

Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización.

Specific Recommendations for Nursing related to the prevention of patient falls during the hospitalization.

Tena-Tamayo, Carlos¹, Arroyo de Cordero, Graciela †², Victoria-Ochoa Rebeca³, Manuell-Lee, Gabriel R.³, Sánchez-González Jorge M.³, Hernández-Gamboa Luis E.³, Campos-Castolo E. Mahuina³, Muñoz-Gutiérrez Jorge³, Ortega-Vargas Carolina⁴, Medina-Ortíz Sofía⁴, Ibarra-Castañeda Guadalupe⁴, Hernández-García Gloria⁴.

¹ Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

² Coordinadora de Enlace del Grupo de Validación Externa, Coordinadora de la Comisión Interinstitucional de Enfermería.

³ Grupo Coordinador para la Emisión de Recomendaciones.

⁴ Grupo de Asesores Internos.

I. INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes se ha convertido en un tema importante para los sistemas de salud a nivel mundial. En octubre del 2004 la OMS conjuntamente con líderes mundiales de salud, presentaron una alianza para reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes derivadas de errores en la atención de la salud. Un estudio de la Universidad de Harvard indica que el 70% de los efectos adversos, producto de errores en la atención médica deriva en discapacidades temporarias y un 14% de ellos en la muerte del paciente, teniendo un impacto económico importante. Pero también puede sufrir otro tipo de afectaciones como las de carácter social, familiar y emocional. En otros estudios se menciona como consecuencia la prolongación de días de estancia hospitalaria, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad y el costo de gastos médicos que de acuerdo al país oscila entre los 6 y 29 mil millones de dólares al año.¹

El Comité de Calidad en el Cuidado de la Salud del Instituto de Medicina (IOM) en América postuló 6 metas cualitativas para el sistema de salud: debe ser *seguro*, efectivo, centrado en el paciente, oportuno, eficiente y equitativo. Estas metas van más allá de un propósito de reducir errores, cada una de ellas está asociada a una serie de recomendaciones para poder lograrlas; por ejemplo, la efectividad requiere transformar el conocimiento y las mejores prácticas en guías y sistemas basados en la evidencia del cuidado.²

1. Caída de paciente

En México se ha establecido un reto para que la atención en salud responda de manera adecuada a las expectativas de los pacientes, para lograr este reto, los servicios de salud deben tomar las medidas necesarias para elevar la calidad de los servicios que brindan a la población.³

Las actividades de garantía de calidad en las instituciones, entendiendo ésta como el proceso de establecer un grado indicativo de excelencia en relación con las actividades de enfermería y la puesta en práctica de estrategias que garanticen que los pacientes reciben el nivel de cuidados convenido, deben estar centradas en la identificación de los problemas asistenciales de los pacientes, con el fin de analizarlos en forma sistemática, para su corrección, seguimiento y asegurar un control continuo.⁴

Los daños asociados a la hospitalización son más comunes en personas mayores de 65 años, pudiendo ser más severos y en la mayoría de las veces prevenibles. En un estudio realizado con la finalidad de hacer un análisis de estos daños, se clasificaron los errores en seis categorías: caídas, eventos adversos por medicamentos, infecciones nosocomiales, úlcera de decúbito, delirio, complicaciones perioperatorias y quirúrgicas. Para cada una de estas categorías los pacientes

de edad avanzada tuvieron riesgo elevado, estando 2.2 veces con mayor riesgo en complicaciones perioperatorias y 10 veces más con riesgo de caídas.⁵

En algunas instituciones se establece la prevención de caídas como un indicador de calidad, realizando medidas para proteger al paciente hospitalizado de caídas que pueden poner en riesgo su vida.⁶

La Organización Mundial de la Salud define el término CAIDA, "como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad". La etiología de las caídas es multifactorial y por su frecuencia y múltiples complicaciones constituyen un problema importante en la atención del paciente hospitalizado.

2. Factores de riesgo

La NANDA en su Definición y Clasificación 2003-2004 plantea y clasifica los factores de riesgo en la etiqueta diagnóstica "Riesgos de Caídas", la define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. La NANDA divide los factores de riesgo en 5 categorías a saber: Adultos, Fisiológicos, Medicamentos, Ambientales y Niños.

A continuación se enlistan los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos, con los que están relacionadas las caídas de pacientes. CUADRO 1.

Factores intrínsecos.- Son aquellos relacionados con el estado del paciente.⁷

Cuadro 1	
Factor	Descripción
Edad	Supone riesgos en las distintas etapas de la vida, el lactante puede caer de la cama o perder el equilibrio al empezar a caminar; el niño preescolar no mide el riesgo, al intentar subir o bajar cualquier superficie; el adulto relacionado con su estilo de vida; en el anciano por los cambios fisiológicos en la visión, audición, movilidad, reflejos y circulación.
Limitación en la movilidad	Restricción de actividades, puede ser inactividad absoluta (requiere atención para la alimentación, aseo y eliminación) o inactividad parcial. Esta limitación esta en función de las órdenes médicas debido al diagnóstico del paciente. La inmovilización puede predisponer a un paciente a otros accidentes y estas caídas pueden restringir aún más la movilidad y la independencia.
Estado neurológico y emocional	Alteraciones debido a hemiparesia parcial o total, ansiedad, excitación, desvalorización, tendencias suicidas, depresión, presencia de somnolencia, sopor, estupor, inconciencia, alteraciones de la memoria, incapacidad para comprender o cumplir indicaciones y pacientes renuentes a solicitar ayuda.
Estado físico y limitaciones sensoriales	Limitaciones visuales o dificultad para la comunicación, discapacidad mental por retraso o enfermedad mental, agitación psicomotriz, discapacidad física por amputación o malformaciones, sedación preanestésica o posquirúrgica, desnutrición, cardiopatías que producen incapacidad para mantener perfusión adecuada durante la actividad, hipoxia cerebral, encefalopatías por alteraciones metabólicas, arritmias que comprometen el gasto cardiaco, paresias, antecedentes de crisis convulsivas, deterioro auditivo, poliuria, nicturia, osteoporosis y osteomielitis.

Factores extrínsecos.- Son aquellos relacionados con el entorno del paciente y los factores derivados del tratamiento farmacológico.⁷ CUADRO 2

Cuadro 2	
Factor	Descripción
Iluminación	Luz deficiente en el cuarto del paciente o en los pasillos.
Mobiliario	Ausencia de barandales en las camas, altura inapropiada de la cama, bancos de altura en malas condiciones.
Limpieza	Piso mojados por derramamiento de líquidos o episodios de incontinencia urinaria.
Dispositivos para deambular	Condiciones deficientes en las gomas de los bastones, muletas, andaderas y sillas de ruedas que no permiten su fácil deslizamiento y eficaz frenado.

Factores por tratamiento farmacológico.- Son aquellos relacionados con los medicamentos que consume el paciente que tiene efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la estabilidad o la marcha.⁷ CUADRO 3

Cuadro 3	
Medicamento	Efectos
Diuréticos	Aumentan la frecuencia para orinar.
Hipoglucemiantes	Disminuye los niveles de glucosa, lo que produce mareo y la posible pérdida del equilibrio.
Antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes	Pueden causar confusión, somnolencia, adinamia y cambios en la conducta.
Betabloqueadores	Causan alteraciones en el sistema de conducción y posible hipotensión arterial.
Antiarrítmicos	Actúan sobre el sistema de conducción con la consecuente alteración del gasto cardiaco.
Inotrópicos	Pueden causar alteraciones en el gasto cardiaco las cuales producen hipotensión, hipertensión, taquicardia y bradicardia.

3. Responsabilidad del profesional de Enfermería

La atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud⁸. El personal de enfermería forma parte de los recursos humanos del sistema de salud y por lo tanto, son sujetos que tienen el compromiso de la observancia de los principios éticos y legales aplicables en el ejercicio de la enfermería, así como en la aplicación de conocimientos, destrezas y la adecuada utilización de los recursos tecnológicos para dar cuidados de calidad a las personas que están bajo su responsabilidad. Es importante señalar que la contravención del conjunto de deberes y obligaciones, por los actos y omisiones del personal de salud, tendrá como obligación la reparación del daño causado en la salud e integridad corporal del paciente.

La responsabilidad del personal de enfermería, debe establecerse a partir de las intervenciones independientes que son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de enfermería como: la identificación, prevención y tratamiento de las respuestas humanas (forma en que el paciente responde a un estado de salud o enfermedad). Cada intervención responde a un diagnóstico con determinados objetivos o resultados a lograr a través de una serie de intervenciones. La responsabilidad de enfermería está en determinar las mejores intervenciones (científicamente probadas) para lograr los objetivos establecidos a partir del diagnóstico de enfermería.

En el IMSS, recursos como: iluminación, mobiliario, limpieza, dispositivos para deambular, entre otros, son responsabilidad de las áreas administrativas y de conservación. La responsabilidad del personal de enfermería se limita a hacer "uso correcto de los recursos disponibles y a reportar el inadecuado funcionamiento".

Las obligaciones del personal de salud se dividen en obligaciones de medios, de seguridad y de resultados; éstas últimas hacen referencia al compromiso de obtener un fin determinado (ejemplo cirugía estética), prometiendo resultados, lo cual no es aplicable a la enfermería, ya que no se puede exigir al personal de salud a obtener un resultado cierto en su atención, en el cual influyen múltiples factores, entre otros, la respuesta idiosincrática de cada individuo.

Las obligaciones de medios, se definen como el compromiso de poner todos los recursos y la diligencia necesarios en el ejercicio profesional, aplicando el saber y el proceder, a través de una conducta prudente y diligente. Estas acciones y actitudes son siempre exigibles a los profesionales de salud. Las obligaciones de seguridad, son dirigidas al deber de evitar accidentes, y se refieren a que el personal de salud debe hacer uso correcto de los aparatos y equipo, así como colaborar para mantenerlos en buenas condiciones a manera que se pueda ofrecer la mayor seguridad a los usuarios de los servicios de salud⁹.

Luego entonces, la prevención de caídas es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud que debe cumplir cada quien en su ámbito de responsabilidad. Dentro de los factores intrínsecos señalados en el documento, en el apartado "Estado neurológico y emocional" la ansiedad, la excitación, desvalorización, tendencias suicidas, depresión, presencia de somnolencia, sopor, estupor, etc, requieren para su control y para la prevención de caídas, del saber y proceder del médico responsable del paciente a través de intervenciones invasivas (terapia medicamentosa, etc). Las intervenciones de enfermería son exclusivamente no invasivas.

Para prevenir las caídas en hospitalización, se han desarrollado protocolos e indicadores para ofrecer seguridad a los pacientes evitando las caídas. El personal de enfermería debe contar con las habilidades técnicas y sociales que le permitan evaluar las condiciones de un paciente a su ingreso y clasificar el riesgo de caída. Estas medidas incluyen la coordinación efectiva con el resto del personal involucrado en la atención del paciente y especialmente, la comunicación y la educación al paciente si su condición física-emocional lo permite, así como, a los familiares o visitantes, quienes muchas veces están directamente al cuidado de los pacientes en los hospitales.

4. Experiencias Institucionales

Institución Privada

Hasta 2004, en el Hospital San José Tecnológico de Monterrey no existía formalmente el análisis de los incidentes, de los cuales uno de los más frecuentes son las caídas de pacientes. Por eso, la Dirección de Enfermería y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica propusieron iniciar un programa de prevención y vigilancia de caídas como parte del "Plan Institucional de Seguridad Integral".

El objetivo del programa fue definir las acciones y responsabilidades de enfermería respecto a la prevención y vigilancia de caídas, a fin de reducir el riesgo de lesiones en el paciente durante la hospitalización.

Para el apartado de prevención se estableció la responsabilidad del personal de enfermería de evaluar el riesgo de caídas al ingreso y durante la hospitalización del paciente a través de una "escala de evaluación del riesgo". Con base en los resultados de esta evaluación, el personal de enfermería documenta y aplica un protocolo con acciones de prevención, así como, un programa de educación y orientación al paciente y la familia.

Para el programa de vigilancia se instauró un Comité de análisis de caídas, el cual está incluido en el "**Plan Institucional de Seguridad Integral**" del Hospital. Dicho Comité tiene la función de analizar los informes de Incidencia de caídas, examinar el ambiente, equipo, elementos del programa de Prevención de caídas, analizar los recursos

incluyendo capacitación de personal, la vigilancia, comunicación y conocimiento de factores de riesgo que se presentaron en el evento, así como, establecer las recomendaciones inmediatas y a largo plazo para reducir riesgos de caída para el paciente.

Esta experiencia es una estrategia institucional encaminada a la garantía de la calidad. Para ello fue necesario reconocer que en el proceso de cuidar al paciente existe un riesgo en la seguridad del mismo. Aspecto difícil cuando existe la cultura de buscar culpables en lugar de aprender de los errores. Una vez superada esta etapa y concientes de la responsabilidad, en la actualidad el Programa de prevención de caídas es un indicador de calidad en dicha Institución.

Instituto Nacional de Salud

En el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", se diseñó e implementó un indicador de calidad dirigido a la prevención de caídas de pacientes hospitalizados, logrando disminuir la incidencia y estimulando al personal para realizar una valoración continua del riesgo de caída e implementar las medidas de mejora continua con relación a este procedimiento con excelentes resultados y un control de la situación, así como, de la práctica profesional al respecto. En un análisis descriptivo de los eventos adversos relacionados con la atención de enfermería del año 2000 al 2004 se identificó la presencia de caídas como errores o *cuasi errores* prevalentes. De este grupo de incidencias por caídas, 92% correspondió a personas adultas y 8% a pacientes pediátricos, encontrando como causas más frecuentes de las caídas: el manejo inadecuado de los barandales, ya sea por el equipo de salud o por el familiar, escasa información al paciente y a sus familiares con relación a las medidas de seguridad, retardo en la atención al llamado del paciente, imprudencia del familiar y paciente en la deambulacion temprana. En un escaso porcentaje se observó que las caídas están relacionadas con alteraciones en el estado de conciencia o causas clínicas, por lo que se deduce que la mayoría eran prevenibles y en 85% responsabilidad de la atención del personal de enfermería.

II. ANÁLISIS DE LAS INCONFORMIDADES PRESENTADAS ANTE CONAMED

Metodología

Para el análisis de las quejas relacionadas con caídas de pacientes, se conformó una base de datos a partir del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED) de la CONAMED. Se recabó información sobre edad y sexo del paciente, institución donde recibió atención, servicio en donde ocurrió

el evento, entidad federativa, además de otras variables relacionadas con los pormenores de la caída y de la queja.

Resultados

Se analizaron 24 quejas correspondientes a caída de pacientes, en el periodo de 1996 a 2005. Por sexo, 12 quejas correspondieron al sexo masculino y 12 al sexo femenino. El grupo de edad que tuvo mayor frecuencia de caídas fue en mayores de 65 años, seguido por el grupo de 25-44 años y en tercer lugar de 45-64 años.

Por entidad federativa: 15 quejas para el Distrito Federal, Guadalajara con 3, el Estado de México con 2 y una para cada uno de los estados de Irapuato, Veracruz, Baja California y Quintana Roo.

De las 24 quejas, 19 corresponden a instituciones de Seguridad Social y 5 a Instituciones Privadas.

Las caídas se registraron en los servicios de: urgencias con 10, hospitalización con 9, en ambulancia 4 y 1 en laboratorio.

Se presentaron caídas en mayor proporción desde las camillas, seguidas por camas, sillas, mesas de exploración, incubadora, baño y dentro de ambulancias.

De las 24 caídas solamente en 4 casos estuvo involucrado personal de enfermería, en 2 fue personal de ambulancia, en uno camillero y en otro personal médico. En el resto de los casos no se pudo identificar quien estuvo involucrado.

Los pacientes que sufrieron caídas: en 14 casos requirieron tratamiento médico, 4 tratamiento quirúrgico y en 6 no se especifica.

El modo de conclusión de las inconformidades fue: 10 conciliadas, 8 no conciliadas y seis dictámenes. Los arreglos a los que se llegaron fueron: 4 casos con atención especializada, 3 atención médica, 1 reintegro de gastos, 1 indemnización y en 15 casos no se llegó a ningún arreglo.

III. DISCUSIÓN

Existen varios reportes en la literatura, que refieren que las caídas suelen ocurrir en los pacientes hospitalizados, en una frecuencia que oscila entre el 13% y el 32%. En las unidades de rehabilitación coronaria, las caídas se presentan hasta en 47% de los pacientes.

Los pacientes que han sufrido caídas han padecido lesiones físicas en el 70% de los casos, correspondiendo a fracturas del 1% al 10%. Por tanto, el paciente hospitalizado que se cae, aumenta significativamente su morbilidad y los costos de los sistemas de salud, además de ser blanco de futuras intervenciones.¹⁰

La enfermera cumple con establecer comunicación y coordinación con el equipo multidisciplinario para promover y garantizar que el medio ambiente del hospital promueva

comodidad y seguridad a los pacientes durante su estancia hospitalaria.¹¹

De las inconformidades recibidas en la CONAMED encontramos que 14 pacientes requirieron tratamiento médico y cuatro pacientes tratamiento quirúrgico después de haber sufrido una caída.

También se refiere en la literatura que las medidas para reducir las caídas en los hospitales, han recibido poca atención, por ello es necesario implementar un programa interdisciplinario de prevención de caídas, a fin de reducir su incidencia en los hospitales, atendiendo a las particularidades propias tanto de los pacientes como de la unidad hospitalaria.¹²

Es por ello importante emitir recomendaciones específicas

para el personal de enfermería para prevenir las caídas en el medio hospitalario.

Tanto el personal de enfermería como el resto de trabajadores de la salud, los familiares y visitantes deben conocer e identificar las medidas de seguridad adoptadas por la institución para prevenir la ocurrencia de incidentes o accidentes relacionados con la caída del paciente durante su estancia hospitalaria, por lo que es importante conocer la definición de las mismas. Se define como incidente al acontecimiento de mediana importancia que sobreviene en el curso de un asunto, mientras que la definición de accidente sería: suceso eventual inesperado y generalmente desagradable.¹³

La adopción de estas medidas de seguridad incluyen el uso de aditamentos especiales, mismos que se describen a continuación, CUADRO 4

Cuadro 4

Equipo, aditamentos y accesorios	Descripción	Justificación
Barandales de la cama*	Barras seguras, situadas en ambos lados de la cama, firmes, que rebasen la altura del colchón de tal forma que proporcionen soporte al paciente.	Apoyo para que el paciente pueda moverse de un lado a otro según su necesidad de movilización con apoyo o por sí mismo si tiene la fuerza para hacerlo.
Timbre e intercomunicador	Dispositivos instalados en la cabecera de la cama, con extensión al alcance del miembro superior dominante del paciente.	Por medio de esos dispositivos el paciente solicita ayuda.
Lámpara de cabecera	Lámpara ubicada en la cabecera de la cama, con interruptor accesible y seguro.	Proporciona iluminación tenue que cubre el área de la unidad para satisfacer la necesidad del paciente.
Banco de altura	Banco seguro y firme, con gomas antiderrapantes en las patas que permanece bajo la cama cuando no está en uso.	Sirve para dar apoyo y sostén, para subir y bajar de la cama.
Camillas	Cama estrecha y portátil, con barandales	Funcional para trasladar enfermos o heridos.
Sillas de ruedas, andaderas, bastones, tripies.	Equipo móvil, las ruedas deben estar en buen estado para que no se atoren.	Necesario para auxiliar al paciente en su deambulación o traslado

*Sin embargo, en el paciente desorientado puede aumentar el grado de ansiedad y agitación, los pacientes con dolor, con necesidad de ir al baño o ansiedad, intentan saltar o salir por los pies de la cama, cualquiera de estas situaciones pueden terminar en caída.

Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario
Medidas de seguridad que deberán adoptar los
pacientes, familiares o visitantes.

- a) Conocer las medidas de seguridad del hospital.
- b) Mantener el mobiliario en el lugar indicado.
- c) Estar alerta a cualquier eventualidad que observe al permanecer con el paciente y avisar inmediatamente al personal de enfermería.
- d) Mantenerse informado sobre la situación del paciente y las actividades en las que puede apoyar.

Medidas de seguridad relacionadas con el personal de enfermería.

- a) Detectar los factores de riesgo para caída: físico, mental o farmacológico. Registrar el riesgo de caída en el reporte de enfermería.
- b) Explicar al paciente y a su familiar la razón del uso de barandales para evitar la renuencia a utilizarlos.
- c) Comprobar que el timbre funcione y esté al alcance del paciente.
- d) Orientar sobre el uso del banco de altura y el mobiliario de la unidad.
- e) Acudir rápidamente al llamado del paciente, especialmente en caso de pacientes que necesitan ayuda para ir al sanitario.

- f) Acompañar al paciente hasta el baño, no dejarlo solo. Y regresarlo a su cama.
- g) Mantener al alcance del paciente los objetos de uso personal, además tener disponible para su uso el cómodo y el orinal.
- h) Proporcionar educación al paciente y su familia sobre medidas de seguridad.
- i) Orientar al paciente para que se levante de la cama o de la silla lentamente para evitar el mareo relacionado con la hipotensión postural.
- j) Retroalimentar a los estudiantes de enfermería sobre estas medidas de seguridad, darles a conocer el protocolo de prevención de caídas durante el curso de orientación a la Institución.⁷

Si se llevan a cabo estas medidas se podrán prevenir consecuencias serias tanto físicas, psíquicas y sociales; en las primeras se pueden ubicar las fracturas, la incapacidad física y en algunas ocasiones la muerte. También puede haber daños a tejidos blandos, hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias, tromboembolismo pulmonar y úlceras de decúbito.

Dentro de las consecuencias psíquicas tenemos el miedo a caer otra vez, ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social y restricción de actividades de la vida diaria. Finalmente, en lo social, en los pacientes ancianos la familia se vuelve sobreprotectora y limita la relativa autonomía del paciente.¹⁴

IV. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

1. **Contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída en todos los pacientes desde su ingreso y durante su hospitalización, que mínimamente incluya:**
 - Método de clasificación del riesgo basado en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente.
 - Medidas de seguridad que se deberán adoptar para prevenir caídas, de acuerdo al riesgo identificado.
 - Utilizar diferentes medios de comunicación (visual, verbal y escrito) para informar al personal de salud, familiares, pacientes y visitantes, el riesgo de caída identificado en el paciente y las medidas de seguridad que se aplican.
 - Formato(s) para documentar el riesgo, medidas adoptadas y evolución del paciente, relacionado con el riesgo.
2. **Valorar y registrar los factores de riesgo potenciales de caídas en el paciente durante su estancia hospitalaria, lo que implica identificar las condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente, tales como:**

- Edad: menores de 6 años y mayores de 70.
 - Problemas de equilibrio.
 - Incapacidad física que afecte la movilidad y/o la deambulación.
 - Postoperatorio.
 - Ayuno prolongado.
 - Estado nutricional.
 - Hipotensión ortostática.
 - Problemas de visión.
 - Reposo prolongado.
 - Caídas previas.
 - Efectos o reacciones adversas a medicamentos (psicotrópicos, hipotensores, diuréticos, laxantes, relajantes musculares entre otros).
 - Estado de conciencia y problemas neurológicos o psiquiátricos (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsivas, depresión, riesgo suicida, entre otros).
 - Uso de aparatos ortopédicos, prótesis, ortesis.
3. **Establecer el plan de cuidados y las intervenciones de enfermería correspondientes con la valoración del riesgo real o potencial de caída del paciente que incluya, entre otras actividades:**

- Uso de aditamentos de seguridad para pacientes hospitalizados.
 - Recorridos frecuentes para verificar las condiciones del paciente y atención oportuna a su llamado.
 - Movilización y deambulación asistida por la enfermera y/o el familiar u otro miembro del equipo de salud.
 - Higiene supervisada o asistida por la enfermera o familiar.
 - Sujeción en caso necesario informando suficientemente al paciente, familiar o visitante los motivos que determinaron esta sujeción y los cuidados y vigilancia que deben tener a fin de evitar complicaciones en las zonas comprometidas (se sugiere solicitar consentimiento informado del familiar).
 - Apoyo durante el inicio progresivo de la deambulación.
 - Informar a los paciente, familiares o visitantes sobre el sistema empleado en la identificación del paciente con riesgo .
 - Evaluación y orientación al paciente, familiares o visitantes sobre la importancia de acatar las medidas de seguridad adoptadas.
 - Colocación de objetos de uso personal o institucional al alcance del paciente, especialmente aquellos de uso necesario o frecuente (timbre, cómodo, orinal, lentes, bastón, etc).
- 4. Informar sistemáticamente al paciente y/o familiar, sobre el riesgo y las acciones para disminuirlo.**
- Explicarles las causas del riesgo y las medidas de seguridad que se adoptarán.
 - Involucrar a la familia y solicitarle su apoyo para proporcionar cuidados seguros.
 - Mantener comunicación estrecha con el paciente y/o familiar.
- 5. Utilizar los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas.**
- Levantar los barandales de protección de la cama por uno o ambos lados, si fuera necesario, y a la altura requerida para rebasar el borde del colchón.
 - Trasladar al paciente en camilla asegurándose que los barandales de protección estén levantados. En caso necesario, sujetar al paciente.
 - Colocar el timbre de llamado y el interruptor de luz en un sitio que evite su caída o desplazamiento y al alcance del paciente.
 - Colocar el banco de altura a una distancia que le permita al paciente su uso inmediato o mantenerlo debajo de la cama, en tanto no sea requerido.
 - Colocar una silla en el área de baños de pacientes para su uso durante el baño de regadera.
 - Acercar los aditamentos de ayuda para la movilización del paciente (caminadora, bastón, tripie, silla de ruedas, entre otros) y cerciorarse que: las llantas estén libres de cualquier elemento que impida su libre rodamiento, que el sistema de frenos funcione correctamente y que las piezas estén íntegras y firmes.
- 6. Reportar las fallas, descomposturas o falta de equipo o material dispuesto para la seguridad del paciente, al jefe inmediato o a quien corresponda de acuerdo al protocolo establecido en la institución o unidad.**
- En los dispositivos de ayuda para la movilización (caminadora, silla de ruedas y tripie): gomas antide-rrapantes, llantas desgastadas o sucias al grado de que impidan su libre rodamiento, frenos en mal estado o disfuncionales.
 - Lámparas de luz: focos fundidos o que la intensidad de la luz sea insuficiente para iluminar el área del paciente, interruptor infuncional.
 - Timbre de llamado roto o descompuesto, interruptor difuncional.
 - Barandales flojos o faltantes, sistema de fijación descompuesto.
- 7. Dar continuidad a las medidas de seguridad adoptadas o establecidas en el protocolo y hacer los ajustes necesarios a partir de:**
- Valorar el estado físico y emocional del paciente en cada cambio de turno o cuantas veces sea necesario.
 - Identificar cambios importantes en la evolución del paciente, en especial en caso de agravamiento en su estado de salud.
 - Comentar con el paciente y familiar las condiciones existentes al momento de la revaloración y las medidas de seguridad modificadas o que deban continuar.
 - Verificar las condiciones de los miembros torácicos, pélvicos o sitio que haya sido motivo de sujeción.
- 8. Documentar todos los hechos o acciones relacionados con la prevención o los incidentes o accidentes que se hubieran presentado durante la estancia hospitalaria del paciente.**
- Registrar en la hoja de enfermería el nivel de riesgo determinado, las acciones emprendidas y la respuesta obtenida con el plan establecido y ejecutado.
 - Reportar de acuerdo a los procedimientos normados por la institución o unidad los incidentes o accidentes que hayan propiciado la caída del paciente.
 - Revisar en comité los casos presentados, para detectar áreas de oportunidad de mejora, así como tomar acciones y decisiones en la prevención de caídas y seguridad del paciente.
- 9. Para dar cumplimiento cabal a estas recomendaciones dirigidas al personal de enfermería, la Institución deberá:**
- Atender las fallas, descomposturas o falta de equipo o material dispuesto para la seguridad del paciente.
 - Orientar a los camilleros para que apliquen los principios de mecánica corporal durante la movilización y traslado del paciente a fin de evitar lesiones, tanto de los pacientes como de los mismos camilleros.

V. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Organización Panamericana de la salud. www.paho.org/noticias. Comunicado de prensa
- 2 Quality and Safety in Health Care. Radiology 2004; 233:3-6
- 3 Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 2001-2006. Primera edición. México, 2001.
- 4 Guilles, DA. Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas. Ed. Masson. Salvat. Barcelona, 1994.
- 5 Rothschild, J, Bates, D. Leape, L. Preventable Medical Injuries in Older Patients. Arch Intern Med. 2000; 160:2717-2728
- 6 Tapia V M, Salazar C MC, Tapia C L. Olivares R C. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 11, Núm 2. 2003.
- 7 Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Indicador No. 5, Prevención de Caídas. Subdirección de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, 2001.
- 8 LGS. Art. 32
- 9 Casa Madrid M, OR. La atención médica y el derecho sanitario. Editorial JHG editores. 1ª. Edición. México, 1999.
- 10 Bueno Cavanillas A, Padilla Puig F, Reinaldo Alonso C. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. Rev Med Clin, 1999; 112(1):10-15.
- 11 Juvé Udina ME, Carbonell Ribalta MD, Sánchez Jiménez P, Brossa Miguel P, Ortí Contel F, Villanova Solano ML, et. al. Riesgo de caída en adultos hospitalizados. Enferm Clínica 1999; 9 (6):257-263.
- 12 Curso de enfermería moderna. 7ª. Edición. Ed. Harla.
- 13 Pequeño Larousse Ilustrado, García Pelayo y Gross Ramón, 1993, 17ª. Edición
- 14 González Sánchez R, Rodríguez Fernández M, Ferro Alonso M, García Milián J. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(1):98-102

Participantes del Grupo de Validación Externa:

Secretaría de Salud del Gobierno Federal: Lic. Enf. Juana Jiménez Sánchez, Lic. Enf. Amada Andrade Ruíz, Lic. Enf. Beatriz Camacho Villicaña, Lic. Enf. María Elena Galindo Becerra, Lic. Enf. Liliana Gutiérrez Meléndez, Lic. Enf. Abigail Mares Flores. Lic. Enf. Lilia Romero Chávez, Lic. Enf. Lucila Terrazas Sotelo, IMSS: Lic. Enf. Laura Licea Jiménez, Lic. Enf. Martha Olivia Soto Arreola, Lic. Reyna Matus Miranda, ISSSTE: Profa. Ma. Socorro Chena Domínguez, Lic. Enf. Ma. Cristina Juárez Vera, PEMEX: Lic. Enf. Juana Juárez Solís, DIF Nacional: Lic. Enf. Rosa Garnica Fonseca, Secretaría de Salud del D.F.: Lic. Enf. Silvia Rosa Ma. Carvajal Terrón, Enf. María del Carmen Morales, SEDEMAR: Cap. de Corb. SSN.ET Atala Téliz Rodríguez, SEDENA: Cap. 1º Rebeca Cuamatzi Aburto, Mayor Enf. Rita Suárez Sandoval, Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno": Lic. Enf. Ithosvany Basset Machado, IMSS Oportunidades: Lic. Enf. Claudia Olvera Peredo. Lic. Enf. Ma. de Jesús Almaraz Cavaría, GRUPO ÁNGELES: Lic. Luz Ma. López Dávalos, CIFRHS: Lic. Enf. Rosa María Campos Peñaloza, FEMAFFE: Dra. Lucila Cárdenas Becerril, Dra. Aurora Zamora Mendoza, Lic. Enf. Beatriz Carmona Mejía, Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. y ENEO UNAM: Lic. Enf. Severino Rubio Domínguez, Lic. Enf. Zoila León Moreno, Facultad de Estudios Superiores-Plantel ZARAGOZA-UNAM: Lic. Enf. María Teresa Ortiz Ensástegui, Lic. Enf. Matilde Mora López, Facultad de Estudios Superiores Plantel IZTAC...ALA-UNAM: Mtra. Cristina Rodríguez Zamora, Facultad de Enfermería de la UANL: Mtra. Ma. Guadalupe Martínez Dávila. Universidad Panamericana: Lic. Enf. Ma. Antonieta Cavazos Siller, Lic. Enf. María Isabel Negrete Redondo, Escuela de Enfermería SSA: Lic. Enf. Pascuala Olguín Tavera, Confederación Nacional de Enfermeras Mexicanas, AC (CONEMAC): Enf. Ma. de la Luz Reyes García, Lic. Enf. Cecilia Martínez González, Enf. María de la Paz Herrera Bravo, Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas, AC (FREM): Lic. Enf. María Guadalupe Suárez Vázquez, Junta de Asistencia Privada: Lic. Enf. Marina Bello Pérez, Lic. Enf. Julio Gutiérrez Méndez, Independiente: Lic. Enf. Margarita Chávez Villanueva.