PROTOCOLO DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Agosto 2009

Resolución N° 1552 del 10 de Noviembre 2010

Autoría

M. Soledad Estelle A.	Sub Directora Gestión del Cuidado	Instituto Nacional Neurocirugía
Carmen Luz Naranjo T.	Sub Directora Enfermería	Instituto Nacional del Tórax
M. Angélica Neira A.	Sub Directora Estudio y Gestión de Calidad	Instituto Nacional del Tórax
Nathalie Orellana N.	Supervisora Servicio Pacientes Críticos	Instituto Nacional Neurocirugía

INDICE

Pág.

1. INTRODUCCION 4
2. OBJETIVO GENERAL 5
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS 5
4. ALCANCE 5
5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD 5
6. FUNDAMENTO 5
7. FACTORES DE RIESGO 6
8. DEFINICIONES 7
9. MATERIAL Y EQUIPOS 8
10. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD 8
11. MEDIDAS DE CONTENCION 12
12. FLUJOGRAMA 18
13. ANEXOS:
    - 13.1. Indicadores 19
    - 13.2. Hoja Valoración 23
    - 13.3. Consentimiento Informado 24
    - 13.4. Registro Vigilancia y Notificación Caídas 25
    - 13.5. Distribución del Documento 26
14. REFERENCIAS 27

15. RESOLUCION EXENTA 28

INTRODUCCION

Se debe asumir que las caídas de enfermos ingresados en un centro hospitalario son un hecho real aunque con frecuencia sea relativamente baja y sus consecuencias raramente graves.

Según bibliografía consultada solo el 5% de las caídas producen lesiones graves o fracturas, pero aquellas pueden limitar la movilidad del enfermo y repercutir en su autonomía ocasionando discapacidad temporal o permanente y en ocasiones pueden aparecer complicaciones que agraven el pronóstico vital del paciente.

En general todas las caídas pueden preverse o minimizarse. Por ello la identificación de los factores de riesgo asociados a las caídas en general y a las de enfermos ingresados en particular es una herramienta eficaz para el diagnostico de posibles casos.

La mayoría de las caídas de los enfermos son debidas a la convergencia de diversos factores que las favorecen: estado de salud, conducta y actividad del paciente

El índice de caídas es considerado uno de los indicadores para evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería, por lo tanto dicho personal debe aceptar y tomar conciencia que uno de los aspectos más importante en los programas de prevención de caída es la correcta “Identificación de los pacientes de riesgo”.

GARANTIZAR la seguridad del enfermo y prevenir las caídas son importantes indicadores de la calidad de la gestión hospitalaria.

2. OBJETIVO GENERAL

- Lograr que el paciente no sufra riesgos innecesarios de caídas, durante su hospitalización.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a los enfermos con mayor riesgo de caídas, valorando si presentan factores intrínsicos de riesgo.
- Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar las causas.
- Determinar la incidencia de este tipo de accidentes hospitalarios y analizar sus causas.
- Estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de caídas, en todas las unidades del Hospital.
- Educación del paciente, personal de la salud y la familia en la prevención de caídas.

4. ALCANCE

Este Protocolo esta dirigido al Equipo de Salud para proceder con la población de riesgo hospitalizada, susceptible de padecer caídas.

5. RESPONSABILIDAD

La aplicación del Protocolo será responsabilidad del Equipo de Gestión del Cuidado

6. FUNDAMENTO

Las caídas de enfermos ingresados son un hecho real, constituyen un problema de salud por su repercusión tanto a nivel personal como en costos institucionales, pudiendo ocasionar:

- Discapacidad temporal o permanente.
- Aumento de estancias hospitalarias.
- Complicación del pronostico
- Aumento de las acciones diagnosticas y tratamientos adecuados.

7. FACTORES DE RIESGO

Todos aquellos incluidos en los diagnósticos de enfermería. Para su mejor comprensión se han dividido en factores del entorno y factores del paciente.

7.1. **Factores del entorno** (extrínsecos)

- Barandilla de la cama inadecuada.
- Freno de la cama inadecuado o defectuoso.
- Iluminación no adecuada.
- Timbre de llamada muy retirado o inaccesible.
- Mobiliario no adecuado
- Servicio inaccesible y sin asideros.
- Suelo mojado deslizante.
- Desorden.
- Ropa y calzado inadecuado.

7.2. **Factores del paciente** (intrínsicos)

- Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad.
- Edad superior a 75 años o inferior a 5 años.
- Estado de confusión, desorientación y/o alucinación

- Impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada.
- Alteraciones oculares o sensitivas.
- Postoperatorio inmediato.
- Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos.
- Alcoholismo y/o drogadicción.
- Actitud resistente, agresiva o temerosa.
- Hipotensión.
- Hipoglicemia.
- Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.
- Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones...etc.)
- Enfermedades cardiacas (arritmias, portadores de marcapasos...)
- Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)
- Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad

8. DEFINICIONES

- **Caída**: Se puede definir como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona.
- **Caída accidental**: Producida por factor del entorno (extrínseco).
- **Caída no Accidental**: Producida por factor del paciente (intrínseco), perdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la deambulación, etc.
- **Contención Física**: es cualquier dispositivo, material o equipo aplicado (o puesto) cerca del cuerpo y que no puede ser controlado o retirado fácilmente por parte del

paciente, y que de manera deliberada previene o pretende prevenir el movimiento de la persona a una posición de su elección y/o un acceso normal a una parte de su cuerpo.

- **Prevención de Caídas:** se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras esté hospitalizado.

9 MATERIAL Y EQUIPOS

- Pautas de Valoración de riesgo de caídas
- Camas con barandas
- Timbres de llamada en cada cama
- Piso antideslizante
- Iluminación
- Barandas en espacios comunes
- Dispositivos de ayuda (bastones, andadores….)

10. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

10.1. Evaluación del Problema: Valoración del riesgo de padecer caídas

- Se considera realizar una valoración de todos los pacientes al ingreso en Hoja de Evaluación de Registro de Caídas (Ver Anexo 13.2), con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y determinar sus causas.

10.2. Intervención

10.2.1. Prevención Primaria. Medidas a aplicar antes de producida la caída

10.2.1.1 Identificación de los enfermos con riesgo de caídas Todos los pacientes de riesgo, tendrán en su Ficha Clínica el registro en la "Hoja de Valoración de Riesgo".

10.2.1.2 Re-evaluación periódica cuando varíe el estado del paciente.

10.2.1.3 Aplicar Medidas Preventivas

10.2.1.3.1. Medidas generales:

- Seguridad del entorno
  - Iluminación de emergencia y nocturna en habitaciones y accesos comunes
  - Evitar suelos irregulares, húmedos y resbaladizos.
  - Evitar la presencia de objetos caídos en el suelo
  - Fácil acceso a timbre de llamada
- Seguridad personal:
  - Promover el uso de ropa y calzado Adecuado.
  - Si precisa dispositivos de ayuda andador, Muletas, será acompañado por personal Sanitario durante el aprendizaje
  - Fácil acceso a bastones y andadores en enfermos con limitaciones funcionales para la deambulación.

- Enseñar al paciente y familiares la incorporación de la cama (recomendado sedestación previa al levantamiento).
- Instruir al enfermo para pedir ayuda cuando lo necesite (enseñar la correcta utilización del timbre de llamada).
- Orientar en la elección de ropa y calzado adecuado

10.2.1.3.2. .**Medidas Específicas** de aplicación para pacientes de mayor riesgo

- Comprobar que la barandia de la cama está elevada.
- Verificar que el freno de la cama está puesto.
- Mantener la cama baja durante el turno de noche o si la situación de valoración de riesgo lo amerita.
- Valorar la comprensión por parte del enfermo de órdenes sencillas o pedir la colaboración de la familia y/o cuidador para la aplicación de medidas preventivas.
- Revisión diaria de la medicación que pudiera influir en el riesgo de caída
- Asistir al paciente que lo precise en su aseo personal y deambulación.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene algún mareo.
- Aplicar medidas de sujeción, si precisa. **(Ver punto 11)**

10.2.2. Prevención secundaria. Aquellas medidas a adoptar después de la caída

10.2.2.1 Actuación ante una Caída

- Atención preferente e inmediata a la situación clínica del enfermo.
- Notificación al Médico de turno
- Diagnóstico y Tratamiento de las lesiones
- Registro de la caída, y Notificación según hoja estandarizada para el SSMO Ver Anexo 13.3
- Reasignación de grupo de riesgo

Aplicación de las medidas preventivas para los Pacientes de mayor riesgo de caídas o revisión de estas si ya estaban aplicadas.

10.2.2.2. Documentación y registro de la Caída

- **Enfermera responsable**

– Valorará las consecuencias de la caída y avisará al médico de turno.

– Registrará en la hoja de enfermería la: fecha, hora, lugar, causa, estado y consecuencias inmediatas.

– Elaborará el Informe de caídas y lo entregará a la supervisora de la unidad.

– Controlará el estado del paciente en horas sucesivas.

- **Supervisora del Servicio:**

– Comprobará que estaba evaluado el riesgo de caídas y si se habían establecido las medidas preventivas.

– Entregará la Notificación del evento adverso (Caídas) a la Unidad de Gestión de Calidad.

10.2.2.3. Prevención de nuevas Caídas.

Los pacientes que caen durante su hospitalización tienen mayor riesgo de volver a caer, incrementándose el riesgo de una lesión grave. Se aplicarán las medidas Específicas de Prevención.

10.2.3 Re-evaluación del riesgo de caídas. La reevaluación de los pacientes con riesgo de padecer caídas se realizará cuando se produzca un cambio de situación del paciente en las siguientes consideraciones:

- Caídas previas.
- Administración de medicamentos.
- Déficit sensorial.
- Estado mental.
- Deambulación.

10.3 Medidas generales en Servicio de Pediatría

- Todo el tiempo que el niño deba permanecer en su cuna, los laterales de la misma estarán en posición elevada.
- Se instruirá a los familiares para que no abandonen la habitación sin comprobar previamente que los laterales están elevados.
- Cuando sea necesario realizar una técnica que requiera ser transportado fuera de la cuna, permanecerá en compañía de un miembro del equipo de salud o un familiar
- No permanecerá sólo en el baño.

10.4 Medidas Generales en el Área Quirúrgica

- Todo el tiempo que el paciente deba permanecer en el área quirúrgica (recinto pre-operatorio, operatorio y recuperación operatoria), las barandas de la cama estarán en posición elevada.
- Cuando no esté protegido de caídas por barandas, permanecerá vigilado por personal del área.
- Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar ningún cambio de cama a camilla o viceversa.
- Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar ningún movimiento de cambio de posición del paciente o de la mesa quirúrgica.

11. Medidas de Contención:

11.1. Indicación

Previamente a la indicación de utilizar medidas de contención se debe implementar estrategias para Reducir el Riesgo que este procedimiento implica, la Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations sugiere.

- Redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas.
- Estimular la formación y entrenamiento del personal de salud en alternativas que eviten el uso de las sujeciones.

La contención física será indicada de acuerdo al Riesgo de Caídas según puntaje en la Escala de Evaluación de Riesgo de Caídas (Anexo.. y registrada en la Ficha Clínica.

El inicio de la terapia debe ir acompañado de información tanto al paciente como a su familia, sobre la necesidad de contención, en la medida de lo posible, previo a ésta. Deberá firmar Consentimiento Informado Anexo a la “Hoja de Evaluación Registro de Caídas”.

Si la familia se niegue a la contención, debe registrar su rechazo en la hoja correspondiente. Esta negación se respetará siempre y cuando no exista riesgo vital.

11.2. Elección del Tipo de Contención

El tipo de dispositivo a utilizar para contener a un paciente debe permitir asegurar su dignidad y en lo posible su comodidad y será determinada de acuerdo a la condición clínica del paciente

Debe cumplir con las siguientes características:

- Eficiente para prevenir el daño y lo menos restrictiva posible.
- Fácil de liberar por el equipo de salud en caso de una emergencia.
- Debe cumplir con el objetivo de protección, se utilizará una contención que impida que el paciente se levante de la cama.
- Verificar antecedentes y factores de riesgo del paciente, en especial de tipo osteoarticular (prótesis, fracturas recientes, traumas, artritis, artrosis, etc.), evitando contener extremidades en estos casos.
- Evaluar el riesgo de úlceras por presión para programar medidas de protección adicionales a las indicadas en el “Protocolo de Prevención de Ulceras por Presión”

11.3. Tipos de Contención

11.3.1. Muñequera de Sujeción con Anillo

Ventajas:

- Impide la presión sobre las muñecas.
- Facilidad de ajuste.
- Fácil acceso a puntos de fijación.

- Mayor contención.
- Mayor tolerancia para el paciente.
- Previene lesiones cutáneas por maceración y abrasión.
- Más confort y seguridad para el paciente.
- Facilita el trabajo de enfermería.

Características Técnicas:

- Tacto suave resistente y segura.
- Banda espumosa.
- Interior de algodón blanco.
- Cierre instantáneo de velcro.
- Cinta larga poliéster o algodón.

Modo de Aplicación:

- Coloque la sujeción alrededor de la muñeca
- Ajuste y fije con el cierre de velcro.
- Pase la cinta de sujeción con una doble vuelta.
- Anúdela a la cama y no a las barandas

11.3.2. Sujeción de los pies

- Fija de forma relajada ó firme uno o ambos pies.
- De igual funcionamiento y características que la muñequera.

- Fijando relajadamente, es posible determinar una cierta libertad para los pies, pudiendo girar el cuerpo

11.3.3. Contención Torácica

Ventajas

- Se ajusta y adapta sin doblarse

- Fijación segura

Beneficios

- No oprime, permite cambios posturales.
- Facilita el trabajo de enfermería.

Características Técnicas

- Acolchado y de tacto suave.
- Anillos de Nylon ligeras.
- Tracción hasta 160 Kg.
- Cintas de sujeción extra fuertes de poliéster.
- Diseño adaptable y seguro.

Modo de Aplicación

- Colocar la contención alrededor del tórax del paciente.
- Cruce las cintas por detrás.
- Anude las cintas a ambos lados de la cama.
- El paciente podrá girar 90º hacia cada lado sin peligro de caída.

11.4. Técnica contención física

Desde el momento de inicio de la contención, el objetivo será su retiro lo más precoz posible y la prevención de lesiones derivadas de ésta terapia. Estas medidas estarán registradas en la ficha clínica y hoja de enfermería y deberá definirse el tiempo de duración y la periodicidad de su evaluación.

Sujeción: Se sujetarán en la zona más distal, evitando los huesos largos y tórax, por el riesgo de lesiones.

1. Sujetar con las piernas y brazos extendidos y ligeramente abiertos –en posición anatómica correcta- los tobillos y las muñecas con las tiras fijas a la cama permitiendo movilidad de ellos.
2. El tórax se sujetará, si es necesario, con la contención torácica, cuidando que no esté flojo (podría deslizarse y ahorcarse), ni muy apretado (dificulta la respiración).
3. La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa en el antebrazo y también recibir líquidos o alimentos.
4. Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada (30° a 45°), para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.

11.5. Consideraciones

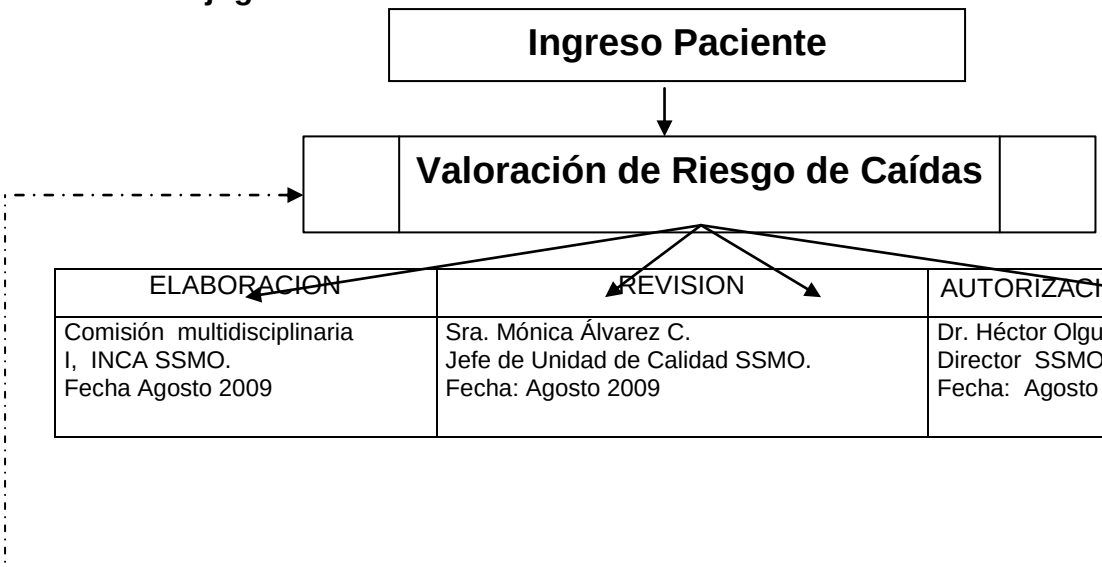
- Explicar el tipo de contención a utilizar y las razones por las que es necesario: Es posible reducir o evitar percepciones negativas del paciente y su familia.
- No deben empeorar el estado de salud: Si se utilizan muy tirantes pueden dificultar le circulación sanguínea
- No deben interferir en el tratamiento del paciente
- Es necesario utilizar inmovilizadores acolchados: Reduce el riesgo de lesión de la piel por presión.
- Se deben cambiar los inmovilizadores cuando se ensucien o mojen, porque incrementan el riesgo de lesionar la piel.
- Deben ser seguros: cuando el paciente es capaz de quitarse la contención, éstos pierden su utilidad
- Debe ser fijado a la estructura de la cama: si se fija a las barandas de la cama puede lesionar el sistema músculo esquelético.

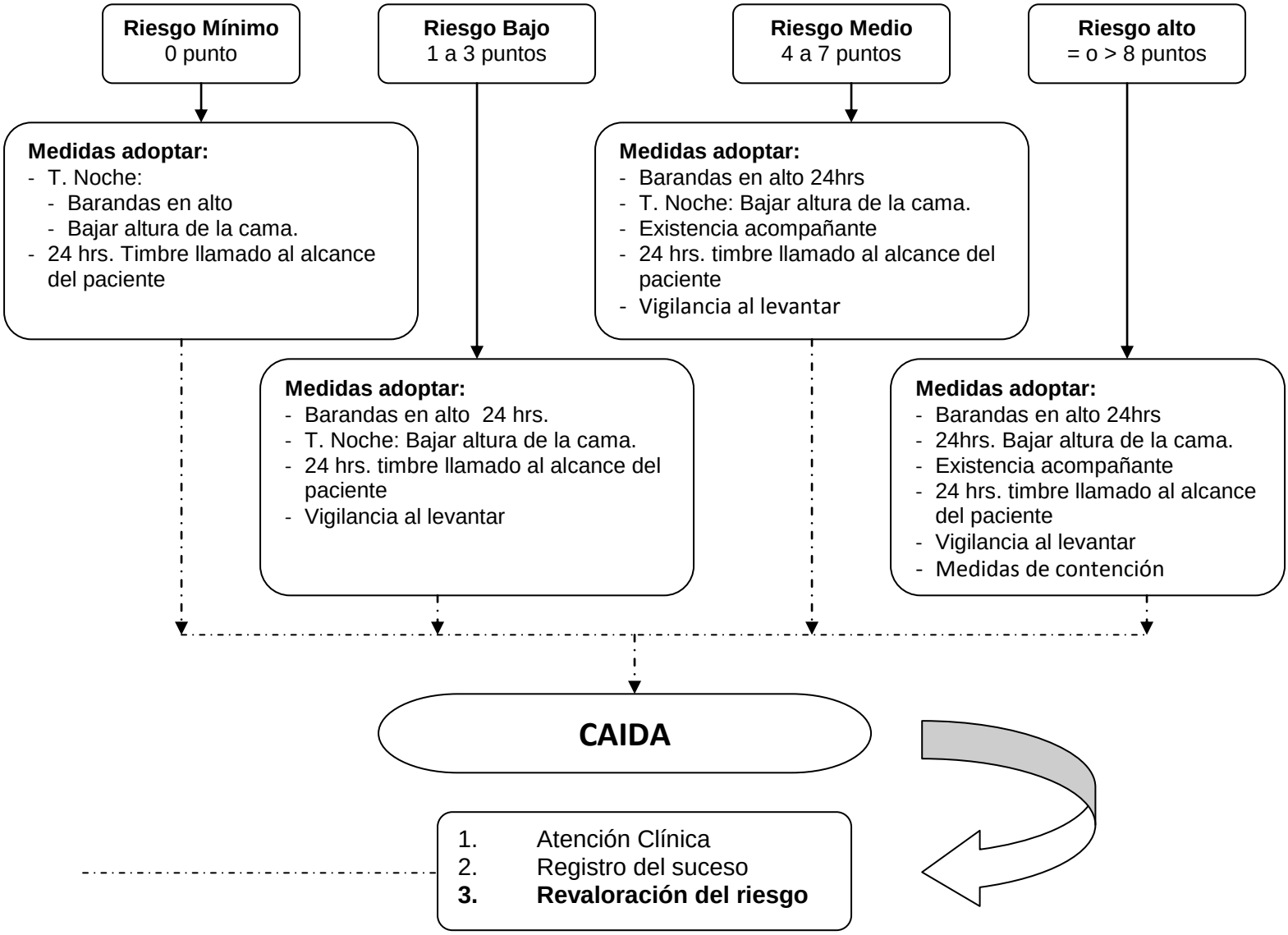
- Deben soltarse cada 2 horas: para descomprimir la zona y valorar la integridad de la piel, circulación, y el comportamiento del paciente entre otros.
- Registrar la valoración teniendo en cuenta la seguridad del paciente, el grado de orientación, el tipo de contención y la respuesta del paciente frente a la contención, ésta acción documenta que la seguridad física del paciente estaba en riesgo y que la contención estaba justificada.
- Toda lesión derivada del uso de contenciones debe ser registrado en la ficha clínica del paciente.
- El paciente y su familia deben recibir información y educación sobre la importancia y necesidad de la contención en la situación específica para cada paciente.
- La familia debe estar bien informada, por parte del equipo médico, de las indicaciones y características de la contención y en caso que la rechacen, esto debe quedar registrado con nombre y firma del responsable.

11.6. Registro de la Terapia de Contención.-

En la hoja de evolución de Enfermería, la enfermera y/o matrona a cargo del paciente, deberá evaluar y registrar si éste se mantiene en riesgo al menos en cada cambio de turno o en caso de necesidad. Si al evaluar, el paciente se ha recuperado de la condición que motivo el inicio de contención, se suspende el procedimiento.

12. Flujograma





1. ANEXOS

13.1 Indicadores

1.Indicador	Enfermos hospitalizados a los que se les ha aplicado la

	valoración de riesgo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Nº pacientes hospitalizados en que se aplicó el protocolo Total pacientes hospitalizados X 100
Estándar	100%
Definición Términos	Aplicación de Valoración de Riesgo de Caídas, es la evaluación realizada a cada paciente según descripción del Protocolo
Criterios	Se aplicará la Valoración de Riesgo de Caídas a todo paciente al ingreso de su hospitalización o cuando varíe la condición del paciente
Justificación	Las caídas son eventos adversos prevenibles .
Fuente de Información	Ficha Clínica Formularios de Notificación de Caídas
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Jefe Unidad de Calidad
2. Indicador	**Tasa Caídas en pacientes hospitalizados**
Tipo de Indicador	Resultado

Dimensión	del Paciente
Fórmula	Total Caídas en pacientes hospitalizados X 100 Total pacientes hospitalizados
Estándar	O%
Definición Términos	**Caída:** Pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. **Caída accidental**: Producida por factor del entorno (extrínseco). **Caída no Accidental**: Producida por factor del paciente (intrínseco), perdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la deambulación, etc.
Criterios	Se considerará en el numerador todo tipo de Caídas, su análisis posterior definirá causalidad
Justificación	Este indicador de caídas permite evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería,
Fuente de Información	Ficha Clínica Notificación Eventos Adversos Caídas
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Enfermera Coordinadora
3. Indicador	**Porcentaje de pacientes que ha sufrido más de una caída**
Tipo de Indicador	

	Resultado
Dimensión	del Paciente
Fórmula	Nº pacientes que han sufrido más de una caída X 100 Total pacientes que se han caído
Estándar	O%
Definición Términos	Autoexplicativo
Criterios	Se considerará a aquellos pacientes que durante su hospitalización sufrieron más de un Evento de Caída
Justificación	Autoexplicativo
Fuente de Información	Ficha Clínica Notificación Eventos Adversos . Caídas
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Enfermera Coordinadora

4. Indicador	**Cumplimiento Medidas de Prevención según Valoración de Riesgo de Caídas**

Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Competencia Profesional. Seguridad del Paciente
Fórmula	$\frac{\text{Total Pacientes con medidas de prevención según valoración del riesgo}}{\text{Total pacientes hospitalizados}} \times 100$
Estándar	100%
Definición Términos	Descrito en Protocolo
Criterios	La Valoración debe estar actualizada a la Fecha de la Supervisión.
Justificación	Autoexplicativo
Fuente de Información	Ficha Clínica Notificación Eventos Adversos Caídas.
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Enfermera Coordinadora

13.2 Hoja Evaluación Riesgo Caídas.

Hoja original adjunta

GOBIERNO DE CHILE
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE

HOJA EVALUACION RIESGO CAIDAS UNIDADES GESTION DEL CUIDADO Establecimiento_____	Fecha Ingreso: ___ / ___ / ___ Servicio: _____ Nº cama: _____ Diagnóstico: _____	Nombre _____ RUT: _____ Nº Ficha Clínica : _____

CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RIESGOS	Pje	FECHAS													
- Caídas anteriores	1														
- Debilidad Muscular	1														
- Deterioro de la vista	1														
- Alteración de la Audición o Equilibrio	1														
- Trastornos Gastrointestinales	1														
- Edad: Menores de 1 año	4														
- Edad: Mayores 75 años	2														
- Alteraciones Neurológicas	3														
- Agitación Psicomotora	3														
- Trastornos Síquicos o Mentales	3														
- Alteraciones del Ritmo Cardiovascular	3														
- Deambulación con apoyo	1														
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO															
- Diuréticos	1														
- Hipotensores	1														
- Quimioterápicos (Efectos Adversos)	1														
- Depresores del SNC	2														
- Anestesia General Reciente (12hrs post Anestesia)	2														
- Drogas vaso activas	1														
PUNTAJE															
MEDIDAS ADOPTADAS (según puntaje)		S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
NOMBRE PROFESIONAL QUE EVALÚA															

MEDIDAS DE PREVENSION DE CAIDAS DE PACIENTES DE ACUERDO A VALORACION DE RIESGO

Puntaje	Riesgo	Barandas en alto	Métodos de Contención	Altura de la cama	Existencia Acompañante	Vigilancia al levantar	Timbre de llamado	Iluminación - Pasillos - accesos - baños
0 PUNTOS	Mínimo	Turno noche	No	Bajar-T.Noche	No	No	Alcance de paciente	
1 a 3 ptos.	Bajo	24 hrs.	No	Bajar-T.Noche	No	Si	Alcance de paciente	
4 a 7 ptos.	Medio	24 hrs.	No	Bajar-T.Noche	Si	Si	Alcance de paciente	
= o >8 ptos.	Alto	24 hrs.	Si	Bajar-T.Noche	Si	Si	Alcance de paciente	

Observaciones:
- Si el paciente requiere Contención Mecánica, debe registrar la indicación y valoración al reverso
- Si el paciente requiere acompañante permanente y familiar rechaza la medida, registrar su disconformidad ficha del Pcte.

13.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO: MEDIDAS DE SEGURIDAD A USUARIOS HOSPITALIZADOS

Estimado usuario:

Con el fin de garantizar seguridad y minimizar el riesgo de accidentes durante su estadía en nuestra institución, le informamos de la normativa existente.

La enfermera encargada de su cuidado, le entregará este formulario, el cual deberá firmar para dejar constancia de su lectura en la ficha médica.

1. Todas las barandas de las camas clínicas deben permanecer alzadas según evaluación de riesgo.
2. Las camas deben estar permanentemente con freno activado y bajas durante el turno de noche.
3. Todo paciente que pueda levantarse debe avisar al personal de enfermería si va a caminar, sentarse en silla o si necesita ir al baño (puede utilizar el timbre).
4. La enfermera de la sala determinará si el paciente debe deambular acompañado.
5. Si por su condición física o mental el paciente corre el Riesgo de autolesión, Riesgo de lesiones a terceros, Riesgo de interrupción del tratamiento (retiro vías, sondas, sistemas soporte vital, etc.), Riesgo de daños a equipos de soporte vital u otro (especificar) o **Riesgo de caerse de la cama,** deberá permanecer con las barandas arriba y si es necesario se aplicarán medidas de contención física para evitar accidentes las cuales permanecerán durante el menor tiempo posible.
6. Si el paciente requiere de supervisión constante la enfermera solicitará la cooperación de algún familiar.

YO: _____ RUT_____ Servicio_____ N° Sala___ N° Cama____ Con Fecha___

HE TOMADO CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA AQUÍ EXPUESTA

_____ _____

Nombre y firma del paciente Nombre y firma familiar responsable y grado de parentesco

13.4 Registro Notificación Obligatoria evento Adverso: Caídas en Pacientes Hospitalizados. Hoja Original adjunta.

Servicio Salud Metropolitano Oriente
Dirección de Servicio
Unidad Gestión de Calidad

REPORTE EVENTOS ADVERSOS

CAIDA ACCIDENTAL DEL PACIENTE INGRESADO

Los pacientes pueden verse afectados a pesar de la dedicación y profesionalismo de nuestro personal.
El Reporte de los Eventos Adversos en un Servicio de Salud, pretende mejorar nuestra CULTURA DEL ERROR: 1° CAPAZ de reconocer errores, 2° APRENDER de ellos y 3° ACTUAR para mejorar las cosas"
Por lo tanto nuestro Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos esta basado en la Notificación voluntaria, no punitiva y garante de la confidencialidad de los datos.
El seguimiento de estos pasos ayudará a asegurar que el servicio sanitario proporcionado por el equipo de salud sea lo más seguro posible.

1. Nombre del paciente: _____

2. Edad_ _____	3. N° FICHA: _____	4. RUT: _____
5. Fec ingreso __ / __ / __	6. Fec. Incidente __ / __ / __	7. Hora incidente: __ : __ hrs.
8. Servicio: _____		9. Sala: _____

10. Diagnóstico de ingreso: _____

11. Condiciones generales del paciente: Marque con X

Psíquico	Físico	Sensorial
Conciente ___	Independiente ___	Sin déficit audio/visual ___
Inconciente ___	Precisa ayuda para caminar ___	Déficit leve: Usa lentes, audífono ___
Desorientado ___	No puede levantarse ___	Déficit importante: ciego sordo ___
Agitado ___		

12. Descripción del evento (antecedentes de como ocurrió la caída)

13. Lugar de la Caída.... Marque con X

Cama: ___	Baño: ___	Deambulando: ___
Otro ¿Cuál?		

14. Consecuencias: Marque con X

Sin daño: ___	Con daño: ___		
	Contusión ___	Herida ___	Fractura ___

15. Evaluado por: Nombre del médico que evalúa

16. Informado a: Marque con X

Médico: ___	Enfermera: ___
Otro: ___	¿Quién?: _____

17. Notificado por: _____

Médico: ___	Enfermera: ___	Matrona: ___
Kinesiólogo: ___	Auxiliar Enf. ___	Otro ¿Cuál?: _____

Servicio Salud Metropolitano Oriente
Dirección de Servicio
Unidad Gestión de Calidad

INSTRUCTIVO PARA RESPONDER FORMULARIO

Complete antecedentes de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. Nombre del Paciente: Apellido Paterno - Apellido Materno - Nombres
2. Edad: Especifique años o meses o días según corresponda
3. N° Ficha : Autoexplicativo
4. RUT: Autoexplicativo
5. Fecha Ingreso: Registre Fecha Ingreso al Servicio en que se produjo el Evento.
6. Fecha Incidente: Autoexplicativo
7. Hora Incidente: Autoexplicativo
8. Servicio: Registre Servicio en que se produce el Evento.
9. Sala: Registre Sala de hospitalización del Paciente o Especialidad para pacientes ambulatorios.
10. Diagnóstico de Ingreso: Registe Diagnóstico del paciente al ingreso al Servicio.
11. Condiciones generales del paciente: Registre con "X" las alternativas correspondientes en los 3 ítems, Psíquico, Físico y Sensorial
12. Descripción del evento: Relate brevemente como ocurrió la caída.
13. Lugar de la Caída: Autoexplicativo
14. Consecuencias: Si el paciente sufrió daño señale con una "X el tipo de daño.
15. Evaluado por: Autoexplicativo
16. Informado a: Autoexplicativo
17. Notificado por: La identificación de quien notifica el evento es opcional. Si desea mantener anonimato, debe hacer llegar esta información según el conducto regular de información señalado en su servicio.
    Notifique estamento

NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE OBSERVADO EL EVENTO

13.5. Distribución del Documento

- Dirección
- Sub Dirección Médica
- Sub Dirección Gestión del Cuidado
- Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente
- Servicios de Admisión.
- Servicios de Urgencia.
- Todos los Servicios de Hospitalización
- Todos los Servicios de Pabellones y Recuperación
- Todos los Servicios de Diagnósticos
- Todos los Servicios de Procedimientos
- Todos los Servicios de Apoyo a los Servicios Clínicos

14. REFERENCIAS

Cordomí Gotanegra, Alfons. Estudio sobre caídas en un centro socio-sanitario "Clínica del Carme". Vilafranca del Penedés. 1.996.

2. AM Tromp et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. J Clinical Epidemiology 2001; 54:837-844. www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band91/b91-8.html

3. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. Int J. Nurs Stud 1998;35(3):184-913

4. Physical restraint – Part1: use in acute and residencial care. Best Practice Information Sheet Vol 6 Issue 3 2002. www.joannabriggs.edu.au.

5. Hospital Universitario Ramón y Cajal Dirección Enfermera. Protocolo General CAÍDAS Septiembre 2005

14. RESOLUCION EXENTA.