



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Escuela de Salud Pública de Nicaragua



Tesis para optar al título de Master en Administración en salud 2013-2014

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE PREVENCIÓN DE
CAÍDAS DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR. ALEJANDRO DÁVILA
BOLAÑOS AÑO 2014**

Autor: Dr. Ernesto José López Corea

Tutor: Dr. Sergio Gutiérrez Ubeda

Managua 2014

INDICE

Pág.

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCION	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
III. ANTECEDENTES.....	3
IV. JUSTIFICACIÓN.....	5
V. OBJETIVO GENERAL:	6
VI. MARCO TEORICO.	7
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	15
VIII. RESULTADOS.....	18
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....	24
X. CONCLUSIONES	28
XI. RECOMENDACIONES	29
XII. BIBLIOGRAFIA	30
XIII. Anexo.....	

DEDICATORIA

A los pacientes que merecen ser atendidos con calidad y calidez humana.

Al personal de salud de nuestra institución que atiende a los pacientes incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO.

Al cuerpo médico militar (CMM), por brindarme la oportunidad de prepararme y culminar la maestría en administración de servicios de salud.

A mis profesores que con paciencia estuvieron constantemente apoyando la elaboración del informe final.

A mi familia que de forma incondicional apoyaron todo el proceso hasta culminar los estudios.

Por sobre todo a Dios Todopoderoso que me fortalece y da sabiduría para emprender con éxitos todos mis proyectos.

RESUMEN

La presente tesis tiene el objetivo de evaluar el conocimiento sobre la prevención de caídas que tienen médicos, enfermeras y técnicos de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el período de diciembre 2014.

Se realizó un análisis de cada uno de las respuestas brindadas por los trabajadores encuestados, para comprender el nivel de conocimiento sobre la prevención de caídas. La población estudiada fue un total de 242 trabajadores entre médicos, enfermeras y técnicos que laboran en los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y obstetricia, pediatría y emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. El proceso se llevó a cabo durante el mes de diciembre del año 2014 con un formato prediseñado para lograr la información requerida. A los participantes se les explico el objetivo del estudio y se aplicó la encuesta. Los datos obtenidos fueron procesados y se analizaron mediante un paquete estadístico computarizado en Epi Info. El personal encuestado fue predominantemente del sexo femenino, comprendido en su mayoría en el grupo de jóvenes adultos de 20 a 29 años de edad, con antigüedad laboral en su mayoría con menos de 5 años, con perfil ocupacional entre médicos, enfermeras, auxiliares, seguido de técnicos y asistentes. La mayoría tenía interacción directa o contacto con pacientes. El análisis del conocimiento sobre prevención de caídas se basó en la respuesta a 13 preguntas cerradas en una encuesta diseñada y aprobada por las autoridades del hospital. La mayoría de las preguntas tuvieron como respuesta correcta más de una opción.

Una parte importante de los encuestados desempeñan diversas actividades lo cual puede explicar la gama de respuesta por el hecho de no darle la importancia que se merece el tema.

Las caídas en su mayoría no son reportados por los afectados, ni explicados, ni investigados por los jefes de servicios o área de trabajo, por lo tanto existe un desconocimiento de la situación con respecto a las caídas. La mayoría de las respuestas correctas fueron alrededor del 50% en la población de estudio, lo que nos orienta a una brecha importante a trabajar en lo que respecta a capacitación y puesta en marcha de un programa de prevención de caídas en el hospital. Las recomendaciones se dirigieron a las autoridades superiores del hospital y los trabajadores del Hospital.

I. INTRODUCCION

Las caídas pueden causar lesiones y muerte en personas de todas las edades, pero el riesgo de caídas aumenta notablemente con la edad.

La valoración del riesgo de caídas es importante ya que ayuda a orientar las intervenciones que han demostrado que reducen el mismo. Por tanto, es necesario realizarla a todos los pacientes al ingreso al hospital, o cualquier área o servicio, ya que el ingreso hospitalario en sí mismo es un factor extrínseco de riesgo de caídas.

Es en la valoración inicial donde debemos identificar todos los factores de riesgo del paciente relacionados con caídas, en este sentido todo el personal del hospital que este en contacto directo con los pacientes, debe ser partícipe en la prevención de caídas, así como actuar en casos de caídas ya acontecidos. Los supervisores de enfermería de cada unidad o área son los responsables de velar por la prevención de caídas.

Todo el personal del hospital que este en contacto directo con los pacientes, debe ser partícipe en la prevención de caídas, así como actuar en casos de caídas ya acontecidos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El riesgo de caídas aumenta notablemente con la edad. No existe evidencia de estudios o protocolos para apoyar estrategias de corta duración de prevención de caídas en el hospital.

Es de suma importancia para mejorar la seguridad de los pacientes que ingresan al Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños desarrollar los procesos de prevención de caídas en el hospital y contar en un futuro cercano con un sistema de vigilancia que sirva de modelo para mejorar la atención a la población.

Nos planteamos las siguientes preguntas: a) ¿Cuáles son las características sociodemográfica del personal de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, encuestado?

b) ¿Qué conocimientos tiene el personal de salud del hospital referente a la prevención y riesgo de caídas de los pacientes que ingresan a los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños?

III. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Define la caída como, “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad” (1,2).

La evidencia de estudios recientes realizados en hospitales españoles confirma la alta incidencia de caídas en la población anciana española. En hospitales de agudos los diferentes estudios hablan de incidencias entre el 2,2% y el 10% de los pacientes ingresados.

En Centroamérica la Joint Commission internacional ha acreditado 4 hospitales (3 en Costa Rica y 1 en Nicaragua). (1)

Estudios observacionales demuestran que la incidencia de caídas se duplica frente al sistema de notificación institucional (4,5).

Las caídas se encuentran dentro del grupo de efectos adversos de la asistencia sanitaria, ya que se trata de un daño, lesión o complicación que acontece durante el proceso asistencial y que no está directamente producido por la enfermedad que ha motivado el ingreso.

La estancia hospitalaria es un riesgo añadido al proceso por el que se ingresa poniendo en peligro la seguridad de los pacientes. (3, 6).

La mayoría de las caídas no tienen consecuencias, otras son leves, o tienen consecuencias importantes como fracturas (4, 7). Se estima que cerca de un 5% de las caídas causan lesiones graves (8) cuyas consecuencias son:

- Discapacidad temporal o permanente.
- Aumento de estancias hospitalarias.

- Complicación del pronóstico, acciones diagnósticas y tratamientos adecuados.
- Psicosociales (Síndrome postcaída). (9)

Se han identificado numerosos factores que se relacionan con un incremento del riesgo de caídas. Estos factores pueden clasificarse en extrínsecos (relacionados con las circunstancias del entorno) e intrínsecos (propios del sujeto). (8,10)

Los programas de prevención de caídas han demostrado reducción importante del número de caídas y de lesiones derivadas de las mismas, (8, 11, 12) por lo que se hace necesario elaborar un protocolo que apoye a los profesionales de la salud a identificar y prevenir el riesgo que tienen los pacientes de sufrir caídas, los factores relacionados y las intervenciones recomendadas para disminuir dicho riesgo, basado en la evidencia científica disponible.

IV. JUSTIFICACIÓN.

Uno de los elementos de vital importancia para la prevención de caídas en el Hospital es determinar el nivel de conocimiento del personal de salud encuestado.

Las caídas son un importante problema a nivel hospitalario. Siendo los pacientes mayores de 60 años los que tiene las mayores tasas de morbilidad y mortalidad por esta causa, en este sentido es de gran importancia elaborar y desarrollar los procesos de prevención de caídas de nuestros pacientes en el hospital.

V. OBJETIVO GENERAL:

1. Evaluar el conocimiento sobre la prevención de caídas que tienen el personal de salud del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el período de diciembre 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer los datos sociodemográficos y área de trabajo y posición laboral del personal médico, enfermeras y técnicos de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia, del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención y riesgo de caídas que tiene el personal médico, enfermeras y técnicos de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia, del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

VI. MARCO TEORICO.

La organización Mundial de la salud (OMS) define el termino de caída como: “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”. Cada año más de un 30% de personas mayores de 65 años sufren una caída. En los mayores de 85 años 5% sufren fracturas y un 10% sufren luxaciones o lesiones vasculares.

La incidencia de caídas en enfermos es de 2 caídas/cama/año. (Indicador indirecto de la calidad de atención que presta el personal de enfermería).

Hospitales de media larga estancia la tasa de pacientes hospitalizados que tuvieron caída, fue de 2.33/1000.

El conocimiento de la valoración del riesgo de caídas es importante ya que ayuda al equipo de atención a orientar las intervenciones que han demostrado que reducen el mismo.

Es necesario identificar a los pacientes al ingreso a los servicios o áreas en emergencia, ya que el ingreso hospitalario en sí mismo es un factor extrínseco de riesgo de caídas.

Además, se debe hacer una reevaluación de los factores de riesgo de caídas del paciente tras una caída y siempre que se produzca un cambio de estado a lo largo de su estancia hospitalaria, (11) entendienddo por cambio de estado un cambio en el estado mental del paciente.

Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados:

La valoración del riesgo es responsabilidad del personal de salud del área de ingreso del paciente (primeras 24h) y tras una caída, a través del formulario específico existente e informará al resto del equipo multidisciplinar si el resultado indica que el paciente es de riesgo.

Las causas y/o factores de riesgo de las caídas son multifactoriales, pero se pueden agrupar en dos tipos:

- ✓ Causas extrínsecas: relacionadas con el entorno del paciente, por desconocimiento del entorno y de las medidas de precaución.
- ✓ Causas intrínsecas: relacionadas directamente con el paciente. (8,10), ver en anexo 1

Medidas de actuación

La necesidad de conocer y detectada las condiciones de nos orienta hacia el desarrollo de un programa de intervenciones múltiples ya que es el mejor enfoque para la prevención de caídas y representa la mejor evidencia actual basada en la opinión de los expertos.

Medidas preventivas generales.

- La valoración y modificación del entorno es una estrategia de prevención que posee (11). Las medidas preventivas generales se aplicarán en todos los pacientes, y será responsabilidad del personal sanitario y no sanitario su realización y comprobación.
- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto por turno.
- Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias
- Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos).
- Mantener ordenada la habitación y el aseo, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables). Se recomendará utilizar los armarios.
- Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización).

- Facilitar que el aseo esté accesible y con asideros.
- El paciente debe de tener accesible en todo momento el timbre de llamada y el teléfono.
- Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente. Por turno.
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante. Por turno.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática.
- En pacientes con dificultades de comprensión del idioma, contactar con servicios de traducción disponibles.
- Orientar sobre el espacio y ambiente físico de la Unidad en la que se encuentre.
- Educar al paciente y/o cuidadores sobre las normativas y recomendaciones del hospital. Al ingreso, la enfermera informará al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevención de caídas (Entrega y explicación del folleto informativo).
- Cada 48h les recordará dichas recomendaciones. Todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir educación sobre el riesgo de caídas. Por turno se implicará al paciente, familia y/o cuidador en los cuidados.

Medidas generales en área quirúrgica y de urgencias (8, 13)

- La enfermera responsable del paciente en estas Áreas realizará la valoración del riesgo. Si el paciente presenta alto riesgo de caídas, además de poner en marcha las medidas preventivas generales valorará la necesidad del uso de barandillas.
- No se deben utilizar de forma sistemática las barandillas laterales para la prevención de caídas. Otros factores particulares del paciente podrían influir en la decisión de utilizarlas (11).

- Cuando no sea posible el uso de barandillas, el paciente permanecerá vigilado por personal del Área y/o deberá estar acompañado.
- Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar transferencias de cama a camilla o mesa quirúrgica y viceversa, o cambios de posición.

A- Proporcionar material de apoyo si lo precisa (o recordarle que los traigan de casa) y mantenerlos accesibles al paciente (andador, silla de ruedas, bastones, adaptador).

B- Por turno, entrenar las transferencias de forma activa o activa-asistida según sus posibilidades. Recomendar la realización diaria de un programa de ejercicios activos o activo-asistidos para el fortalecimiento muscular, según sus posibilidades. (Las enfermeras apoyan el entrenamiento físico como componente de un programa multifactorial de intervención en las caídas que tiene en cuenta los factores de riesgo del paciente.

- Ayuda en los desplazamientos: cuarto de baño, traslados.
- Ayudarles en el aseo diario.
- Animarles a la movilización dentro de sus posibilidades. Por turno.
- Extremar estos cuidados si son portadores de sueros, sondas, drenajes

C- Alteraciones sensoriales

- Poner los objetos que precise al alcance de la mano, por turno.
- Vigilar alteraciones táctiles.
- Recordar al paciente que lleve colocadas las prótesis siempre que sea posible (anteojos, audífonos, etc.) o asegurar que las tenga siempre a mano. Por turno.
- Hablarle claro y comprobar que lo entiende.

D- Alteración del nivel de conciencia.

- Entrenar las transferencias de forma activo-asistida o pasiva según sus posibilidades.
- Reorientar témporo-espacialmente en el entorno hospitalario por turno.
- Valorar riesgos derivados de la medicación.
- Evitar objetos cerca de paciente que puedan producir algún tipo de lesión.
- Aplicar el protocolo de sujeción mecánica e inmovilización de pacientes.

E- Medicación que se relaciona con el riesgo de caída.

- Revisión periódica de la medicación para prevenir caídas en personas mayores y manejo de forma efectiva la polimedicación y fármacos psicotrópicos, revisiones de la medicación habitual y búsqueda de alternativas a la medicación psicotrópica para la sedación.
- Enfermería en colaboración con el equipo multidisciplinario, colaborará en la revisión diaria de la medicación a lo largo de la estancia hospitalaria comprobando las alertas enviadas por el servicio de Farmacia y las alternativas propuestas (modificación de dosis, cambio de fármaco, etc.).
- Valorar el efecto de la medicación (diurético, sedante Por turno).
- En el caso de toma de diuréticos, proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la cuña o botella durante la noche.
- Levantarlo de la cama progresivamente.

F- Alteraciones de la eliminación

- Proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la cuña o botella durante la noche.
- Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Si se administran enemas o laxantes, proporcionar ayuda para ir al baño.

G- Caídas anteriores

- Conocer las circunstancias de las caídas previas al ingreso.

- Reforzar la confianza y disminuir el miedo y la ansiedad ante nuevas caídas.
- Educar sobre la modificación de factores que pudieran estar relacionados con la historia de caídas previas.

Procedimiento en el caso de caída

Enfermera responsable:

- Levantar al paciente adoptando las medidas y precauciones de seguridad para su movilización.
- Tranquilizar a familia y al propio paciente.
- Valorar las consecuencias de la caída.
- Avisar al médico de guardia si procede.
- Intervenciones pertinentes ante las consecuencias de la caída (sutura, vendaje, curas, petición de pruebas complementarias si lo precisa).
- Vigilar el estado del paciente en horas sucesivas.
- Cumplimentar el registro de caídas a través del programa informático y analizar junto con el paciente y acompañantes la posible causa, así como verificar si se habían seguido las recomendaciones del protocolo de prevención de caídas.
- Imprimir el registro y entregarlo a la supervisora de la Unidad.
- Notificación del incidente y adoptar nuevas medidas preventivas y registrar.

Supervisora de la unidad:

- Verificar si la evaluación del paciente era la correcta.
- Valorar si se habían establecido las medidas preventivas
- Entregar el registro de caídas a la Unidad de Calidad y confirmar en el registro que se ha notificado.

Médico responsable (Médico de guardia):

- Evaluar las lesiones y brindar el tratamiento que proceda.
- Valoración de la etiología.

Médico responsable durante el ingreso.

- Reevaluación del enfermo: diagnóstico etiológico/ revisión de fármacos por posible iatrogenia.
- Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados
- Valorar solicitar control analítico de vitamina D si el paciente es mayor de 65 años, presenta déficit funcional osteo-articular e historia de caídas en los últimos tres meses. (Niveles séricos óptimos de ingesta y síntesis de vitamina D por encima de 75 nmol/L).
- Si procede, iniciar el tratamiento funcional por síndrome post-caída. Valorar hacer interconsulta a la Unidad de Rehabilitación.

Recomendaciones al alta.

- Valorar la necesidad de seguimiento por Atención Primaria y/o consulta externa y la conveniencia de aportar suplementos de vitamina D para la reducción del riesgo de caídas.
- Proporcionar información sobre los beneficios de la vitamina D, alimentación, estilo de vida y tratamiento para la prevención de la osteoporosis para reducir el riesgo de fracturas.
- Entregar informe de alta médica y de enfermería junto a las recomendaciones para la prevención de caídas.

Recomendaciones sobre formación del personal sanitario/no sanitario

- Concientizar al personal sanitario y no sanitario sobre el riesgo de caídas de los pacientes durante la hospitalización, y proporcionar recomendaciones para prevenir caídas y reducir el riesgo a través de

cursos formativos periódicos, sesiones clínicas que incluyan al personal de nuevo ingreso a las Unidades.

- Los tutores-profesores asociados a la Universidad incluirán estas recomendaciones en sus sesiones formativas dirigidas a los estudiantes de medicina y enfermería en cada unidad. La formación sobre la prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas debe estar incluida en el plan de estudios y en la formación continua.

- Contenidos:

Valoración y control de los factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos.

Estrategias multidisciplinares para minimizar el riesgo de caídas (con especial énfasis en los procedimientos de movilización segura y transferencia silla-cama-camilla-mesa quirúrgica) así como el seguimiento y cuidados tras una caída.

Registro y notificación de incidentes.

Alternativas a las contenciones y/u otros dispositivos de inmovilización.

Orientación sobre el entorno (espacio-tiempo) dirigida al paciente.

Educación a pacientes y cuidadores.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Es un estudio Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia, en el auditorio del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.

Universo: El personal de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia que laboraron en diciembre de 2014.

Muestra: Los 242 trabajadores de los servicio de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”.

Criterios de Inclusión: Personal de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia.

Criterios de exclusión: Personal de salud que estaba de vacaciones, de subsidio.

Período en que se realizó el estudio: Diciembre 2014.

Recolección de la información y técnica utilizada: Encuesta auto-suministrada, en la parte IV del cuestionario: Conocimiento sobre prevención de caídas, se explicó a los encuestados las diferentes opciones a responder en cada pregunta ya que la encuesta se realizó con preguntas que tenían más de una opción de respuesta correcta, por lo que se solicitó a los encuestados marcar una o más letras que correspondían a las respuestas correctas, se distribuyó en el auditorio del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños”, por 10 días consecutivos al personal que brinda atención en los servicios de Medicina,

Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia, dicho llenado tuvo la supervisión directa del personal del Centro de Investigaciones de la Salud (CIES).

Aspectos éticos

Los encuestados participaron de forma voluntaria en nuestro estudio, a todos se les informo el alcance del mismo, los resultados de esta investigación no afectan la integridad de ninguno de los participantes.

Procesamiento de datos: Una vez recolectada la información se elaboró una base de datos. Luego la Información se procesó mediante el programa Epi Info. El análisis se realizó por frecuencia y porcentaje y la información se presenta en cuadros y gráficos elaborados en el programa Excel 2010.

Variables por Objetivo

Objetivo No.1: Conocer los datos sociodemográficos del personal médico, enfermeras y técnicos de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia, del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

- Edad
- Sexo
- Antigüedad.
- Horas laborables

Así mismo, determinar donde el personal médico, enfermeras y técnicos de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia encuestados pasan la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.

- Servicios o áreas de trabajo
- Horarios laborales semanales

Objetivo No.2: Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención y riesgo de caídas que tiene el personal médico, enfermeras y técnicos de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Emergencia, del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

- Nivel de conocimiento que tienen los encuestados, ver en anexo 2, operacionalización de las variables.

VIII. RESULTADOS

En la sección área de trabajo/ unidad de trabajo, se solicitó a los encuestados responder a preguntas cerradas de acuerdo al concepto de donde pasan la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.

Con respecto a la principal área o unidad de trabajo en este hospital, el personal de 5 servicios participó en la encuesta, 41 de Medicina (17%), 33 de cirugía (14%), 48 de ginecología y obstetricia (20%), 54 de pediatría (22%) y 66 encuestados en emergencia (27%). Ver gráfico No. 1 en anexo.

De la posición laboral en el hospital, encontramos que: 54 de los participantes son médicos residentes (22%), 48 auxiliares de enfermería (20%), 39 médicos especialistas (16%), 34 enfermeras profesionales (14%), 33 Licenciadas en enfermería (14%), 7 enfermeras especialista (3%), 7 médicos generales (3%), 5 asistentes (2%), 2 técnicos (1%) y otros 3 (1%). Ver gráfico No. 2 en anexo.

El tiempo que lleva trabajando en el hospital: 67 encuestados tienen menos de 1 año trabajando en el hospital (28%), 87 tiene de 1 a 5 años (36%), 37 de 6 a 10 años (15%), 21 de 11 a 15 años (9%), 8 de 16 a 20 años (3%) y 21 encuestados tienen más de 21 años trabajando en el hospital. Ver gráfico No. 3 en anexo.

El tiempo que llevan trabajando en el actual área/unidad: 86 de los encuestados (36%) lleva menos de 1 año trabajando en su área/unidad, 100 (41%) de 1 a 5 años, 30 de 6 a 10 años (12%), 14 (6%) de 11 a 15 años, 6 (2%) de 16 a 20 años y 6 (2%) tenían más de 21 años trabajando. Ver gráfico No. 4 en anexo.

Del total de horas a la semana que trabajan en el hospital: 5 encuestados tenían menos de 20 horas (2%) de trabajo a la semana, 20 (8%) 20 a 39 horas,

126 (52%) de 40 a 59 horas, 59 (24%) de 60 a 79 horas, 22 (9%) de 80 a 99 horas y 9 (4%) más de 100 horas trabajando a la semana. Ver gráfico en anexo No. 5.

En la interacción directa o en contacto con pacientes en la posición laboral, encontramos que de los 242 encuestados, 232 (96%) respondieron afirmativamente. El tiempo que llevan trabajando en la actual especialidad o profesión: 63 (26%) tenía menos de 1 año trabajando en su especialidad, 99 (41%) de 1 a 5 años, 28 (12%) 6 a 10 años, 18 (7%) de 11 a 15 años, 4 (2%) de 16 a 20 años y 28 (12%) más de 21 años. Ver gráfico No. 7 en anexo.

Con respecto al Género de los encuestados correspondieron al sexo masculino: 100 (41%), 140 (58%) eran del sexo femenino, 2 (1%) no consiguieron su género en las respuestas. Los Grupos etareos de los encuestados se clasificaron de la siguiente manera: 114 (47%) de 20 a 29 años de edad, 69 (29%) de 30 a 39 años, 28 (12%) de 40 a 49 años y 28 (12%) de 50 a más años de edad. Ver tabla y gráfico No. 8 en anexo.

En la parte IV del cuestionario: Conocimiento sobre prevención de caídas, se explicó a los encuestados las diferentes opciones a responder en cada pregunta ya que la encuesta se realizó con preguntas que tenían más de una opción de respuesta correcta, por lo que se solicitó a los encuestados marcar una o más letras que correspondían a las respuestas correctas.

1. Sobre el conocimiento de prevención de caídas, la respuesta esperada eran tres opciones: a, b y c, de las cuales 125 (52%) respondió la opción a, las caídas tienen etiología multifactorial, entonces los programas de prevención deben incluir intervenciones multifacéticas, 50 (21%), eligió la opción b, las revisiones regulares de tratamiento pueden ayudar a prevenir caídas de pacientes, 78 (32%), eligió la opción c, el riesgo de caídas puede disminuirse cuando conocemos las necesidades del paciente para ir al inodoro y 70 (29%), la opción d, el uso de medicamentos antisicóticos está

asociado con el aumento del riesgo de caídas en adultos mayores. Ver gráfico No. 10 en anexo.

2. Para un programa con intervenciones multifacéticas debe incluir, las respuestas correctas eran todas las opciones, a, b, c y d, 70 (29%) respondió la opción a, estrategias individuales a la medida para la prevención de caídas. 153 (63%) la opción b, educación para el paciente/familia y trabajadores de salud. 83 (34%) opción c, ambientes seguros y 69 (29%) opción d, manejo seguro del paciente. Ver gráfico No. 11 en anexo.
3. Con respecto al conocimiento sobre los factores de riesgo para caídas en hospital, la opción correcta es la c, 78 (32%) respondió la opción a, mareo / vértigo, 49 (20%), opción b, historia previa de caída, 105 (43%), opción c, uso de antibióticos y 61 (25%) eligió la opción d, Inapropiada movilidad por enfermedades cerebrales. Ver gráfico No 12 en anexo.
4. En la pregunta número 4, la respuesta correcta son todas las opciones, 75 (31%) respondió la opción a, la causa de las caídas a menudo es una interacción entre los riesgos del paciente el medio y los comportamientos de riesgos del paciente, 50 (21%) la opción b, aumentar en riesgos del entorno aumenta el riesgo de caídas, 38 (16%) la opción c, el uso de identificadores de pacientes (ej. identificación de brazaletes) ayuda al personal a resaltar aquellos pacientes con riesgo para caídas y 144 (60%) eligió la opción d, una evaluación de riesgos tiene que incluir una revisión de la historia de caídas, problemas de movilidad, medicación, estado mental, continencia y otros riesgos del paciente. Ver gráfico No. 13 en anexo.
5. Para los pacientes con inapropiada movilidad, la respuesta correcta eran 3 opciones, b, c y d, 26 (11%) respondió la opción a, confinados en cama,

158 (65%) opción b, que fomentar la movilización con asistencia, 15 (6%) opción c, asistidos con órtesis y 93 (38%) eligió la opción d, referido para el programa de ejercicios o prescripción de ayuda para caminar según sea apropiado. Ver gráfico No. 14 en anexo.

6. Para el manejo del paciente extremadamente confundido, la respuesta correcta era la a, 68 (28%) respondió la opción a, movilizar al paciente hasta la estación de enfermería, 81 (33%) opción b, involucrar a los miembros de la familia para estar con el paciente, 70 (29%) opción c, orientaciones al paciente sobre el entorno del hospital y 63 (26%) eligió la opción c, reforzamiento limitado de actividades para el paciente y sus familiares. Ver gráfico No.15 en anexo.

7. La respuesta a la afirmación esperada es la opción a, 164 (68%) respondió la opción a, los esfuerzos de prevención de caídas son únicamente responsabilidad de las enfermeras, 52 (21%) opción b, un paciente quien está tomando 4 o más medicamentos orales tiene riesgo para caídas, 28 (12%) opción c, un paciente quien está tomando medicamentos psicotrópicos tiene un elevado riesgo para caídas y 37 (15%) eligió la opción d, exámenes o tratamientos para osteoporosis deben ser considerados en pacientes quienes tienen alto riesgo para caídas y fracturas. Ver gráfico No. 16 en anexo.

8. Para la puesta en marcha de un programa de intervención en hospital, la respuesta correcta son 3 opciones, a, b y c, 158 (65%) respondió la opción a, educación al personal en precaución de caídas, 62 (26%) opción b, provisión y mantenimiento de apoyo en movilidad, 68 (28%) opción c, análisis post caídas y estrategias de resolución problema y 75 (31%) eligió la opción d, alarmas de camas para todos los pacientes independientemente de su riesgo. Ver gráfico No. 17 en anexo.

9. Para valorar a los pacientes la respuesta correcta es la opción d, 52 (21%) respondió la opción a, todos los pacientes deben ser evaluados por factores de riesgo en admisión, en un cambio en estatus, después de caídas y en intervalos regulares, 29 (12%) opción b, revisión de medicación debe ser incluida en la evaluación, 35 (14%) opción c, todo paciente debe tener su evaluación de sus actividades diarias y movilidad y 137 (57%) eligió la opción d, evaluación del entorno no es importante en el hospital ya que todo está estandarizado. Ver gráfico No. 18 en anexo.
10. Los factores de riesgo para caídas incluyen todas las opciones, 141 (58%), respondió la opción a, enfermedad de Parkinson, 49 (20%) opción b, incontinencia, 105 (43%) opción c, historia previa de caídas y 89 (34%) eligió la opción c, delirium. Ver gráfico No. 19 en anexo.
11. Para un programa de ejercicio para adulto mayor ambulatorio, la respuesta correcta son las opciones a y b, 11 (5%) respondió la opción a, ser muy agresivo, 14 (6%) opción b, ser no supervisado, 132 (55%) opción c, ser continuo y 124 (51%) eligió la opción d, incluye fortalecimiento individualizado y entrenamiento balanceado. Ver gráfico No. 20 en anexo.
12. Para la educación en prevención de caídas, la respuesta correcta es la opción d, 24 (10%) respondió la opción a, programas de educación deben proveer cuidados de salud primaria a pacientes, y a sus cuidadores, 32 (13%) opción b, programas de educación para el personal deben incluir la importancia de la prevención de caídas, factores de riesgo para caídas, estrategias para reducir caídas y transferir técnicas, 23 (10%) opción c, instrucción en movilidad segura, con énfasis en pacientes de alto riesgo, deben ser suministrados a ambos pacientes y familiares y 168 (69%) eligió la opción d, educación debe ser dada únicamente al inicio del programa de prevención de caídas. Ver gráfico No. 21 en anexo.

13. Para mejorar la seguridad del paciente la respuesta correcta son todas las opciones, a, b, c y d, 113 (47%) de los encuestados respondió la opción a, poner el freno a los muebles con ruedas cuando están estacionados, 115 (48%) opción b, tener pisos antideslizantes, 97 (40%) opción c, ubicar los items frecuentemente usados (incluidos timbres, teléfonos y control remoto) al alcance del paciente y 75 (31%) eligió la opción d, volver cada hora para atender las necesidades del paciente. Ver gráfico No. 22 en anexo.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

En la sección área de trabajo/ unidad de trabajo, se solicitó a los 242 encuestados responder a preguntas cerradas de acuerdo al concepto de lugar en donde pasan la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.

Con respecto a la principal área o unidad de trabajo en este hospital, el personal de 5 servicios participó en la encuesta, la mayoría de los encuestados proceden de las áreas del servicio de emergencia, seguido del servicio de pediatría.

La posición laboral en el hospital de la mayoría de los encuestados son los médicos residentes, auxiliares de enfermería, médicos especialistas, enfermeras profesionales, licenciadas en enfermería, enfermeras especialista, médicos generales, asistentes, técnicos y otros en cada grupo, lo que nos indica que este personal tiene capacitación previa para reforzar la estrategia de prevención de caídas. El tiempo que lleva trabajando en el hospital la mayoría se encontró entre 1 a 5 años, seguidos de los que tiene menos de 1 año. Esto puede explicar las respuestas con margen importante de desconocimiento del tema en estos dos grupos, porque no habían recibido capacitación.

Se encontró trabajadores con más horas de trabajo a la semana del establecido, este es un grupo importante de participantes que a la hora de capacitar tendrán problemas de cansancio y estrés como elementos importantes a tomar en cuenta ya que ocasionan a mediano y largo plazo problemas de salud en el trabajador y por tanto mala calidad en la atención a la población. Tomemos en cuenta también que la mayoría de los encuestados respondió que tiene interacción directa o en contacto con pacientes en la posición laboral esto implica que su comunicación será poco apropiada durante la atención a los pacientes.

Tienen de trabajar en la actual especialidad o profesión, un poco menos de la mitad de los encuestados, es importante tomar en cuenta la experiencia de ellos a la hora del proceso de capacitación, la mayoría son del género femenino y del grupo etareo de jóvenes adultos.

En la pregunta numero 1: Sobre el conocimiento de prevención de caídas, la respuesta esperada eran tres opciones: a, b y c, todos los participantes eligieron una de las diferentes opciones, la mayoría optó por la opción (a) en un 52%, vemos que la brecha de conocimiento es importante al respecto.

Para la pregunta 2: sobre un programa con intervenciones multifacéticas debe incluir todas las opciones, a, b, c y d, la mayoría 153, para un 63% respondió la opción b, vemos que los encuestados tenían mayor conocimiento al respecto.

En la pregunta 3: con respecto al conocimiento sobre los factores de riesgo para caídas en hospital, la opción correcta es la c, solamente 105 para un 43%, respondió adecuadamente, vemos la brecha importante del desconocimiento.

La pregunta 4: para determinar la declaración verdadera, la respuesta correcta son todas las opciones, y el 60% eligió la opción d, una evaluación de riesgos tiene que incluir una revisión de la historia de caídas, problemas de movilidad, medicación, estado mental, continencia y otros riesgos del paciente.

La pregunta 5: para los pacientes con inapropiada movilidad, la respuesta correcta eran 3 opciones, b, c y d, 93 para un 38%, eligió la opción d, referido para el programa de ejercicios o prescripción de ayuda para caminar según sea apropiado.

La pregunta 6: para el manejo del paciente extremadamente confundido, tiene como respuesta correcta la opción a, solamente 68 para un 28% respondió correctamente.

La pregunta 7: para la afirmación falsa, la respuesta esperada es la opción a, y respondieron 164 para un 68% la opción acertadamente; evidentemente los encuestados tienen conocimiento mayor al respecto.

La pregunta 8: para la puesta en marcha de un programa de intervención en hospital, la respuesta correcta son 3 opciones, a, b y c, ninguno acertó, la mayoría, 158 para un 65% respondió la opción a, Hay una fortaleza parcial del conocimiento a esta pregunta.

La pregunta 9: para valorar a los pacientes la respuesta correcta es la opción d, 137 para un 57% eligió la opción acertadamente, por lo tanto más de la mitad tiene conocimiento al respecto.

La pregunta 10: los factores de riesgo para caídas incluyen todas las opciones, 141 para un 58%, respondió la opción a, Ninguno acertó en todas las opciones; vemos que más de la mitad le da mucha importancia a la enfermedad de Parkinson.

La pregunta 11: para un programa de ejercicio para adulto mayor ambulatorio, la respuesta correcta son las opciones c y d, es importante hacer notar que de igual manera los participantes contestaron de forma separada cada respuesta aun así observamos un importante conocimiento en esta; ya que un 55% respondió la opción c y un 51% opción d, la mayoría opto por las respuesta que eran correctas.

La pregunta 12: para la educación en prevención de caídas, la respuesta correcta es la opción d, un importante número de 168 para un 69% eligió la opción

correcta; los encuestados conocen de manera significativa temas importantes como la prevención de caídas.

La pregunta 13: para mejorar la seguridad del paciente la respuesta correcta son todas las opciones, a, b, c y d, pero la mayoría, 115 para un 48% eligió la opción b. observando que hay un conocimiento parcial, pero importante en esta opción.

X. CONCLUSIONES

1. El área o unidad de trabajo que tuvo mayor participación en las encuestas fue el servicio de emergencia, seguido del servicio de pediatría. Al determinar el área de trabajo y posición laboral, del personal se encontró que la mayoría de los encuestados correspondió al personal de enfermería seguido de los médicos residente.
2. Al describir el tiempo que llevaban trabajando en el hospital la mayoría de los encuestados se encontró entre uno a cinco años, un importante porcentaje reportó que trabajan más horas a la semana de acuerdo a lo establecido en norma.
3. La mayoría de los encuestados, respondió que tiene interacción directa o en contacto con pacientes en la posición laboral. Predominó el sexo femenino y el grupo etareo de adultos jóvenes.
4. Sobre el conocimiento de prevención de caídas, la mayoría de los encuestados respondió una opción, pero se observó fortalezas en alguna de las respuestas donde fue evidente el conocimiento de algunos de los temas en cuestión.
5. Es importante mencionar que de acuerdo a lo encontrado en las respuestas individuales el conocimiento es limitado; pero a nivel de grupo de encuestados la respuestas resultan ser buenas.

XI. RECOMENDACIONES

Establecer un programa de manejo de prevención y riesgo de caídas, dicho programa debe contar con:

1. Diseño, revisión y ajuste de instrumentos de valoración y clasificación de riesgo de caídas, como las barras de colores, códigos de barras, para estandarizar el manejo de los pacientes en todas las áreas del hospital.
2. Capacitar y entrenar todo el personal asistencial en la aplicación del instrumento de valoración de riesgo de caídas de todos los servicios en cascadas, priorizando aquellos que por su naturaleza atienden a la población de alto riesgo de caídas.
3. Supervisión de la adherencia a la valoración de riesgo de caídas de forma sistemática además del instrumento para valorar el riesgo de los pacientes de tal manera que se asegure la implementación efectiva del proceso.
4. Implementar en el plan de estudio de la escuela de medicina y de la escuela de enfermería los protocolos de caídas, para valorar o evaluar al personal involucrado en esta atención.

BIBLIOGRAFIA

1. Niels Ketelhöhn, Profesor Pleno de INCAE Carlos Martínez, Investigador de INCAE Juan Carlos Arias, Gerente de GID Américas Gerencia, sector salud, Centroamérica. Los hospitales de Centroamérica. V INCAE BUSINESS REVIEW volumen / Número 7 / enero -abril 2013 pag.9
2. Impact of a fall prevention programme in acute hospital settings in Singapore Koh S L S, Hafizah N, Lee J Y, Loo Y L, Muthu R Singapore Med J 2009; 50(4) : 425.
3. Andrés Pretel F, Navarro Bravo B, Párraga Martínez I, De la Torre García MA, Del Campo del Campo JM y López-Torres Hidalgo J. Adherencia a las recomendaciones para evitar caídas en personas mayores de 64 años Albacete, 2009. Rev Esp Salud Pública 2010 Julio-Agosto. 84 (4): 431-439.
4. Fernández Moya OMA, García-Matres Cortés L, Gabriel Hernández P y González Jiménez C. Caídas de pacientes en una Unidad hospitalaria de Medicina Interna: validez de los registros de enfermería de detección del riesgo, 12 de febrero de 2011.
5. Sebastián-Viana T, García-Martín MR, Núñez-Crespo F, Velayos-Rodríguez EM, Martín-Merino G, González-Ruiz JM et al. ¿Cuál es la incidencia real de caídas en un hospital. Enfermería Clínica. 2011; 21(5): 271 - 274.
6. Minaya-Sáiz J, Lozano-Menor A, Salazar-de la Guerra RM. Abordaje multidisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia. Revista de Calidad Asistencial. 2010; 25(2): 106 - 111.
7. Laguna-Parras JM, Arrabal-Órpez MJ, Zafra-López F, García-Fernández FP, Carrascosa-Corral RR, Carrascosa-Corral MI et al. Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. Gerokomos. 2011; 22(4): 167 - 173.
8. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema Sanitario Público de Andalucía. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Diciembre 2009.

9. Prevención de caídas. Sociedad española de Enfermería de urgencias y emergencias. Recomendación científica 10/05/10 de 25 de Junio de 2009. Caídas en hospitales. Best Practice 1998; 2 (2): 1-6 ISSN 1329-1874.
10. Alcalde Tirado P. Miedo a caerse. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2010;45 (1):38-44.
11. Montorio I., Izal M. Tratamiento psicológico del miedo a las caídas: un estudio de caso. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005,40(supl. 2): 70-8.
12. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616-31
13. Panel of Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. Summary of the updated EGS/BGS clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2011, 59:148-157.
14. Ian D Cameron, Geoff R Murray, Lesley D Gillespie, M Clare Robertson, Keith D Hill, Robert G Cumming, Ngaire Kerse. Intervenciones para la prevención de caídas en pacientes de edad avanzada que se encuentran en centros de cuidado y hospitales. Biblioteca Cochrane Plus 2011 Número 1 ISSN 1745-9990
15. Martínez Castro A, Díaz Piñeiro J, Reigosa González I, Abeledo Mourelle I, Morán Anllo L, Vázquez Martínez AMA y et. al. Protocolo de contención y prevención de caídas, Hospital Da Costa. Burela. Lugo. Rodríguez Navarro Victoriano. Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. 2011.

Anexo 1.

EXTRINSECAS	INTRINSECAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Barandilla de la cama inadecuada. 2. Freno de la cama inadecuado o defectuoso. 3. Iluminación no adecuada. 4. Timbre de llamada muy retirado o inaccesible. 5. Mobiliario no adecuado. 6. Servicio inaccesible y sin asideros y sin adaptador para WC. 7. Suelo mojado deslizante. 8. Desorden. 9. Ropa y calzado inadecuado. 10. Espacios reducidos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad. 2. Edad superior a 65 años o inferior a 5 años. 3. Estado de confusión, desorientación y/o alucinación 4. Impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada. 5. Alteraciones oculares o sensitivas. 6. Postoperatorio inmediato. 7. Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos. 8. Alcoholismo y/o drogadicción. 9. Actitud resistente, agresiva o temerosa. 10. Hipotensión. 11. Hipoglucemia. 12. Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto. 13. Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones...) 14. Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos...) 15. Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...) 16. Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores...) 17. Antecedentes de caídas. 18. Dificultad cognitiva, para comprender enseñanzas, o bien el idioma.

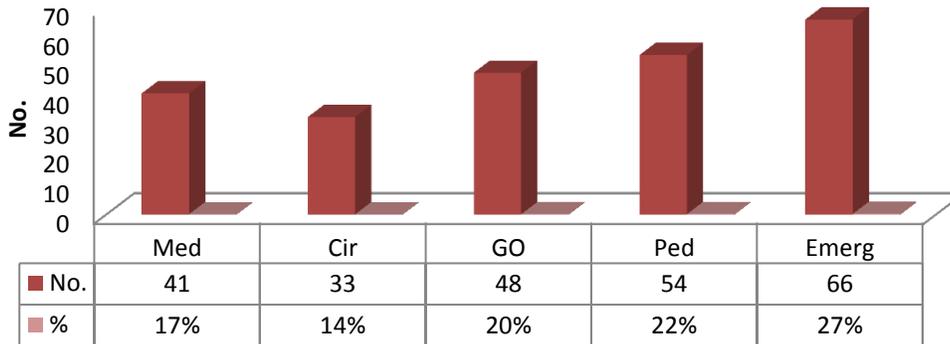
Anexo2.

Operacionalización de las variables.

Variables	Concepto	Indicadores
Unidad de trabajo	Área de trabajo, departamento, servicio donde pasa la mayor parte del tiempo	Medicina, Cirugía, Ginecología y obstetricia, Pediatría y Emergencia
Posición laboral	Cargo desempeñado en su área de trabajo	Enf. Esp, Enf. Prof, Lic. Enf, Aux. Enf, Médico Especialista, Residente, médico general, Asistente Técnico
Tiempo de laborar en el hospital	Años de trabajo en el hospital	<1 ^a , 1-5 ^a , 6-10a, 11-15a 16-20 ^a y de 21+
Tiempo de laborar en el área de trabajo	Años laborando en el área de trabajo	<1a, 1-5a, 6-10a, 11-15a, 16-20a y 21+
Horas de trabajo a la semana	Total de horas laborales a la semana en el hospital	<20, 20-39, 40-59, 60-79, 80-99 y + de 100 horas
Interacción con pacientes	En la posición laboral hay interacción directa o contacto con Pacientes.	Si- No
Tiempo de trabajo en la especialidad	Años de trabajo en la actual profesión o especialidad	<1a, 1-5a, 6-10a, 11-15a, 16-20a y 21a más
Genero	Condición sexual física con la que nace	Masculino – femenino
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad	20 a 49, 30 a 39, 40 a 49 y 50 a más
Conocimiento sobre caídas	Nivel de conocimiento que tienen los encuestados	A, B, C, D

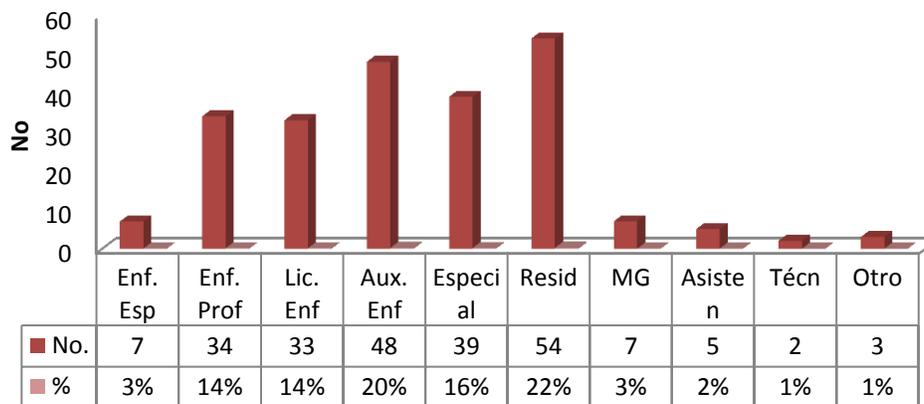
RESULTADOS

Gráfico 1 Conocimiento de cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital. N 242.



RESULTADOS

Gráfico No. 2 Conocimiento de cual es su posición laboral en este hospital. N 242.



RESULTADOS

Gráfico No. 3 Tiempo que los participantes del estudio llevan trabajando en el hospital HMEADB, Diciembre 2014.

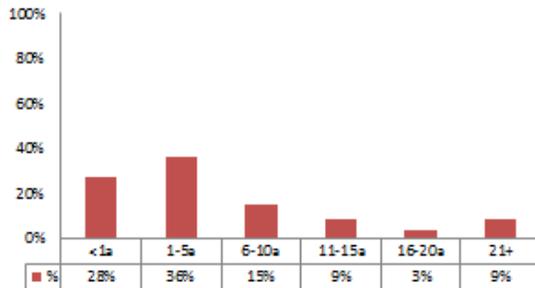
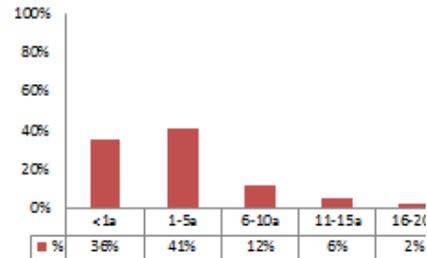


Gráfico No. 4 tiempo que los participante estudio llevan trabajando en su actual área del HMEADB, Diciembre 2014.



N=242

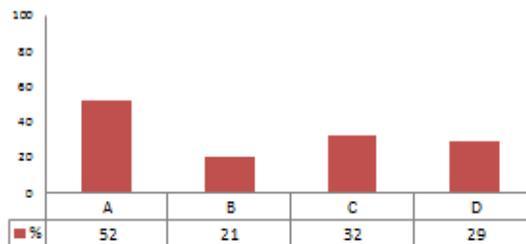
RESULTADOS

Tabla

	No.	%
Contacto directo con el paciente		
Si	232	96%
No	6	2%
Total	238	
Tiempo en especialidad o profesión		
<1 año	63	26%
1-5 años	99	41%
6-10 años	28	12%
11-15 años	18	7%
16-20 años	4	2%
21+ años	28	12%
Total	240	
Género		
Masc	100	41%
Fem	140	58%
Total	240	
Edad		
20-29 años	114	47%
30-39 años	69	29%
40-49 años	28	12%
50+ años	28	12%
Total	239	

RESULTADOS

Gráfico No. 1 Conocimiento sobre prevención de caídas. Afirmación Correcta



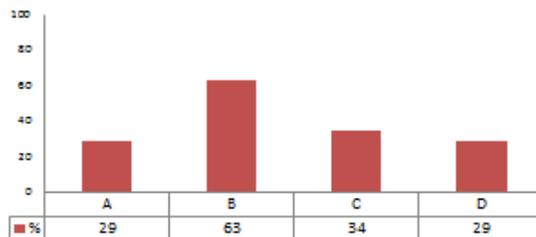
n=242

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a. Las caídas tienen etiología multifactorial, entonces los programas de prevención deben incluir intervenciones multifacéticas.
- b. Revisiones regulares de tratamiento pueden ayudar a prevenir caídas de pacientes.
- c. El riesgo de caídas puede disminuirse cuando conocer necesidades del paciente para ir al inodoro.
- d. El uso de medicamentos antisicóticos está asociado con aumento del riesgo de caídas en adultos mayores.

RESULTADOS

Gráfico No.2 Un programa con intervenciones multifacéticas debe incluir



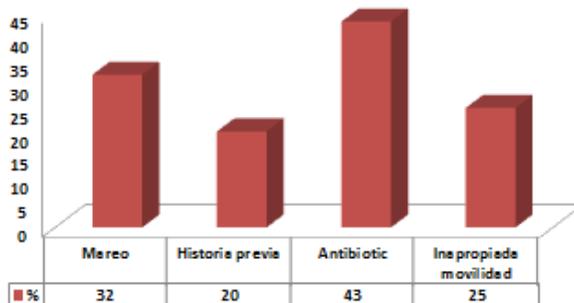
n=242

2. Un programa con intervenciones multifacéticas debe incluir

- a. Estrategias individuales a la medida para la prevención de caídas.
- b. Educación para el paciente/familia y trabajadores de salud.
- c. ambientes seguros.
- d. Manejo seguro del paciente.

RESULTADOS

Gráfico No. 3 Factores de riesgo para caídas en hospital se incluyen todas las siguientes excepto



3. Factores de riesgo para caídas en hospital se incluyen todas las siguientes excepto:

- Mareo / vértigo.
- Historia previa de caída.
- Uso de antibióticos.
- Inapropiada movilidad por enfermedades cerebrales.

n=242

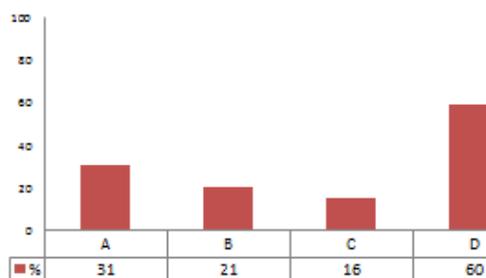
RESULTADOS

4. ¿Cuál de las siguientes declaraciones es verdad?

- La causa de las caídas a menudo es una interacción entre los riesgos del paciente y el medio y los comportamientos de riesgos del paciente.
- Aumentar en riesgos del entorno aumenta el riesgo de caídas.
- El uso de identificadores de pacientes (ej. identificación de brazaletes) ayuda al personal a resaltar aquellos pacientes con riesgo para caídas.
- Una evaluación de riesgos tiene que incluir una revisión de la historia de caídas, problemas de movilidad, medicación, estado mental, continencia y otros riesgos del paciente.

Todas.

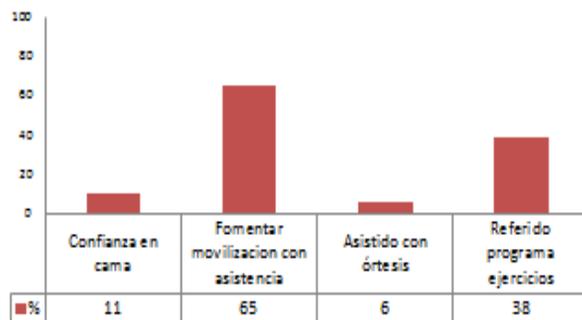
Gráfico No. 4 Cual de las siguientes declaraciones es verdad



n=242

RESULTADOS

Gráfico No. 5 Pacientes con inapropiada movilidad deben.



5. Pacientes con inapropiada movilidad deben:

- a. Confinados en cama.
- b. Fomentar la movilización con asistencia.
- c. Asistidos con órtesis.
- d. Referido para el programa de ejercicios o prescripción de ayuda para caminar según sea apropiado.

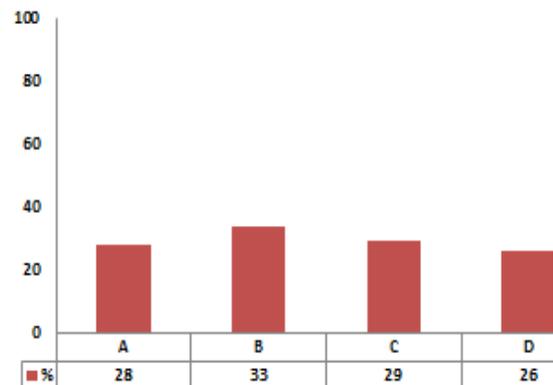
n=242

Resultados

Gráfico No. 6 El manejo del paciente extremadamente confundido debe incluir, excepto

6. El manejo del paciente extremadamente confundido debe incluir todo lo siguiente, excepto:

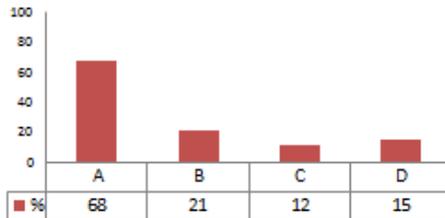
- a. Mover al paciente hasta la estación de enfermería.
- b. Involucrar a los miembros de la familia para estar con el paciente.
- c. Orientaciones al paciente sobre el entorno del hospital.
- d. Reforzamiento limitado de actividades para el paciente y sus familiares.



n=242

RESULTADOS

Gráfico No. 7 Cuál de las siguientes afirmaciones son falsas



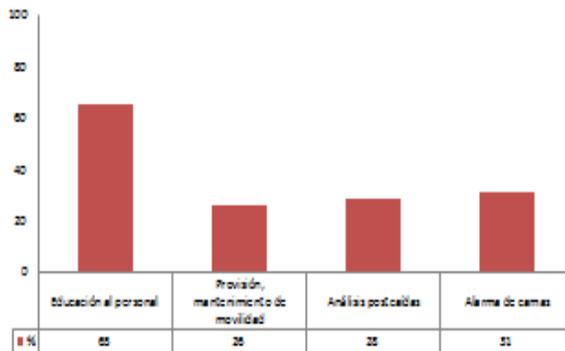
n=242

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones son falsas?

- a. Los esfuerzos de prevención de caídas son únicamente responsabilidad de las enfermeras.
- b. Un paciente quien está tomando 4 o más medicamentos orales tiene riesgo para caídas.
- c. Un paciente quien está tomando medicamentos psicotrópicos tiene un elevado riesgo para caídas.
- d. Exámenes o tratamientos para osteoporosis deben ser considerados en pacientes quienes tienen alto riesgo para caídas y fracturas.

RESULTADOS

Gráfico No. 8 La puesta en marcha de un programa de intervención debería incluir.



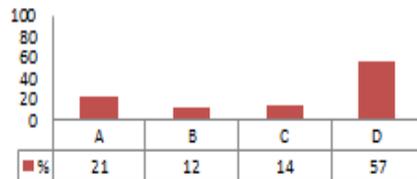
n=242

8. La puesta en marcha de un programa de intervención en hospital debería incluir

- a. Educación al personal en precaución de caídas.
- b. Provisión y mantenimiento de apoyo a la movilidad.
- c. Análisis post caídas y estrategias de solución del problema.
- d. Alarmas de camas para todos los pacientes independientemente de su riesgo.

RESULTADOS

Gráfico No. 9 Al valorar a los pacientes, cuál de los siguientes planteamientos es falso



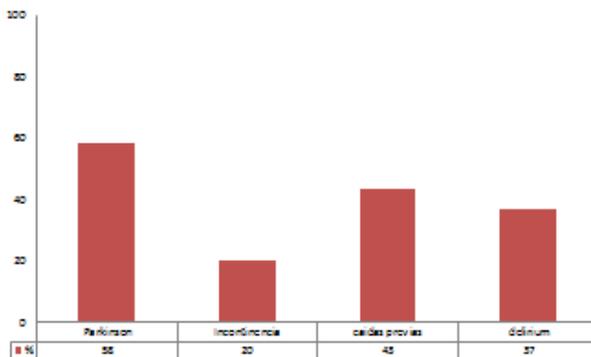
n=242

9. ¿Al valorar a los pacientes, cuál de los siguientes planteamientos es falso?

- a. Todos los pacientes deben ser evaluados por factor de riesgo en admisión, en un cambio en estatus, después de caídas y en intervalos regulares.
- b. Revisión de medicación debe ser incluida en la evaluación.
- c. Todo paciente debe tener su evaluación de sus actividades diarias y movilidad.
- d. Evaluación del entorno no es importante en el hogar ya que todo está estandarizado.

RESULTADOS

Gráfico No. 10 Factores de riesgo para caídas incluye



n=242

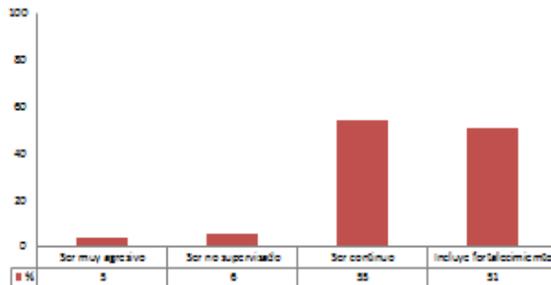
10. Factores de riesgo para caídas incluye

- a. Enfermedad de Parkinson.
- b. Incontinencia.
- c. Historia previa de caídas.
- d. Delirium.

Todas

RESULTADOS

Gráfico No. 11 Un programa de ejercicio para adulto mayor ambulatorio debería



11. Un programa de ejercicio para adulto mayor ambulatorio debería:

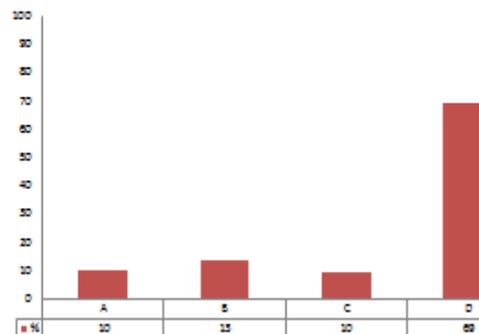
- a. Ser muy agresivo.
- b. Ser no supervisado.
- c. Ser continuo.
- d. Incluye fortalecimiento y entrenamiento balanceado.

n=242

RESULTADOS

Gráfico No. 12Cuál de las siguientes afirmaciones en educación en prevención de caídas es falsa

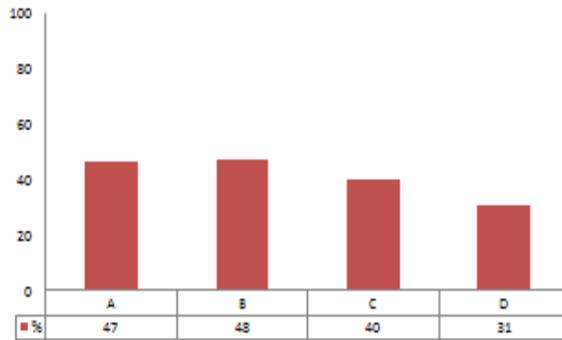
12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en educación en prevención de caídas es falsa?
- a. Programas de educación deben proveer cuidados de salud primaria a pacientes, y a sus cuidadores.
 - b. Programas de educación para el personal deben incluir la importancia de la prevención de caídas, factores de riesgo para caídas, estrategias para reducir caídas y transferir técnicas.
 - c. Instrucción en movilidad segura, con énfasis en pacientes de alto riesgo, deben ser suministrados a ambos pacientes y familiares.
 - d. Educación debe ser dada únicamente al inicio del programa de prevención de caídas.



n=242

RESULTADOS

Gráfico No. 13 Cuál de los siguientes esta recomendado para mejorar la seguridad del pacientes.



13. ¿Cuál de los siguientes está recomendado para mejorar la seguridad del paciente?

- a. Poner el freno a los muebles con ruedas cuando están estacionados.
- b. Tener pisos antideslizantes.
- c. Ubicar los items frecuentemente usados (incluidos timbres, teléfonos y control remoto) al alcance del paciente.
- d. Volver cada hora para atender las necesidades del paciente.

Todas

n=242

Encuesta

Parte IV: Conocimiento sobre prevención de caídas

Cada pregunta puede tener más de una opción de respuesta correcta

Por favor marque con una **X** la(s) letra(s) que corresponda(n) a la(s) respuesta(s) correcta(s)

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a. Las caídas tienen etiología multifactorial, entonces los programas de prevención deben incluir intervenciones multifacéticas.
- b. Revisiones regulares de tratamiento pueden ayudar a prevenir caídas de pacientes.
- c. El riesgo de caídas puede disminuirse cuando conocemos las necesidades del paciente para ir al inodoro.
- d. El uso de medicamentos antisicóticos está asociado con el aumento del riesgo de caídas en adultos mayores.

2. Un programa con intervenciones multifacéticas debe incluir:

- a. Estrategias individuales a la medida para la prevención de caídas.
- b. Educación para el paciente/familia y trabajadores de salud.
- c. ambientes seguros.
- d. Manejo seguro del paciente.

3. Factores de riesgo para caídas en hospital se incluyen todas las siguientes excepto:

- a. Mareo / vértigo.
- b. Historia previa de caída.
- c. Uso de antibióticos.
- d. Inapropiada movilidad por enfermedades cerebrales.

4. ¿Cuál de las siguientes declaraciones es verdad?

- a. la causa de las caídas a menudo es una interacción entre los riesgos del paciente el medio y los comportamientos de riesgos del paciente.
- b. Aumentar en riesgos del entorno aumenta el riesgo de caídas.
- c. El uso de identificadores de pacientes (ej. identificación de brazaletes) ayuda al personal a resaltar aquellos pacientes con riesgo para caídas.
- d. Una evaluación de riesgos tiene que incluir una revisión de la historia de caídas, problemas de movilidad, medicación, estado mental, continencia y otros riesgos del paciente.

5. Pacientes con inapropiada movilidad deben:

- a. Confinados en cama.
- b. Fomentar la movilización con asistencia.

- c. Asistido con órtesis.
- d. Referido para el programa de ejercicios o prescripción de ayuda para caminar según sea apropiado.

6. El manejo del paciente extremadamente confundido debe incluir todo lo siguiente, excepto:

- a. Movilizar al paciente hasta la estación de enfermería.
- b. Involucrar a los miembros de la familia para estar con el paciente.
- c. Orientaciones al paciente sobre el entorno del hospital.
- d. Reforzamiento limitado de actividades para el paciente y sus familiares.

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones son falsas?

- a. Los esfuerzos de prevención de caídas son únicamente responsabilidad de las enfermeras.
- b. Un paciente quien está tomando 4 o más medicamentos orales tiene riesgo para caídas.
- c. Un paciente quien está tomando medicamentos psicotrópicos tiene un elevado riesgo para caídas.
- d. Exámenes o tratamientos para osteoporosis deben ser considerados en pacientes quienes tienen alto riesgo para caídas y fracturas.

8. La puesta en marcha de un programa de intervención en hospital debería incluir:

- a. Educación al personal en precaución de caídas.
- b. Provisión y mantenimiento de apoyo en movilidad.
- c. Análisis post caídas y estrategias de resolución problema.
- d. Alarmas de camas para todos los pacientes independientemente de su riesgo.

9. ¿Al valorar a los pacientes, cuál de los siguientes planteamientos es falso?

- a. Todos los pacientes deben ser evaluados por factores de riesgo en admisión, en un cambio en estatus, después de caídas y en intervalos regulares.
- b. Revisión de medicación debe ser incluida en la evaluación.
- c. Todo paciente debe tener su evaluación de sus actividades diarias y movilidad.
- d. Evaluación del entorno no es importante en el hospital ya que todo está estandarizado.

10. Factores de riesgo para caídas incluye:

- a. Enfermedad de Parkinson.
- b. Incontinencia.
- c. Historia previa de caídas.
- d. Delirium.

11. Un programa de ejercicio para adulto mayor ambulatorio debería:

- a. Ser muy agresivo.
- b. Ser no supervisado.
- c. Ser continuo.
- d. Incluye fortalecimiento individualizado y entrenamiento balanceado.

12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en educación en prevención de caídas es falsa?

- a. Programas de educación deben proveer cuidados de salud primaria a pacientes, y a sus cuidadores.
- b. Programas de educación para el personal deben incluir la importancia de la prevención de caídas, factores de riesgo para caídas, estrategias para reducir caídas y transferir técnicas.
- c. Instrucción en movilidad segura, con énfasis en pacientes de alto riesgo, deben ser suministrados a ambos pacientes y familiares.
- d. Educación debe ser dada únicamente al inicio del programa de prevención de caídas

13. ¿Cuál de los siguientes está recomendado para mejorar la seguridad del paciente?

- a. Poner el freno a los muebles con ruedas cuando están estacionados.
- b. Tener pisos antideslizantes.
- c. Ubicar los items frecuentemente usados (incluidos timbres, teléfonos y control remoto) al alcance del paciente.
- d. Volver cada hora para atender las necesidades del paciente.

Gracias por completar estos cuestionarios