General (DG) de calidad e innovación en los servicios sanitarios de la consejería de salud y servicios sanitarios considera las políticas de la seguridad del paciente, fundamentales y una apuesta imprescindible del sistema de calidad. Dentro de la prevención de eventos adversos se incluye la elaboración e implementación de un programa de prevención de caídas que normalice la actuación en esta área en todos los hospitales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en agosto del 2005 en una reunión celebrada en Washington, D.C., dada la importancia de proporcionarle Seguridad a los pacientes, informó sobre la designación de un centro colaborador dedicado exclusivamente a profundizar la búsqueda y diseminación de soluciones que redunden en la seguridad de los pacientes en todo el mundo, el anuncio oficial lo dio la Dra. Mirta Roses Periago directora de la OPS quien inició su participación con la siguiente frase: "No lastimar al paciente ha de ser el valor principal de todos en el sector salud, debemos tenerlo presente en el ejercicio de nuestras funciones."

La Joint Commission International incluye la reducción del riesgo de caídas como una de las metas incluidas en el área de seguridad del paciente en la acreditación de hospitales.

En México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, promovió la conformación de un Sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

Dentro de este entorno, diseñó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), como estrategia y como objetivo general para elevar la calidad de los Servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país que fueran claramente percibidos por la población, las dimensiones fundamentales fueron la calidad técnica e interpersonal. La primera dimensión busca alcanzar los mayores beneficios con menores riesgos, al prestar los servicios con la mejor práctica profesional; la segunda llamada calidez en la atención, se tradujo en el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de la satisfacción plena.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en mayo del 2006 publicó un documento, en el que señaló que la combinación de capacidades de enfermería y la dotación segura o adecuada de personal, influye directamente en la prestación de atención de la salud: “los errores en la combinación del personal de enfermería pueden llevar a errores clínicos que pueden dar lugar a resultados adversos para los pacientes y las organizaciones”.

Actualmente La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) como un cuerpo colegiado y asesor de la Secretaría de Salud, elaboró tres indicadores dirigidos a brindar seguridad al paciente: la prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

Como resultado de la medición del grado de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos el indicador de caídas, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) reportó en el criterio número 1, que textualmente dice: “Valora y registra factores de riesgos de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria”.

Se declara además que las instituciones, los servicios de salud y los responsables de la atención o la protección de los niños deben ajustarse a las normas establecidas en particular en los ámbitos de la seguridad y la salud.

Así mismo se declara que las lesiones de los niños son responsabilidad de muchos sectores y es preciso concientizarse y conocer su magnitud, los factores de riesgo y la posibilidad de prevención, así como adoptar las medidas pertinentes.

La reducción del riesgo de lesiones de los niños exige la participación y el compromiso del equipo multidisciplinario de salud.

Por lo que se han creado estrategias de prevención específicas muchas de las cuales han resultado ser eficaces en la reducción de las lesiones.

La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.

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.

En noviembre de 2010 se realizó un proyecto el cual se refiere a las Prácticas Seguras Relacionadas Con Cuidados De Enfermería. “Prevención de caídas de pacientes ingresados”.

Dentro de los criterios referentes a los cuidados para la seguridad del paciente se encuentra el Proyecto Séneca, basado en el Modelo EFQM de Excelencia (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad). El Proyecto Séneca es un convenio financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Universidad de Cádiz en el que participaron un grupo de investigadores enfermeros de todo el país, con el objetivo de elaboración de un modelo de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente -SENECA 100- en los hospitales del SNS.

Así mismo el Programa Nacional de Salud 2007-2012. Menciona diez estrategias.

- * Identificación del paciente.
- * Manejo de medicamentos.
- * Comunicación clara.
- * “C” en cirugía y procedimiento.
- * Caída de pacientes.
- * Infecciones nosocomiales.
- * Factores humanos en la seguridad del paciente.
- * Co-responsabilidad del paciente.
- * Clima de seguridad.
- * Uso de protocolos y /o guías diagnósticas y terapéuticas.

La prevención de caídas en los pacientes hospitalizados ha de hacerse desde una consideración holística de la persona, siendo esta y su familia el centro de atención de los cuidados.

Cabe mencionar que una herramienta básica para valorar el grado de riesgo del paciente hospitalizado. Es la escala de clasificación de riesgo de caídas de las cuales se mencionan; La escala de A.M. Trompy colaboradores, la escala de JH Downton y La escala de Tinnetti, entre otras. (Anexos)

Dentro de estas escalas se encuentra la escala de valoración de riesgo utilizada en un hospital de la Secretaría de Salud (Hospital Infantil de México Federico Gómez); esta escala evalúa: limitación física, estado mental alterado, tratamiento farmacológico que implica riesgo, problemas de idioma o socioculturales, y pacientes sin factores de riesgo evidentes; la escala valora, en una escala del 1 al 10, lo que representa que a mayor puntaje es mayor el riesgo de caída. En

conjunto con la Comisión permanente de Enfermería se implementó en febrero del 2011 esta escala de valoración de riesgo de caídas en el paciente pediátrico hospitalizado. (Anexo).

Éstas y otras escalas para evaluar el riesgo de caídas son utilizadas en la actualidad en hospitales gubernamentales y privados, sin que al momento se haya generalizado y sistematizado el uso de alguna.

2.5 ESTRUCTURA COCEPTUAL TEORICA-EMPIRICA.

Basado en la Teoría de Florence Nightingale-Virginia Henderson.

Se considera y se retoma a **Florence Nightingale** en este protocolo de investigación porque es aplicable tanto en la enfermería como en la interacción paciente-entorno. En donde la idea principal es la situar al paciente.

Florence creía que todas las mujeres tendrían que cuidar de la salud de alguien en algún momento de su vida, lo que les llevaría a ejercer de enfermeras.

Su contribución más famosa tuvo lugar durante la guerra de Crimea, la cual se convirtió en su objetivo central a partir de la llegada a Gran Bretaña de los reportes acerca de las terribles condiciones de los heridos. Sidney Herbert, al frente de la Secretaría de Guerra en el gobierno de Lord Aberdeen.

También opinaba que la enfermedad era un proceso de reparación y que la función de la enfermera consistía en manipular el entorno del paciente para facilitar ese proceso. No define como tal el entorno, sin embargo detalla los conceptos; luz, limpieza, ruido, ventilación que quedaron registradas en sus Notes on Nursing .Y demuestra el interés por la higiene durante la guerra de Crimea, así como la importancia que dio al papel de la enfermera en la organización del entorno. Por lo que se pone un énfasis muy grande en la limpieza de las unidades.

Virgina Henderson, se le reconocen sus inmensas aportaciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, docente, escritora e investigadora. Su definición de enfermería apareció publicada por primera vez en 1955 en la quinta edición de Textbook of the Principles and Practice of Nursing, de Hauner y Henderson. Afirma en este texto que la única función de la enfermera es prestar asistencia a la persona, enferma o sana en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación.

El modelo de Henderson puede ser aplicable a todas las etapas del Proceso de Enfermería. En las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos, en esta etapa se determina el grado de dependencia /independencia para satisfacer las 14 necesidades y la interrelación entre estas, así como la definición de los problemas y la relación que existe con las causas de dificultad identificadas.

En las etapas de planificación y ejecución el modelo se utiliza para formular objetivos de dependencia con base de las causas de dificultad encontradas en las elecciones de la forma de intervención y la determinación de las actividades de enfermería.

Siguiendo el modelo de Henderson los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente en términos de niveles de independencia en relación con sus condiciones particulares como persona.

En la etapa de evaluación, el modelo ayuda a determinar los niveles de independencia mantenida o alcanzada, ya que Henderson señala que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia para satisfacer sus propias necesidades lo más pronto posible de acuerdo a sus propias necesidades y recursos.

Señala también las 14 necesidades básicas del paciente que comprenden los elementos básicos de la atención de enfermería.

1. Respiración.
2. Comida y bebida.
3. Evacuación.
4. Movimiento.
5. Reposos y sueño.
6. Vestidos adecuados.
7. Temperatura corporal
8. Limpieza del cuerpo y tegumento protector.
- 9. Entorno seguro.**
10. Comunicación.
11. Culto.
12. Trabajo.
13. Ocio.
14. Aprendizaje.

La valoración de las 14 necesidades pretende ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia en la satisfacción de las mismas, consiste en una serie de preguntas que en términos generales deberán hacerse para valorar cada necesidad, adecuándolas según la persona y situación.

El modelo conceptual de Virginia Henderson aplicado al protocolo de investigación. Por lo que se considera valiosa la aportación de esta teórica y se retoman sus conocimientos para la realización de este protocolo. **En el punto 9 que es proporcionar un entorno seguro lo identificamos para realizar el presente trabajo de investigación. Y así prevenir las caídas durante la hospitalización del paciente hasta su egreso.**

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.

3.1 ALCANCE Y ENFOQUE.

El tipo de investigación a emplear se elige del conocimiento actual de que se dispone sobre un problema de investigación.

Se centra en probar teorías describiendo variables, examinando las relaciones entre las variables y determinando la causa-efecto de las interacciones entre las variables. Por lo que se realiza para describir nuevas situaciones, sucesos o conceptos del mundo.

Con el propósito de aportar a los profesionales de Enfermería los lineamientos basados en evidencia científica así como el conocimiento para la prevención de caídas en el preoperatorio y posoperatorio inmediato, mejorando la calidad del cuidado y por ende la salud de los pacientes.

Por lo tanto en este estudio se pretende evaluar la efectividad de la sujeción a partir del mes de agosto al mes de octubre del 2013. Así como el riesgo de prevención de caídas de todos los niños que ingresan al servicio de Quirófano durante el preoperatorio hasta el posoperatorio inmediato. Del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Con el fin de contribuir a la prevención de las mismas.

3.2 HIPOTESIS.

La técnica de sujeción es eficiente en el pre operatorio y postoperatorio inmediato.

3.2.1 VARIABLES.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional.	Instrumento
Técnica de sujeción CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	La sujeción terapéutica consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. Debe aplicarse con discreción y con garantía de seguridad.	El Paciente es sujetado por medio de chaleco,sujetadores,- correas,cinturón,etc De formas gentil para Mantener la seguridad del paciente.	Registros de Enfermería
Perioperatorio. (tres fases). CUALITATIVA NOMINAL	La fase preoperatoria comienza desde que el paciente decide operarse y termina cuando se transfiere al paciente al quirófano. La fase intraoperatoria comienza con la entrada del paciente al quirófano y termina con su admisión en la unidad de cuidados postanestésicos. La fase postoperatoria comienza con la entrada del paciente En la unidad de cuidados postanestésicos y termina con la recuperación completa del paciente.	Son las tres fases, divididas en el momento que el paciente es trasladado al quirófano ,durante su Procedimiento y/o intervención quirúrgica hasta su salida a recuperación y de ahí a su piso.	Nota de Enfermería.
Caídas CUALITATIVA NOMINAL	Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.	Se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras se encuentre en el recinto hospitalario.	Registros de Enfermería

Efectividad CUALITATIVA NOMINAL	En el ámbito sanitario, se refiere al análisis del efecto de un curso de acción sanitaria, bajo condiciones habituales de práctica médica, sobre el nivel de salud de un paciente.	Es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. Y por lo tanto no incidentes de caídas en el peri operatorio.	Registros de Enfermería sin eventos de caídas
---------------------------------------	--	---	---

3.3 DISEÑO DEL ESTUDIO.

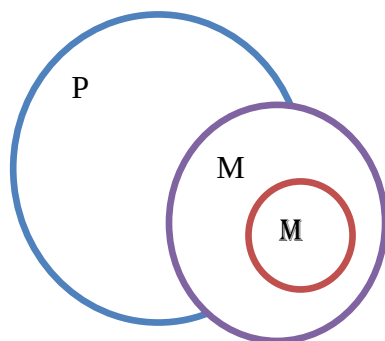
El presente es un estudio de tipo Cuantitativo. Porque es un proceso, sistemático, en el que se utilizaran datos numéricos para obtener información sobre la investigación o tema a investigar.

3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

POBLACIÓN: Personal de enfermería del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

MUESTRA: Personal de enfermería del área quirúrgica.

MUESTREO: A las 30 enfermeras del turno matutino, 8 enfermeras del turno vespertino y a las enfermeras de la guardia nocturna A y B.



3.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realiza de acuerdo a la información obtenida con el fin de recolectar los datos, analizar los mismos y elaborar el reporte de resultados.

3.5.1 SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO.

Se elaboró el siguiente instrumento partiendo sobre los conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre la prevención de caídas y la eficacia con la que se lleva a cabo la sujeción del paciente pediátrico, con las herramientas que se tienen en el hospital infantil de México dentro del área quirúrgica. Con la finalidad de poder evaluar la efectividad de la sujeción al paciente pediátrico para evitar las caídas en esta área.

Se formuló un cuestionario dicotómico que consta de 17 preguntas, que serán aplicadas al personal de enfermería del área quirúrgica. Y que se realiza a continuación:

Por favor conteste las siguientes preguntas de acuerdo a su experiencia laboral.

1. ¿Considera usted que la sujeción de los pacientes resulta efectiva para la prevención de accidentes o caídas?
() SI () NO
2. ¿A ti como profesional de salud te ha sido funcional realizar la técnica de sujeción para evitar caídas?
() SI () NO
3. ¿El chaleco o sujetador te parece efectivo?
() SI () NO

4. ¿Considera que los familiares ven la sujeción como agresión?

() SI

() NO

5. ¿Ha sabido de algún evento relacionado a alguna caída de algún paciente en el área quirúrgica?

() SI

() NO

6. Educa al paciente y/o familia sobre las medidas de precaución para evitar caídas.

() SI

() NO

7. ¿Conoce los lineamientos de la política en donde establece la sujeción como medida preventiva para evitar caídas?

() SI

() NO

8. ¿Durante la estancia del paciente en el transoperatorio usted valora el riesgo de caída y realiza las intervenciones pertinentes de enfermería?

() SI

() NO

9. ¿Cuenta con algún formato y/ o registros clínicos para evaluar el riesgo de caídas?

() SI

() NO.

10. ¿Te das el tiempo necesario para sujetar correctamente al paciente en el Posoperatorio inmediato?

() SI

() NO

11. ¿Recibe ayuda del equipo de salud para la manipulación del paciente en el quirófano?

() SI

() NO

12. ¿Cuenta con un camillero para el traslado de pacientes en el quirófano?

() SI

() NO

13. ¿Considera que los dispositivos que se utilizan son los correctos para evitar caídas?

() SI

() NO

14. ¿Realiza educación continua al personal de salud para evitar las caídas?

() SI

() NO

15. ¿Corroborar que el consentimiento sea autorizado para la sujeción?

() SI

() NO

16. ¿Explica a los familiares la sujeción que tendrá el paciente al salir del quirófano?

() SI

() NO

17. ¿Dan mantenimiento a los dispositivos y verificas su funcionamiento?

() SI

() NO

CAPITULO 4. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

4.1 COMENTARIOS.

Los hallazgos del estudio influyen en la práctica profesional de las enfermeras de modo que aumenta el cuerpo de conocimiento de la enfermería.

En lo que respecta al profesional de enfermería, se le considera parte fundamental del grupo multidisciplinario, que tiene la responsabilidad de brindar atención integral al paciente identificando oportunamente el riesgo para prevenir daños.

En la búsqueda bibliográfica que se ha realizado con el objeto de encontrar una escala validada que permita identificar a estos pacientes de alto riesgo, no se ha encontrado ninguna con suficiente nivel de evidencia para su aplicación, sin que al momento se haya generalizado y sistematizado el uso de alguna. Por lo que se identificarán siguiendo el Proceso de Atención de Enfermería. Debido a esto se considera que la sujeción hasta el momento es de gran utilidad en la prevención de caídas en pacientes pediátricos hospitalizados.

También es importante destacar las competencias específicas que deben desarrollar los profesionales de enfermería con la intención de mejorar la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente, fomentando una cultura de confianza, seguridad, integridad y abierta comunicación entre los pacientes y el prestador del servicio, lo que da como resultado, la disminución de eventos adversos mediante la estandarización de los procedimientos, elementos que sólo pueden evaluarse y hacerse de manera sistemática mediante la implementación de indicadores de calidad propios de la disciplina que permitan de igual manera deslindar responsabilidades entre las acciones interdependientes como las independientes, mostrando con ello el nivel de cumplimiento y áreas de oportunidad en la práctica de Enfermería.

4.2 SUGERENCIAS O PROPUESTAS.

- ❖ Estandarizar los cuidados y llevar acabo la escala de valoración de prevención de caídas así como la sujeción para el servicio de quirófano y dar a conocer las estrategias ya estipuladas dentro del área quirúrgica.
- ❖ Realizar la valoración de factores de riesgo que presenta el paciente y determinar las medidas a implementar.
- ❖ Registrar la valoración de prevención de caídas que proporciona nuestra institución.

REFERENCIAS.

- ❖ Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Indicadores de Calidad por Enfermería. Criterios básicos para la prevención de caídas. México 2006.
- ❖ CONAMED. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. México. 2009.
- ❖ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermeras Madrid: Elsevier Science. 2002.
- ❖ Lynn Wieck, Eunice M. King, Marilyn Dyer. Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado. México. Mc Graw Hill Interamericana. 1989.
- ❖ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaria de Salud. Tres Nuevos Indicadores Para La Prevención De Infecciones Y Seguridad Del Paciente. México 2006.
- ❖ Nightingale, F. (1957). Notes on nursing. Philadelphia: JB. Lippincott (originally published in 1859).
- ❖ Hauner, B., & Henderson, V. (1955). Textbook of the principles and practice of nursing. New York: Macmillan.

ARTÍCULOS EN LÍNEA.

<http://andarrat.free.fr/cap5a.htm>

Indicador “Prevención de caídas en pacientes hospitalizados”

http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/REV38.pdf.

<http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/plancocasep.pdf>.

http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/ppcaidas15062010.pdf
Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Secretaria de Salud. (Consultada el 7 de marzo de 2011).

[http:// www.astursalud.es](http://www.astursalud.es)

ANEXOS.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS: ESTÁNDARES DE APLICACIÓN GENERAL.

1. Todos los pacientes que son admitidos en Hospital Infantil de México deben evaluarse desde su ingreso, utilizando la escala de evaluación de caídas para pacientes pediátricos identificando y registrando el nivel de riesgo. Riesgo alto: Todo aquel paciente que tenga igual o mayor a 10 puntos. Riesgo bajo: Todo aquel paciente que sume menos de 6 puntos. Para pacientes menores de 6 meses se seguirán las recomendaciones emitidas por la unidad neonatal.
2. A todos los pacientes se les efectuarán revaluaciones periódicas (traslados, cambios de turno) a fin de determinar en forma continua y oportuna el riesgo de caída, y deberá documentar en el formato asignado.
3. Es responsabilidad de la enfermera de atención directa al paciente evaluar el riesgo de caída y establecer las medidas preventivas descritas en el presente protocolo.
4. Cada vez que se presente un evento relacionado a caída de paciente se deberá evaluar al paciente en búsqueda de daños o cambios de condición, notificar al médico tratante, documentar los factores de caídas, el jefe del área hará una investigación de los hechos en búsqueda de áreas de oportunidad, se registrará la caída en el reporte de incidentes, cada mes se publicará a través de los indicadores de seguridad de cada área la tasa de eventos relacionados a caídas.

ESTÁNDARES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS.

1. Orientar al paciente y/o familia sobre las condiciones de su habitación y acondicionamiento.
2. Orientar al paciente y/o familia sobre el uso y manejo del equipo.
3. Mantener siempre el freno del reposet o la cama y en el nivel más bajo.
4. Habitación con iluminación adecuada.
5. Mantener la habitación en orden y libre de equipo que no sea necesario.
6. El paciente siempre vestirá ropa adecuada y calzado antiderrapante.
7. Acompañar al paciente en la deambulaci3n.
8. Colocar objetos personales del paciente a su alcance.
9. Timbre a la mano del paciente y ense1ar su funcionamiento.
10. Cuna con barandales arriba todo el tiempo.
11. Evitar colocar demasiada ropa en la cuna (de preferencia solo debe permanecer el columpio)
12. Ba1o en tina.
13. En caso de que el paciente deba ser trasladado a servicios cl3nicos para procedimientos de diagn3stico o tratamiento se deber1 cumplir con todas las medidas de seguridad para su traslado.
14. Una vez concluido el estudio y/o tratamiento el servicio que brinda la atenci3n deber1 de instalar al paciente a su unidad o servicio correspondiente.

ESTÁNDARES PARA PACIENTES DE BAJO RIESGO.

1. Colocar al paciente en una cama apropiada a su desarrollo, en posición más baja, barandales arriba, en caso de el espacio entre barandales sea mayor a 7 cm utilizar protector para evitar que el niño saque alguna extremidad o bien otra parte del cuerpo.
2. Mantener los 4 barandales de la cuna elevados.
3. Realizar rondas horarias, anticipándose a las necesidades del paciente, asistiéndolo cuando así lo necesite y recordándole la importancia de solicitar ayuda.
4. Acudir de inmediato al llamado del paciente.
5. Instruir al paciente y familia sobre el riesgo de caída y las restricciones si la hubiere.
6. Al inicio de cada turno la enfermera debe revalorar los riesgos, ajustar las intervenciones de enfermería y documentar el resultado (Formato de Registros Clínicos de Enfermería y Plan de Cuidados), así como debe asegurarse que se hayan implementado las medidas pertinentes y verificar que el paciente y familia entendieron las medidas de seguridad adoptadas.
7. En el caso de que el paciente deba ser trasladado a otras áreas dentro de la institución, se deberá cumplir con el debido llenado del pasaporte de traslado y con los lineamientos establecidos en el protocolo de traslado (Consultar protocolo de traslado).
8. En caso de ser necesaria la sujeción debe aplicarse los lineamientos que marca la política de sujeción de pacientes (PO-COR-DEF-003).
9. En caso de que el paciente deba ser trasladado a otras áreas de la institución el familiar cargará al paciente y se les trasladará en silla de ruedas.

10. En caso de que el paciente deba ser trasladado a otras áreas de la institución el paciente deberá ser acompañado por enfermera, camillero.
11. Ambiente limpio libre de equipo que no se usa, muebles en su lugar, libre de peligros.
12. Iluminación adecuada, dejar la luz de noche encendida.
13. Educar al paciente y/o familia sobre las medidas de precaución para evitar caídas.

ESTÁNDARES PARA PACIENTES MENORES DE 6 MESES.

En la unidad neonatal:

1. En todo momento debe estar presente un profesional de enfermería.
2. Incubadoras siempre cerradas incluyendo mangas.
3. Unidad de calor radiante con acrílicos cerrados.
4. Frenos en ruedas.
5. Evitar colocar demasiada ropa para dar posición.
6. Tener cerca y disponible el pañal para realizar cambio cada vez que se requiere.
7. Trasladar al neonato a la habitación de la madre en bacinete por enfermera y guardia de seguridad.
8. En caso de que el paciente deba ser trasladado a servicios clínicos para diagnóstico o tratamiento deberá realizarse e incubadora de traslado.

ESCALAS PARA EVALUAR EL RIESGO DE CAIDAS.

- ❖ La escala de A.M. Trompy colaboradores; mediante esta escala, se evalúan los problemas visuales, incontinencia urinaria, limitación funcional, para dar una puntuación, la que a partir de 7 puntos considera que el riesgo de caídas múltiples es alto.
- ❖ Otra escala de riesgo de caídas es la de JH Downton, que incluye como factores de riesgo: caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial, y del estado mental y marcha; esta escala de riesgo de caídas (1993), clasifica el riesgo en tres o más puntos.
- ❖ La escala de Tinetti evalúa la marcha y el equilibrio y ha demostrado ser muy apropiada y completa en la valoración de los ancianos con riesgo de caídas, permite valorar el equilibrio estático y dinámico, dando como resultado tres valores: normal, adaptado y anormal.

ESCALA DE VALORACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS Y ACCIDENTES.UTILIZADA EN EL H.I.M FEDERICO GÓMEZ.



DIRECCIÓN MÉDICA VALORACIÓN PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES

Nombre del paciente: _____
Nombre Apellido paterno Apellido materno
 Fecha de nacimiento: _____ Registro: _____ Cama: _____
 Fecha de ingreso: _____ Diagnostico médico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SUJECCIÓN

La seguridad del paciente es un objetivo primordial en el Hospital Infantil de México, y la prevención de caídas una meta internacional, por lo que permito al personal de salud de esta institución después de haber realizado una valoración del riesgo de caídas, aplicar las intervenciones necesarias para evitar que mi paciente sufra una caída:

- Mantener elevados los barandales de la cama, cuna o camilla.
- Mantener la cama, cuna o camilla en su nivel más bajo.
- No dejar solo al paciente, si usted necesita salir de la sala notifique al personal de enfermería.
- No movilizar solo (a) al paciente, solicite ayuda al personal de enfermería o camillero.
- Sujetar al paciente cuando sea necesario o por indicación del personal de salud.
- El paciente no debe permanecer solo y más cuando el riesgo de caída sea alto.

Acepto que recibí información, clara, completa y suficiente acerca de la prevención de caídas y las medidas de sujeción que se utilizan para la seguridad de mi paciente

Nombre: _____ Parentesco: _____
 Enfermera: _____ Testigo: _____

ESCALA DE VALORACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA

Cráterios	Calificación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico	2
Problemas de comunicación	2
Sin factores de riesgo	1

PUNTOS Y CÓDIGO PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO		
ESCALA	PUNTOS	TARJETA
Alto riesgo	4 a 10	ROSA
Mediano riesgo	1 a 3	VERDE

ESCALA DE VALORACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA, propuesta por
 Mra. Miroslava Iliana Carrasco González, LE. Claudia Guadalupe González López, EP Sylvia Morales Molina del Departamento de
 Enfermería

ESPECIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA

Valoración por turno	Conceptualización	Especificación
Limitación física	Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo.	Pacientes con deterioro músculo esquelético como: fracturas, artritis. Deterioro neuromuscular; traumatismo craneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivos-perceptuales; lesiones de columna vertebral, enfermedad; síndrome de desuso (reposo prolongado) antecedente de caídas previas, disminución de la masa muscular (desnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado) y disminución del control muscular (anestesia) índice de masa corporal por arriba del 75% para la edad (obesidad), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), <u>periodo postoperatorio</u> , uso de aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis u otras patologías que limiten la actividad física.
Estado mental alterado	Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo a interactuar con el medio ambiente.	Se consideran las alteraciones sensitivo-perceptuales tales como: lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; <u>déficit propioceptivo por anestesia o sedación</u> , deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación, confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; hipoglucemia, hiperpotasemia, deterioro neuromuscular; traumatismo craneo encefálico, secuelas de polio o parálisis cerebral infantil; enfermos en estados terminales y en estado crítico.
Tratamiento farmacológico que implica riesgo*	Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo.	Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitalicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores.
Problemas de comunicación (idioma o socioculturales)	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación.	Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), alteración del sistema nervioso central (tumores cerebrales), efectos de la medicación, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis).
Sin factores de riesgo	Persona que en la valoración inicial no presenta riesgo alguno; sin embargo está expuesta a factores del entorno que pueden considerarse como riesgo adicional.	Considera los aspectos físicos y de seguridad de la unidad, médica (diseño, estructura y disposición de aditamentos de seguridad), barandales de la cama, cuna y camilla; nivel de iluminación, timbres de llamado funcionando, bancos de altura, sillas de ruedas, trípies, dispositivos de seguridad en baños, pisos de material antiderrapante, etc.

* En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, también son considerados como factor de riesgo para caídas los medicamentos de alto riesgo (Quimioterapia)

ESCALA DE VALORACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA, propuesta por
Mtra. Miroslava Iliana Carrasco González, L.E. Claudia Guadalupe González López, EP Silvia Morales Molina del Departamento de Enfermería
Colaboran: Lic. Enl. Elizabeth Méndez Arteaga,

MP-2000-106-04

PROCEDIMIENTO SUJECCIÓN GENTIL DE PACIENTES.

CONCEPTO. Acciones encaminadas a disminuir el riesgo de caídas en pacientes mediante contención física y/o inmovilización.

Contención física y/o inmovilización: Uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad.

Objetivos:

- prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de peligro al paciente.
- Limitar la movilidad física del paciente y garantizar su seguridad.

Material

- Guantes.
- Cinturón ancho abdominal (Semiinmovilizador).
- Chaleco (Semiinmovilizador).
- Cintas de muñecas.
- Cintas para hombros.
- Cinturón estrecho de piernas.
- Cintas para tobillo.
- Barandillas.
- Sujeciones.
- Vendas de algodón y elásticas.
- Sábanas.

Preparación del paciente.

- Identificación del paciente.
- Explicar a la familia los riesgos y beneficios de la sujeción en caso de ser necesaria.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento y de la razón por la que se han adoptado medidas de contención.
- Fomentar la colaboración del paciente y/o familia en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Tranquilizar al paciente.
- Entregar y explicar a la familia el consentimiento informado.

TIPOS DE SUJECCIONES:

- Sujeción de muñeca o tobillo: Se sujetará a la cama de manera que permita levantar o subir cabecera de la cama.
- Sujeción de tronco: Se colocará en la parte baja de la espalda o abdomen.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN.

- Colocarse guantes no estériles.
- Informar a las personas que se encuentran acompañando al/a la paciente que estén vinculadas por razones familiares o de hecho, acerca de la adopción de la medida.
- Las inmovilizaciones se realizarán con ayuda y usando las técnicas menos restrictivas posibles para evitar lesionar al paciente.
- Colocar al paciente en posición anatómica correcta.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada (ángulo de la cabecera de la cama 35 a 45 grados), para evitar el riesgo de aspiración.
- Manejar al paciente con firmeza.
- Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con presión moderada.
- Fijar las sujeciones al marco o somier de la cama (nunca a la barandilla) y fuera del alcance del paciente.
- Comprobar que el paciente tenga cierta libertad de movimientos, pero que en ningún caso puedan producirle lesiones.
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Valorar al paciente al menos dos veces por turno, aumentando vigilancia según situación clínica y evolución, teniendo en cuenta: (La respiración, estado psicomotor y nivel de conciencia).
 - Comprobar el estado de la piel, el pulso, color, temperatura y sensibilidad del lugar de la sujeción.
 - Actitud de la persona contenida y estado de ánimo.
 - Postura inadecuada.
 - Compresión de algún miembro.
 - Rigidez muscular.
 - Temperatura de manos y pies.

OBSERVACIONES.

*Revisar las sujeciones cada 4 h., controlando el estado de la piel.

*Valorar por turno la necesidad o conveniencia de continuar con la sujeción.

*La retirada de la sujeción debe realizarse siempre de forma progresiva, a medida que aumente el autocontrol. Debiendo extremarse la vigilancia al paciente en las horas posteriores hasta que se normalice su conducta.

* La enfermera puede realizar la contención física en situación de emergencia, con el personal suficiente y evitando el riesgo de autolesión en el paciente.

*La supresión se realizará tras la valoración del equipo multidisciplinar cuando la necesidad haya cesado.