



ARTÍCULO ORIGINAL

Protocolo de caídas en pacientes hemato-oncológicos desde la visión de Liderazgo de Enfermería en los servicios de la Fundación FUNDAEU

Protocol for falls in hemato-oncology patients from the vision of Nursing Leadership in the services of the FUNDAEU Foundation

Sonia Alicia Fuentealba¹ , Juan Celestino Valdés Rojas^{2,3} , Jennifer Caridad Vasallo Valverde⁴
Rosbelys López Suárez⁵ , Laura Camila Ares⁵

¹Fundación para Combatir la Leucemia (FUNDAEU). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

²Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

³Universidad Maimónides. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Licenciatura en Enfermería. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

⁴Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

⁵Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Citar como: Fuentealba SA, Valdés Rojas JC, Vasallo Valverde JC, López Suárez R, Ares LC. Protocolo de caídas en pacientes hemato-oncológicos desde la visión de Liderazgo de Enfermería en los servicios de la Fundación FUNDAEU. Sal. Cienc. Tec. [Internet]. 17 de junio de 2022 [citado 18 de junio de 2022];2:42. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcvt202242>

Recibido: 14 de mayo de 2022

Aceptado: 17 de junio de 2022

RESUMEN

Introducción: los Protocolos de protección para cuidados de pacientes hemato-oncológicos están basados en la adecuación de escalas existentes y validadas científicamente.

Objetivo: describir los avances relacionados a la implementación de protocolos de protección para cuidados de pacientes hemato-oncológicos desde la visión de Liderazgo de Enfermería en los servicios de la Fundación FUNDAEU.

Métodos: se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo con corte transversal mayo 2020.

Resultados: en cuanto a variable sociodemográfica la muestra estuvo representada en su mayoría por mujeres, con edades entre 38 a 45 años, licenciadas que han trabajado por más de 7 años en el servicio. Sobre las medias registradas para distintos aspectos de conocimientos sobre protocolos adaptados para pacientes de la institución se destaca que todas resultaron ser positivas. Se encontró que para los tres ítems (citopenia, estado mental y déficit sensorial) el test ANOVA tuvo significación estadística ($p<0,001$) entre estos grupos. Con la valoración del protocolo de riesgos de caídas se pueden planificar y realizar los cuidados correspondientes ($p < 0,001$).

Conclusiones: no existen dificultades en cuanto a conocimientos sobre el uso del Protocolo de cuidados para pacientes hemato-oncológicos. Desde las actitudes de enfermería se señalan como dificultades que los ítems citopenia, estado mental y déficit sensorial no son suficientes por lo que a veces no están al día las actualizaciones con respecto al protocolo de riesgo de caída.

Palabras clave: Accidentes por Caídas; Atención de Enfermería; Seguridad del Paciente; Investigación en Administración de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: the Protocols of protection for hemato-oncological patient care are based on the adequacy of existing and scientifically validated scales.

Objective: to describe the advances related to the implementation of protection protocols for the care of hemato-oncological patients from the point of view of Nursing Leadership in the services of the FUNDALEU Foundation.

Methods: a non-experimental, observational, descriptive and cross-sectional study was conducted in May 2020.

Results: in terms of sociodemographic variables, the sample was represented mostly by women, aged between 38 and 45 years, graduates who have worked for more than 7 years in the service. Regarding the means recorded for different aspects of knowledge of protocols adapted for patients in the institution, it is worth noting that all of them were positive. It was found that for the three items (cytopenia, mental status and sensory deficit) the ANOVA test had statistical significance ($p<0.001$) between these groups. With the assessment of the fall risk protocol, the corresponding care can be planned and carried out ($p < 0.001$).

Conclusions: there are no difficulties in terms of knowledge about the use of the care protocol for hemato-oncological patients. The nursing attitudes point out as difficulties that the items cytopenia, mental status and sensory deficit are not sufficient, so that sometimes the updates with respect to the fall risk protocol are not up to date.

Keywords: Accidental Falls; Nursing Care; Patient Safety; Nursing Administration Research.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es uno de los componentes fundamentales de la calidad en el sector asistencial, siendo la prevención de caídas un indicador de la calidad de cuidados en enfermería. Se puede definir a una caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”.⁽¹⁾

Específicamente, el índice de eventos adversos es uno de los indicadores más importante en la atención hospitalaria sobre la seguridad del paciente, entre los eventos adversos, las caídas de los pacientes están sumamente relacionadas con la calidad de atención en enfermería.⁽²⁾

Inculcar una cultura de la seguridad y un enfoque centrado en el paciente y mejorar y garantizar la seguridad del paciente requieren la creación de capacidad, un liderazgo sólido, enfoques sistémicos y sistemáticos, recursos humanos y de otro tipo adecuados datos sólidos, el intercambio de prácticas óptimas, el aprendizaje mutuo, confianza y rendición de cuentas, aspectos que pueden fortalecerse, según proceda, mediante la cooperación y la colaboración internacionales.⁽³⁾

Es importante destacar que todo paciente que ingresa para ser atendido en el hospital presenta riesgo potencial de sufrir una caída, por eso es importante que los profesionales en enfermería conozcan los factores que pueden propiciarlos e identificar a los pacientes con mayor riesgo. “Las enfermeras, como líderes del equipo de salud, deben realizar una valoración de los pacientes para identificar el riesgo de caídas, disminuyendo la morbilidad y los costos hospitalarios”.⁽²⁾

Las caídas suponen, a nivel mundial, la segunda causa de muerte por lesiones accidentales. Cada año llegan a ocasionar la muerte de 646 000 personas aproximadamente, siendo los mayores de 65 años quienes las sufren de forma mayoritaria.⁽⁴⁾

En el caso de las caídas que se producen en el ámbito de la hospitalización, es importante además de implementar políticas que fomenten entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo extrínsecos,

(iluminación, presencia de obstáculos e incluso el calzado inadecuado, etc.), es importante tener en cuenta los elementos intrínsecos, inherentes a las características del propio individuo (déficits sensoriales, polimedición, nivel de conciencia). Por lo que resulta imprescindible contar con instrumentos de detección del riesgo eficaces. Estos instrumentos deben estar validados, ser sensibles y contemplar aquellos factores de mayor influencia en la producción de caídas.⁽⁴⁾

Los protocolos de riesgo de caída son utilizados en todos los hospitales de agudos, así como también en aquellas instituciones que atienden pacientes con enfermedades crónicas.^(5,6)

Las posibilidades que tienen los pacientes de sufrir una caída o no, se evalúan con diferentes escalas, entre las que se puede contar la Escala Morse, la Escala Heindrich II, la Escala Humpty Dumpty y la Escala J. H. Downton.^(7,8,9) Esta última es la que se tomó en cuenta para la elaboración del instrumento de investigación.

La escala de J. H. Downton tiene una serie de indicadores que deben ser evaluados por el personal de Enfermería ante el ingreso del paciente. De hallarse una suma de 2 o más ítems positivos, se considera al paciente con alto riesgo de sufrir una caída.^(11,12)

Además de la evaluación inicial con la escala de Downton que se realiza a cada paciente que ingresa y que es adaptada según las patologías que se atienden en la Fundación Fundaleu; a los acompañantes se les instruye e informa a través de un documento escrito sobre cómo actuar en cada momento con el paciente, acorde a la clasificación de riesgo inicial que el mismo tiene y de esta manera minimizar la posibilidad de que sufra alguna caída.

La Fundación Fundaleu es una institución privada sin fines de lucro, creada en el año 1956 que tiene como misión combatir la leucemia. Desde julio de 1989 cuenta con un Centro de investigación, docencia y tratamiento de las enfermedades oncohematológicas, que se ha convertido en lugar de referencia en su especialidad.⁽¹²⁾

El objetivo de este artículo es describir los avances relacionados a la implementación de protocolos de protección para cuidados de pacientes hemato-oncológicos desde la visión de Liderazgo de Enfermería en los servicios de la Fundación FUNDALEU.

MÉTODO

Tipo de estudio y contexto: estudio no experimental, observacional, descriptivo con corte transversal mayo 2020 y con un enfoque cuantitativo, en el servicio de oncología de la Fundación FUNDALEU.

Muestra: total de 50 recursos humanos de ellos: 40 Enfermeros asistenciales, 1 Enfermero del departamento de Infectología, 1 Enfermero del Staff Docente, 1 Enfermeros de Investigación, 5 Coordinadores y 2 jefes de enfermería. Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Unidad de análisis: recursos humanos de enfermería de la Fundación Fundaleu.

Criterios de inclusión: Personal de Enfermería (Asistencial, Con personal a cargo y staff docente de Enfermería académica).

Criterios de exclusión: personal de Enfermería que no deseé participar en la investigación o que no firme el Consentimiento Informado.

Instrumento de recolección de datos: se diseñó un cuestionario semiestructurado, basado en la norma de Riesgo de Caída, Escala de valoración del riesgo de caídas, adaptación de la escala de J.H. Downton.⁽¹³⁾

El mismo midió la percepción de enfermería sobre el protocolo de caídas en pacientes oncológicos desde sus conocimientos, actitudes y prácticas para lo cual se diseñaron preguntas tipo Likert (escala del 1 al 5 dependiendo el tipo de pregunta) Para validar el cuestionario se seleccionó 10 personas (muestra piloto) con características similares a la muestra (n=50). Al aplicar el Alfa de Cronbach se determinó que la confiabilidad fue buena (0,83)

Aspectos éticos: esta investigación se llevó a cabo siguiendo las normas que la Asociación Médica Mundial (AMM) 2017, donde todas las encuestas realizadas tuvieron carácter anónimo y se aplicaron tras la aprobación del consentimiento informado.

Análisis estadístico: se analizó la distribución de las variables a fin de determinar si siguen o no la normalidad para una probabilidad de 95 % ($p=0,05$) mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Se halló el índice de correlación entre aquellas variables que tengan la misma distribución siguiendo un análisis coherente de esta correlación. Se utilizó para variables cualitativas y cuantitativas independientemente de su distribución el test de Spearman (ρ) y para variables cuantitativas con distribución normal el test de Pearson (r). Para determinar si existen diferencias significativas entre grupos se aplicó test de ANOVA. Tomando el percentil $50 \pm 2 DS$. Se utilizó estadística descriptiva. Los resultados se muestran en tablas y gráficos, expresando frecuencia absoluta (FA), frecuencia relativa porcentual (%), media aritmética (M) y nivel de correlación (ρ , r).

RESULTADOS

Para describir el comportamiento de las variables sociodemográficas se agruparon los datos en la tabla 1. Se encontró que el 40 % tiene edades entre 38 a 45 años, el 60 % de la muestra son mujeres, el nivel de instrucción predominante fue el de Licenciado (86 %) y la relación contractual fue la de efectiva con un 82 %; el 45 % ha trabajado en el servicio por más de 7 años y el 86 % tiene una ocupación asistencial.

Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas

	Dimensión	FR%		
Edad	23 a 30 años	10%	Relación contractual	Efectivo 82%
	31 a 37 años	22%		Contratado 18%
	38 a 45 años	40%		
	46 a 52 años	18%		
	53 a 60 años	10%		
Género	Femenino	60%	Antigüedad en el servicio	Menos de 1 año 12%
				1 a 3 años 20,0%
	Masculino	40%		4 a 6 años 16%
Nivel de instrucción	Auxiliar	4%		7 a 9 años 30,0%
	Profesional	9%		10 años y más 15%
	Licenciado	86%	Ocupación	Asistencial 86%
	Magister	1%		Con personal a cargo 12%
				Staff docente 2%

En la tabla 2 sobre las medias registradas para distintos aspectos de conocimientos sobre protocolos adaptados para pacientes de la institución se destaca que todas resultaron ser positivas. Se tomó como valor referencia 1 para respuestas negativas y 2 para positivas, por lo que se evidencia que todas están orientadas a la positividad y no hay dificultades en cuanto a conocimientos sobre el protocolo de protección para cuidados de pacientes oncológicos.

Para evaluar determinados ítems del protocolo se realizó el test ANOVA utilizándose como categorías suficiente e insuficiente con los parámetros registrados en la tabla 3. Se encontró que para los tres ítems el test ANOVA tuvo diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$) entre estos grupos, por lo que se puede decir que ninguno de estos tres (citopenia, estado mental y déficit sensorial) son suficientes para medir lo que pretenden.

Tabla 2. Media registrada para los conocimientos sobre protocolos adaptados

Conocimientos	Media
Protocolo adaptado al paciente hemato-oncológico	2
Protocolo de riesgo de caídas	2
Escala de valoración del riesgo de caídas	2
Valoraciones realizadas al protocolo de riesgo de caídas	1,96
Capacitación en servicio para la implementación de la norma del protocolo de riesgo de caídas	1,68
Conoce los colores del protocolo de riesgo de caídas	2
Conoce los ítems del protocolo de riesgo de Caída	2

Tabla 3. Evaluación de ítems del protocolo de cuidado desde las actitudes

Valoración sobre ítem "Citopenia"		ANOVA
Suficiente	Insuficiente	
(1 - 3)	(3,1 - 5)	
9	41	P < 0,001
Valoración sobre ítem "Estado mental"		
Suficiente	Insuficiente	
(1 - 3)	(3,1 - 5)	
6	44	P < 0,001
Valoración sobre ítem "Déficit sensorial"		
Suficiente	Insuficiente	
(1 - 3)	(3,1 - 5)	
7	43	P < 0,001
Parámetros		
Valor máximo		5
Valor mínimo		1
Rango		4
Amplitud		2,0

En la tabla 4 se muestra el test ANOVA a fin de establecer una valoración sobre la aplicación del protocolo de riesgo de caídas visto desde las actitudes del personal de enfermería. Se señala con significación estadística que no están al día las actualizaciones con respecto al protocolo de riesgo de caída, con lo cual se determina una valoración negativa; por otro lado, es estadísticamente significativa la valoración positiva sobre la claridad del consentimiento informado que se entrega al familiar con respecto al protocolo, igualmente se puede afirmar que el mismo tiene una gestión completa por parte de la supervisión de enfermería.

Tabla 4. Valoración sobre aplicación del protocolo de riesgo de caídas

Valoración sobre el protocolo	Valoración positiva	Valoración negativa	ANOVA
Las actualizaciones están al día con respecto al protocolo de riesgo de caídas.	18	32	P < 0,001
El consentimiento que se entrega al familiar con respecto al protocolo de riesgo de caída es suficientemente entendible para que lo lleve a cabo.	40	10	P < 0,001
El protocolo de riesgo de caída presenta una gestión completa por parte de la supervisión de enfermería.	41	9	P < 0,001

En cuanto a la utilidad del protocolo en las prácticas se observó en la tabla 5 que la escala de valoración clasifica según su riesgo todas las complicaciones reales que presenta el paciente hemato-oncológico; al identificar las limitaciones que presenta el paciente hemato-oncológico con la valoración del protocolo de riesgos de caídas se pueden planificar y realizar los correspondientes cuidados para su seguridad, aunque no se pueda cumplir siempre. El protocolo de caídas es aplicado en el trabajo diario por lo que su utilidad en la práctica es evidente.

Tabla 5. Utilidad del protocolo de cuidado en las prácticas

Complicaciones reales que presenta el paciente hemato-oncológico.		ANOVA
Suficiente	Insuficiente	
(3,1 -5)	(1 - 3)	
42	8	P < 0,001
Limitaciones que presenta el paciente hemato-oncológico		
Suficiente	Insuficiente	
(3,1 -5)	(1 - 3)	
48	2	P < 0,001
Aplicación del protocolo en el trabajo diario.		
Suficiente	Insuficiente	
(3,1 -5)	(1 - 3)	
50	0	
Parámetros		
Valor máximo		5
Valor mínimo		1
Rango		4
Amplitud		2,0

DISCUSIÓN

En el estudio de Díaz, Gatta, López y Tapia se establecen estándares de calidad basados en cinco pilares: estandarización del cuidado, seguridad en la atención, capacitación continua, mejoría continua de la calidad y eficiencia en la asignación de recursos.⁽¹⁴⁾

El protocolo de protección para cuidados de pacientes establece una puntuación basada en características del paciente como el estado mental, la deambulación, el déficit sensorial, la utilización de medicamentos y las caídas previas. Para el servicio Hemato-Oncológico se han agregado otros parámetros como valores de laboratorio, No de Plaquetas, Neutropenia febril y Anemia, en cambio no toma en cuenta otros factores de riesgo como la anticoagulación.

Igualmente, al evaluar el estado mental no toma en cuenta otros factores de riesgo como los intervalos de edad y en los ítems que evalúan déficit sensorial mediante alteraciones visuales, alteraciones auditivas y alteraciones motoras en extremidades, no se incluye al dolor como una de las causas del déficit sensorial. La utilidad de este protocolo adaptado de riesgo de caídas permite identificar las limitaciones que presenta el paciente hemato-oncológico para planificar/ realizar los correspondientes cuidados para su seguridad y el consentimiento que se entrega al familiar con respecto al mismo es suficientemente entendible para que lo lleve a cabo; desde la percepción de enfermería.

Debido a la insuficiencia de los ítems citopenia, estado mental y déficit sensorial no siempre la puntuación obtenida sirve como descripción real del paciente para en base a ello diseñar un plan de cuidados acorde a sus necesidades. Por ejemplo, en las citopenias si bien se reflejan la neutropenia febril, la anemia y plaquetopenia, no se tiene en cuenta que muchos de estos pacientes están anticoagulados.

En el caso del estado mental no se tiene en cuenta que el paciente puede estar desorientado por momentos y la orientación en tiempo, espacio y persona no es suficiente para evaluar el estado mental pues pueden influir patologías psiquiátricas y efectos de la medicación. No se evalúa el nivel de conciencia.

En cuanto al déficit sensorial no se incluye como uno de los aspectos al dolor, ni las cirugías limitantes, tampoco si utiliza dispositivos para movilizarse. En general no incluye la edad, ni los antecedentes patológicos personales, tampoco existe un apartado para reflejar enfermedades que pueden estar relacionadas con las caídas, así como algún trastorno hidroelectrolítico.

Los cuidados que ejecuta el personal de enfermería en el paciente hemato-oncológico no necesariamente se corresponden a los ítems que conforman el protocolo de riesgo de caída debido a que como ya se mencionó existen parámetros importantes que no están reflejados en la escala y que son detectados por el personal que realiza los cuidados. Esto otorga cierta flexibilidad al protocolo ya que deja a consideración abierta determinados procedimientos al no existir un consenso establecido y no permite que las actualizaciones estén acordes a lo que refleja el protocolo.

Volviendo al estudio de Díaz y col.⁽¹⁴⁾ si tomamos en cuenta el primer pilar de los Estándares de calidad donde se establece que la Dirección de Enfermería lidera una visión única y transversal en la forma de brindar la atención, basada en la estandarización de los cuidados, bajo estrictos protocolos de seguridad y calidad entonces pudiéramos decir que existen algunas deficiencias en el protocolo utilizado actualmente y que por tanto corresponde que la Dirección de Enfermería inicie un proceso de estandarización del mismo contemplando las carencias detectadas por el personal.

En cuanto a la prevención de caídas en el estudio de Mendoza se habla de la influencia de factores intrínsecos y extrínsecos en el riesgo de caída del paciente, así como de la adecuación de escalas en la práctica asistencial administrativa en dependencia de las características de los pacientes de cada servicio.⁽¹⁵⁾

Es sabido que el cáncer es una condición que puede aumentar el riesgo de fragilidad. Además, la hospitalización domiciliaria y el tratamiento oncológico pueden repercutir sobre las actividades de la vida diaria. Es por eso que en el estudio de León Ramón se evalúa el uso de escala de fragilidad también adaptada en relación a los problemas más comunes en pacientes oncológicos y cuidados paliativos.⁽¹⁶⁾

En otro estudio de Rodríguez y col.⁽¹⁷⁾ se hace una propuesta de creación de un protocolo integrado de Medicina Natural y Tradicional dirigido al paciente oncológico y se recomienda tener en cuenta sus temores y su estado mental, así como su comportamiento nutricional y energético, el cual está estrechamente vinculado con su sistema inmunológico. Se indica cómo abordarlo de la forma más amable y respetuosa posible: es importante seguir los protocolos y tener en cuenta su diagnóstico oncológico.

En disímiles investigaciones se ha tratado de alguna manera el tema de intervenciones basadas en protocolos para el paciente oncológico. En el caso particular de este estudio va más enfocado al paciente hemato-oncológico, quedando claramente en evidencia la utilidad práctica que hoy día tiene el Protocolo de cuidados en estos pacientes. No obstante, debe seguir viéndose de forma continua y perfeccionando con el objetivo de acercarlo más a las condiciones del paciente y establecer un pronóstico más certero para que el personal pueda orientar de forma óptima la atención y cuidados.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la mayoría de los encuestados fueron mujeres, licenciadas con edades entre 38 a 45 años y la mayoría tiene una antigüedad en la institución de al menos 7 años. A partir de los resultados, podemos concluir que no existen dificultades en cuanto a conocimientos sobre el uso del Protocolo de cuidados para pacientes hemato-oncológicos. Desde las actitudes de enfermería se señalan como dificultades que los ítems citopenia, estado mental y déficit sensorial no son suficientes por lo que a veces no están al día las actualizaciones con respecto al protocolo de riesgo de caída. En la práctica, el protocolo tiene gran utilidad, aunque no siempre sirva de guía absoluta para planificar y realizar los

cuidados correspondientes para la seguridad del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteso LB, Meana IMS, Viña MAM. Valoración del riesgo de caídas en paciente crónico ambulatorio en hemodiálisis. Escala Downton. Enfermería Nefrológica 2016;19:126-126.
2. López ME. Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. Cultura del Cuidado Enfermeria 2010;7:16-23.
3. Asamblea Mundial de la Salud. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. Ginebra: Asamblea Mundial de la Salud; 2019.
4. Rodríguez CL, Marcos AP, Gadea-Cedenilla C, Torres MM, Moro-Tejedor MN, García-Pozo A. Diseño y validación de la escala PRECAHI para medir el riesgo de caídas en pacientes mayores de 65 años. Conocimiento Enfermero 2020;3:51-70.
5. Díez-Manglano J, Arnal-Longares MJ, Al-Cheikh-Felices P, Garcés-Horna V, Pueyo-Tejedor P, Martínez-Rodés P, et al. Puntuación de la escala de Norton al ingreso y mortalidad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Revista Clínica Española 2018;218:177-84. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.02.009>.
6. Alvarado-Alvarado AL, Bonilla-Marciales AP, Mancilla-Jiménez VA. Paciente ambulatorio y hospitalizado, estado actual de la evidencia para la prevención de caídas. Rev Enferm IMSS 2020;28:111-33.
7. Gutiérrez-Valencia M, Leache L, Saiz LC. Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2022. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.03.005>.
8. Almazán-Castillo M del R, Jiménez-Sánchez J. Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Enferm IMSS 2013;21:9-14.
9. Pérez ETG, Foyo ALM, Bermúdez PA, Díaz AG, Moreira AP. Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud. Acta Médica del Centro 2022;16:127-40.
10. Bueno-García MJ, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, Meroño-Rivera MD, Dávila-Martínez R, Berenguer-García N. Characteristics of the Downton fall risk assessment scale in hospitalised patients. Enferm Clin 2017;27:227-34. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.008>.
11. Park S-H. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. Aging Clin Exp Res 2018;30:1-16. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0749-0>.
12. Fundación Fundaleu. Historia. Fundación Fundaleu 2020. <https://www.fundaleu.org/historia/> (accedido 18 de junio de 2022).
13. Mojtaba M, Alinaghizadeh H, Rydwik E. Downton Fall Risk Index during hospitalisation is associated

with fall-related injuries after discharge: a longitudinal observational study. Journal of Physiotherapy 2018;64:172-7. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2018.05.005>.

14. Eu Marcela DF, Eu Sylvia GN, Eu Juan Carlos LC, Eu Aracely TM. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Revista Médica Clínica Las Condes 2013;24:694-704. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70209-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70209-8).

15. Mendoza Ahumada MB. Estrategias del cuidado de enfermería en prevención de riesgo de caída en pacientes del servicio de emergencia - Hospital Marino Molina SCIPPA Lima 2015 - 2017. Tesis de Especialidad. Universidad Nacional del Callao, 2018.

16. León Ramón S. Valoración de la fragilidad en el paciente oncológico paliativo ingresado en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital General de Valencia. Tesis de Maestría. Universitat de València, 2021.

17. Lado DCR, Díaz YS, Tellería JAB. Necesidad de un protocolo integrado de Medicina Natural y Tradicional dirigido al paciente oncológico. Medicentro Electrónica 2019;23:75-8.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Curación de datos: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Análisis formal: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Investigación: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Metodología: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Administración del proyecto: Juan Celestino Valdés Rojas

Recursos: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Software: Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez

Supervisión: Juan Celestino Valdés Rojas

Validación: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Visualización: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Redacción - borrador original: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares

Redacción - revisión y edición: Sonia Alicia Fuentealba, Juan Celestino Valdés Rojas, Jennifer Caridad Vasallo Valverde, Rosbelys López Suárez, Laura Camila Ares