



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL PROYECTO APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MORSE, NORTON Y CAPRINI PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA DE BABAHOYO, PERIODO DE ENERO A MAYO 2019 PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTOR(ES):

SALAZAR LÓPEZ EVELYN PAMELA

TUTOR(A):

LICENCIADA NORMA NANCY PAREDES SINCHE

GUARANDA – ECUADOR

2019

DEDICATORIA

A DIOS: por darme la fortaleza, sabiduría y poder sobrellevar adversidades en mi formación académica, por brindarme su infinita bondad y el privilegio de ser un instrumento de DIOS.

A mis padres: por brindarme todo su apoyo incondicional, sus valores y su ejemplo que me guiaron a ser una persona de bien, este logro no lo hubiera alcanzado sin su ayuda, gracias por su infinito amor.

A mi hija: por ser el motivo e inspiración y mi pilar fundamental por el cual nunca rendirme, darme la fuerza y el amor para seguir adelante y poder dar mi ejemplo de superación.

A mis 5 hermanos: por haber fomentado en mí la aspiración de superación y el anhelo de ser una profesional.

Como olvidar aquellas personas que estuvieron pendientes de mí; **mis cuñadas; sobrinos; a mi tía Piedad:** por brindarme sus consejos de superación, y darme ánimos de ser mejor cada día.

Este trabajo les dedico con mucho amor

EVELYN PAMELA SALAZAR LÓPEZ

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a mi **DIOS** por darme las fuerzas fortaleza principalmente la bendición y la salud.

A mis padres por ser los promotores de mis sueños

El **Sr. GARCIA QUINTAN RANULFO GUILLEROMO** por el trabajo, el sacrificio y el ejemplo de nobleza que cada día a mi madre, es mi fuente de inspiración.

La **Sra. ALARCON NARANJO ENMA IRALDA** por mostrarme amor cariño y comprensión incondicional de madre en los momentos difíciles.

A mis hermanas **ELIZABETH y ROSARIO** por su cariño y su apoyo durante todo momento.

GARCÍA ALARCÓN MARCO VINICIO

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la vida y la salud, brindarnos la sabiduría y entendimiento; durante toda nuestra etapa de estudio, permitiéndonos crecer personal y profesionalmente para así cumplir nuestro tan anhelado sueño de ser profesionales de la salud.

Nuestra profunda gratitud a la **Universidad Estatal de Bolívar**, por darnos la oportunidad de ser parte de su alma mater y ser el pilar fundamental de conocimiento durante nuestra formación académica.

Un agradecimiento profundo a nuestra **tutora Lic. NORMA NANCY PAREDES SINCHE**; quien con dedicación, paciencia y tiempo nos supo encaminar en el desarrollo de este trabajo.

Marco García – Evelyn Salazar

TEMA

Aplicación de las escalas MORSE, NORTON Y CAPRINI, para el mejoramiento de la seguridad del paciente en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de Enero a Mayo 2019.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
TEMA	V
CERTIFICACION DEL DIRECTOR/A	XV
RESUMEN EJECUTIVO.....	XVI
ABSTRACT.....	XVIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
1. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación	7
1.5. Limitaciones.....	10
CAPITULO II.....	11
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes de la investigación.....	11
2.2. Bases legales.....	13
2.3. Bases teóricas.....	14
2.3.1. Escala	14
2.3.2. Escala morse	14
2.3.2.1. Caída	16
2.3.2.2. Factores de riesgo.....	16
2.3.2.3. Factores extrínsecos.....	17

2.3.2.4.	Factores intrínsecos	17
2.3.2.5.	Valoración de riesgos	17
2.3.2.6.	Identificación del paciente con riesgo de caídas	17
2.3.3.	Escala NORTON.....	18
2.3.3.1.	Úlceras por presión.....	21
2.3.3.2.	Clasificación de las úlceras por presión	21
2.3.3.3.	Localizaciones más fuertes	22
2.3.3.4.	Factores de riesgo.....	22
2.3.3.5.	Valoración de riesgo	23
2.3.3.6.	Identificación del paciente con riesgo de úlceras por presión.....	23
2.3.4.	Escala CAPRINI	23
2.3.4.1.	Indicaciones de profilaxis	25
2.3.4.2.	Enfermedad tromboembolia. (ETE)	26
2.3.4.3.	Profilaxis de tromboembolismo venoso.....	26
2.3.4.4.	Factores de riesgo.....	27
2.3.4.5.	Identificación del paciente con riesgo de profilaxis de tromboembolismo venoso	27
2.3.5.	Prevención	27
2.3.6.	La seguridad del paciente.....	28
2.3.6.1.	La seguridad como dimensión de la calidad	28
2.3.7.	Manual Seguridad del Paciente – Usuario.....	29
2.3.7.1.	Evento adverso	29
2.3.7.2.	Cuasi eventos adversos	29
2.3.7.3.	Eventos centinela.....	30
2.3.7.4.	Prácticas seguras	30
2.3.7.5.	Prácticas seguras administrativas	30
2.3.7.6.	Prácticas seguras asistenciales	30
2.3.7.7.	Prácticas seguras administrativas / asistenciales.	31

2.3.8.	Norma de capacitación en seguridad de pacientes	32
2.4.	Definiciones de términos (glosario)	32
2.5.	Sistemas de variables	34
CAPITULO III.....		39
3.	MARCO METODOLÓGICO	39
3.3.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	39
3.3.1.	Tipos de investigación	39
3.3.2.	Investigación descriptiva transversal	39
3.3.3.	Investigación documental	39
3.4.	DISEÑO	40
3.5.	POBLACIÓN Y MUESTRA	40
3.6.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 40	
3.6.1.	Instrumentos	41
3.6.2.	Plan de tabulación y análisis de datos	42
3.7.	TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS (ESTADÍSTICO UTILIZADO), PARA CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	42
3.7.1.	Tabulación de datos, análisis e interpretación de resultados de las escalas realizadas a pacientes en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019. 43	
CAPITULO VI.....		82
4.	RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	82
4.1.	Resultados según objetivo 1	82
4.2.	Resultado según objetivo 2	83
4.3.	Resultado según objetivo 3	83
CAPITULO V.....		85
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
5.1.	Conclusiones	85

5.2. Recomendaciones	86
BIBLIOGRAFÍA	87
Anexo N° 1: Antecedentes Históricos del Hospital	91
Anexo N° 2: Cronograma de actividades.....	92
Anexo N°3: Recursos.....	95
Anexos N° 4: Oficio para aprobación del tema.	96
Anexos N° 5: Oficio para levantamiento de información y aplicación de escalas.	97
Anexos N° 6: Formato de escala MORSE aplicado en el servicio de cirugía.	98
Anexos N° 7: Formato de escala NORTON aplicado en el servicio de cirugía.....	99
Anexos N° 8: Formato de escala CAPRINI aplicado en el servicio de cirugía.	100
Anexo N°9: Presentación de oficio al gerente del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.	101
Anexo N°10: Presentación del oficio aprobado al departamento de calidad del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.	101
Anexo N°11: Presentación del oficio aprobado a estadística al del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo para recolección de datos demográficos.	102
Anexo N°12: Revisión de manuales del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.	102
Anexo N°13: Revisión de protocolos del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.	103
Anexo N°14: Aplicación de la escala MORSE para valorar los riesgos de caída en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.	103
Anexo N°15: Aplicación de la escala NORTON para valorar los riesgos de úlceras por presión en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.	104
Anexo N°16: Aplicación de la escala CAPRINI para valorar el riesgo de profilaxis de tromboembolismo venoso en el servicio de cirugía en presencia del personal médico del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.	104
Anexo N°17: Aplicación de las escalas MORSE, NORTON, CAPRINI con la colaboración de personal de turno en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.....	105

Anexo N°19: practica de seguridad asistencial.....	107
Anexo N°20: Revisión de proyecto de titulación en el programa Urkund de la Universidad Estatal de Bolívar.	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de pacientes por género del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	43
Tabla 2: Distribución de pacientes por grupos etarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	45
Tabla 3: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable caída previa en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	46
Tabla 4: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable Comorbilidades en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	47
Tabla 5: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable ayuda para deambular en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	48
Tabla 6: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable Venocclisis en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	50
Tabla 7: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable marcha en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	51
Tabla 8: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable estado mental en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	52
Tabla 9: Resultado final de la escala Morse según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	54

Tabla 10: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable estado físico general en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	56
Tabla 11: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable estado mental en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	58
Tabla 12: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable movilidad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	60
Tabla 13: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable actividad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	62
Tabla 14: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable inconciencia en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	64
Tabla 15: Resultado final de la escala NORTON según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	66
Tabla 16: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable edad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	68
Tabla 17: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable tipo de cirugía en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	70
Tabla 18: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable antecedentes quirúrgicos en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	72
Tabla 19: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable antecedentes obstétricos en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	74
Tabla 20: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable comorbilidades en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	76

Tabla 21: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable movilidad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	78
Tabla 22: Resultado final de la escala Caprini según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1: Distribución de pacientes por género del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	43
Grafico 2: Distribución de pacientes por grupos etarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	45
Grafico 3: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable caída previa en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	46
Grafico 4: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable Comorbilidades en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	47
Grafico 5: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable ayuda para deambular en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	48
Grafico 6: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable Venoclisis en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	50
Grafico 7: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable marcha en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.....	51
Grafico 8: Cumplimiento de valoración de la escala Morse en función de la variable estado mental en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	52

Grafico 9: Resultado final de la escala Morse según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	54
Grafico 10: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable estado físico general en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	56
Grafico 11: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable estado mental en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	58
Grafico 12: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable movilidad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	60
Grafico 13: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable actividad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	62
Grafico 14: Cumplimiento de valoración de la escala Norton en función de la variable inconciencia en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	64
Grafico 15: Resultado final de la escala Norton según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	66
Grafico 16: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable edad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	68
Grafico 17: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable tipo de cirugía en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	70
Grafico 18: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable antecedentes quirúrgicos en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	72
Grafico 19: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable antecedentes obstétricos en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	74

Grafico 20: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable comorbilidades en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	77
Grafico 21: Cumplimiento de valoración de la escala Caprini en función de la variable movilidad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	78
Grafico 22: Resultado final de la escala Caprini según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.	80

CERTIFICACION DEL DIRECTOR/A

Guaranda, 04 de junio del 2019

La suscrita. Lic. Norma Nancy Paredes Sinche directora del proyecto de investigación, con modalidad de titulación.

CERTIFICADO

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado con el tema; APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MORSE, NORTON Y CAPRINI PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA DE BABAHOYO. PERIODO ENERO - MAYO DEL 2019. Realizado por los estudiantes: GARCÍA ALARCÓN MARCO VINICIO Y EVELYN PAMELA SALAZAR LÓPEZ, han cumplido los lineamientos metodológicos completados en unidad de titulación de la carrera de enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el concejo directivo del a facultad y posterior a la sustentación pública respectiva.



Lic. Norma Paredes

DIRECTORA

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación titulada; APLICACIÓN DE LAS ESCALAS MORSE, NORTON Y CAPRINI, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA DE BABAHOYO, PERIODO DE ENERO A MAYO 2019, el mismo que consta de su planteamiento de problema que dice: En la casa hospitalaria mencionada no se cuenta con una adecuada aplicación de instrumentos que permitan una buena evaluación de riesgos de caída, úlceras de presión y trombo embolismo venoso, por lo cual, se realizó esta investigación a fin de poder aplicar las escalas de MORSE; NORTON; CAPRINI y medir el riesgo correspondiente, cuya importancia radica en la prevención de eventos adversos. Tiene como objetivo general: aplicar las escalas MORSE, NORTON y CAPRINI, para el mejoramiento de la seguridad del paciente en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de Enero a Mayo 2019. Se desprenden tres objetivos específicos como son: establecer el riesgo de caída mediante la escala MORSE en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de Enero a Mayo 2019; estimar el riesgo de úlceras por presión mediante la escala NORTON en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de Enero a Mayo 2019; determinar el riesgo de trombo embolismo venoso mediante la escala CAPRINI en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de Enero a Mayo 2019.

La metodología se enfocó en los siguientes tipos de investigación; descriptiva transversal, investigación documental, investigación de campo. Los resultados obtenidos de la investigación se extrajeron mediante la aplicación de la escala MORSE, con la cual se logró establecer el riesgo de caída que existe en los pacientes del servicio de cirugía, en donde el 54% de los pacientes fue de alto riesgo, un 27% tubo un riesgo mediano, por lo contrario el 19% presenta un riesgo bajo. Cabe recalcar, que el 85% de paciente del grupo estudiado reconoce sus limitaciones, su respuesta fue consistente con la realidad. Tras la aplicación de la escala NORTON se logró estimar que el 59% de pacientes con

riesgo de úlceras por presión en el servicio de cirugía, presento un riesgo bajo y queda demostrado que el 13% con un riesgo mediano, un 28% muestra riesgo alto y muy alto. Adicional, en este grupo en estudio el 48% de los pacientes presentan un mal estado físico, destacando un 36% que muestran una movilidad limitada. Mediante la aplicación de la escala CAPRINI se logró determinar el riesgo de tromboembolismo venoso que existe en los pacientes del servicio de cirugía, evidenciando que el 38% tiene riesgo moderado de tromboembolismo venoso y el 43% tienen riesgo alto, queda demostrado que 19% que corresponde a un riesgo muy alto, destacando que el 76% de pacientes en estudio presento una cirugía mayor (<45min).

Palabras clave: escala MORSE, escala NORTON, escala CAPRINI

ABSTRACT

The present research work entitled; APPLICATION OF THE MORSE, NORTON AND CAPRINI SCALES FOR THE IMPROVEMENT OF PATIENT SAFETY IN THE SURGERY SERVICE OF MARTIN ICAZA DE BABAHOYO GENERAL HOSPITAL, JANUARY TO MAY 2019 PERIOD, the same one that consists of its problem statement that says: In the aforementioned hospital house there is no adequate application of instruments that allow a good evaluation of fall risks, pressure ulcers and embolism venous thrombus, therefore, this research was conducted in order to apply the MORSE scales; NORTON; CAPRINI and measure the corresponding risk, whose importance lies in the prevention of adverse events. Its general objective is to apply the MORSE, NORTON and CAPRINI scales for the improvement of patient safety in the surgery service of the Martin Icaza de Babahoyo General Hospital, from January to May 2019. Three specific objectives are derived, such as: establish the risk of falling through the MORSE scale in the users of the surgery service of the General Hospital Martin Icaza de Babahoyo, period from January to May 2019; to estimate the risk of pressure ulcers using the NORTON scale in the users of the surgery service of the Martin Icaza de Babahoyo General Hospital, from January to May 2019; To determine the risk of embolism venous thrombus using the CAPRINI scale in the users of the surgery service of the General Hospital Martin Icaza de Babahoyo, period from January to May 2019.

The methodology focused on the following types of research; transversal descriptive, documentary research, field research. The results obtained from the investigation were extracted through the application of the MORSE scale, with which it was possible to establish the fall risk that exists in the patients of the surgery service, where 54% of the patients were at high risk, a 27% had a medium risk, on the contrary, 19% presented a low risk. It should be noted that 85% of patients in the studied group recognize their limitations, their response was consistent with reality. After the application of the NORTON scale it was possible to estimate that 59% of patients with

risk of pressure ulcers in the surgery service, presented a low risk and it is demonstrated that 13% with a medium risk, 28% show high risk and very high. Additionally, in this study group, 48% of the patients presented a poor physical condition, with 36% showing limited mobility. By applying the CAPRINI scale it was possible to determine the risk of venous thromboembolism that exists in the patients of the surgery service, evidencing that 38% have moderate risk of venous thromboembolism and 43% have high risk, it is demonstrated that 19% It corresponds to a very high risk, highlighting that 76% of patients in the study had major surgery (<45min).

Keywords: MORSE scale, NORTON scale, CAPRINI scale

INTRODUCCIÓN

Las practicas organizacionales requeridas, según la organización mundial de la salud (OMS), basada en años de investigación y estudios decidió elaborar y cumplir METAS, dentro de las cuales se crearon las PRACTICAS ORGANIZACIONALES REQUERIDAS (POR), para implementar la cultura de seguridad de los pacientes en la atención de salud. Esta investigación se basó en la sexta meta la misma que trata de estrategias para prevención: prevención de caídas; prevención de úlceras de presión; profilaxis de trombo embolismo venoso, las cuales representan un gran problema para la salud pública. En estudios realizados se calcula que del 2 al 10% de los ingresos hospitalarios anuales sufren una caída durante la estadía del paciente, por otro lado el 95% de las úlceras por presión son evitables, mientras que la incidencia de trombo embolismo venoso en la población en general, es alta y aumenta hasta 100 veces en pacientes hospitalizados. Ésta se considera la primera causa de muerte prevenible intrahospitalaria, es por ello que las instituciones se ven en la obligación de asumir la responsabilidad de prevención, la cual es muy importante y tiene como principal objetivo identificar a todo paciente según su nivel de riesgo, y de esta forma cumplir con los estándares de calidad.

En el proceso del proyecto de titulación se realizó una investigación descriptiva transversal, investigación documental e investigación de campo, en cuanto al levantamiento de información se aplicó las escalas MORSE, NORTON Y CAPRINI a 152 pacientes del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, además se realizó la valoración de los siguientes riesgos: caídas; úlceras de presión; trombo embolismo venoso y la aplicación de su señalética de riesgo correspondiente, estas sirvieron como técnica de recolección de información, utilizando historias clínicas, libros, revistas indexadas y revistas electrónicas e información basada en evidencia. El presente proyecto de titulación contempla 5 capítulos:

CAPÍTULO I: está constituido por el planteamiento y formulación del problema, objetivos generales y justificación.

CAPÍTULO II: está determinado con antecedentes, bases teóricas, las cuales están sustentadas científicamente, sistema de variables el cual esta contextualizado el tema.

CAPÍTULO III: esta descrito el tipo de investigación, universo, diseño, método y técnica utilizado en la recolección de información, análisis y discusión de resultados.

CAPÍTULO IV: se establece los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos planteados.

CAPÍTULO V: se determina conclusiones, recomendaciones tras el desarrollo de esta investigación.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La seguridad del paciente es un significativo reto de la salud mundial, por la (OMS), que define a la seguridad del paciente como, “la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probadas, con el objetivo de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. (Hospital Rodriguez Zambrano, 2015)

Se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos durante su estadía hospitalaria y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días hospitalizados. En el estudio Iberoamericano de Efectos Adversos IBEAS. (Aranaz-Andrés et al., 2011)

Cabe resaltar, los eventos adversos son un problema a nivel mundial, corresponde específicamente a la aplicación de la normativa de seguridad del paciente, dentro de estas existen estrategias que no se efectúan en su totalidad: prevención de caídas; prevención de úlceras por presión; profilaxis de trombo embolismo venoso, entre otras, orientadas al mejoramiento de la seguridad del paciente, ante la carencia de una adecuada aplicación de estas herramientas que ayuden a evaluar los riesgos, se torna difícil en gran medida la labor de atención, prevención y mejora.

El Ministerio de Salud Pública con la elaboración del Manual de Seguridad del Paciente, efectúa directrices en los establecimientos de Salud de Prácticas Seguras, éste está enfocado en mejorar la calidad de atención, sin embargo, no conocer no es suficiente. Por ello, una de las formas de

prevenir o corregir los eventos adversos es la utilización adecuada de instrumentos que permitan una evaluación de riesgos.

En la actualidad, el Hospital Martín Icaza presenta una demanda en pacientes que supera por mucho los recursos humanos y materiales con los que cuenta, tener herramientas que permiten estratificar tempranamente el riesgo de los pacientes se vuelve crucial, de modo que una adecuada aplicación de instrumentos de valoración de riesgos: riesgos de caída con la escala de medición MORSE, riesgos úlceras de presión con la escala de medición NORTON, profilaxis de trombo embolismo venoso con la escala de medición CAPRINI en los pacientes nos permite clasificar a los usuarios en riesgo muy alto, alto, moderado y bajo, es ésta una debilidad que presenta esta casa de salud, cuya importancia radica en la prevención de eventos adversos en los pacientes hospitalizados, y de tal manera establecer intervenciones apropiadas para disminuir dicho riesgo.

Con la implementación del Código Orgánico de Integración Penal (COIP), se debe documentar científicamente las intervenciones de enfermería aplicadas a los usuarios, para que se constituya en una evidencia, que garantice la estabilidad de las enfermeras en sus áreas de trabajo, la seguridad de nuestros pacientes.

La identificación de eventos adversos en relación a las escalas descritas, es esencial para la seguridad del paciente y así optimizar su recuperación en un sentido humanístico y fisiológico, ofertando calidad de atención libre de riesgos y daños; cabe enfatizar que las escalas de valoración, son una medida objetiva de valoración de riesgo, entre las más difundidas POR son: la aplicación de las escalas de MORSE, NORTON, CAPRINI que son herramienta de valoración, rápida e importante para evaluar la probabilidad de que un paciente presente un evento adverso, que puede ser evitado.

1.2. Formulación del problema

¿La Aplicación de las escalas MORSE, NORTON Y CAPRINI, ayuda a la valoración de riesgos para el mejoramiento de la seguridad del paciente en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

APLICAR LAS ESCALAS MORSE, NORTON Y CAPRINI, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA DE BABAHOYO, PERIODO DE ENERO A MAYO 2019

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer el riesgo de caída mediante la escala MORSE en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de enero a mayo 2019.

- Estimar el riesgo de úlceras por presión mediante la escala NORTON en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de enero a mayo 2019.

- Determinar el riesgo de trombo embolismo venoso mediante la escala CAPRINI en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de enero a mayo 2019.

1.4. Justificación

La calidad de atención es un eje muy importante en la satisfacción usuario de acuerdo a la atención recibida, se logra un resultado con el mínimo riesgo de efectos, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad con prestaciones de atención sanitaria óptima y la satisfacción del usuario: para este propósito acreditación Canadá internacional siendo una organización no gubernamental con sede en Ottawa, Canadá. Trabaja en procesos de acreditación en diversos países del mundo: En el Ecuador el proceso de acreditación comenzó en el año 2013, por decisión del presidente de turno, en vista de mejorar el sistema de calidad de atención en los hospitales, con estándares internacionales, que garantiza un sistema de calidad.

Es por ello que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como autoridad Sanitaria Nacional, emite directrices que promuevan una atención segura para los pacientes, y cumplir con las prácticas organizacionales con criterios requeridos y estándares para mantener la seguridad del paciente: el Hospital General Martin Icaza, de Babahoyo, es un establecimiento de salud público de Ecuador el cual ingresó en el proceso de acreditación canadiense en el año 2014 – 2015 el mismo que no acreditó por el no cumplimiento de estándares y se encuentra en un proceso de mejoramiento continuo de calidad.

El presente proyecto de investigación plantea la aplicación de herramientas de fiabilidad interobservador de las escalas MORSE (prevención de caídas), NORTON (prevención de úlceras por presión), CAPRINI (profilaxis de trombo embolismo venoso) de manera que sean los instrumentos que den cumplimiento a las prácticas organizacionales requeridas: Por lo tanto la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud Pública, coinciden con el objetivo de reducir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente durante el proceso de atención de salud.

Por esta razón, se realiza un trabajo de investigación de campo, documental, descriptivo trasversal, con el objetivo de aplicar las escalas de MORSE, NORTON, CAPRINI y minimizar el riesgo durante la estadía hospitalaria de los usuarios.

De esta manera, el trabajo de investigación es **relevante**; el personal de enfermería es un ente de apoyo; garantiza el cuidado integral, mostrando disposición y compromiso de conseguir mejores prácticas, no obstante la seguridad del paciente abarca a todo el personal de salud, con lo cual se busca siempre reflejar responsabilidad, calidad humana y de servicio.

Ciertamente, la aplicación de instrumentos que permitan una buena evaluación de factores de riesgo son de vital importancia en la seguridad del paciente, actualmente en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza no se los aplica de forma adecuada, esta casa de salud presenta mucha demanda en pacientes sin poder ser tratados correctamente y en el debido momento según su necesidad. Es por esto, que en la presente investigación se plantea la aplicación de instrumentos con formatos estandarizados por el Ministerio de Salud Pública de las escalas de MORSE que valora riesgo de caída, NORTON que valora riesgo de úlceras por presión, CAPRINI que valora profilaxis de trombo embolismo venoso, con el fin de servir de soporte y ayuda en los profesionales de Enfermería y minimizar el riesgo durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

Los **aportes** de esta investigación consisten en la aplicación de las escalas de valoración MORSE, NORTON, CAPRINI, para facilitar una valoración del factor de riesgo enfocado al mejoramiento de la seguridad del servicio de cirugía.

La ejecución de este proyecto **beneficia** a: los pacientes que ya recibieron una mejor atención de calidad en su estadía hospitalaria sin riesgos de presentar eventos adversos en el servicio de cirugía, ya que, se aplicó una herramienta técnica y estandarizada por el Ministerio de Salud Pública.

Una de las **razones sociales** más importantes, es que permite evitar mayores complicaciones en los pacientes hospitalizados, y se emplea como estrategias que concienticen la prevención de eventos adversos frente a la prevención de caídas, prevención de úlceras de presión, profilaxis de trombo embolismo venoso, orientado en el cumplimiento de las practicas organizacionales con criterio requeridos y mantener la seguridad en el paciente.

Las **razones teóricas** en las que se aplicaron los instrumentos de fiabilidad – interobservador, permitieron conocer el riesgo que presentaron los usuarios hospitalizados. Se garantizó una atención de calidad, permitieron tener una data documentada de las escalas aplicadas de riesgo de caída, riesgo de úlceras por presión, profilaxis de trombo embolismo venoso.

Este trabajo es **pertinente** ya que se aplicó las escalas MORSE, NORTON, CAPRINI que permite una valoración de los factores de riesgo, cumpliendo con las prácticas organizacionales con criterio requeridos, según lo establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para mejorar la calidad de atención en los pacientes.

El presente trabajo tiene una gran **particularidad**, debido al impacto innovador que genera la aplicación de las escalas MORSE, NORTON, CAPRINI y la identificación de los riesgos que presentan los usuarios del servicio de cirugía, y acogiendo las prácticas organizacionales con criterios requeridos.

La **importancia** del análisis es lograr estándares de calidad en esta casa de salud, ya que cuenta con protocolos establecidos pero no aplica adecuadamente las herramientas para medir el riesgo e identificar a los pacientes de forma oportuna, y poder colocar la señalética correspondiente indicando el riesgo en el que se lo encasilla a cada usuario, y de esta manera el personal de salud interprete las tarjetas de prevención.

La **necesidad** de este trabajo surge de conocer la estratificación del riesgo que presentan los usuarios en el servicio de cirugía mediante la aplicación de las escalas; escala MORSE que se aplica al ingreso del paciente para medir el riesgo de caída, escala NORTON que se aplica al ingreso del paciente para medir el riesgo de úlceras por presión, escala CAPRINI que se aplica previo a una cirugía del paciente para medir el riesgo de profilaxis de trombo embolismo; es **factible** ya que de esta manera se evaluó al paciente, se registró en el expediente clínico y se ubicó la tarjeta identificativa de riesgo, reflejado en la calidad de atención.

1.5.Limitaciones

En el desarrollo del presente proyecto de investigación se presentaron ciertas limitaciones como:

- Limitación en la ubicación geográfica del hospital ya que se encuentra en otra provincia quedando alejado de nuestra residencia.
- Limitación económica por el traslado al hospital.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Al realizar la revisión de antecedentes y de indagar temas acorde con el estudio y de acuerdo al enfoque a la investigación, se ha considerado algunos análisis relacionados al tema:

A nivel mundial

En Lima, en el Centro Médico Naval Santiago Távara, elaboro un estudio titulado “Efectividad de la implementación de una escala de riesgo de caída en pacientes de la sala 6-3 Neurocirugía, 2017” cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la implementación de una Escala de riesgo de caída en pacientes de Neurocirugía en la sala 6-3 del Centro Médico Naval Santiago Távara”. El método de estudio fue cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 252 pacientes. Los resultados obtenidos determinan que el personal de enfermería realiza una adecuada valoración del paciente y planificación de los cuidados que brindan, en la efectividad de la escala implementada favorecerá a la práctica de cuidado. (Ayala, Roxana, & Maricela, 2017)

También en Lima Perú, se efectuó una investigación, titulada “Riesgo a úlceras por presión según escala de NORTON en una población adulta mayor de un programa de atención domiciliaria del Callao”. El objetivo fue determinar el riesgo a desarrollar úlceras por presión mediante el uso de una escala de Norton. El estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 152 usuarios. Los resultados: el 48% presento un Riesgo Medio para úlceras por presión según la escala NORTON, frente a un 32,9% de Riesgo Alto y Riesgo Muy Alto, quedando demostrado que la escala NORTON es uno de los instrumentos en la

importancia de evaluación de riesgos de úlceras por presión. (Azabache, 2015)

A nivel nacional

El Ministerio de Salud Pública en llamado a esta problemática en el ámbito de calidad de los servicios en el año 2013 libera un proyecto de acreditación hospitalaria en base al modelo canadiense, aprendizaje valioso para el mejoramiento continuo, garantizar la mejora en la calidad de atención hacia los usuarios.

En el Ecuador, realizaron una investigación en el Hospital Luis Vernaza, titulada “ESCALA DE CAPRINI COMO PREDICTOR DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES POST CIRUGÍA ABDOMINAL. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE. ENERO A JULIO 2016” el objetivo fue determinar la utilidad de la escala CAPRINI como predictor de tromboembolismo venoso en pacientes post cirugía abdominal que fueron intervenidos. Fue un estudio retrospectivo. Los resultados: acorde a los grupos de riesgo según la escala CAPRINI un 85.71% con Riesgo Alto, 14.29% con Riesgo Moderado, con respecto al Riesgo muy bajo, Riesgo Bajo no se encontró ningún caso. (Jiménez, 2017)

2.2.Bases legales.

La constitución política del Ecuador manda:

Artículo 32.- Dispone que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir .

El estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La presentación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Ley orgánica de salud:

Derechos y deberes de las personas y el estado en relación con la salud.

Capítulo III y Artículo 7.- El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano así lo describe la Constitución de la República. Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución de la República.
- k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida.

(Matute Tania, 2017)

2.3.Bases teóricas

2.3.1. Escala

Podemos enfatizar que las escalas de valoración del riesgo son instrumentos que contribuyen un valor numérico a factores de riesgo. Es una herramienta evaluación de validez predictiva, posee componentes positivos tanto como negativos, sensibilidad, especificidad y precisión.

2.3.2. Escala morse

Esta escala fue desarrollada en 1985, en Canadá por Janice M Morse, con el objetivo de identificar y predecir a las personas con riesgo de caídas fisiológicas. (García, 2016)

Es una herramienta que nos permite medir el riesgo que presenta cada paciente de 13 años a 18 años y adultos, de sufrir un episodio de caída, esta escala valora diversos factores de riesgo entre ellos los relacionados con el propio paciente y están determinados por cambios fisiológicos relacionados con la edad, patologías agudas o crónicas son considerados factores intrínsecos, factores ambientales del entorno arquitectónico y elementos de uso personal determinados como factores extrínsecos. (Guanche, Angobaldo, Garcia, & Brito, 2018)

Se considera una escala rápida y fácil de usar ya que la calificación del riesgo lleva menos de 3 minutos, nos facilita un conocimiento más ajustado a la situación real del paciente, se aplica en el momento que ingresa en una área determina, y se reevalúa a los pacientes cada vez que los factores cambien. Consta de 6 ítems y una respuesta negativa y positiva:

Los ítems a valorar son:

1. Caída previa. Se atribuye 25 puntos si el paciente se ha caído durante la estadía hospitalaria actual o si presenta antecedentes de caída fisiológicas

dentro de los últimos tres meses. Si el paciente no ha sufrido caídas se atribuye 0 puntos.

2. Comorbilidades. Se atribuye 15 puntos si el paciente tiene un diagnóstico definitivo o presuntivo en su historia clínica. Si no existe un diagnóstico definitivo o presuntivo se atribuye 0 puntos.

3. Ayuda para deambular. Se atribuye 0 puntos si el paciente camina sin ningún dispositivo independiente de que se encuentre en cama o con asistencia, si el paciente utiliza bastón/ muletas/Caminador se atribuye 15 puntos, si el paciente solo camina apoyándose en muebles se atribuye 30 puntos.

4. Venoclisis. Se atribuye 20 puntos si el paciente tiene una vía intravenosa, caso contrario se atribuye 0 puntos.

5. Marcha. Se atribuye 0 puntos si el paciente camina normal independiente de reposo en cama o silla de ruedas, se atribuye 10 puntos a pacientes con un caminata débil pero sin perder el equilibrio, se atribuye 20 puntos a pacientes con dificultad para levantarse de una silla y necesita ayuda para caminar con limitación.

6. Estado mental. Se valora simultáneamente al momento de preguntarle al paciente acerca de la capacidad para caminar. Se atribuye 0 puntos si el paciente reconoce sus limitaciones y respuesta es consistente con la realidad, se atribuye 15 puntos si la respuesta no es realista y el paciente sobrestima u olvida sus limitaciones.

(Guanche et al., 2018)

Como lo menciona (García, 2016) “la escala debe ser vista como un todo y llena en su totalidad. Debe aplicarse a todos los clientes de más de 18 años y el resultado obtenido es indicativo del riesgo de caída, y la puntuación mayor es el riesgo”. Al final una vez evaluado los 6 ítems se realiza la sumatoria y se coloca la puntuación final, el cual se clasifica según el nivel

de riesgo correspondiente de acuerdo a los criterios establecidos en la escala de valoración la cual se marca con una X.

1. Riesgo Bajo: se encuentra con una puntuación de 0 a 25 puntos, cuidado básico de enfermería, correspondiente a la señalética de identificación de riesgo de color verde.

2. Riesgo Medio: se encuentra con una puntuación de 25 a 50 puntos, implementación del plan de prevención, correspondiente a la señalética de identificación de riesgo de color amarillo.

3. Riesgo Alto: se encuentra con una puntuación mayor a 50, implementación de medidas especiales, correspondiente a la señalética de identificación de riesgo de color rojo.

Una vez medido el factor de riesgo se documentara en la historia clínica.
(Guanche et al., 2018)

2.3.2.1. Caída

El termino caída se define de distintas formas es así como la (Organizacion Mundial de la Salud, 2018) la define “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”.

Es un movimiento descendente, repentino, no intencionado, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie, excluyendo caídas resultantes de golpes violentos o acciones deliberadas. (National Center for Patient Safety, 2017)

2.3.2.2. Factores de riesgo

Son circunstancias, independientemente de su naturaleza se efectúan de manera negativa sobre el usuario, de tal manera que existe factores:

intrínsecos (relacionados con el propio paciente); extrínsecos (relacionados con el entorno del paciente)

2.3.2.3. Factores extrínsecos

- Riesgo del entorno del paciente
- Riesgo de entrono en referencia, evaluación
- Altura de las camillas/ camas, ausencia de anclaje, espacios reducidos, mobiliario que se trasforma en un obstáculo.

(Hospital General Napoleón Davila Córdoba, 2015)

2.3.2.4. Factores intrínsecos

- Factores del paciente.
- Factores propios de la enfermedad.
- Factores derivados del tratamiento terapéutico.
- Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad

(Hospital General Napoleón Davila Córdoba, 2015)

2.3.2.5. Valoración de riesgos

Se considerara que todo paciente por el hecho de ingresar en un hospital tiene factores extrínsecos de riesgo de caída, por consiguiente deberá realizarse la valoración del riesgo de caída a todos los pacientes que ingresen a cualquiera de las unidades de hospitalización. (Hospital General Napoleón Davila Córdoba, 2015)

2.3.2.6. Identificación del paciente con riesgo de caídas

- Anexar la hoja de valoración de la escala Morse en la historia clínica del paciente, indicando la puntuación y el riesgo que presenta.

- El personal de enfermería reportara claramente en cada turno el riesgo de caída que presenta el paciente.
- Se colocara la señalética correspondiente según su riesgo en la cabecera de la unidad del paciente.
- Se debe reevaluar según el estado de salud o entorno del paciente, independiente del servicio que se encuentre.

2.3.3. Escala NORTON

Fue desarrollada en 1962, por Norton, McLaren y Exton-Smith, fue relatada como pionera en la literatura y es una escala validada, se aplicó en una investigación en pacientes geriátricos, es una herramienta con una finalidad de medición y de cuantificar el riesgo para desarrollar úlceras por presión y en un paciente. (Azabache, 2015)

Es considerada una escala que permite establecer una puntuación de riesgo de desarrollar úlceras por presión siendo una herramienta rápida y fácil de usar ya que la calificación del riesgo lleva menos de 3 minutos, nos facilita un conocimiento más ajustado a la situación real del paciente, la mismas que se aplica en el momento que ingresa en una área determina.

La puntuación oscila de 1 a 4 para cada indicador, consiste en cinco ítems.

Valoración del Estado físico general		
Bueno	4 puntos	- Nutrición 4 comidas diarias, IMC entre 20-25 ingesta de líquidos 1.500-2.000cc, T° corporal de 36-37°C, hidratación mucosas húmedas, recuperación rápida de pliegues cutáneos.
Regular	3 puntos	- Nutrición 3 comidas diarias, IMC entre >20y <25, ingesta de líquidos 1.000-1.500cc, T° corporal de 37-37,5°C, hidratación relleno capilar lento y, recuperación lento de pliegues cutáneos.

Malo	2 puntos	- Nutrición 2 comidas diarias, IMC >50, ingesta de líquidos 500-1.000cc, T° corporal de 37,5-38°C, hidratación ligeros edemas, piel seca y escamosa.
Muy malo	1 punto	- Nutrición 1 comidas diarias, IMC >50, ingesta de líquidos < 500cc, T° corporal demás de 38,5 o menos de 35,5°C, hidratación edema generalizados, piel seca y escamosa.
Valoración de Estado mental:		
Alerta	4 puntos	- Paciente orientado en tiempo lugar y persona, responde adecuadamente a estímulos, comprende la información.
Apático	3 puntos	- Paciente somnoliento, ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado.
Confuso	2 puntos	- Inquieto, agresivo, irritable, con una respuesta lenta a estímulos desorientados en tiempo, lugar y persona.
Estuporoso-comatoso	1 punto	- Estuporoso: Desorientado en tiempo lugar y persona, despierta solo a estímulos dolorosos, sin respuesta verbal - Comatoso: desorientado en tiempo, lugar y persona, ausencia total de respuesta.
Valoración Movilidad		
Total	4 puntos	- Es totalmente capaz de cambiar de postura de forma autónoma.
Disminuida	3 puntos	- Inicia movimientos con frecuencia, pero requiere ayuda para realizar.
Muy limitada	2 puntos	- Necesita ayuda para realizar movimientos.
Inmóvil	1 punto	- Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo.
Valoración Actividad		
Ambulante	4 puntos	- Independiente, capaz de caminar solo aunque se ayude de aparatos con más de un punto de

Camina con ayuda	3 puntos	apoyo. - Camina con ayuda de otra persona o de medios mecánicos con más de un punto de apoyo.
Sentado	2 puntos	- No puede caminar, no puede mantenerse de pie.
Encamado	1 punto	- Dependiente en todos los movimientos.
Valoración Incontinencia		
Ninguna	4 puntos	- Control de ambos esfínteres.
Ocasional	3 puntos	- No controla espontáneamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.
Urinaria o fecal	2 puntos	- No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.
Urinaria y fecal (doble incontinencia)	1 punto	- No controla ninguno de sus esfínteres.

Fuente: (Azabache, 2015)

La escala debe ser llenada en su totalidad, aplicándose a todos los pacientes y se cuantifica el riesgo úlcera por presión obtenido, es una escala que nos indica que una menor puntuación conlleva a mayor riesgo. Una vez evaluado los 5 parámetros se coloca la puntuación final, el cual se clasifica según el nivel de riesgo correspondiente de acuerdo a los criterios establecidos en la escala de valoración la cual se marca con una X:

1. Riesgo Muy Alto: se encuentra con una puntuación de 5- 9 puntos que corresponde a la señalética de identificación de riesgo de color rojo, frecuencia de reevaluación 24 horas.

2. Riesgo Alto: se encuentra con una puntuación de 10 – 12 puntos, que corresponde a la señalética de identificación de riesgo de color naranja, frecuencia de reevaluación 72 horas.

3. Riesgo Mediano: se encuentra con una puntuación de 13- 14 puntos, que corresponde a la señalética de identificación de riesgo de color amarillo, frecuencia de reevaluación semanal.

4. Riesgo Bajo: se encuentra con una puntuación de mayor a 14 puntos, que corresponde a la señalética de identificación de riesgo de color verde, frecuencia de reevaluación si hay cambios en el estado general. (Azabache, 2015)

Una vez medido el factor de riesgo se documentara en la historia clínica.

2.3.3.1. Úlceras por presión

Las úlceras por presión son aquellas lesiones producidas por el apoyo prolongado y continuo sobre saliente ósea que causa isquemia y necrosis de la superficie cutánea y de tejidos profundos. (Macias, 2008)

Es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, “las úlceras de presión pueden aparecer en personas de cualquier grupo de edad, pero las personas mayores hay mayor posibilidad”. (Pérez et al., 2018)

2.3.3.2. Clasificación de las úlceras por presión

I: es un eritema de la piel intacta que no blanquea después de la remoción de la presión. En la piel, el calor, el adema o el endurecimiento también pueden ser indicadores.

II: es una pérdida parcial de piel comprometiendo la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera superficial y se presenta como una abrasión, una burbuja o un cráter.

III: Es una pérdida de piel en su espesura total, comprometiendo daños o una necrosis del tejido subcutáneo que se puede profundizar sin llegar hasta la fascia, La úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo.

IV: Es una pérdida de piel en toda su espesura con una extensa distribución, necrosis de los tejidos o daños en los músculos, huesos o estructuras de soporte como tendones o cápsulas de las articulaciones.

2.3.3.3. Localizaciones más fuertes

Los cambios cutáneos con la edad, como la disminución del recambio de las células de la piel, pérdida de elasticidad, adelgazamiento del tejido subcutáneo y sarcopenia, llevan a la pérdida del cojinete de tejidos blandos con la superficialización de las salientes óseas. Los sitios más afectados son:

- Región sacrococcigea.
- Región isquiática.
- Glúteos.
- Trocánteres mayores.

(Macias, 2008)

2.3.3.4. Factores de riesgo

Podemos indicar que existen diversos factores que aumentan la probabilidad de desarrollar úlceras por presión, como son:

- Relacionados con la actividad/movilidad del paciente: (disminución de actividad y movilidad).
- Relacionados con el estado de la piel: (eritema sequedad enrojecimiento).
- Relacionados con alteraciones de perfusión: (enfermedades vasculares, hipotensión, diabetes).

- Otros factores: (desnutrición, anemia, deshidratación, edad enfermedad aguda o crónica).
- (Azabache, 2015)

2.3.3.5. Valoración de riesgo

Se considerara que todo paciente que ingrese en un hospital, debe realizarse sistemáticamente una valoración del riesgo de ulcera por presión. La misma que se debe realizar en el primer contacto entre el paciente – hospital, y se debe anexar en la historia clínica.

2.3.3.6. Identificación del paciente con riesgo de úlceras por presión

- Adjuntar la hoja de valoración de la escala Norton en la historia clínica del paciente, indicando la puntuación y el riesgo que presenta.
- El personal de enfermería reportara claramente en cada turno el riesgo de ulcera por presión que presenta el paciente.
- Se colocara la señalética correspondiente según su riesgo en la cabecera de la unidad del paciente.

2.3.4. Escala CAPRINI

La escala CAPRINI, fue desarrollada en 1991, estima el riesgo el trombo embolismo venoso aumentando puntos según la aspecto de varios factores de riesgo, validada para usuarios sometidos a cirugía general, digestiva, cirugía traumática, vascular, urológica, plástica y reconstructiva. (Jiménez, 2017)

Es herramienta que permite conocer el riesgo que muestra un determinado usuario de sufrir trombo embolismo venoso.

En un ámbito para la evaluación individual del riesgo de tromboembolismo venoso en un paciente, nos provee un conocimiento más ajustado a la situación real del usuario, el riesgo se clasifica en cuatro ítems de puntuación:

1. Ítems 1 punto: edad 41- 60 años, cirugía menor electiva, historia de cirugía mayor previa (<1 mes), embarazo o posparto (<1mes), venas varicosas, enfermedad inflamatoria intestinal, edema en extremidades inferiores (presente), obesidad (IMC>25), anticonceptivos orales/ terapia hormonal sustitutiva.

2. Ítems 2 puntos: edad mayor de 60 años, neoplasia (actual o previa), cirugía mayor (>45min), paciente encamado (>72h), paciente inmovilizado (<1mes), acceso venoso central (>1mes).

3. Ítems 3puntos: edad mayo a 75 años, historia de TVP/TEP, factor V Leiden (+), Intervención quirúrgica mayor (2 a 3 horas), trombofilia congénita o adquirida.

4. Ítems 5 puntos: artroplastia electiva de extremidades inferiores, fractura caderas, pelvis o pierna (<1mes), politraumatismo, lesión medular aguda (parálisis).

(González & Palacios, 2015)

La escala debe ser llenada en su totalidad, aplicándose a todos los pacientes que van hacer intervenidos quirúrgicamente y el resultado obtenido es indicativo del riesgo de profilaxis de tromboembolismo venoso. Para definir el inicio de profilaxis antitrombótico, se debe observar la escala de forma, una mayor puntuación indica mayor riesgo. Una vez evaluado los 5 ítems se realiza la sumatoria y se coloca la puntuación final, el cual se clasifica según el nivel de riesgo en la casilla correspondiente y se marca con una X:

1. Riesgo Bajo: se encuentra con una puntuación de 0, no medidas específicas. Deambulacion precoz, que corresponde a la señalética de identificación de riesgo de color verde.

2. Riesgo Mediano: se encuentra con una puntuación de 1- 2, CNI (dispositivos de compresión neumática intermitente), MCG (medidas elásticas de compresión gradual)/HBPM (heparinas de bajo peso molecular), que corresponde a la señalética de identificación de riesgo de color amarillo.

3. Riesgo Alto: se encuentra con una puntuación de 3 - 4, CNI (dispositivos de compresión neumática intermitente)/MCG (medidas elásticas de compresión gradual)/HBPM (heparinas de bajo peso molecular), que corresponde a la señalética de identificación de riesgo de color naranja.

4. Riesgo Muy Alto: se encuentra con una puntuación de 5 o más, CNI (dispositivos de compresión neumática intermitente), MCG (medidas elásticas de compresión gradual), HBPM (heparinas de bajo peso molecular), que corresponde a la señalética de identificación de riesgo de color rojo.

(González & Palacios, 2015)

2.3.4.1. Indicaciones de profilaxis

Lo primordial en la profilaxis de trombo embolismo venoso es la evaluación, tanto clínica como laboratorio, de los usuarios al ingresar en una casa de salud hospitalario, para determinar el grado de riesgo de ETV, lo cual es muy relevante. De tal manera, existen recomendaciones generales para ser ejecutadas por el equipo de enfermería, con la debida supervisión médica.

2.3.4.2. Enfermedad tromboembolia. (ETE)

Es la obstrucción de una o más venas por un coágulo (trombo) que puede ocasionar obstrucción de otros vasos a distancia (émbolos). (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Es una enfermedad grave y potencialmente mortal, se presenta con un trombo en el interior del sistema venoso el mismo que puede progresar y fragmentarse.

El tromboembolismo venoso (TEV) comprende 2 eventos: embolia pulmonar y la trombosis venosa profunda. Constituye una entidad prevenible, que ocurre con relativa frecuencia en los pacientes hospitalizados y sobre todo aquellos con en reposo prolongado, por ejemplo los sometidos a procedimientos quirúrgicos. (Shaikh et al., 2016)

2.3.4.3. Profilaxis de tromboembolismo venoso.

El tromboembolismo venoso (TEV) es el término colectivo para la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP). El tromboembolismo venoso puede reducirse sustancialmente o evitarse, las mismas pueden aparecer secundariamente a una intervención quirúrgica, al identificar a los clientes que corren riesgo y al proporcionar intervenciones basadas en la evidencia apropiada de tromboprofilaxis. (Hospital General Napoleón Dávila Córdova, 2015)

Es por esta razón que se busca la estrategia más segura, confiable y efectiva y evitara sustancialmente este tipo de eventos, de esta manera disminuir la morbilidad y mortalidad de nuestras casas hospitalarias.

2.3.4.4. Factores de riesgo

Hay que reconocer que el trombo embolismo venoso, la valoración clínica no es suficiente para asegurar o descartar su diagnóstico.

- Modificables: cáncer, embarazo y puerperio, obesidad, tratamiento hormonal, cirugía mayor, enfermedad aguda, inmovilización prolongada.

- No modificables: edad avanzada, lupus eritematoso diseminado, déficit de proteína, factor V Leyden.

(González & Palacios, 2015)

2.3.4.5. Identificación del paciente con riesgo de profilaxis de tromboembolismo venoso

- Identificar a los pacientes con factores de riesgo.

- El profesional médico responsable del cuidado del paciente, comprobará que se encuentre documentada en la historia clínica previa a la intervención quirúrgica la evaluación de riesgo.

- De acuerdo a la evaluación previa, el profesional médico confirma que están indicadas las medidas preventivas.

2.3.5. Prevención

Está enfocado en mitigar los factores de riesgo para identificar, prevenir, y controlar, de este modo evitar la presencia de enfermedades, por esta razón el rol de la enfermera es esencial en el proceso de hospitalización del usuario siendo el eje primordial del cuidado y de velar por la integridad del paciente. Por ello, teniendo como fundamento la teoría de Henderson la prevención se refiere “un individuo que precisaba ayuda para conseguir

independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo”. (Alligood, 2018)

De las 14 necesidades fundamentales que ella propone hemos tomado en consideración 1 necesidad ya que está ligada a nuestro proyecto. Esta es:

La 9na necesidad (evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás) se refiere a evitar los peligros del entorno, protegiéndose toda agresión interna o externa para mantener la integridad física y psicológica de la persona. (Alligood, 2018)

2.3.6. La seguridad del paciente

La seguridad del paciente está relacionada con el entorno hospitalario enfocados en evitar eventos adversos, tiene como prioridad la prevención de riesgo, se puede describir “El intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica”. (Rocco & Garrido, 2017)

Siendo un desafío la seguridad del usuario en el sistema de salud, apreciado de diferentes ámbitos conlleva a mejorar una cultura de seguridad de todo el equipo de salud, desde una perspectiva el personal de enfermería en el cuidado directo de los usuarios sienten el eje fundamental para evaluar los riesgos que está sujeto el paciente, por tanto Nigtingale como Henderson hacen referencia a la misma. Actualmente se encuentran ligados la integridad de la persona y el respeto a sus derechos.

2.3.6.1. La seguridad como dimensión de la calidad

Podemos mencionar en el sistema de salud, la calidad asistencial es un mecanismo clave y primordial que se encuentra ligado de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud la aplicación del “Manual Seguridad del Paciente - Usuario”, como un componente de calidad. Es por

ello el impulso de trabajo, evitar errores humanos y logra beneficios en la seguridad y confort en su estadía hospitalaria.

Es decir, que aquellos usuarios hospitalizados debemos prevenir y aplicar medidas de seguridad para evitar caídas; úlceras de presión; profilaxis de tromboembolismo venoso, ahora bien, es importante retribuir el uso de herramientas de valoración y de manera práctica, entre ellas las escalas que son instrumentos de apoyo el cual nos permite una correcta valoración.

2.3.7. Manual Seguridad del Paciente – Usuario

El manual constituye un estudio científico aplicado en el cuidado de pacientes y está ligada a la mejora de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Así, es una herramienta que contribuye a minimizar el riesgo del paciente – usuario en el proceso de atención de salud, a evitar y mitigar sus consecuencias y así dotar a las instituciones que conforman el sistema nacional de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2016), de este modo es un insumo valioso para la implementación, seguimiento y evaluación del proceso de seguridad del paciente y contar con una cultura de seguridad y evitar eventos adversos que ponga en riesgo a los pacientes.

2.3.7.1. Evento adverso

“Es una manifestación que desarrolla cambios negativos en las personas ya que se produce un daño o lesión de carácter no intencional al paciente, puede ser originado o derivado del cuidado y la atención de la salud”. (Rojas, 2017), error que llega al usuario produciendo un daño inesperado.

2.3.7.2. Cuasi eventos adversos

Es un error que llega al usuario por parte del personal de salud, pero no produce daño alguno.

2.3.7.3. Eventos centinela

Es un evento adverso, es causado por producto de una asistencia al paciente, el cual produce lesión, daño severo o la muerte.

2.3.7.4. Practicas seguras

Están orientadas en estandarizar los procesos y adherirse a las medidas de seguridad en la práctica diaria “Las prácticas seguras descritas se aplicaran en función de las necesidades de las personas con o sin patología”. (Ministerio de Salud Pública, 2016), de esta manera reducir la probabilidad de eventos adversos logrando alcanzar los estándares de calidad.

Las 17 practicas seguras establecidas del paciente – usuario pertenecen a tres tipos:

- Practicas seguras administrativas.
- Prácticas seguras asistenciales.
- Practicas seguras administrativas / asistenciales.

(Ministerio de Salud Pública, 2016)

2.3.7.5. Prácticas seguras administrativas

- Identificación del paciente.
- Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

(Ministerio de Salud Pública, 2016)

2.3.7.6. Prácticas seguras asistenciales

- Control de abreviaturas peligrosas.
- Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
- Control de electrolitos concentrados.
- Conciliación de medicamentos.
- Administración correcta de medicamentos.

- Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.
- Profilaxis de tromboembolismo venoso.
- Prevención de úlceras por presión.

(Ministerio de Salud Pública, 2016)

2.3.7.7. Prácticas seguras administrativas / asistenciales.

- Notificación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.
- Prácticas quirúrgicas seguras.
- Transferencia correcta de información de los pacientes en punto de transición.
- Manejo correcto de las bombas de infusión.
- Higiene de manos.
- Prevención de caídas.
- Educación en seguridad del paciente.

(Ministerio de Salud Pública, 2016)

En consiguiente, si se emplea la práctica segura teniendo en cuenta las necesidades de la seguridad del paciente, es necesario considerar los criterios las practicas seguras asistenciales; practicas seguras administrativas / asistenciales. En el caso concreto, ésta categorización centra su trabajo en el análisis de profilaxis de trombo embolismo venoso; prevención de úlceras por presión; prevención de caídas, todo esto ayuda a prevenir eventos adversos y garantizar una atención de calidad y calidez, con objetivos de alcanzar los estándares de calidad.

La importancia de tomar conciencia es evitar errores y minimizar peligros inherentes al acto asistencial, ciertos servicios, como cirugía, son más propicias a errores por la imposibilidad de participación de los pacientes por su estado de salud.

2.3.8. Norma de capacitación en seguridad de pacientes

La presente Norma constituye una prioridad en la atención de salud, está dirigida a todo el personal que de una u otra forma está en contacto con el usuario, como son: médicos, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, técnicos de servicio, estudiantes y personal que trabaja en salud. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

La norma técnica está basada en evidencia científica, contribuye a la prestación de servicios de salud seguros, bajo estándares de calidad que permitan disminuir la morbi mortalidad derivada de la ocurrencia de los eventos adversos. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

Por esta razón, se busca estar encaminado en las metas internacionales de seguridad del paciente, y de esta manera reforzamos el cumplimiento de las prácticas organizacionales requeridas (POR)

- Cultura de seguridad, POR
- Comunicación, POR
- Uso Medicamentos, POR
- Vida laboral, POR
- Control de Infecciones, POR
- Evaluación de riesgo, POR

(Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

2.4. Definiciones de términos (glosario)

Cuasi evento: error de comisión que pudo ser causa por daño al usuario, pero no se produjo un daño grave.

Evento relacionado con la seguridad del paciente: toda atención desviada del personal de salud que causa una lesión al usuario o riesgo de daño.

Evento adverso: suceso aleatorio imprevisto que causa un daño involuntario al paciente.

Complicación: variación del proceso originario de la enfermedad, la cual no es inducida por el proceso asistencial.

Prevención de caída: son acciones que proporcionan al usuario con el fin de evitar precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad.

Riesgo: es la posibilidad que un incidente o evento adverso suceda.

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Seguridad: minimizar riesgos y posibles daños en pacientes hospitalizados.

Seguridad del paciente: un conjunto de elementos organizados, métodos, instrumentos y técnicas basadas en evidencia científicamente comprobadas para minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos.

Trombos venosa profunda: un trombo originado por un reposo prolongado en cama por inmovilidad o estado postoperatorio.

2.5. Sistemas de variables

Variable de estudio (univariable)

Aplicación de las escalas MORSE, NORTON Y CAPRINI

UNIVARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUALITATIVA	MEDICIÓN	OBSERVACIONES
ESCALAS DE MORSE NORTON Y CAPRINI	Como parte de la estrategia de las practicas organizacionales requeridas las cuales contemplan la implementación de la cultura de seguridad en respuesta a los estándares de calidad con un enfoque interdisciplinario de estrategias para prevención de caídas; prevención de úlceras de presión; profilaxis de tromboembolismo venoso. Firmemente se aplica escala validada de evaluación de riesgo entre las tomadas en el estudio son: prevención de caídas; prevención de úlceras de presión;	CAIDAS	Caída previa	Si	25	Encuestas
				No	0	
			Comorbilidades	Si	15	
				No	0	
			Ayuda para deambular	Ninguna	0	
				Reposo en cama, asistencia,	0	
				Bastón	15	
				Se apoya en los muebles	30	
			Venoclisis	Si	20	
				No	0	
			Marcha	Normal, reposo en cama, apoyo en muebles	0	
				Débil	10	
				Limitada	20	
			Estado mental	Reconoces sus limitaciones	0	
				Olvida sus limitaciones	15	
			RIESGO	Bajo	0 a 25	
				Medio	25 a 50	
				Alto	Mayor a 50	

	profilaxis de tromboembolismo.	de	ULCERAS POR PRESION	Estado físico general	Bueno	4	Encuestas
					Regular	3	
					Malo	2	
					Muy Malo	1	
				Estado mental	Alerta	4	
					Apático	3	
					Confuso	2	
					Estuporoso-Comatoso	1	
				Movilidad	Total	4	
					Disminuida	3	
					Muy Limitada	2	
					Inmóvil	1	
				Actividad	Ambulante	4	
					Camina con ayuda	3	
					Sentado	2	
					Encamado	1	
				Incontinencia	Ninguna	4	
					Ocasional	3	
					Urinaria O Fecal	2	
					Urinaria Y Fecal	1	
RIESGO	RIESGO MUY ALTO	5-9					
	RIESGO ALTO	10-12					
	RIESGO MEDIANO	13-14					
	RIESGO BAJO	Mayor a 14					

		TROMBO EMBOLI SMO VENOSO	Edad	< 40 años	0	Encuestas
				41-59años	1	
				60- 74años	2	
				>75	3	
			Tipo de cirugía	Cirugía menor	1	
				Cirugía mayor (<45min)	2	
				Cirugía mayor (2-3 horas)	5	
				Artroplastia electiva de extremidad inferior	5	
			Antecedentes quirúrgicos	Ninguno	0	
				Antecedentes de cirugía mayor	1	
			Antecedentes obstétricos	Ninguno	0	
				Anticonceptivos orales/terapia hormonal sustitutiva	1	
				Embarazo o pos parto (<1mes)	1	
			Comorbilidades	Ninguno	0	
				Obesidad (IMC>25)	1	
				Neoplasia (actual o previa)	2	
				Enfermedad vascular cerebral (<1mes)	5	
				Acceso venoso central(<1mes)	2	
				Edema en extremidades Inferiores (presente)	1	

				Venas varicosas	1		
				Historia de TVP/TEP	3		
				Factor V Leiden (+)	3		
				Trombofilia congénita o adquirida	3		
				Lesión medular aguda(parálisis)	5		
				Fractura cadera, pelvis pierna(<1mes)	5		
				Politraumatismo	5		
				Enfermedad inflamatoria intestinal	1		
			Movilidad	Ninguno	0		
				Paciente encamado	2		
				Paciente inmovilizado	2		
				RIESGO	BAJO		0
					MODERADO		1-2
		ALTO	3-4				
		MUY ALTO	5 o mas				

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Tipos de investigación

El presente trabajo se enfoca en los siguientes tipos de investigación; descriptiva transversal, investigación documental, investigación de campo.

3.3.2. Investigación descriptiva transversal

Este estudio fue de tipo descriptivo trasversal desarrollado en el Hospital General Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo. Durante un periodo de enero a mayo del 2019 para determinar el nivel de riesgo de los pacientes expuestos a caídas, úlceras por presión y profilaxis de trombo embolismo venos.

3.3.3. Investigación documental

La información recopilada sobre riesgos de caída, riesgo de úlceras por presión, profilaxis de trombo embolismo venoso, escalas de valoración MORSE, NORTON Y CAPRINI, se obtuvo a través de historias clínicas, libros, revistas indexadas, revistas electrónicas e información basada en evidencia.

3.3.4. Investigación de campo

Esta investigación es de campo, porque recoge información de forma completa y directa de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.

3.4. DISEÑO

Este trabajo de investigación tiene un diseño no experimental, y trasversal, recogiendo datos en un momento y en un tiempo determinado

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

En el presente proyecto de titulación se trabajó con la población que estuvo constituida de 462 pacientes que fueron atendidos en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza, en el periodo Enero a Mayo del 2019, a través del uso de la fórmula del cálculo mínimo de la muestra valor z con parámetro de 85% y 5% de margen de error se obtuvo una muestra de 152 pacientes que fueron seleccionados a través del método de casos que llegaban inmediatamente al ingreso, lo que es llamado el caso prospectivo.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previo a la realización de este estudio se efectuaron los trámites pertinentes para la obtener los permisos correspondientes y de esta manera obtener la información para llevar a cabo la investigación.

La recolección de datos de este estudio se realizó mediante la aplicación de los formato de escalas de valoración en pacientes expuestos a riesgos (caídas, úlceras por presión y trombo embolismo venoso) donde se aplicó según el casos que llegaban inmediatamente al ingreso al servicio de cirugía.

Se analizó la información obtenida de los registros de puntuación de las escalas (MORSE, NORTON, CAPRINI) ésta información fue recopilada

por Evelyn Pamela Salazar López y Marco García Alarcón, quienes aplicaron y evaluaron las escalas.

3.6.1. Instrumentos

Para realizar el estudio se utilizó los formatos de escalas MORSE, NORTON, CAPRINI, con un total de 17 ítems, están estructuradas en tres secciones: en la primera con 6 ítems que corresponde a la escala MORSE que valora factores de riesgo de caída; la segunda con 5 ítems que corresponde a la escala NORTON que valora factores de riesgo de úlceras por presión; la tercera con 6 ítems que corresponde a la escala CAPRINI que valora factores de riesgo de profilaxis de trombo embolismo.

Para generar los resultados finales se revisó cada una de las escalas y se contó con niveles cualitativos

Escala MORSE (Ver Anexo 6)

Bajo: 0 a 25 puntos

Mediano: 25 a 50 puntos

Alto: Mayor a 50 puntos

Escala NORTON (Ver Anexo 7)

Muy Alto: 5 a 9 puntos

Alto: 10 a 12 puntos

Mediano: 13 a 14 puntos

Bajo: Mayor a 14 puntos

Escala CAPRINI (Ver Anexo 8)

Bajo: 0 puntos

Mediano: 1 a 2 puntos

Alto: 3 a 4 puntos

Muy Alto: 5 o más puntos

3.6.2. Plan de tabulación y análisis de datos

Para el procedimiento de los datos fueron previamente tabulados ingresando los datos y generado automáticamente los gráficos estadísticos al programa Microsoft Excel 2010; además se utilizó el programa Microsoft Excel 2010 para realizar el respectivo análisis de los datos pertinentes

3.7. TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS (ESTADÍSTICO UTILIZADO), PARA CADA UNO DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Se utilizó el programa estadístico Microsoft Excel 2010 para Macintosh para su posterior análisis. Se elaboraron cuadros y gráficos.

3.7.1. Tabulación de datos, análisis e interpretación de resultados de las escalas realizadas a pacientes en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

Datos demográficos del grupo estudiado.

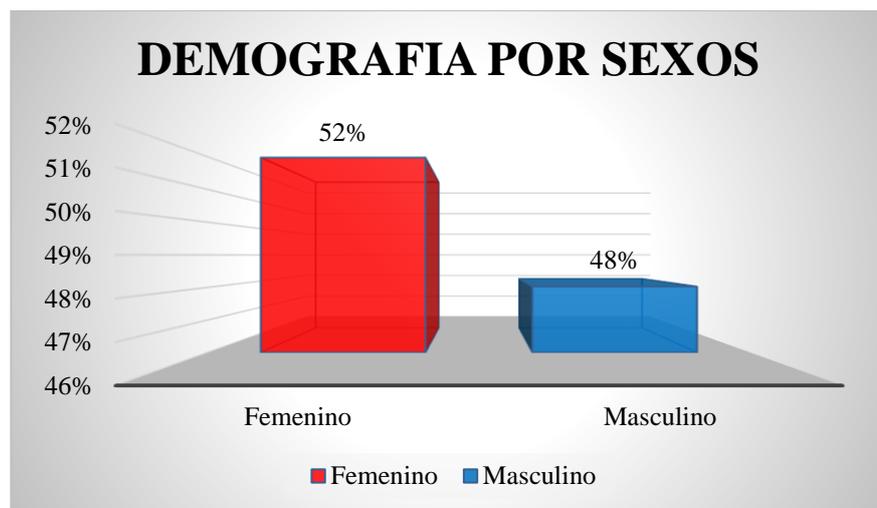
Tabla 1: Distribución de pacientes por género del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

DEMOGRAFIA POR SEXOS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	79	52%
MASCULINO	73	48%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 1: Distribución de pacientes por género del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Historias Clínicas.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N° 1 (Demografía por sexo):

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan que el 52% de pacientes predominante es de género femenino, así mismo, el género masculino recibe el 48% con un menor porcentaje en el servicio de cirugía de esta casa de salud.

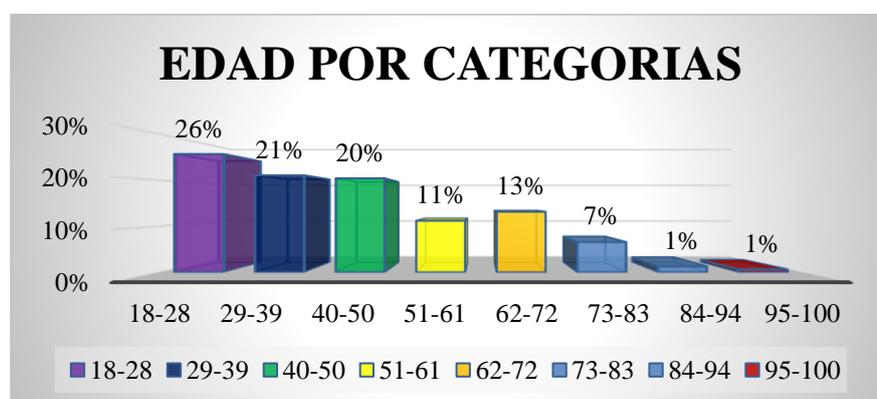
Tabla 2: Distribución de pacientes por grupos etarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

EDAD POR CATEGORIAS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJES
18-28	39	26%
29-39	32	21%
40-50	31	20%
51-61	17	11%
62-72	20	13%
73-83	10	7%
84-94	2	1%
95-100	1	1%
Total	152	100%

Fuente: Historias Clínicas.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 2: Distribución de pacientes por grupos etarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar

Análisis e interpretación de tabla y figura N° 2 (Edad):

Según el grafico podemos observar que la mayor parte de los usuarios corresponden a las edades de 18 y 50 años con un porcentaje de 67%, de tal forma, observándose un porcentaje menor del 33% que comprenden a las edades de 51 y 100 años dentro del área de cirugía.

Aplicación de escala MORSE a 152 pacientes para establecer el riesgo de caída.

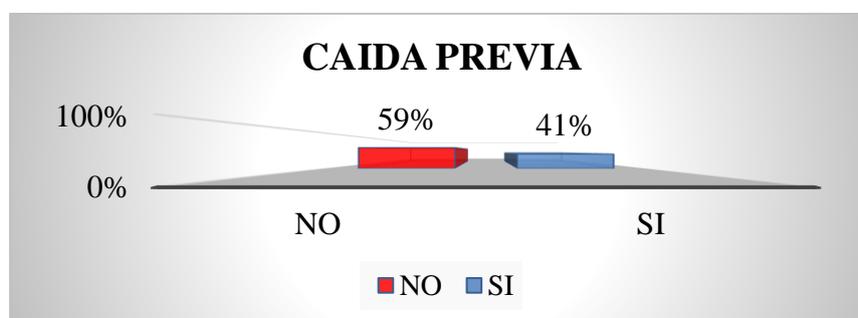
Tabla 3: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable caída previa en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

CAIDA PREVIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	90	59%
SI	62	41%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 3: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable caída previa en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°3 (caída previa).

Como podemos observar en el grafico los datos obtenidos reflejan el 59% de pacientes no ha presentado caídas previas, sin embargo existe un porcentaje de 41% de pacientes que si presentan caídas previas, tomando en cuenta que las caídas en un servicio hospitalario es un indicador de calidad asistencial y un evento adverso.

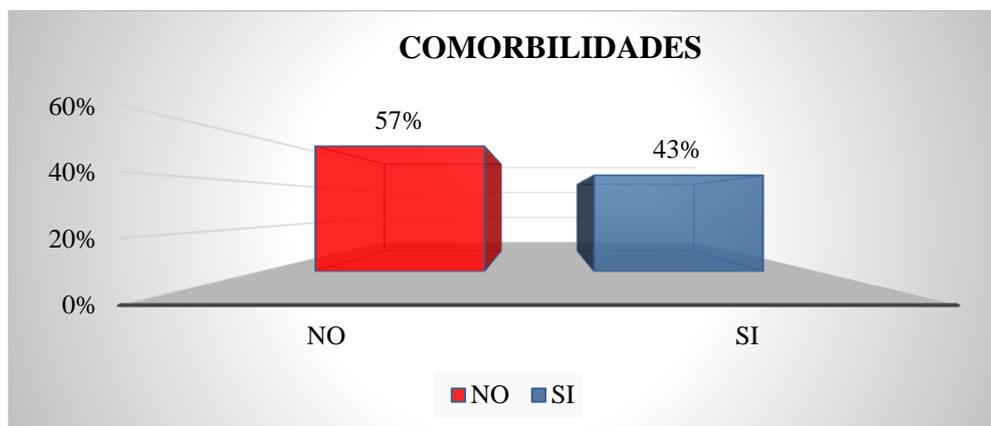
Tabla 4: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable Comorbilidades en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

COMORBILIDADES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	86	57%
SI	66	43%
Total	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 4: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable Comorbilidades en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°4 (Comorbilidades)

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan un 57% de los usuarios no presenta comorbilidades, mientras que un 43% demuestra tener uno o más trastornos o enfermedades.

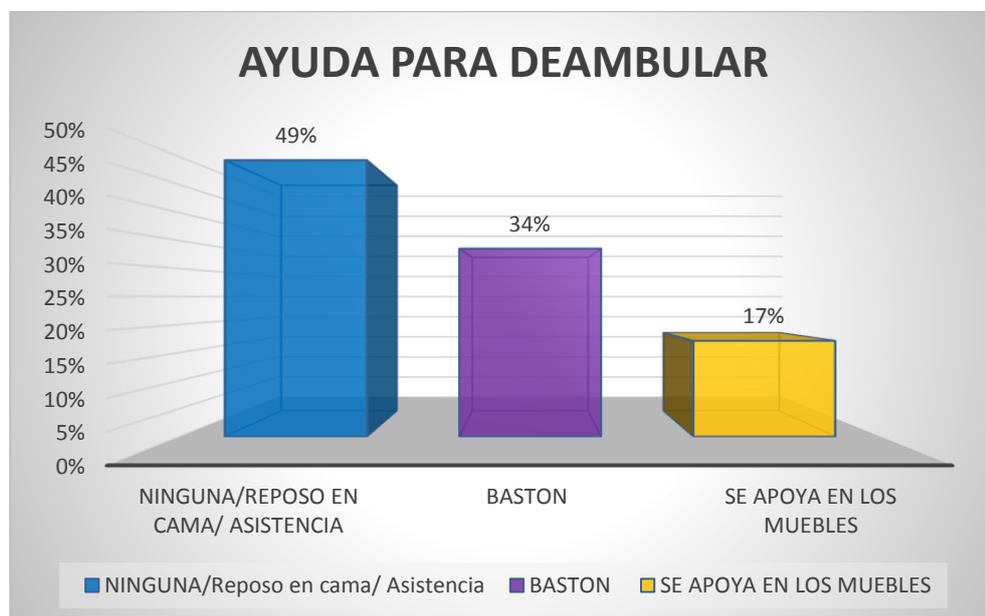
Tabla 5: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable ayuda para deambular en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

AYUDA PARA DEAMBULAR		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA / REPOSO EN CAMA / ASISTENCIA	75	49%
BASTON	51	34%
SE APOYA EN LOS MUEBLES	26	17%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 5: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable ayuda para deambular en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°5 (Ayuda para deambular).

Como podemos observar en el grafico los datos obtenidos reflejan un 49% de los pacientes no requiere de ayuda alguna para deambular, y en un 34% requieren la ayuda o compañía durante la deambulación, y el 17% se apoya en los muebles requiriendo por ello compañía permanente para la deambulación.

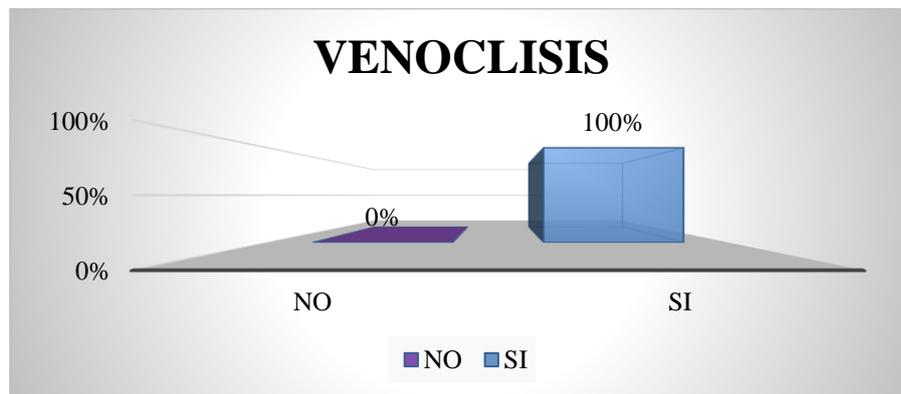
Tabla 6: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable Venoclisis en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

VENOCLISIS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	0	0%
SI	152	100%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 6: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable Venoclisis en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°7 (Venoclisis).

Como podemos observar en el grafico los datos obtenidos reflejan un 100% de pacientes se encuentran con un dispositivo intravenoso el cual es conectado a un equipo de Venoclisis de tal forma que tiene un riesgo de perder el equilibrio al momento de deambular.

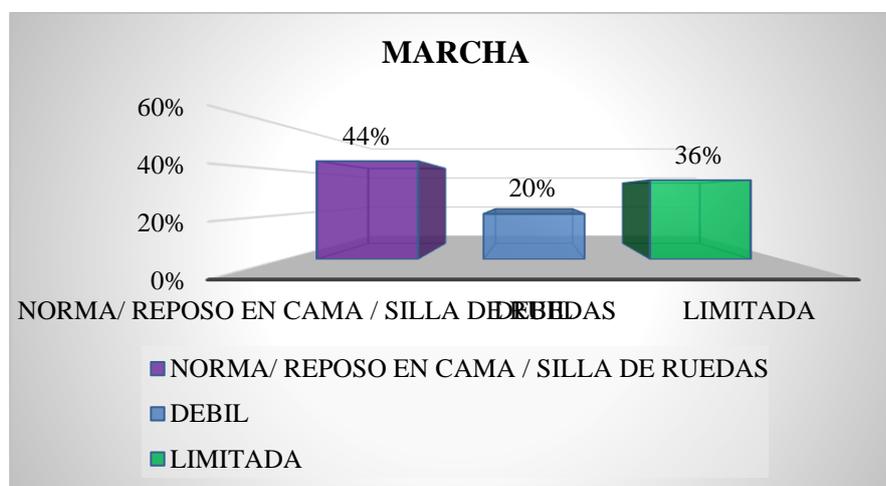
Tabla 7: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable marcha en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

MARCHA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMA/ REPOSO EN CAMA / SILLA DE RUEDAS	67	44%
DEBIL	31	20%
LIMITADA	54	36%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 7: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable marcha en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°7 (Marcha).

Como podemos observar en el grafico los datos obtenidos reflejan un 44% los paciente camina normal independiente de reposo en cama o silla de ruedas, y en un 20% los pacientes con una caminata débil pero sin perder el equilibrio, y el 36% de pacientes con dificultad para levantarse de una silla y necesita ayuda para caminar con limitación.

Tabla 8: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable estado mental en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

ESTADO MENTAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECONOCE SUS LIMITACIONES	129	85%
SOBREESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES	23	15%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 8: Cumplimiento de valoración de la escala MORSE en función de la variable estado mental en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°8 (Estado mental).

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan que el 85% de los pacientes reconoce sus limitaciones y su respuesta es consistente con la realidad que se valora simultáneamente al momento de preguntarle al paciente acerca de la capacidad para caminar, sin embargo un 15% de los pacientes tienen respuesta no realista y sobrestiman u olvidan sus limitaciones.

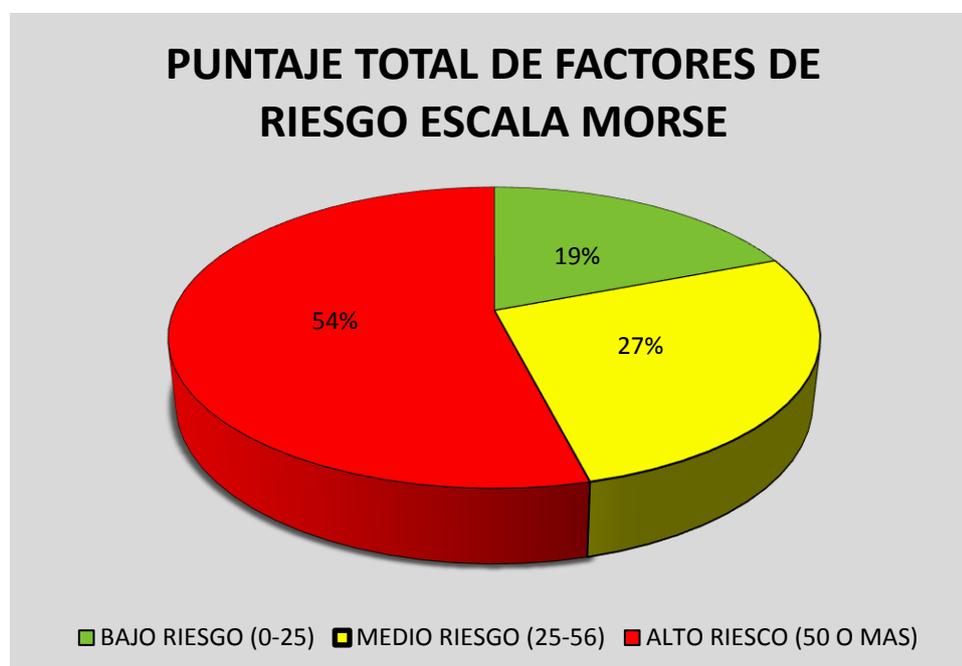
Tabla 9: Resultado final de la escala MORSE según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala de los pacientes en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

PUNTAJE TOTAL DE FACTORES DE RIESGO ESCALA MORSE		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO RIESGO (0-25)	29	19%
MEDIO RIESGO (25-56)	41	27%
ALTO RIESGO (50 O MAS)	82	54%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 9: Resultado final de la escala MORSE según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°9 (Escala MORSE).

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos durante nuestro periodo de investigación reflejan que el 54% de los pacientes tienen un nivel de riesgo alto de sufrir caídas; seguido del 27% de los pacientes tienen un nivel riesgo mediano y el 19% presenta un nivel de riesgo bajo.

Indicando así mismo, que la clasificación de pacientes con riesgo de caer, no reducirá por sí mismo la incidencia de caídas en el servicio de cirugía, sino que favorecerá la elección de las intervenciones adecuadas a cada tipo de paciente que llevarán a la consecución de la prevención.

Aplicación de escala NORTON a 152 pacientes para establecer el riesgo de úlceras por presión.

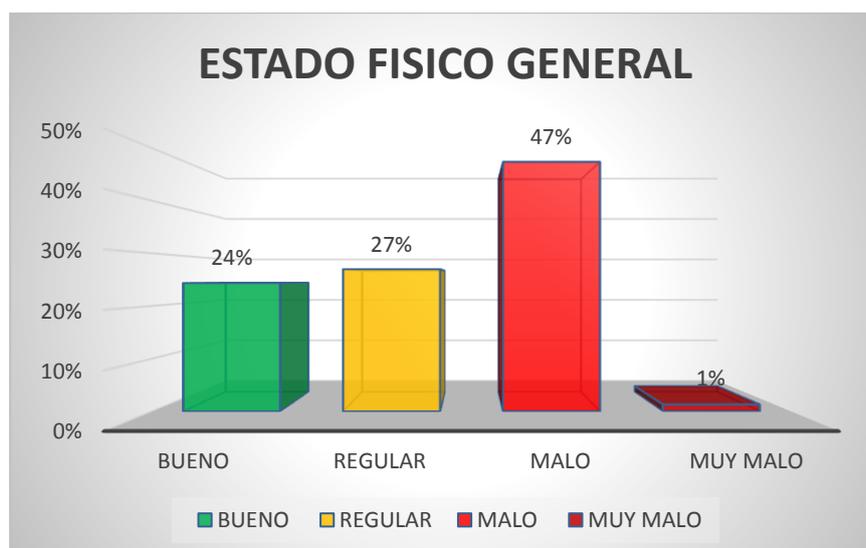
Tabla 10: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable estado físico general en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

ESTADO FISICO GENERAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	37	24%
REGULAR	41	27%
MALO	72	47%
MUY MALO	2	1%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 10: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable estado físico general en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°10 (Estado físico general).

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan que el 51% de los pacientes tiene un estado físico bueno y regular, se observa también en menor porcentaje un 48% que corresponde a pacientes en un mal estado físico requiriendo por ello compañía permanente.

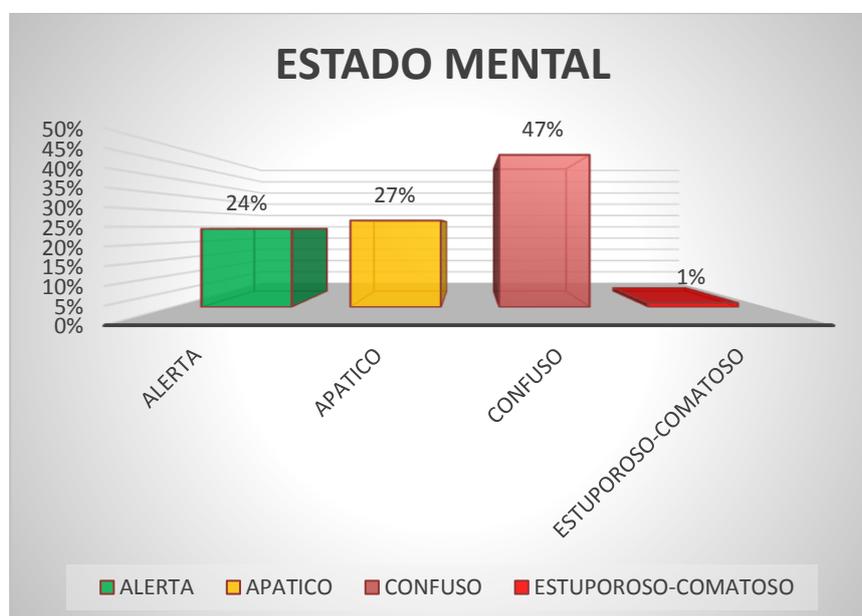
Tabla 11: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable estado mental en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

ESTADO MENTAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALERTA	37	24%
APATICO	41	27%
CONFUSO	72	47%
ESTUPOROSO/ COMATOSO	2	1%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 11: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable estado mental en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°11 (Estado mental)

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos que el 51% de los pacientes se encuentra con un estado de alerta y apático, se observa en también en menor porcentaje un 48% de pacientes presenta un estado confuso y estuporoso, siendo un factor determinante en la valoración recibida por el personal de enfermería.

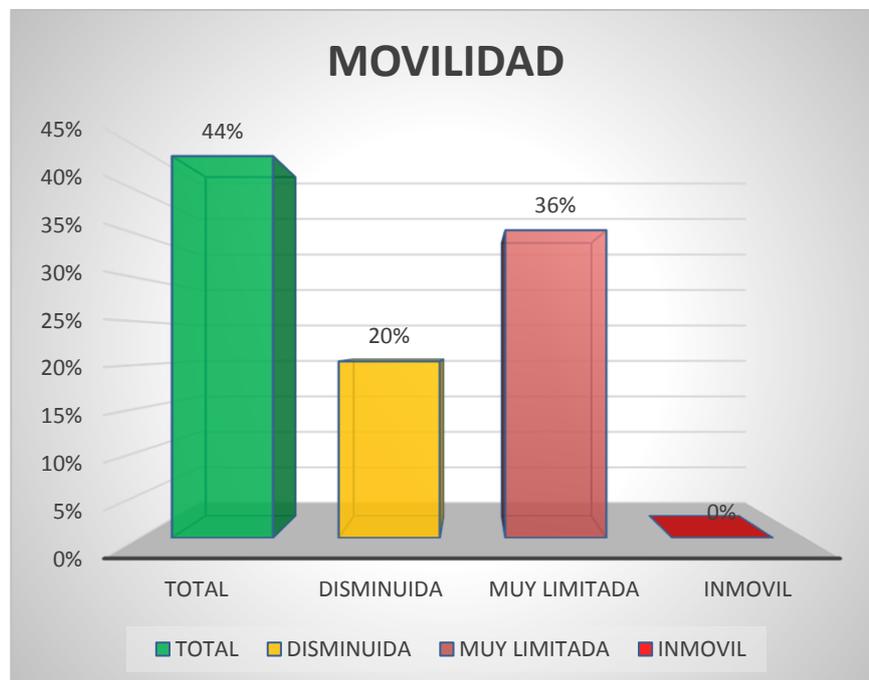
Tabla 12: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable movilidad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

MOVILIDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	67	44%
DISMINUIDA	31	20%
MUY LIMITADA	54	36%
INMOVIL	0	0%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 12: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable movilidad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°12 (Movilidad).

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan un 44% tiene una movilidad total, y en un 20% los pacientes inicia movimientos con frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, y en un 36% cuenta con una movilidad muy limitada y necesita ayuda para realizar movimientos, siendo un factor determinante en la valoración recibida por el personal de enfermería.

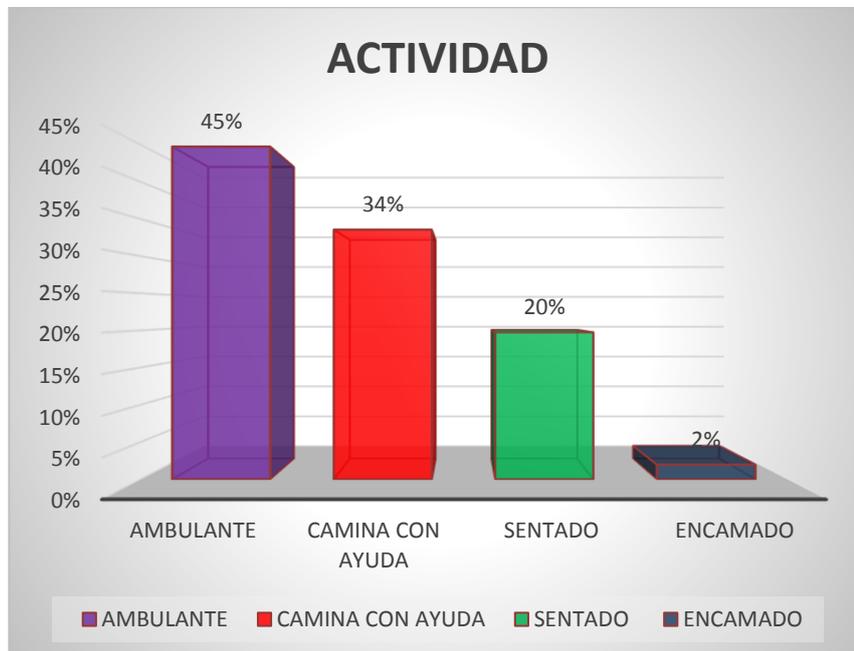
Tabla 13: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable actividad en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

ACTIVIDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMBULANTE	68	45%
CAMINA CON AYUDA	51	34%
SENTADO	30	20%
ENCAMADO	3	2%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 13: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable actividad en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°13 (Actividad).

Como se puede observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan un 45% de pacientes son independientes capaz de caminar solos, mientras que el 34% camina con ayuda de otra persona o de medios mecánicos con más de un punto de apoyo, observándose así también un porcentaje del 22% que corresponde a pacientes que no puede mantenerse de pie dentro del área de cirugía.

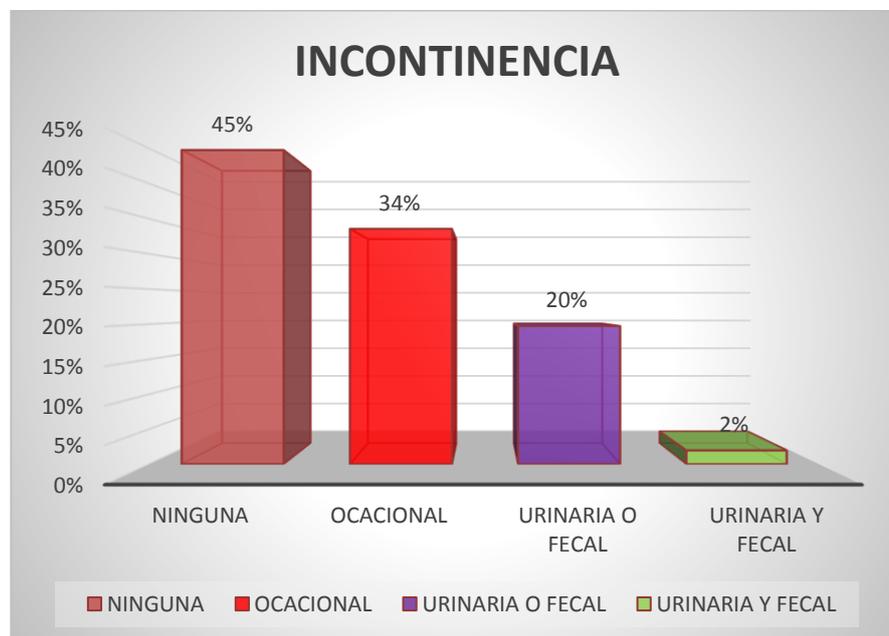
Tabla 14: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable incontinencia en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

INCONTINENCIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	68	45%
OCACIONAL	51	34%
URINARIA O FECAL	30	20%
URINARIA Y FECAL	3	2%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 14: Cumplimiento de valoración de la escala NORTON en función de la variable incontinencia en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°14 (Incontinencia).

Como se puede observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan un 45% de los pacientes presenta control de ambos esfínteres, así mismo el 34% no controla espontáneamente uno o ambos esfínteres en 24 horas, observándose así también un porcentaje del 22% que corresponde a pacientes que no controla uno de los dos esfínteres o ninguno de sus esfínteres permanentemente en el servicio de cirugía.

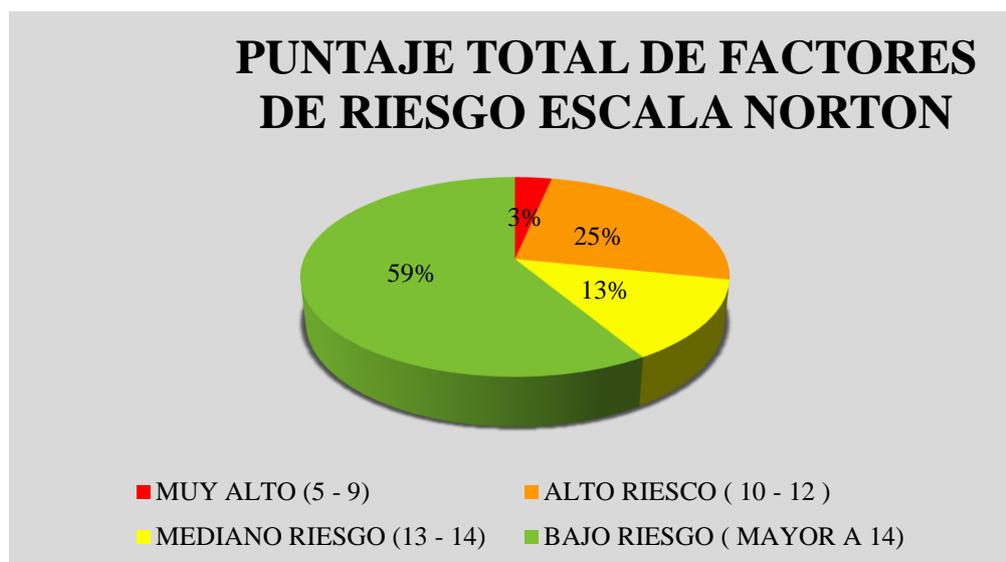
Tabla 15: Resultado final de la escala NORTON según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

PUNTAJE TOTAL DE FACTORES DE RIESGO ESCALA NORTON		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY ALTO (5 - 9)	5	3%
ALTO RIESGO (10 - 12)	38	25%
MEDIANO RIESGO (13 - 14)	20	13%
BAJO RIESGO (MAYOR A 14)	89	59%
Total	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 15: Resultado final de la escala NORTON según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°15 (Escala NORTON).

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos durante nuestro periodo de investigación reflejan que el 59% de los pacientes tienen un nivel de riesgo bajo de sufrir úlceras por presión; seguido del 13% de los pacientes tienen un nivel riesgo mediano, observándose así también un porcentaje del 28% que corresponde a pacientes con un nivel de riesgo alto y muy alto.

Indicando así mismo, que la clasificación de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión, no reducirá por sí mismo la incidencia de presentar úlceras en el servicio de cirugía, sino que favorecerá la elección de las intervenciones adecuadas a cada tipo de paciente que llevarán a la consecución de la prevención.

Aplicación de escala CAPRINI a 152 pacientes para establecer el riesgo de profilaxis de trombo embolismo venoso.

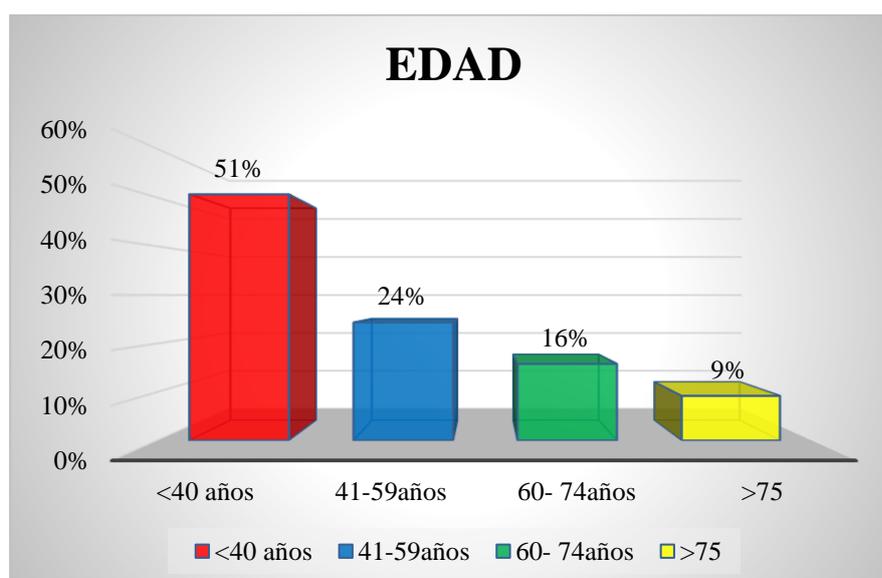
Tabla 16: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable edad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

EDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<40 años	77	51%
41-59años	37	24%
60- 74años	24	16%
>75	14	9%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 16: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable edad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°16 (Edad).

Como se puede observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan un 51% de pacientes menores de 40 años, de tal forma, el 40% corresponde a edades entre 41 y 74 años, y pacientes con un porcentaje menor del 9% que corresponde a mayores de 75 años como se puede evidenciar son pacientes de edad avanzada siendo un factor determinante en la valoración recibida por el personal de enfermería.

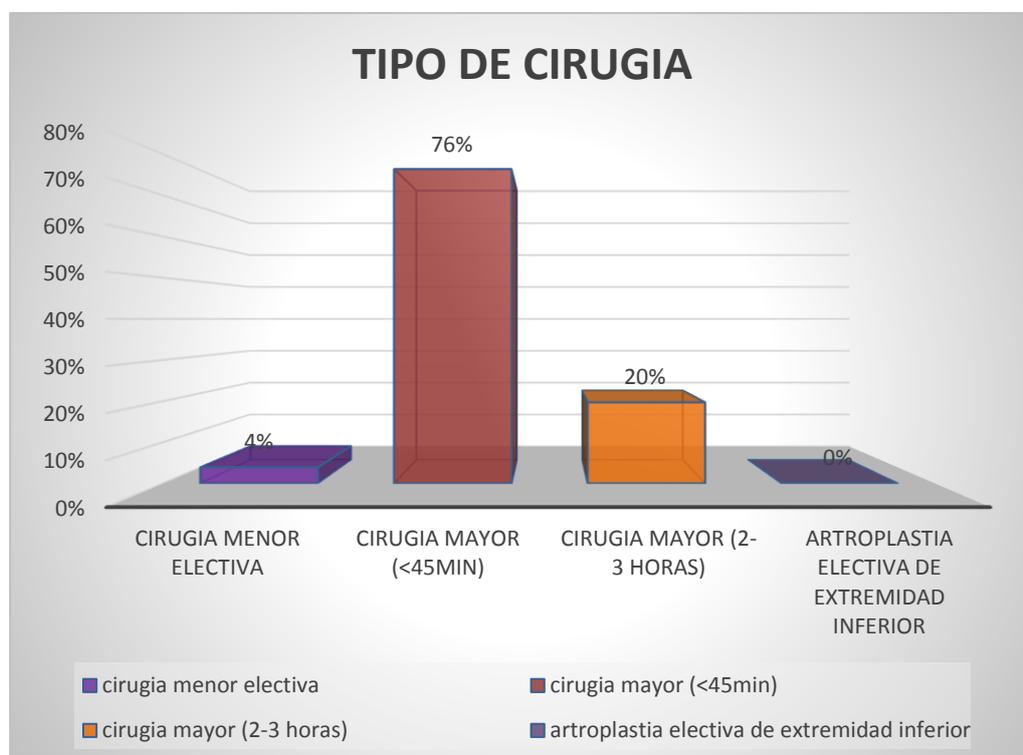
Tabla 17: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable tipo de cirugía en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

TIPO DE CIRUGIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CIRUGÍA MENOR ELECTIVA	6	4%
CIRUGÍA MAYOR (<45MIN)	116	76%
CIRUGÍA MAYOR (2-3 HORAS)	30	20%
ARTROPLASTIA ELECTIVA DE EXTREMIDAD INFERIOR	0	0%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 17: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable tipo de cirugía en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°17 (Tipo de cirugía).

Como podemos observar en el gráfico nos refleja un 76% de pacientes de cirugía mayor (<45min), por otro lado el 20% presenta cirugía mayor (2–3 horas), mientras que el 4% presenta cirugía menor electiva.

Cabe mencionar en relación al análisis, se agrupó a los pacientes por tipo de cirugía al ingreso, siendo un factor determinante en la valoración recibida por el personal de enfermería.

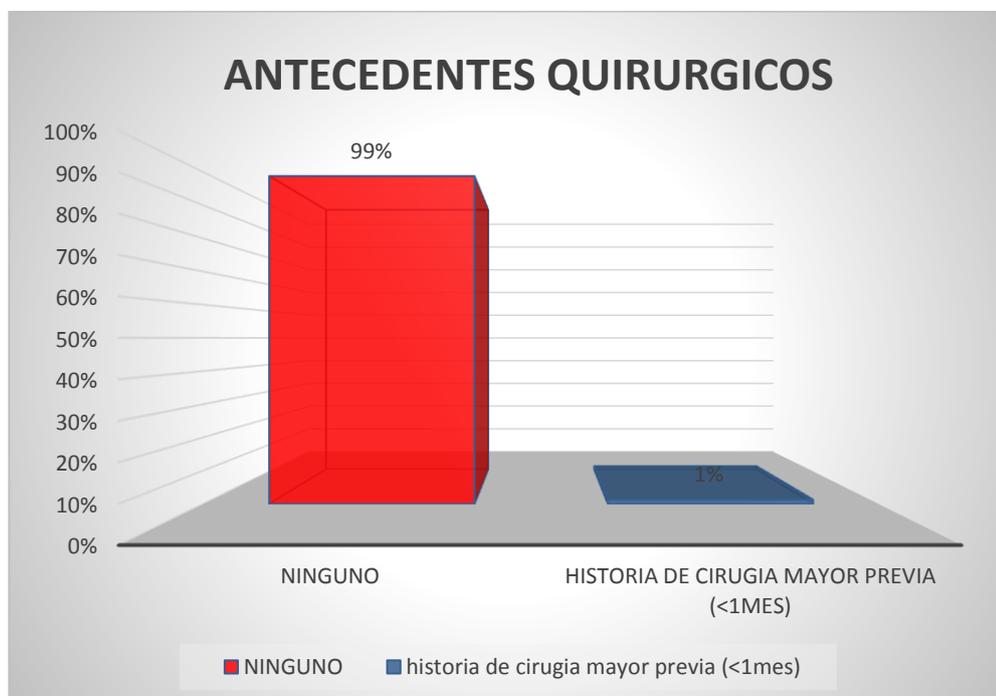
Tabla 18: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable antecedentes quirúrgicos en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	150	99%
HISTORIA DE CIRUGÍA MAYOR PREVIA (<1MES)	2	1%
Total	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 18: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable antecedentes quirúrgicos en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°18 (Antecedentes Quirúrgicos).

Como se puede observar en el gráfico los datos obtenidos un 99% de pacientes que no presentan historia de cirugía mayor previa menor de un mes, observándose así también un porcentaje del 1% de pacientes que presentan historia de cirugía mayor previa menor de un mes.

Cabe mencionar en relación al análisis, se agrupó a los pacientes por tipo historia de cirugía mayor previa menor de un mes siendo un factor determinante en la valoración recibida por el personal de enfermería.

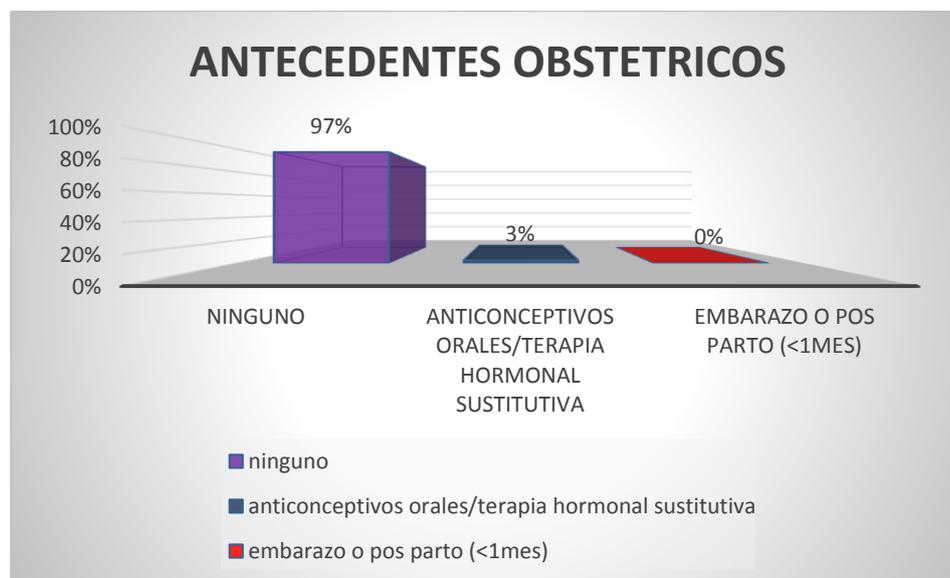
Tabla 19: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable antecedentes obstétricos en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS				
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
ninguno	148	97%	97%	97%
anticonceptivos orales/terapia hormonal sustitutiva	4	3%	3%	100%
embarazo o pos parto (<1mes)	0	0%	0%	100%
TOTAL	152	100%	100%	

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 19: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable antecedentes obstétricos en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°19 (Antecedentes obstétricos).

Como se puede observar en el gráfico los datos obtenidos un 97% de pacientes que no presentan antecedentes obstétricos, observándose así también un porcentaje del 3% de pacientes que presentan algún tipo de métodos anticonceptivos orales o terapia hormonal sustitutiva

Cabe mencionar en relación al análisis, se agrupó a los pacientes por tipo de antecedentes obstétricos siendo un factor determinante en la valoración recibida por el personal de enfermería.

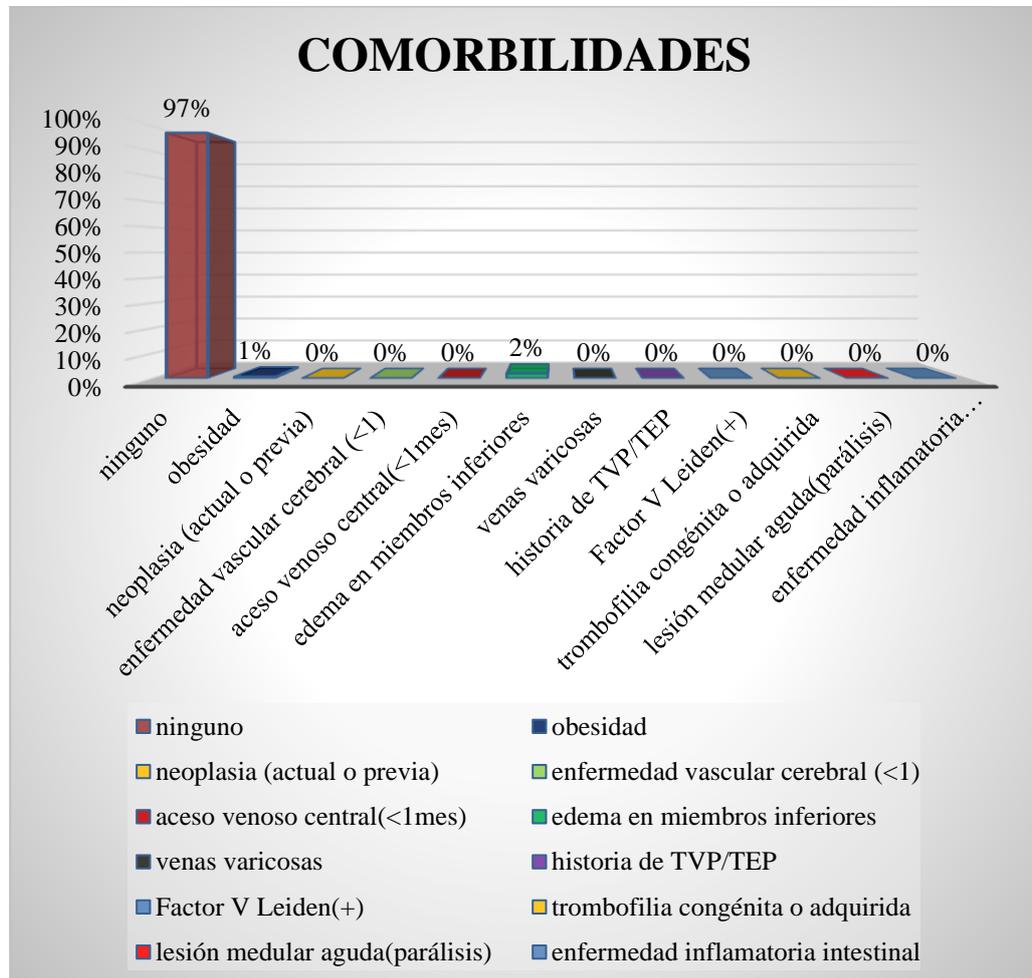
Tabla 20: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable comorbilidades en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

COMORBLIDADES		
DESCRIPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	148	97%
OBESIDAD	1	1%
NEOPLASIA (ACTUAL O PREVIA)	0	0%
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (<1)	0	0%
ACESO VENOSO CENTRAL(<1MES)	0	0%
EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES	3	2%
VENAS VARICOSAS	0	0%
HISTORIA DE TVP/TEP	0	0%
FACTOR V LEIDEN(+)	0	0%
TROMBOFILIA CONGÉNITA O ADQUIRIDA	0	0%
LESIÓN MEDULAR AGUDA(PARÁLISIS)	0	0%
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	0	0%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 20: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable comorbilidades en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°20 (Comorbilidades).

Como se puede observar en el grafico los datos obtenidos corresponden a comorbilidad el porcentaje más bajo 1% de pacientes que presento obesidad, mientras que un 2% de pacientes presenta edema en miembros inferiores, pero sin embargo, un porcentaje considerable 97% de pacientes no presenta ninguna comorbilidad.

Cabe mencionar en relación al análisis, se agrupo a los pacientes por tipo de comorbilidad siendo un factor determinante en la valoración recibida por el personal de enfermería.

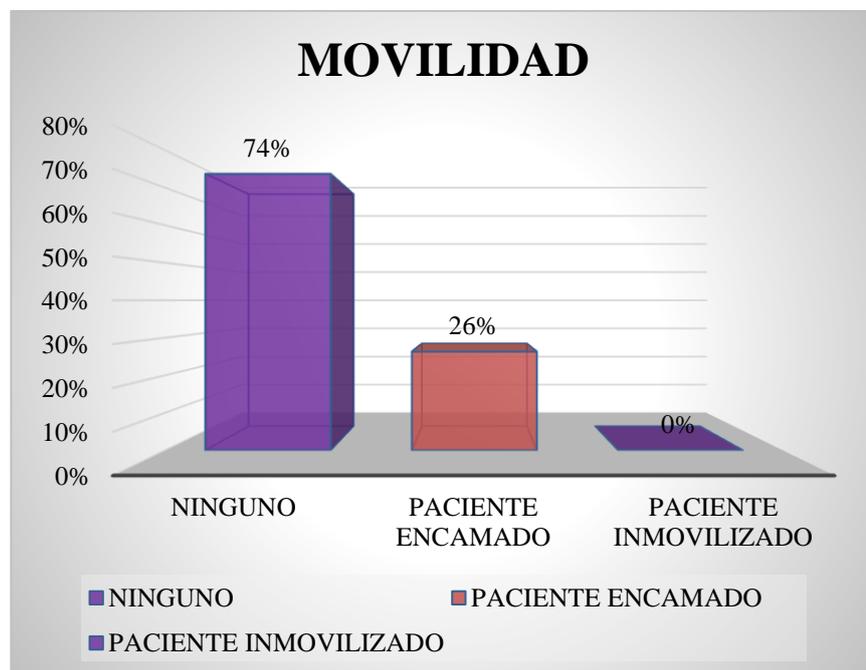
Tabla 21: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable movilidad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

MOVILIDAD		
DESCRIPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	112	74%
PACIENTE ENCAMADO	40	26%
PACIENTE INMOVILIZADO	0	0%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 21: Cumplimiento de valoración de la escala CAPRINI en función de la variable movilidad en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°21 (Movilidad).

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos reflejan un 74% de pacientes que tienen una movilidad total, y en un 26% los pacientes presentan una movilidad muy limitada y necesitan ayuda para realizar movimientos.

Cabe mencionar en relación al análisis, se agrupó a los pacientes por tipo de movilidad siendo un factor determinante en la valoración recibida por el personal de enfermería.

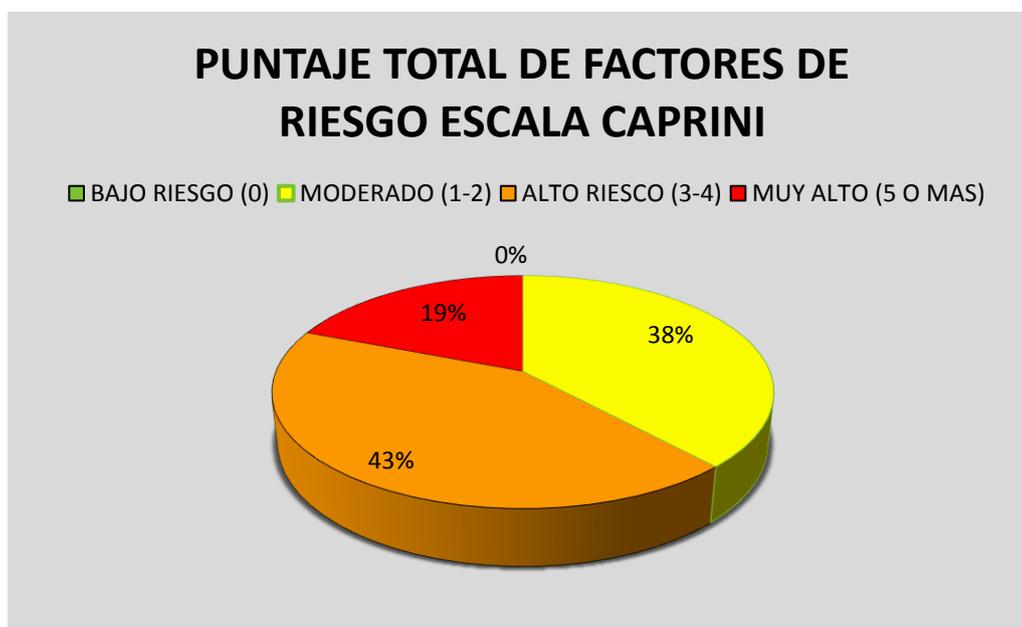
Tabla 22: Resultado final de la escala CAPRINI según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.

PUNTAJE TOTAL DE FACTORES DE RIESGO ESCALA CAPRINI		
DESCRIPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO RIESGO (0)	0	0%
MODERADO (1-2)	58	38%
ALTO RIESGO (3-4)	65	43%
MUY ALTO (5 O MAS)	29	19%
TOTAL	152	100%

Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Grafico 22: Resultado final de la escala CAPRINI según el puntaje total de factores de riesgo en función de las variables de la escala en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, Periodo de Enero a Mayo 2019.



Fuente: Investigación de campo.

Investigadores: Marco García – Evelyn Salazar.

Análisis e interpretación de tabla y figura N°22 (Escala CAPRINI).

Como podemos observar en el gráfico los datos obtenidos durante nuestro periodo de investigación reflejan que el 38% de los pacientes tienen un nivel de riesgo moderado de sufrir trombo embolismo venoso; seguido el 43% de los pacientes tienen un nivel riesgo alto, observándose así también un porcentaje del 19% que corresponde a pacientes con un nivel de riesgo muy alto.

Indicando así mismo, como medida principal de valoración depende de factores que apliquen los pacientes, cabe mencionar que la clasificación de pacientes con riesgo de trombo embolismo venoso, no reducirá por sí mismo la incidencia de presentar trombo embolismo venoso el servicio de cirugía, sino que favorecerá la identificación casos e iniciar la profilaxis adecuada para su nivel de complejidad.

CAPITULO VI

4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. Resultados según objetivo 1

Establecer el riesgo de caída mediante la escala MORSE, en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de enero a mayo 2019.

Por medio de la aplicación de la escala MORSE que se realizada a 152 pacientes expuestos a riesgo de caídas en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, con el fin de establecer el nivel de riesgo de caída.

Los resultados generados demuestran de un total de 152 escalas aplicadas, recalando que 82 pacientes tienen un nivel de riesgo alto de sufrir caídas; seguido de 41 pacientes que tienen un nivel riesgo mediano y 29 pacientes presenta un nivel de riesgo bajo, a medida que se desarrolló nuestro proyecto y con los resultados antes mencionados se consiguió establecer la clasificación según el nivel de riesgo correspondiente de acuerdo a los criterios establecidos en la escala de valoración, colocar la puntuación final del nivel de riesgo que presenta el paciente en el formulario de la escala MORSE y anexas la hoja en la historia clínica del paciente, así mismo aplicar la señalética correspondiente al nivel de riesgo del paciente, favorecer a la elección de las intervenciones adecuadas a cada tipo de paciente que llevaran a la consecución de la prevención.

4.2. Resultado según objetivo 2

Estimar el riesgo de úlceras por presión mediante la escalas NORTON en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de enero a mayo 2019.

Por medio de la aplicación de la escala NORTON que se realizaba a 152 pacientes expuestos a riesgo de úlceras por presión en el servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, con el fin de establecer el nivel de riesgo de úlceras por presión.

Los resultados generados demuestran de un total de 152 escalas aplicadas, recalando que 89 pacientes tienen un nivel de riesgo bajo de sufrir úlceras por presión; seguido de 20 pacientes que tienen un nivel riesgo mediano, observándose así también 43 pacientes que corresponde a un nivel de riesgo alto y muy alto, a medida que se desarrolló nuestro proyecto y con los resultados antes mencionados se consiguió establecer la clasificación según el nivel de riesgo correspondiente de acuerdo a los criterios establecidos en la escala de valoración, colocar la puntuación final del nivel de riesgo que presenta el paciente en el formulario de la escala NORTON y anexar la hoja en la historia clínica del paciente, así mismo aplicar la señalética correspondiente al nivel de riesgo del paciente, favorecer a la elección de las intervenciones adecuadas a cada tipo de paciente que llevaran a la consecución de la prevención.

4.3. Resultado según objetivo 3

Calcular el riesgo de trombo embolismo venoso mediante la escalas CAPRINI en los usuarios que del servicio de cirugía del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo, periodo de enero a mayo 2019.

Por medio de la aplicación de la escala CAPRINI que se realizaba a 152 pacientes expuestos a riesgo de trombo embolismo venoso en el servicio de

cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, con el fin de determinar el nivel de riesgo de tromboembolismo venoso.

Los resultados generados demuestran de un total de 152 escalas aplicadas, recalando que 58 pacientes tienen un nivel de riesgo moderado de sufrir tromboembolismo venoso; seguido de 65 pacientes tienen un nivel de riesgo alto, observándose así también 29 pacientes que corresponde a un nivel de riesgo muy alto, a medida que se desarrolló nuestro proyecto y con los resultados antes mencionados se consiguió establecer la clasificación según el nivel de riesgo correspondiente de acuerdo a los criterios establecidos en la escala de valoración, colocar la puntuación final del nivel de riesgo que presenta el paciente en el formulario de la escala CAPRINI y anexar la hoja en la historia clínica del paciente, así mismo aplicar la señalética correspondiente al nivel de riesgo del paciente, favorecer a la elección de las intervenciones e iniciar la profilaxis adecuada para su nivel de complejidad a cada tipo de paciente que llevarán a la consecución de la prevención.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Una vez finalizado el trabajo de investigación, la fundamentación teórica, los datos pertinentes al tema, así como el análisis de los resultados obtenidos se ha determinado las siguientes conclusiones.

Mediante la investigación llevada a cabo se concluyó que la aplicación de la escala MORSE se logró establecer el riesgo de caída que existe en los pacientes del servicio de cirugía, en donde el 54% de los pacientes fue de alto riesgo, un 27% tubo un riesgo mediano, por lo contrario el 19% presenta un riesgo bajo. Cabe recalcar, que el 85% de paciente del grupo estudiado reconoce sus limitaciones, su respuesta fue consistente con la realidad.

Tras la aplicación de la escala NORTON se logró estimar que el 59% de pacientes con riesgo de úlceras por presión en el servicio de cirugía, presento un riesgo bajo y queda demostrado que el 13% con un riesgo mediano, un 28% muestra riesgo alto y muy alto. Adicional, en este grupo en estudio el 48% de los pacientes presentan un mal estado físico, destacando un 36% que muestran una movilidad limitada.

Mediante la aplicación de la escala CAPRINI se logró determinar el riesgo de tromboembolismo venoso que existe en los pacientes del servicio de cirugía, evidenciando que el 38% tiene riesgo moderado de tromboembolismo venoso y el 43% tienen riesgo alto, queda demostrado que 19% que corresponde a un riesgo muy alto, destacando que el 76% de pacientes en estudio presento una cirugía mayor (<45min).

5.2. Recomendaciones

Capacitación continua al personal de Enfermería, en la importancia de la valoración oportuna y correcta de estas escalas.

Aplicar las escalas mencionadas ya que están en el manual de seguridad del paciente como medida preventiva de eventos adversos.

Mantener los formularios respectivos en el servicio a fin de facilitar su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (novena). Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=nlpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=teoria+de+henderson&ots=6p-yol0qaS&sig=EBMf5p53SFVFzRBJWWgfBirJj9k#v=onepage&q=henderson&f=false>
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., ... Terol-García, E. (2011). IBEAS design: Adverse events prevalence in Latin American hospitals. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.12.001>
- Ayala, C., Roxana, C., & Maricela, M. (2017). *Efectividad de la implementación de una escala de Riesgo de Caídas en pacientes de la sala 6-3 de Neurocirugía del Centro Médico Naval Santiago Távara, 2017* (Universidad Peruana Unión). [https://doi.org/Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación \(CRAI\) de la UPeU](https://doi.org/Ficha%20catalogr%C3%A1fica%20elaborada%20por%20el%20Centro%20de%20Recursos%20para%20el%20Aprendizaje%20y%20la%20Investigaci%C3%B3n%20(CRAI)%20de%20la%20UPeU)
- Azabache, J. (2015). *Riesgo a úlceras por presión según Escala de Norton en una población adulto mayor de un programa de atención domiciliaria del Callao* (Universidad Ricardo Palma Facultad De Medicina Humana). Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/350/Gutierrez_ja.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García, M. B. (2016). Prevenir las Caídas. Entendiendo la Escala de Morse. *Revista das Semanas Acadêmicas*, 3(3). Recuperado de <https://ulbracds.com.br/index.php/rsa/article/view/586>
- González, B., & Palacios, L. (2015). *Uso de medidas profilácticas acorde a clasificación de riesgo de trombo embolismo venoso y morbilidad de trombosis venosa profunda en los servicios clínicos y quirúrgicos del Hospital Enrique Garcés Quito durante Mayo a Julio 2015* (Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de

[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10419/Usode
tromboprofilaxis y morbilidad de TVP HEG MAYO - JULIO
2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10419/Usode%20tromboprofilaxis%20y%20morbilidad%20de%20TVP%20HEG%20MAYO%20-%20JULIO%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Guanche, Y., Angobaldo, C., Garcia, A., & Brito, P. (2018). ¿Es la escala de Morse (MFS) la más idónea para valorar el riesgo de caídas en usuarios ingresados en hospitales sociosanitarios de Tenerife? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53, 68.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.163>

Hospital General Napoleón Davila Córdova. (2015). *Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Chone* (Ministerio de Salud Pública, Ed.). Recuperado de <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/RIESGO-DE-CAIDAS.pdf>

Hospital General Napoleón Dávila Córdova. (2015). *Profilaxis de tromboembolismo venoso*. Recuperado de <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/PROFILAXIS-DE-TROMBOEMBOLISMO-VENOSO.pdf>

Hospital Rodríguez Zambrano. (2015). *Norma de Capacitación en Seguridad de Pacientes* (Ministerio de Salud Pública, Ed.).
<https://doi.org/http://www.hrz.gob.ec/images/recursos/ManualProcedimientos/NORMA%20DE%20CAPACITACION%20SOBRE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

Hospital Vicente Corral Moscoso. (2015). *Norma Técnica de Seguridad del Paciente*. Recuperado de <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf>

Jiménez, A. (2017). *Escala de Caprini como predictor de tromboembolismo venoso en pacientes post cirugía abdominal. Unidad de cuidados intensivos de Hospital Luis Vernaza. Enero A Julio 2016* (Universidad de Guayaquil Facultad). Recuperado de

[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31350/1/CD 086- JIMENEZ ORBEA ANDREA GIOCONDA.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31350/1/CD_086-JIMENEZ_ORBEA_ANDREA_GIOCONDA.pdf)

Macias, S. (2008). *Tratado de Cirugia general* (2° edición; ELManual Moderno, Ed.). Recuperado de https://www.academia.edu/34523203/Tratado_de_Cirugia_general

Matute Tania. (2017). *La Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/proyecto_de_reforma_al_reglamento_de_medamentos_biológicos.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Manual Seguridad del Paciente - Usuario* (Primera ed; Dirección Nacional de Normatización, Ed.). Recuperado de <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>

National Center for Patient Safety. (2017). VA National Center for Patient Safety Home. Recuperado 25 de mayo de 2019, de Falls Toolkit. US website: <https://www.patientsafety.va.gov/>

Organizacion Mundial de la Salud. (2018). Caídas. Recuperado 20 de mayo de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Pérez, C., Gázquez, J., Molero, M., Barragán, A., Martos, Á., & Simón, M. (2018). Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. En ASUNIVEP (Ed.), *ciise.es*. Recuperado de https://www.ciise.es/files/libros/BOOK_08.pdf#page=138

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.08.006>

Rojas, L. Á. (2017). *Seguridad del Paciente* (Primera). Recuperado de <http://www.areandina.edu.co>

Shaikh, M.-A., Jeong, H. S., Mastro, A., Davis, K., Lysikowski, J., & Kenkel, J. M. (2016). Analysis of the American Society of Anesthesiologists

Physical Status Classification System and Caprini Risk Assessment Model in Predicting Venous Thromboembolic Outcomes in Plastic Surgery Patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 36(4), 497-505.
<https://doi.org/10.1093/asj/sjv198>

ANEXOS

Anexo N° 1: Antecedentes Históricos del Hospital

El Hospital General Martín Icaza, reconocido por el Ministerio de Salud Pública, de referencia de segundo nivel de complejidad, tiene una capacidad instalada de 106 camas, cuenta con una infraestructura de 88 años.

Está ubicado en la Región Costa Provincia de los Ríos, en el centro del Cantón Babahoyo, calles Malecón 1400 y Barreiro, y pertenece a la Coordinación de Salud 5.

Brinda atención especializada: preventiva, ambulatoria, de recuperación y rehabilitación a los usuarios/as, dirigidas a usuarios con patologías agudas y crónicas de toda la población del país, en particular de la Zona 5, pues no tiene población asignada, siendo así un hospital de referencia.

Desarrolla actividades de Docencia e Investigación en Salud, dentro de nuestra cartera de servicio tenemos: Gineco-Obstétrica, Cardiología, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía, Traumatología, Dermatología, Urología, Psicología, Psiquiatría, Neurología, Neurocirugía Programadas: Clina de VIH, Atención Exclusiva del Pie diabético y un Banco de leche Humana, Emergencia atención 24 horas.

Área de Apoyo Diagnostico y Terapéutico: Tomografía, Ecografía, Mamografía, Rayos X., Laboratorio Clínico: Bacisloscopia y otras pruebas especiales, Hemoteca.

En proceso de Rehabilitación: Audiometría, Terapia de lenguaje, Terapia Respiratoria, Fisiatría y Terapia Física y de Rehabilitación.

Para estas acciones cuenta con: Médicos Generales en funciones Hospitalarias y Especialistas, Enfermeras, Obstétricas, Internos de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Auxiliares de Enfermería, Laboratoristas Clínicos, Tecnólogos de laboratorio, Auxiliares de Laboratorio, Psicólogo Psiquiatra, Nutricionista, Personal administrativo, Farmacia de atención 24 horas, Gestión de Hotelería (alimentación, lavandería y costura), el servicio de Limpieza Externalizado, lo que permite satisfacer las necesidades de la población.

Coordinación local de calidad de los servicios de salud Hospital General Martin Icaza.

Anexo N° 2: Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Aprobación del tema de proyecto de titulación							
Asignación de tutor.							
1. Planteamiento del problema <ul style="list-style-type: none"> • Formulación del problema 							
2. Objetivos. <ul style="list-style-type: none"> • Definición de objetivo general y específicos. 							
3. Justificación de la investigación.							
4. Marco teórico. <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de la investigación. • Bases teóricas – científica. • Definición y términos (glosario). • Definición y sistema de variables. • Propuesta. 							
5. Marco metodológico. <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de 							

<p>investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño. • Población y muestra. • Técnicas e instrumentos de recolección de datos. • Aplicación de encuestas. • Técnicas de procesamiento y análisis de datos. 							
6. Resultados y logros alcanzados según los objetivos planteados.							
7. Aspectos administrativos. <ul style="list-style-type: none"> • Definición de los recursos. • Cronograma. • Presupuesto. 							
8. Conclusión y recomendaciones							
9. Definición y redacción de bibliografía.							
10. Corrección del primer borrador y							

calificación final del proyecto. <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de pares académicos. 							
11. Realización de actas y sustentación del proyecto de titulación.							

Responsable: García Marco, Salazar Evelyn.

Anexo N°3: Recursos

Talento humano

- **Investigador(a):** García Marco; Salazar Evelyn
- **Tutora del proyecto de investigación:** Lic. Norma Paredes

Recursos materiales.

- Computadora portátil.
- Impresora.
- CD.
- Impresión de oficios, escalas, solicitud de pares académicos, cronograma de tutorías y borradores.
- Biblioteca física y virtual de la U.E.B.
- Impresiones finales para empastados.
- Material de oficina.

Presupuesto

Material	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Impresión de oficios	8	0,15	1,20
Impresión de escalas	456	0,10	45,60
Impresión de borradores	6	0,10	90
Anillados	6	1,25	7,50
Portada del CD del proyecto	3	3	9
Empastado del proyecto	3	7	21
Movilización	15	10	150
Total			324,3

Anexos N° 4: Oficio para aprobación del tema.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

**COORDINACIÓN PERMANENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN
ENFERMERÍA.**

Guaranda, 24 de Enero 2019
FCS- CTE- 018- UEB

Licenciada
Norma Paredes

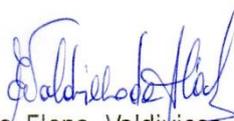
PROFESORA UEB

De mi consideración:

Con un cordial saludo, la comisión de titulación de enfermería en reunión mantenida el 22 enero 2019 presidida por Lic. Maura Muñoz, le designa directora de la modalidad de titulación proyecto de investigación: **“Aplicación de las escalas de Morse, Norton y caprini para el mejoramiento de la seguridad del pacientes en el servicio de cirugía del hospital general Martín Icaza de babahoyo. Periodo Enero-Mayo 2019”**. solicitada por las estudiantes: Srtas: Salazar Lopez Evelyn Pamela, García Alarcón Marco Vinicio.

Los estudiantes se acercaran a usted para la dirección respectiva hasta el término del proceso de titulación.

Atentamente


Lic. Elena Valdivieso
COORDINADORA

*Recibido
25-01-2019
11 Hef.*

Avenida Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira Telefax: 03-2206155 -
Guaranda - Ecuador

Anexos N° 5: Oficio para levantamiento de información y aplicación de escalas.



25 26
Betty Rina
H. PROVINCIAL GENERAL
MARTÍN ICAZA
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
Dr. Avelandara Vélez Gómez
CARRERA MEDICA ASISTENCIAL



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

COORDINACIÓN PERMANENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN
ENFERMERÍA.

Guaranda, 25 de Enero 2019
FCS- CTE- 021- UEB

Ingeniero
Fausto Cepeda Alvarado

GERENTE GENERAL DEL HOSPITAL MARTÍN ICAZA

De mi consideración:

Con un cordial saludo, solicito a usted comedidamente dar las facilidades necesarias para recolección de información en la institución que usted acertamente dirige, por parte de los estudiantes: Señores Salazar Lopez Evelyn Pamela, García Alarcón Marco Vinicio, a quienes fuera aprobado el tema de proyecto de investigación **"Aplicación de las escalas de Morse, Norton y caprini para el mejoramiento de la seguridad del pacientes en el servicio de cirugía del hospital general Martín Icaza de Babahoyo. Periodo Enero-Mayo 2019"** como requisito previo para su graduación de licenciados en ciencias de la enfermería en la Universidad Estatal de Bolívar.

Por la atención, le expreso mi agradecimiento

Atentamente

Lic. Elena Valdivieso
COORDINADORA



HOSPITAL PROVINCIAL "MARTÍN ICAZA"
RECIBIDO
HORA: 10:25
23 ENE 2019
A. Mattebianca
Secretaria
DIRECCION

29/01/20
Dra Karla Vélez
Dinose dan
Trámite RESPECTIVE
Saludos

Anexos N° 6: Formato de escala MORSE aplicado en el servicio de cirugía.

	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA REGISTRO: Escala de valoración de MORSE	Página: 1 de 1

Nombre:	Edad:
Diagnóstico:	
N° de Historia Clínica:	Servicio:
Fecha de Valoración de Ingreso al Servicio	Fecha de Reevaluación

DE 13 AÑOS A 18 AÑOS Y ADULTOS

VARIABLES		PUNTAJE
1. CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	25
2. COMORBILIDADES	No	0
	Si	15
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Bastón / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
4. VENOCLISIS	No	0
	Si	20
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
6. ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobreestima u olvida sus limitaciones	15

7. PUNTUACIÓN FINAL Y NIVEL DE RIESGO ➔

Riesgo	Puntaje	Acción
↓ Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
↔ Medio	25 a 50	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
↑ Alto	mayor a 50	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Anexos N° 7: Formato de escala NORTON aplicado en el servicio de cirugía.

 Ministerio de Salud Pública	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA REGISTRO: Escala de valoración de NORTON	Página: 1 de 1

NOMBRE		EDAD
DIAGNÓSTICO		
N° DE HISTORIA CLÍNICA		SERVICIO
FECHA DE VALORACIÓN DE INGRESO AL SERVICIO		FECHA DE REEVALUACIÓN
.....		PUNTAJE
ESCALA DE VALORACION DE NORTON		

ESTADO FÍSICO GENERAL		ESTADO MENTAL		MÓVILIDAD		ACTIVIDAD		INCONTINENCIA	
BUENO	4	ALERTA	4	TOTAL	4	AMBULANTE	4	NINGUNA	4
REGULAR	3	APÁTICO	3	DISMINUIDA	3	CAMINA CON AYUDA	3	OCASIONAL	3
MALO	2	CONFUSO	2	MUY LIMITADA	2	SENTADO	2	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	1	ESTUPOROSO-COMATOSO	1	INMÓVIL	1	ENCAMADO	1	URINARIA Y FECAL (doble incontinencia)	1
RESULTADO									TOTAL



INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE		FRECUENCIA DE REEVALUACIÓN
Riesgo Muy Alto	5 -9	24 horas
Riesgo Alto	10- 12	72 horas
Riesgo Mediano	13- 14	Semanal
Riesgo Bajo	Mayor a 14	Si hay cambios en el estado general

Anexos N° 8: Formato de escala CAPRINI aplicado en el servicio de cirugía.

 Ministerio de Salud Pública	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA REGISTRO: Escala de valoración de CAPRINI	Página: 1 de 1

NOMBRE:		EDAD:	
DIAGNÓSTICO:			
N° DE HISTORIA CLÍNICA:		SERVICIO:	
FECHA DE VALORACIÓN:			
ELIJA LOS FACTORES QUE APLIQUEN			
VARIABLES	PUNTAJE	VARIABLES	PUNTAJE
Cada factor representa 1 punto		Cada factor representa 2 puntos	
Edad 41-60 años		Edad mayor de 60 años	
Cirugía menor electiva		Neoplasia (actual o previa)	
Historia de cirugía mayor previa (<1mes)		Cirugía mayor (> 45 min)	
Embarazo o postparto (< 1 mes)		Paciente encamado (> 72 h)	
Venas varicosas		Paciente inmovilizado (< 1mes)	
Enfermedad inflamatoria intestinal		Acceso venoso central (< 1mes)	
Edema en extremidades inferiores (presentes)			
Obesidad (IMC>25)			
Anticonceptivos orales/ terapia hormonal sustitutiva			
SUMA		SUMA	
Cada factor representa 3 puntos		Cada factor representa 5 puntos	
Edad mayor a 75 años		Artroplastia electiva de extremidad inferior	
Historia de TVP/TEP		Fractura cadera, pelvis o pierna (<1mes)	
Factor V Leiden (+)		Enfermedad Vascul ar Cerebral (< 1 mes)	
Intervención quirúrgica mayor (2 a 3 horas)		Politraumatismo	
Trombofilia congénita o adquirida		Lesión medular aguda (parálisis)	
SUMA		SUMA	
PUNTUACIÓN TOTAL DE FACTORES DE RIESGO			

PUNTAJE TOTAL DE FACTORES DE RIESGO

PUNTUACIÓN	RIESGO	PROFILAXIS RECOMENDADA
0	BAJO	No medidas específicas. Deambulación precoz
1-2	MODERADO	CNI/MCG/HBPM
3-4	ALTO	CNI/MCG/ MCG/HBPM
5 o más	MUY ALTO	CNI/MCG/HBPM

CNI= compresión neumática intermitente. MCG = medidas de compresión gradual

Anexo N°9: Presentación de oficio al gerente del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.



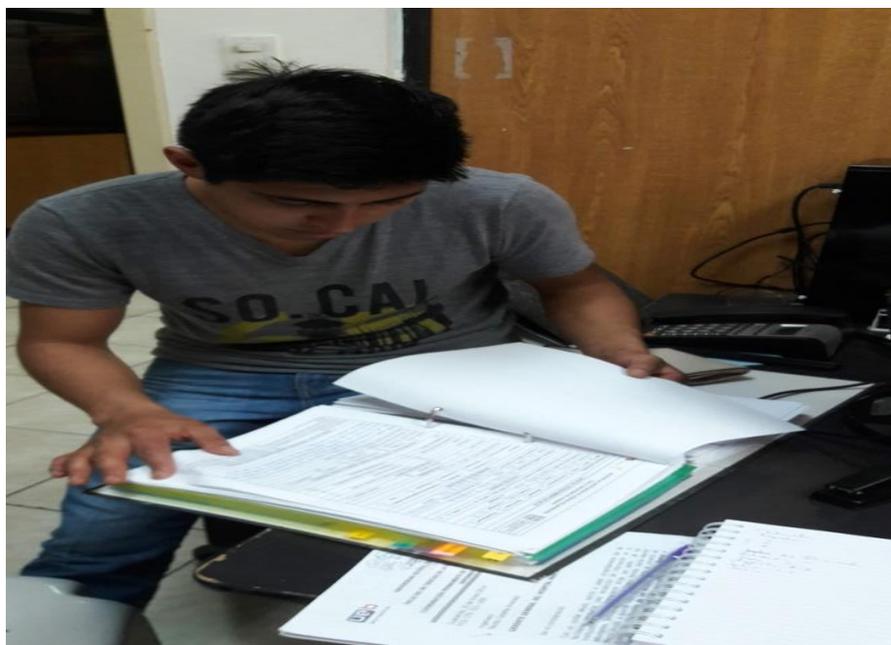
Anexo N°10: Presentación del oficio aprobado al departamento de calidad del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.



Anexo N°11: Presentación del oficio aprobado a estadística al del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo para recolección de datos demográficos.



Anexo N°12: Revisión de manuales del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.



Anexo N°13: Revisión de protocolos del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.



Anexo N°14: Aplicación de la escala MORSE para valorar los riesgos de caída en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.



Anexo N°15: Aplicación de la escala NORTON para valorar los riesgos de úlceras por presión en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.



Anexo N°16: Aplicación de la escala CAPRINI para valorar el riesgo de profilaxis de tromboembolismo venoso en el servicio de cirugía en presencia del personal médico del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.



Anexo N°17: Aplicación de las escalas MORSE, NORTON, CAPRINI con la colaboración de personal de turno en el servicio de cirugía del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.





Anexo N°18: Evidencia de tutorías con la Lic. Norma Paredes para revisión de avances del proyecto de investigación.



Anexo N°19: practica de seguridad asistencial.

COORDINACION ZONAL 5 – SALUD – HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA

m p Ministerio de Salud Pública

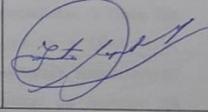
COORDINACION DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PROCESO	CALIDAD
COORDINACION DE GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PREVENCIÓN DE CAIDAS	Página 3 de 17	

2.- CREDITOS

PRACTICA SEGURA ADMINISTRATIVA/ASISTENCIAL → **PREVENCIÓN DE CAIDAS**

← **FECHA DE ACTUALIZACIÓN** → **2DA REVISION JUNIO 2017**

← **FUNDAMENTO** → **ESTANDARIZAR ACCIONES DE PREVENCIÓN, CONFIABLES Y APLICABLES A LAS CONDICIONES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS, PARA MINIMIZAR RIESGOS INNECESARIOS DE CAÍDAS DURANTE SU ESTANCIA EN TODAS LAS ÁREAS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA**

ELABORADO POR DRA FRANCISCA FALCONI SANTANA GESTION DE CALIDAD.	VALIDADO POR DR. LUIS SALTOS ROMAN DIRECTORA MEDICO ASISTENCIAL	APROBADO ING. FAUSTO CEPEDA ALVARADO GERENTE HOSPITALARIO
FIRMA 	FIRMA 	FIRMA 

HISTORIAL DE MODIFICACIONES DE LA DOCUMENTACION DEL PROCEDIMIENTO			
VERSION	FECHA	APARTADO MODIFICADO	MODIFICACION REALIZADA
1	18-01-2015	NUEVO	
2	22-04-2017	Actualización	Actualización conforme a Manual oficial de Seguridad del paciente del MSP
3	22-06-2017	Criterios cambios de firmas	Cambio de Autoridad

GOBIERNO DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Malecón 9 de Octubre #1400 y Barreiro
Teléfono: 593(5)730-218

6.- ANTECEDENTES

Mediante la garantía de servicios de calidad, en los últimos 6 años y medio se han logrado importantes avances que se señalan en esta sección, pero aún quedan retos significativos, no se puede hablar de universalización sin tener como ejes transversales a la calidad y a la calidez en los servicios sociales de atención.

Los sistemas de registro y notificación de caídas como eventos adversos, son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de seguridad, la información asociada a estos sistemas compartidos y la resolución de estos problemas permiten a las organizaciones por un lado identificar y aprender de las experiencias y por otro rediseñar procesos.

Cuando ocurre una caída produciéndose de ley un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a éste sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones, en vez de prevenir estos accidentes.

Con estos antecedentes el Hospital Provincial General inicia el proceso de Acreditación a finales del año 2014, En el 2016 El MSP dispone EL Manual de Seguridad del Paciente/usuario

7.- MARCO LEGAL

La Constitución de la República del Ecuador en su Capítulo II Sección 7 Art. 32 "Derechos del Buen Vivir" indica: La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, **calidad**, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional, por otra parte la;

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término de caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad", por tanto en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud establece la resolución WHA60.29 sobre tecnologías sanitarias, en la cual:

A) INSTA a los Estados Miembros:

- A que formulen, según proceda, estrategias y planes nacionales para la implantación de sistemas de evaluación, planificación, adquisición y gestión de las tecnologías sanitarias, en particular la unidad del paciente y a los dispositivos médicos, en colaboración con personal dedicado a la evaluación de las tecnologías sanitarias y la ingeniería biomédica;
- A que elaboren directrices nacionales o regionales sobre prácticas adecuadas de fabricación y reglamentación, instituyan sistemas de vigilancia y otras medidas para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los dispositivos médicos y, cuando corresponda, participen en la armonización internacional;
- A que reúnan información que relacione los dispositivos médicos relativos a los problemas de salud pública prioritarios en diferentes niveles de la atención y en distintos contextos y entornos, con la infraestructura, los procedimientos y los instrumentos de referencia necesarios; a fin de prevenir caídas de los pacientes que causen eventos adverso.

8.-OBJETIVOS

Objetivo General

Estandarizar acciones de prevención, confiables y aplicables a las condiciones de los pacientes atendidos, con el fin de lograr que no sufran riesgos innecesarios de caídas durante su estancia en todas las áreas y servicios del Hospital General Martin Icaza.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de riesgo de caídas en los pacientes.
- Disminuir el riesgo de caídas de los pacientes hospitalizados Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención.
- Proporcionar a los pacientes un ámbito hospitalario seguro.
- Establecer un plan de intervención con base en el grado de riesgo identificado.



COORDINACION DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PROCESO	CALIDAD
PRACTICA ADMINISTRATIVA/ASISTENCIAL PREVENCIÓN DE CAIDAS	Página 8 de 17	

9.- AMBITO DE LA APLICACIÓN

En todos los servicios del Hospital General Martin Icaza.

10.-PRESENTACION DE LA NORMA.

La normativa protocolizada de “PREVENCIÓN DE CAIDAS”, se la ha realizado para ayudar a mejorar y prevenir eventos adversos secundarios a caídas de los pacientes hospitalizados dentro de nuestra Institución, en ausencia o no del personal del salud, teniendo en consideración lo siguiente:

- Considerar que las caídas son eventos adversos que pueden tener consideración de leves a graves o convertirse en un evento centinela..
- Necesidad de levantar base de datos como punto de partida para levantar indicadores.
- Crear una norma y socializarla con todo el personal del Hospital para su implementación inmediata y de fiel cumplimiento.
- Elaborar planes de acciones para prevenir las caídas de los pacientes.
- Elaborar un plan de capacitación al personal de salud sobre las medidas preventivas
- Cronograma de Socialización sobre el instrumento de valoración sobre riesgo de caídas. Convocar con anticipación debida al personal a capacitarse.

Para la aplicación de esta normativa es necesario que el personal conozca los factores que producen riesgos de caídas.

11.-FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA.

A. INTRÍNSECOS: Son aquellos que están relacionados con el propio paciente y estarán determinados por cambios fisiológicos relacionados con la edad, patologías agudas o crónicas y por el consumo de fármacos.

- **Edad:** Niños menores de 6 años, el adulto mayor de 65 años
- **Fisiológicos del envejecimiento:** El envejecimiento conlleva alteraciones propias que inciden en gran medida para que se dé una caída. Problemas causados en la estabilidad

postural y en la marcha del anciano: Alteraciones en la marcha por cambios en el sistema nervioso central y periférico, pasos cortos y lentos, postura en flexión con una amplia base de sustentación especialmente en el sexo masculino, en el femenino la marcha es más bamboleante y con una base de sustentación más estrecha (marcha senil). Disminución del desplazamiento de la cadera y del tobillo. Alteraciones de la percepción sensitiva y sensorial (oído, vista y vestíbulo) que comprenden la disminución de la percepción del ambiente que lo rodea. Disminución del control muscular y aparición de rigidez músculo esquelética. Deformaciones de los pies. Aumento de la xifosis dorsal que provoca cambios en la postura y la forma al caminar.

Y Enfermedades

- **Neurológicas:** trastornos laberínticos (isquémicos, infecciosos, traumáticos), accidente vascular cerebral, enfermedad de párkinson, demencia, cuadros confusionales, convulsiones, hematoma subdural crónico, atrofia cerebelosa, hidrocefalia normotensiva, neuropatía periférica.
- **Músculo esquelético:** patología articular, deformidades de la columna vertebral, artrosis y artritis en columna, cadera, rodillas y pies que puedan producir dolor e inestabilidad, miopatías. o Cardiovasculares: hipersensibilidad del seno carotídeo, infarto del miocardio, miocardiopatía obstructiva, arritmias cardíacas, embolia pulmonar, hipotensión arterial, valvulopatías. o Otras causas: estrés, intoxicaciones, endocrinas, trastornos metabólicos, psicógenas, síncope neurovegetativos, anemia, infecciones, deshidratación, incontinencia urinaria, depresión, ansiedad, periodos postoperatorios, estados de ayuno prolongados, estado nutricional (obesidad y desnutrición), reposo prolongado, antecedentes de caídas previas, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco), hipotensión postprandial, diabetes mellitus, cambios bruscos de posición, dejar solo al paciente (niños y ancianos).

B. EXTRÍNECOS

Corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico o bien elementos de uso personal. Estos contribuyen hasta 50% para que se produzcan caídas

Arquitectónicas de la unidad hospitalaria:

Ausencia del timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de la luz descompuesto.

Escalones a la entrada o salida del baño: Ausencia de barras de sujeción en baños y áreas de regaderas.

Área de regaderas con piso deslizante y sin tapetes antiderrapantes.

Escaleras o rampas sin antiderrapantes, con escalones irregulares.

Lavabos y retretes muy bajos, Pisos disperejos.

Equipo y Mobiliario: Sistema no audible ni visible de timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz descompuesto, focos fundidos dentro o fuera de la habitación o del control de enfermeras.

Mobiliario fuera de su lugar (banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas entre otros).

Silla de baño mojada, resbaladiza o ausencia de ésta (silla desplegable).

Presencia de cables, cordones y obstáculos en general.

Ausencia de dispositivos específicos para la deambulación, bastones, muletas y andaderas con faltantes de gomas en los puntos de apoyo.

Utilización de tripees, sillas de ruedas, bombas de infusión o cualquier otro equipo de rodamiento para la deambulación.

Llantas de tripees en malas condiciones.

Camas y camillas sin cinturones de seguridad, barandales laterales, piecera o cabecera.

Camas, camillas o sillas de ruedas con frenos en mal estado o no funcionales.

De Proceso:

Fuera del alcance del paciente: timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz, artículos personales, banco de altura.

Omitir subir los barandales de cama o camilla.

No verificar el funcionamiento de los sistemas de seguridad: como barandales de las camas, camillas y sillas de ruedas.

Cambios bruscos de postura, incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.

Movilización del paciente sin ayuda de otro miembro del equipo o familiar. Faltas

de normas de seguridad en la unidad hospitalaria.

Falta de orientación al paciente y familiar de las medidas de seguridad, para deambular con los equipos de venoclisis, tubo de drenaje urinario, entre otros.

Falta de orientación en el uso de sillas de ruedas, freno y descansa pies.

No delimitación de áreas con piso mojado al realizar la limpieza.

12.-ACTIVIDADES PREVENTIVAS

- Proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendar que orine en el urinario (bidet, pato).
- Vigilar a los pacientes que estén tomando laxante y diuréticos.
- Colocar a los pacientes con incontinencia cerca del baño.
- Observar las modificaciones del estado de conciencia de los pacientes. Asegurar que lleve correctamente colocadas sus prótesis (gafas, audífonos, etc.) siempre.
- Tener en cuenta los senso-perceptivos y del estado físico de los pacientes.
- Mantener la cama en la posición más baja posible excepto cuando se realice algún tipo de cuidado.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo de la habitación.
- Mantener el mobiliario siempre en buen estado.
- Disponer de la iluminación adecuada.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado.
- Comprobar siempre antes de abandonar la habitación que el paciente tiene a su alcance el timbre y los utensilios básicos que pueda necesitar.
- Baño con ducha en vez de bañera.
- Revisiones periódicas del estado de los andadores, bastones y sillas de ruedas. Orientar a los pacientes y familiares el uso de zapatos cerrados y antideslizante.
- Evitar suelos irregulares, mojados, o resbaladizo, señalizar la zona.
- Insistir que haya algún familiar o personal disponible en pacientes de alto riesgo.
- Instruir a los pacientes para pedir ayuda cuando lo necesiten.
- Aplicación y seguimiento de protocolos establecidos.



Ministerio de Salud Pública

COORDINACIÓN ZONAL 5 - SALUD - HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA

COORDINACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

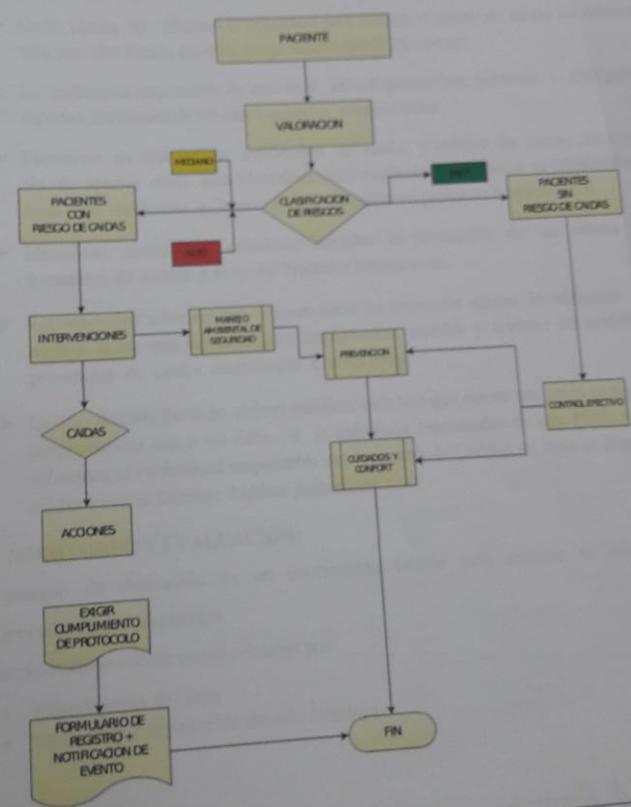
PRÁCTICA ADMINISTRATIVA/ASISTENCIAL
PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Página 12 de 17

13.-FLUJOGRAMA

Quando valorar.- Al ingreso del paciente: Una vez por turno y al inicio del mismo en pacientes cuyo resultado de la valoración de riesgo haya sido bajo o mediano. Pacientes cuyo resultado de la valoración de riesgo haya sido alto se realizará cada 4hrs. Una vez valorado el riesgo del paciente será colocada una tarjeta arriba de la cama en un espacio visible que indica el grado de riesgo para presentar una caída, de acuerdo al color como se detalla en el anexo.

FLUJOGRAMA DE RIESGO DE CAIDAS



Malecón 9 de Octubre #1400 y Barreiro
Teléfono: 593(5)730-218



14.- DISPOSICIONES GENERALES.

La presente norma “PREVENCIÓN DE CAIDAS” tendrá vigencia de dos años para ser actualizada o por expresa disposición del MSP, modificado en Abril del 2017 según Manual de Seguridad del Paciente/Usuario del MSP, Se realiza cambio de firmas por cambio de autoridades. El presente documento establece lo siguiente:

La Coordinación de Cuidados de Enfermería deberá cumplir y hacer cumplir las siguientes disposiciones:

- Realizar valoración de riesgos de caídas, La Intervención estará dirigida a los resultados de valoración de enfermería, teniendo en cuenta los factores extrínsecos e intrínsecos.
- Como norma se utilizará la señalética para advertir el riesgo de caídas los colores: rojo para alto riesgo, amarillo riesgo medio, verde bajo riesgo.
- La enfermera responsable de esta POR, deberá monitorizar, informar y entregaran reportes mensuales de los casos captados e intervenidos.
- Establecer un sistema de notificación de caídas y análisis de causas locales a fin de aportar datos para identificar intervenciones ajustadas a la epidemiología local que conduzcan a la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.
- Identificar, analizar, y establecer medidas de prevención de las causas más frecuentes de caídas a nivel del Prestador Institucional.
- Retroalimentar a los equipos clínicos sobre las causas de caídas identificadas y su análisis como una instancia para implementar, instalar y mejorar las medidas de prevención de caídas establecidas a nivel local.
- La líder de cada Servicio deberá notificar cada vez que ocurra una caída en pacientes hospitalizados con o sin daño, a la enfermera responsable de esta POR, y ella/el informara al Profesional responsable del Programa de Calidad en Hoja de Reporte de caídas y este al Director Médico Asistencial.

15.- MONITOREO Y EVALUACION:

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados.

Estas actividades serán monitorizadas por:

- Supervisoras del área
- Enfermera Responsable de esta Práctica.



Ministerio de Salud Pública

COORDINACION ZONAL 5 – SALUD – HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA

COORDINACION DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PROCESO

CALIDAD

PRACTICA ADMINISTRATIVA/ASISTENCIAL
PREVENCIÓN DE CAIDAS

Página 15 de 17

19.-DEFINICIONES

- **CAIDA.-** “Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo contra su voluntad” (OMS).
- **RIESGO DE CAIDAS.-** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. (NANDA I 2009-2011).
- Se entiende por “**evento adverso**” a la Injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente
- UN “**EVENTO CENTINELA**” es un suceso inesperado que produce la muerte o pérdida importante y perdurable de la función del paciente, se refiere a un deterioro sensorial, motor, fisiológico o psicológico, que no está presente en el momento en que se solicitó o comenzaron los servicios, es decir, un cliente muere o es afectado gravemente.
- **CUASI ACCIDENTE (CUASI EVENTO)** es un evento o situación que podría haber producido un accidente, lesión o enfermedad a un cliente (paciente) pero que no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna.
- Con estos claros conceptos podremos iniciar el proceso de identificación y notificación de estos eventos.
- **META DE SEGURIDAD.** Son objetivos concretos cuyo propósito es mejorar la seguridad del paciente.
- **PROTOCOLO:** documento oficial del prestador de servicio (ACREDITACION) contemplando actividades estandarizadas necesarias para realizar con éxito actividades sanitarias específicas.

20.-BIBLIOGRAFIA

- Manual de Seguridad del Paciente Usuario del MSP 2016.
- https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=protocolos+prevencion+de+caidas
Protocolo para la prevención de caídas disponible en:
www.hospitaldelinares.cl/index2.php?option=com_docman.
- Protocolo de caídas”. pp. www.geriaticos.org/gestión/protocolos/caidas.pdf.

Malecón 9 de Octubre #1400 y Barreiro
Teléfono: 593(5)730-218



GOBIERNO DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE
 DE 13 AÑOS A 18 AÑOS Y ADULTOS

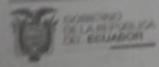
VARIABLES		PUNTAJE
1. CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	25
2. COMORBILIDADES	No	0
	Si	15
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Bastón / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
4. VENOCLISIS	No	0
	Si	20
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
6. ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobrestima u olvida sus limitaciones	15
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO		<input type="text"/>
Riesgo	Puntaje	Acción
↓ Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
↔ Medio	25 a 50	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
↑ Alto	mayor a 50	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>

Marque con una X el circulo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

ANEXO 3: TARJETAS DE IDENTIFICACION DE RIESGO DE CAIDAS



Malecón 9 de Octubre #1400 y Barreiro
 Teléfono: 593(5)730-218



COORDINACION ZONAL 5 – SALUD – HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA			
 Ministerio de Salud Pública	COORDINACION LOCAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PROCESO	DOCENCIA TALENTO HUMANO
	EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	Página 12 de 14	

13.-INDICADORES DE CALIDAD.

$\frac{\text{N}^\circ \text{ Capacitaciones realizadas con evidencia}}{\text{Total de Capacitaciones Programadas}}$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ Jornadas/Casas abiertas de Seguridad del Paciente ejecutadas}}{\text{Total de Jornadas Programadas}}$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Profesionales Capacitados en Seguridad del Paciente}}{\text{Total de Profesionales que laboran en el Hospital dentro del período fiscal}}$

14.-METODOLOGIA DEL INFORME.

El informe será mensual.

1.-Fecha del Informe. Fecha día, mes y año.

Nº de Informe 01 (corresponde al trimestre)

El informe será enviado vía Quipux los tres primeros días de cada mes

Docencia a Coordinación Zonal siguiendo órgano regular

Talento Humano a Ministerio de Trabajo.

15.-FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES.

Gerente y Administrador: Realizar gestiones necesarias para dar las herramientas necesarias para la aplicación de la norma EDUCACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Director Médico Asistencial y Responsable de Calidad: Vigilar que la implementación de la norma se aplique según lo descrito en este documento.

Coordinadora de Docencia y Talento Humano: Realizar programación, coordinar con todos los servicios para ejecutar las capacitaciones y/o socializaciones lleguen a todos los profesionales.

Todo el personal del Hospital Martin Icaza: Asistir a las convocatorias que se realicen y regresar a sus funciones de forma inmediata, adherirse a la normativa con carácter de obligatorio



Ministerio de Salud Pública

COORDINACIÓN ZONAL 5 – SALUD – HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA

COORDINACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

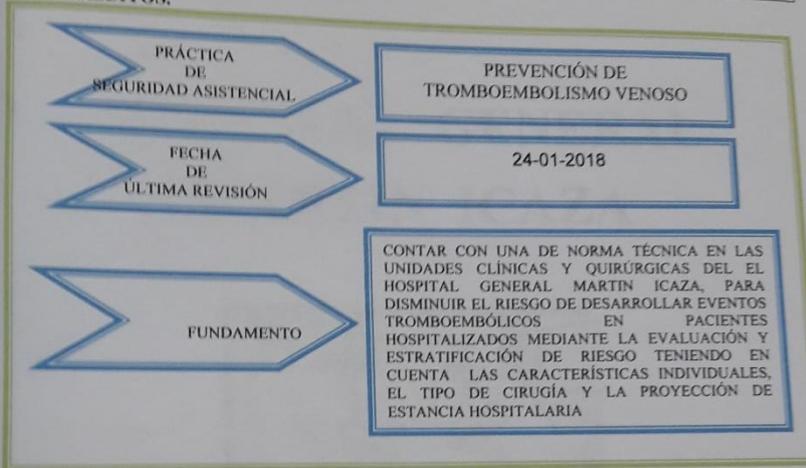
PROCESO

CALIDAD

PRÁCTICA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL
PREVENCIÓN DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO

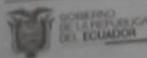
Página 3 de 20

2.-CREDITOS.



ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROBADO POR:
LIC. ELIZABETH VALDEZ RESPONSABLE DE SALA SAN JOSE	DR. LUIS SALTOS ROMAN DIRECTOR MÉDICO ASISTENCIAL	ING. FAUSTO CEPEDA ALVARADO GERENTE HOSPITALARIO

HISTORIAL DE MODIFICACIONES DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
VERSION	FECHA	APARTADO MODIFICADO	MODIFICACIÓN REALIZADA
1	17-MARZO-2015	1ERA REVISIÓN	INICIAL
2	05-03-2017		Actualización conforme a Manual oficial de Seguridad del paciente del MSP
3	24-01-2018	Créditos	Actualización de Firmas



Malecón 9 de Octubre #1400 y Barreiro
Teléfono: 593(5)730-218



5. INTRODUCCIÓN

En el Ecuador como en todo el mundo la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una condición clínica con alta morbimortalidad.

El Hospital General Martin Icaza, es considerado la Unidad Médica de referencia provincial en la Provincia de Los Ríos, para la resolución de problemas clínicos y quirúrgicos durante el año 2014 se registraron 7737 ingresos hospitalarios de los cuales; 3465 fueron para resolución quirúrgica, y 1352 para el Servicio de Medicina Interna con condiciones asociadas a la edad y comorbilidades que los predispone a eventos tromboembólicos razones por las cuales la elaboración de un protocolo de prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en la Institución se fundamenta.

El presente protocolo reúne las recomendaciones dadas en el III Comité

Consenso sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica Pulmonar realizado en el año 2011 con la participación de un equipo multidisciplinario convocado por la Sociedad Ecuatoriana de Tórax (SET) siendo escogidas por su alto apego a la realidad nacional, y su rigurosidad al usar niveles de evidencia médica para cada una de sus recomendaciones.

6.- ANTECEDENTES

La prevalencia de La trombosis venosa profunda—generalmente abreviada como TVP—consiste en la formación de un coágulo sanguíneo o *trombo* en una vena profunda. Es una forma de trombosis venosa que usualmente afecta las venas en la parte inferior de la pierna y el muslo, como la vena femoral o la vena poplítea, o las venas profundas de la pelvis. De vez en cuando las venas del brazo se ven afectadas que si es de aparición espontánea, se conoce como enfermedad de Paget-Schrötter. Puede presentarse a cualquier edad, aunque es frecuente en personas mayores de 50 años. A diferencia de las venas superficiales, cercanas a la piel, las venas profundas se encuentran entretejidas en los grupos de músculos.

En TVP puede ocurrir sin síntomas, pero en muchos casos la extremidad afectada se vuelve dolorosa, hinchada, roja, caliente y las venas superficiales puede distenderse repletas de sangre que circula mal. La mayor complicación de una TVP es que podría desalojar el coágulo y viajar a los pulmones, causando una embolia pulmonar. Por lo tanto, la TVP es un



emergencia médica, que si está presente en la extremidad inferior hay un 3% de probabilidad de que sea letal para el individuo.² Una complicación tardía de la TVP es el síndrome postflebitico, que puede manifestarse como edema, dolor o malestar y trastornos en la piel.

Según la tríada de Virchow, la trombosis venosa se produce a través de tres mecanismos: disminución del flujo sanguíneo, daños a la pared de los vasos sanguíneos y una mayor tendencia de la sangre a que se coagule (hipercoagulabilidad). Varias condiciones médicas pueden conducir a la TVP, como la compresión de las venas, trauma físico, el cáncer, infecciones, enfermedades inflamatorias y algunas condiciones específicas, tales como accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca o el síndrome nefrótico.

Hay varios factores que pueden aumentar el riesgo de TVP, incluyendo la cirugía, hospitalización, inmovilización—por ejemplo, cuando se utilizan moldes ortopédicos, o durante los vuelos de largo recorrido, conocida como el síndrome de clase económica—, el tabaquismo, la obesidad, la edad, ciertos medicamentos, como el estrógeno o la eritropoyetina y la tendencia innata a formar coágulos conocida como trombofilia como en el caso de portadores de factor V Leiden.³ Las mujeres tienen un mayor riesgo durante el embarazo y el periodo postnatal.

La prueba diagnóstica más utilizada para el diagnóstico de la TVP incluye un examen de sangre llamada Dímero-D y el ultrasonido doppler de las venas afectadas. A veces, se requiere la realización de otros exámenes para encontrar la causa de la TVP.

Para la prevención de la TVP se recomienda el uso de anticoagulantes, compresión graduada (también conocido como medias tromboembólicas) o dispositivos de compresión neumática intermitente.

7.- MARCO LEGAL

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

El artículo 32 de la Constitución de la República establece que: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Manual de Seguridad del Paciente/Usuario dispone como practica segura la Prevención de Tromboembolismo Venoso para sistema todo el Sistema de Salud a Nivel Nacional

8.-OBJETIVOS

8.1.-GENERAL

Disminuir la incidencia de tromboembolismo venoso en los pacientes atendidos en el Hospital Martin Icaza para lo que se requiere aplicar medidas de profilaxis en pacientes con riesgo de tromboembolismo Venoso.

8.2.-ESPECÍFICOS:

- 1.-Estandarizar un formulario para registro de la Prevención de Tromboembolismo Venoso.
- 2.-Capacitar al personal en esta Práctica de Seguridad Asistencial
- 3.-Monitorizar el cumplimiento de esta Práctica Asistencial e informar mensualmente
- 2.-Contribuir con la recuperación de los pacientes evitando el apareamiento de complicaciones cardiovasculares mediante la aplicación de medidas de prevención tromboembolias en la Institución.

9.- AMBITO DE LA APLICACIÓN

Este Protocolo es de aplicación en los servicios de hospitalización de las áreas Clínicas y Quirúrgicas del Hospital General Martin Icaza, incluyendo el área de cuidado crítico, por lo tanto es de responsabilidad de los profesionales relacionados a mencionadas áreas de la Institución.

10.-PRESENTACION DE LA NORMA.

El tromboembolismo venoso es el término colectivo para trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, es una complicación grave, las mismas pueden aparecer secundariamente a una intervención quirúrgica o una enfermedad médica durante el ingreso hospitalario, complicando la evolución del paciente.

La alta prevalencia de tromboembolismo venoso en pacientes ingresados, la clínica silente en la mayoría de ellos; y el elevado riesgo de morbi-mortalidad asociados con la no prevención, son causas esenciales que justifican su profilaxis.

La evidencia muestra que la identificación de pacientes con factores de riesgo y aplicar acciones basadas en la evidencia, reducen o evitan sustancialmente la incidencia de tromboembolismo venoso. El objetivo es disminuir la incidencia de tromboembolismo venoso en los pacientes atendidos en los establecimientos de salud; para lo que se requiere aplicar medidas de profilaxis en pacientes con riesgo de tromboembolismo Venoso en todos los establecimientos de salud.

11.- LINEAMIENTOS DEL PROCESO.

Las medidas profilácticas deberán estar dirigidas a impedir la formación del trombo. En general distinguimos dos tipos de profilaxis, la primaria y la secundaria. La primaria se refiere al manejo de todos los pacientes en riesgo mediante métodos físicos y/o farmacológicos.

La profilaxis secundaria se refiere a pacientes que se les diagnostica una Tromboembolia Venosa subclínica, mediante exámenes especializados, y se realiza tratamiento en forma completa.

11.1.-MEDIDAS PROFILÁCTICAS PRIMARIAS, EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

- a) Profilaxis de medicamentos dentro de las 48 horas.
- b) Mitigar el dolor relacionado con el edema tisular y obstrucción del flujo sanguíneo.
- c) Mantener elevada la zona afecta. (Posición Trendelenburg)
- d) Educar al paciente sobre la importancia de la administración de los medicamentos prescritos.
- e) Uso de medias anti-embólicas o vendas elásticas.
- f) Vigilar signos de hemorragia.
- g) Mantener en reposo al paciente con las medidas adecuadas según su patología.

11.2.-MEDIDAS PROFILÁCTICAS SECUNDARIAS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

- a) Administración de medicamentos prescritos por el médico.
- b) Vigilar signos de alarma de sangrado.
- c) Movilización del paciente tan pronto sea posible luego de la cirugía.

COORDINACIÓN ZONAL 5 – SALUD – HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA		PROCESO	CALIDAD
 Ministerio de Salud Pública	COORDINACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Página 10 de 20	
	PRÁCTICA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL PREVENCIÓN DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO		

- d) Uso de botas de compresión secuencial en quirófano y sala de recuperación post quirúrgica.
- e) Uso de medias anti embólicas o vendas elásticas.
- f) Deambulación precoz si cursa por el período post operatorio.
- g) Control de exámenes de laboratorio.
- h) Al egreso de los pacientes, se planificará su seguimiento en consulta externa.

11.3.-EVALUACIÓN DEL RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS.

- a) Identificar los pacientes con factores de riesgo relacionados con trombosis venosa profunda, tromboembolismo venoso y embolia pulmonar.
- b) Proporcionar los cuidados de profilaxis acorde a la mejor evidencia disponible.
- c) El profesional médico responsable del cuidado del paciente, verificará si está documentada la evaluación de riesgo según el protocolo definido por el establecimiento en la historia clínica previa a la intervención quirúrgica.
- d) Todo paciente sometido a cirugía con factores de riesgo de acuerdo a la evaluación previa, el profesional médico responsable del cuidado del paciente confirmará que están indicadas las medidas preventivas de acuerdo al protocolo local.
- e) El profesional médico responsable del cuidado del paciente verificará que se están realizando las medidas preventivas indicadas y si existe constancia de ello en las historia clínica del paciente.
- f) Identificar a los pacientes con cirugías ortopédicas mayores y asegurarse de proporcionar la adecuada profilaxis post-egreso.

12.- ACCIONES DEL ESTABLECIMIENTO Y EQUIPO DE SALUD

- a) Elaborar e implementar un protocolo de tromboprofilaxis en los pacientes con factores de riesgo ingresados en el establecimiento de salud.
- b) El equipo de salud designado autoevaluará y/o evaluará el cumplimiento del protocolo definido en el establecimiento y establecerá las acciones de mejora.
- c) Reportar en el formulario de “Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente” siendo responsabilidad de todos los miembros del equipo de salud su notificación.

- 2.- Para pacientes quirúrgicos con riesgo moderado que son sometidos a un procedimiento menor, con edad entre 40 y 60 años o que tienen factores de riesgo adicionales, o aquellos que son sometidos a cirugía mayor y tienen más de 40 años sin factores de riesgo adicionales, se recomienda HNF a dosis de 5000 UI cada 12 horas o Heparina de bajo peso molecular.
- 3.- En pacientes sometidos a cirugía general de alto riesgo, se recomienda profilaxis con HNF a dosis de 5000 UI tres veces al día o Heparina de bajo peso molecular.
- 4.- En pacientes quirúrgicos de alto riesgo que tengan asociados otros factores de riesgo, se recomienda que, además de los métodos farmacológicos se combinen con métodos no farmacológicos.
- 5.- En los pacientes con alto riesgo de sangrado se recomienda usar métodos no farmacológicos hasta que pase el riesgo de sangrado, para luego sustituir con métodos farmacológicos.

14.2.-RECOMENDACIONES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

- 1.- Sin factores de riesgo asociados se recomienda la movilización temprana.
- 2.- Con factores de riesgo asociados se recomienda tromboprofilaxis con Heparina no fraccionada o Heparina de bajo peso molecular.

14.3.-RECOMENDACIONES EN TRAUMATOLOGÍA

EN ARTROPLASTIA DE CADERA

- 1.- Heparina de bajo peso molecular (a dosis de alto riesgo, iniciar 12 horas antes de la cirugía o 12 – 24 horas después de la cirugía.
- 2.- En los pacientes con riesgo de sangrado se recomienda el uso de compresión neumática intermitente, luego que pase el riesgo se recomienda usar método farmacológico o la asociación entre los 2 métodos.
- 3.- Se recomienda mantener tromboprofilaxis por 10 hasta 30 días luego de la cirugía con Heparina de bajo peso molecular.

EN ARTROPLASTIA DE RODILLA

- 1.- HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR a dosis de alto riesgo o dosis ajustadas de antagonistas de vitamina K para mantener INR entre 2 y 3.
- 2.- El uso óptimo de los dispositivos mecánicos es una alternativa a la profilaxis anticoagulante.
- 3.- Se recomienda mantener tromboprofilaxis por 10 hasta 30 días luego de la cirugía con HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR.

19.-DOSIS RECOMENDADAS DE LAS DIFERENTES HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR

Tabla 1.

RIESGO	ENOXAPARINA	DALTEPARINA	NADROPARINA
Riesgo Moderado	20 mg/24 horas	2500 UI/24 h	3000 UI/24 h
Riesgo Alto	40 mg/24 horas	5000 UI/24 h	4000 UI/24 h 6000 UI/24 h
Inicio	Preoperatorio	Preoperatorio	Preoperatorio

A partir de lo expuesto y basado en evidencia científica en el Hospital General Martín Icaza, desarrolla las siguientes recomendaciones dependientes de la especialidad y las características del paciente.

20.- MONITOREO Y EVALUACIÓN.

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el clasificación, tratamiento y cuidados de pacientes con riesgos de Tromboembolismo venos. Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención garantizando la seguridad del paciente, facilitar un trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial. Estas actividades serán monitorizadas por:

- Supervisoras del área, Operativas.
- Enfermera responsable de esta POR

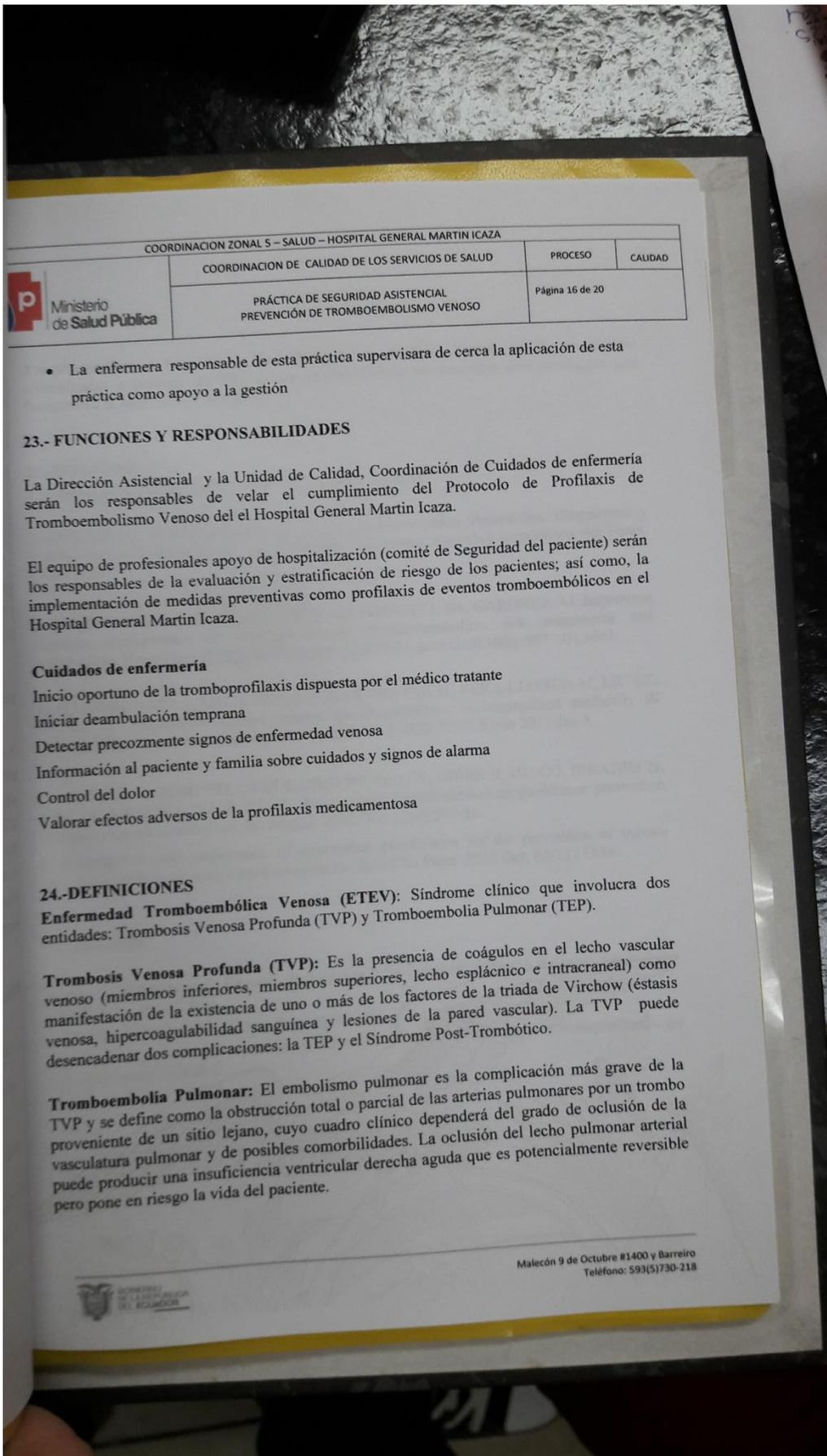
21.- MUESTRA DE LOS INDICADORES

Prevalencia = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes positivos con Tromboembolismo venoso}}{\text{Total de pacientes en riesgos de Tromboembolismo venoso en El periodo.}}$

% de HC donde se aplicó medidas de tromboembolismo Venoso/Total Pacientes Atendidos

22.-METODOLOGIA DEL INFORME

- Se notificara mensualmente los 3 primeros días de cada mes, se entregara a gestión de calidad.



COORDINACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PROCESO	CALIDAD
PRÁCTICA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL PREVENCIÓN DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO	Página 16 de 20	

- La enfermera responsable de esta práctica supervisara de cerca la aplicación de esta práctica como apoyo a la gestión

23.- FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

La Dirección Asistencial y la Unidad de Calidad, Coordinación de Cuidados de enfermería serán los responsables de velar el cumplimiento del Protocolo de Profilaxis de Tromboembolismo Venoso del el Hospital General Martin Icaza.

El equipo de profesionales apoyo de hospitalización (comité de Seguridad del paciente) serán los responsables de la evaluación y estratificación de riesgo de los pacientes; así como, la implementación de medidas preventivas como profilaxis de eventos tromboembólicos en el Hospital General Martin Icaza.

Cuidados de enfermería

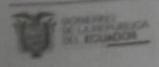
- Inicio oportuno de la tromboprofilaxis dispuesta por el médico tratante
- Iniciar deambulacion temprana
- Detectar precozmente signos de enfermedad venosa
- Información al paciente y familia sobre cuidados y signos de alarma
- Control del dolor
- Valorar efectos adversos de la profilaxis medicamentosa

24.-DEFINICIONES

Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE): Síndrome clínico que involucra dos entidades: Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Tromboembolia Pulmonar (TEP).

Trombosis Venosa Profunda (TVP): Es la presencia de coágulos en el lecho vascular venoso (miembros inferiores, miembros superiores, lecho esplácnico e intracraneal) como manifestación de la existencia de uno o más de los factores de la triada de Virchow (éctasis venosa, hipercoagulabilidad sanguínea y lesiones de la pared vascular). La TVP puede desencadenar dos complicaciones: la TEP y el Síndrome Post-Trombótico.

Tromboembolia Pulmonar: El embolismo pulmonar es la complicación más grave de la TVP y se define como la obstrucción total o parcial de las arterias pulmonares por un trombo proveniente de un sitio lejano, cuyo cuadro clínico dependerá del grado de oclusión de la vasculatura pulmonar y de posibles comorbilidades. La oclusión del lecho pulmonar arterial puede producir una insuficiencia ventricular derecha aguda que es potencialmente reversible pero pone en riesgo la vida del paciente.





Tromboprofilaxis: Consiste en la aplicación de medidas físicas y/o farmacológicas encaminadas a prevenir el TEV y sus complicaciones en pacientes con patologías que favorecen a la aparición de trombosis.

25.-BIBLIOGRAFIA

- 1.-Manual de Seguridad del Paciente/Usuario 2016 del MSP
- 2.-ROSERO, C; GUTIERREZ, M. III Comité Consenso sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica Pulmonar. Sociedad Ecuatoriana del Tórax. Quito 2011
- 3.-GOLDHABER SZ, ORTEL TL, BERRY CA, STOWELL SA, GARDNER AJ. Improving clinician performance of inpatient venous thromboembolism risk assessment and prophylaxis. *Hosp Pract (1995)*. 2013 Apr; 41(2):123-31. doi: 10.3810/hp.2013.04.1061.
- 4.-PENDERGRAFT T, LIU X, EDELSBERG J, PHATAK H, VERA-LLONCH M, LIU LZ, OSTER G. Prophylaxis against venous thromboembolism in hospitalized medically ill patients. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013 Jan 1; 6(1):75-82. Epub 2013 Jan 8.
- 5.-LIEW NC, CHANG YH, CHOI G, CHU PH, GAO X, GIBBS H, HO CO, IBRAHIM H, KIM TK, KRITPRACHA B, ET AL. Asian venous thromboembolism guidelines: prevention of venous thromboembolism. *Int Angiol*. 2012 Dec; 31(6):501-16.
- 6.-DOBESH P. The importance of appropriate prophylaxis for the prevention of venous thromboembolism in at-risk medical patients. *Int J Clin Pract*. 2010 Oct; 64(11):1554-

26.-ANEXOS.

- Anexo 1.-** Formulario de Registro de Prevención de Tromboembolismo venoso Formulario Codificado con GC 044
- Anexo 2.-** Matriz de Monitoreo de cumplimiento.
- Anexo 3.-** Tablas de consulta. Niveles de Tromboembolismo y tromboprofilaxis en pacientes hospitalizados

19. - ANEXOS

SERVICIO	REGISTRO DE NIVEL DE RIESGO		NIVEL DE RIESGO DE ACUERDO A ESCALA LOCAL			MEDIDAS INSTALADAS		VERSIÓN	
	SI	NO	BAJO	MEDIO	ALTO	MECANICAS	FARMACOLOGICAS	CODIGO	
								TODAS LAS MEDIDAS INSTALADAS	
SAN JOSE								2	
SAN VICENTE								GC - 044 B	
SANTA LUISA									
SANTA MAGDALENA									
LABOR DE PARTO									
MATERINIDAD									
EMERGENCIA									
TOTAL									
FECHA DE INFORME	NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL MONITOREO					CARGO	FIRMA DE RESPONSABILIDAD		

SNS-MSP-GC-HGMI-Form-044-B



Malecón 9 de Octubre #1400 y Barreiro
 Telefono: 593(5)730-218

COORDINACIÓN ZONAL 5 – SALUD – HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA		
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	COORDINACIÓN LOCAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PROCESO
	PRÁCTICA SEGURA ASISTENCIAL PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	Página 6 de 20

6.- ANTECEDENTES

La prevalencia de las úlceras por presión en la población hospitalizada muestra una amplia variabilidad, entre el 3,5% y el 29%. El desarrollo de una úlcera por presión supone la precipitación de otros numerosos problemas, por lo que su prevención es primordial, además de un indicador de la calidad asistencial. Las úlceras por presión prolongan el tiempo de estancia hospitalaria y aumentan los costos de atención, con medidas adecuadas se pueden evitar en un porcentaje importante de los casos.

En la actualidad el interés en el cuidado relacionado con estas lesiones ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas ya que se estima que hasta el 95-98% de las UPP son evitables.

Las personas exigen una atención directa y diaria de profesionales y cuidadores para evitar la aparición de UPP o conseguir su curación. Estas actuaciones terapéuticas elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costes, tanto directos como indirectos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las considera como un indicador de calidad asistencial.

7.- MARCO LEGAL

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

El artículo 32 de la Constitución de la República establece que: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Manual de Seguridad del Paciente/Usuario dispone como práctica segura la Prevención de Úlceras por Presión para sistema todo el Sistema de Salud a Nivel Nacional

8.-OBJETIVOS

8.1.-Objetivo General

Disminuir la incidencia de úlceras por presión en pacientes que reciben atención en los pacientes atendidos en el Hospital Martín Icaza.

8.2 Objetivos Específicos

1. Identificar a la población que presente riesgo de desarrollar úlcera por presión mediante la aplicación de las diferentes escalas de valoración.
2. Definir los cuidados, procedimientos e intervenciones en la prevención y tratamiento de las UPP, analizando su grado de evidencia científica.
3. Optimizar el uso de los recursos existentes adecuándolos a las necesidades de la población y los profesionales.

4. Promover la información a todos los profesionales y cuidadores informales relacionados con la atención a las personas en riesgo de padecer o que padezcan UPP.

9.- AMBITO DE LA APLICACIÓN

Se aplicará en los usuarios/as que se encuentran por más de 72 horas en las unidades/ servicios, tales como: hospitalización, Emergencia/observación, del Hospital General Martin Icaza.

10.-PRESENTACION DE LA NORMA.

Las úlceras por presión representan un importante problema asistencial dado su prevalencia y el impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes. Además, supone en la actualidad, uno de los capítulos más importantes del quehacer de los profesionales de enfermería y ocasionan un enorme costo al sistema sanitario.

Las intervenciones preventivas que han tenido impacto sobre la disminución de úlceras por presión son

- a.- Cambios posturales (planes individuales, movilización programada frecuente)
- b.- Uso de superficies de apoyo que alivien la presión (estáticos de baja presión: colchones de agua, aire, fibra, espuma.
- c.- Hidratación de la piel en la zona sacra.
- d.- Mejorar el estado nutricional.

11.- EVALUACIÓN DEL RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

- a) Evaluar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión a cada paciente hospitalizado independientemente del servicio clínico o localización al interior del establecimiento de salud.
- b) En el caso de personas con discapacidad, en cuidados paliativos a largo plazo y otras con riesgo de desarrollar úlceras por presión, se realizará la respectiva valoración del riesgo durante la atención domiciliaria.
- c) Aplicar una escala de riesgo validada por los profesionales de enfermería (Braden, Norton u otra, dependiendo de la evaluación del riesgo) en todos los pacientes hospitalizados principalmente en unidades de cuidados críticos de adultos y pediátricos, en todas las especialidades dentro de las 48 horas de su ingreso, cada vez que cambien las condiciones del paciente o por cambio de servicio y en pacientes que requieran atención domiciliaria.

- b) Los equipos de atención integral en salud del primer nivel de atención, serán los responsables de verificar el cumplimiento de las medidas profilácticas definidas al egreso hospitalario y ejecutar las acciones de salud según el plan de atención domiciliaria.
- c) El paciente, la familia y/o cuidadores serán corresponsables de la ejecución de las medidas profilácticas definidas por los equipos de salud en general y de comunicar cualquier tipo de alteración en la integridad de la piel.
- d) Los equipos de salud registrarán cualquier signo de alarma informado por los familiares y/o cuidadores y realizarán las acciones correspondientes de manera oportuna según el protocolo establecido para la prevención de úlceras por presión.

14.- CONSIDERACIONES PREVIAS.

A) Centradas en el paciente:

- Valorar el estado general del paciente.
- Valorar presencia de dolor.

B) Centradas en el personal:

- Cumpla las recomendaciones sobre el manejo de pesos y cargas del hospital.
- Lavado higiénico de las manos.
- Cumpla las normas universales sobre prevención de transmisión de infecciones del hospital.

15.- CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Un plan básico de cuidados locales de la úlcera debe contemplar:

1. Desbridamiento del tejido necrótico.
2. Limpieza de la herida.
3. Descripción del estado de las lesiones.
4. Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.
5. Prevención y abordaje de la infección bacteriana.

b.- LIMPIEZA DE LA LESIÓN.

➤ Limpie las lesiones inicialmente y en cada cura. Utilice como norma suero salino fisiológico.

Use la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera, así como para su secado posterior. Use una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre del detritus, bacterias y restos de curas anteriores pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o por ejemplo, la que realizamos a través de una jeringa de 35 ml. con una aguja o catéter de 0,9 mm que proyecta el suero fisiológico sobre la herida a una presión de 2 kg./cm². Las presiones de lavado de la úlcera efectivas y seguras oscilan entre 1 y 4 kg./cm².

➤ No limpie la herida con antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipocloritos) o limpiadores cutáneos. Todos los productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

16.- LA COLONIZACIÓN Y LA INFECCIÓN BACTERIANA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas.

En la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

El diagnóstico de la infección asociada a úlcera por presión, debe ser fundamentalmente clínico.

Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son:

- Inflamación (eritema, edema, tumor, calor).
- Dolor.
- Olor.
- Exudado purulento.

La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente: déficit nutricional, obesidad, fármacos (inmunopresores, citostáticos), enfermedades concomitantes (diabetes, neoplasias), edad avanzada, incontinencia, etc. y otros relacionados con la lesión (estado, existencia de tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, lesiones átonas, alteraciones circulatorias en la zona, etc.)



Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse la limpieza y el desbridamiento.

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos.

Identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

Control de la infección:

- Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales
- Utilice guantes limpios y cámbielos con cada paciente, el lavado de manos entre los procedimientos con los pacientes es esencial.
- En pacientes con varias úlceras, comience por la menos contaminada.
- Use instrumentos estériles en el desbridamiento quirúrgico de las úlceras por presión.
- No utilice antisépticos locales.
- Los antibióticos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis
- Cumpla con la normativa de eliminación de residuos de su institución.

17.- CLASIFICACION DE LAS ULCERAS POR PRESION:

Grado I



Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras pueden presentar tonos rojos, azules o morados.



En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría).
- Consistencia del tejido (edema o induración).
- Y /o sensaciones (dolor, escozor).

Grado II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Grado III



Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente. Puede presentarse en forma de cráter, a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

Grado IV



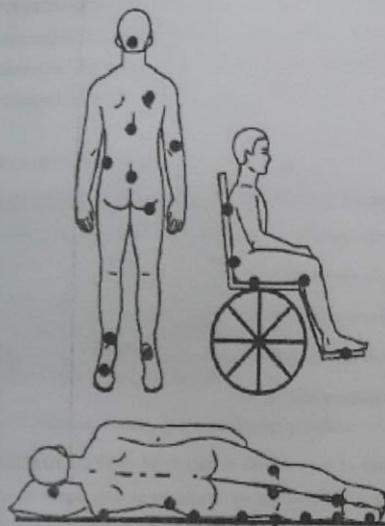
Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).



En este estadio, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

18.- LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES EN ORDEN DESCENDIENTE:



- Sacro.
- Talón.
- Maléolos externos.
- Glúteos.
- Trocánteres.
- Escápulas.
- Isquión.
- Región occipital.
- Codos.
- Crestas ilíacas.
- Orejas.
- Apófisis espinosas.
- Cara interna de las rodillas.
- Cara externa de las rodillas.
- Maléolos internos.
- Bordes laterales de los pies.

19.- LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS ÚLCERAS YATROGÉNICAS:

- Nariz: Por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- Labios, lengua y encías: Por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario: Por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz: Por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Mucosa gástrica y rectal: Por sonda nasogástrica y rectal.
- Cintura pelviana y zonas blandas: Por pliegues de las sábanas.
- Muñecas y codos: En personas con sujeción mecánica.



20.- CAMBIOS POSTURALES.

POSICIONES: Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas.

DECUBITO SUPINO:



Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de los gemelos.
- Una manteniendo la posición de la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional).

No se debe producir presión sobre:

- Talones, cóccix, sacro, escápulas y codos.

PRECAUCIONES: Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada (evitando la hiperextensión), codos estirados y manos en ligera flexión. Las piernas deben quedar ligeramente separadas. Si la cabecera de la cama debe elevarse, procurar que no exceda de 30°.

Evitar la rotación del trocánter.

Evitar la flexión plantar del pie.

DECUBITO LATERAL:



➤ Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una separando las rodillas y otra el maléolo externo de la pierna inferior.
- Una debajo del brazo superior.

No se debe producir presión sobre: Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos.

PRECAUCIONES:

La espalda quedará apoyada en la almohada, formando un ángulo de 45 -60°.

Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra.

Los pies formando ángulo recto con la pierna.

Si la cabecera de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.

POSICION SENTADA: Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:



- Una detrás de la cabeza.
- Una debajo de cada brazo.
- Una debajo de los pies.

No se debe producir presión sobre:

- Omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.

PRECAUCIONES: La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme. No se permitirá la situación inestable del tórax.

En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros que faciliten su movilización.

Es importante que estén sentados correctamente, los pies y manos deben conservar una posición funcional.

II.- MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las úlceras por presión. Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar un trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial.

Se verificará mensualmente el cumplimiento de esta Práctica mediante verificación del expediente clínico para evidenciar el registro en el formulario aprobado

22.- INDICADORES

Descripción	% de usuarios con úlceras por presión.
Formato	$\text{Incidencia} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{pacientes que desarrollan úlceras por presión en un periodo determinado}}{\text{Total de pacientes en estudio durante ese periodo (mes)}}$

23.-METODOLOGIA DEL INFORME

- El informe de la supervisión se realizara dentro de los 3 primeros días de cada mes.
- El informe deberá adjuntarse las matrices de supervisión.
- Se enviara el informe vía Quípux al Departamento de Calidad, con copia a la Dirección Asistencial y Gestión de Cuidados de Enfermería.

24.-DEFINICIONES

PRESIÓN: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.)

FRICCIÓN: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimiento o arrastre.

FUERZA EXTERNA DE PINZAMIENTO VASCULAR: Combina los efectos de la presión y fricción (posición de Fowler, que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar presión en sacro y presión sobre la misma zona)

MACERACIÓN: Provocada por exceso de humedad, por causas como incontinencia fecal o urinaria, sudoración profusa o mal secado de la piel tras el lavado. Produce deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.

EPIDERMIS: Tiene un grosor entre 0,07 y 0,12 mm y puede alcanzar 1,4mm en las plantas de los pies y 0,8 mm en las palmas de las manos.

DERMIS: Su grosor no puede medirse exactamente, pues se continúa con la hipodermis sin que haya una frontera definida entre ambas. El promedio es 1-2 mm.

HIPODERMIS: Es la capa situada por debajo de la dermis y está formada por tejido conjuntivo laxo, con fibras colágenas y elásticas orientadas en todas direcciones, pero fundamentalmente paralelas a la superficie de la piel.

COORDINACIÓN ZONAL 5 – SALUD – HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA			
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	COORDINACIÓN LOCAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PROCESO	CALIDAD
	PRÁCTICA SEGURA ASISTENCIAL PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	Página 17 de 20	

25.-BIBLIOGRAFIA

- Grupo Nacional para el Estudio y asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Abril 2002.
- Protocolo de cuidados en Úlceras por Presión. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Área de Enfermería.
- Guía Práctica en la Atención de las úlceras de Piel. J. Javier Soldevilla.
- Protocolo de Prevención y Curación de Úlceras por Presión. Hospital Universitario “Puerta de Hierro”.
- Guía de Cuidados Enfermeros. Úlceras por Presión. INSALUD, 1996 y actualización 1999.
- Guía de Prevención y Cuidados de las Úlceras. Hospital Universitario “Princesa de España”, Jaén.
- Guía KNOLL. Cicatrización de Úlceras y Heridas. Mayo 1998.
- Enfermería Clínica avanzada. Atención a pacientes agudos. Capítulo 11: Cuidado de Heridas.
- Pamela Stinson Kidd y Kathleen Dorman Wagner.
- Alimentación y dieta terapia. Cervera P.; Clapes J. Rigolfas R.; 3ª Edición, 1999 Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Cuidados de Enfermería Saunders. Luckmann 2000. Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Enfermería Médico-Quirúrgica. Brunner L.S.; Suddarth D.S. 6ª Edición, 1998. McGraw-Hill Interamericana.

COORDINACION ZONAL 5 – SALUD – HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA			
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	COORDINACIÓN LOCAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD		PROCESO
	PRÁCTICA SEGURA ASISTENCIAL		Página 18 de 29
	PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN		

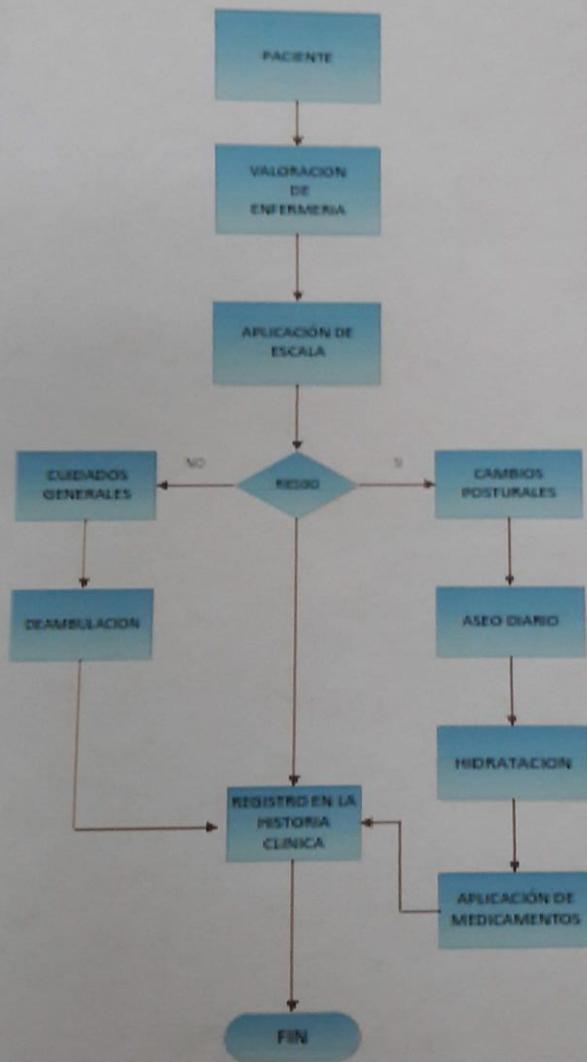
26.-ANEXOS

Anexo 1.- Formulario de registro de Prevención de Ulceras por Presión

Anexo 2.- Flujograma

FLUJOGRAMA

FLUJOGRAMA DE ATENCION A PACIENTES ULCERA CON PRESION



Anexo N°20: Revisión de proyecto de titulación en el programa Urkund de la Universidad Estatal de Bolívar.

URKUND ★ PROBAR LA NUEVA BETA DE URKUND

Documento: [TESIS FINAL EVELYN - MARCO 2019.pdf \(D54268693\)](#)

Presentado: 2019-07-01 18:06 (-05:00)

Presentado por: pamesalazarenf@gmail.com

Recibido: nparedes.ueb@analysis.orkund.com

Mensaje: [Mostrar el mensaje completo](#)

5% de estas 40 páginas, se componen de texto presente en 14 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

- https://www.cilise.es/files/libros/BOOK_08.pdf#page=138
- <https://doi.org/10.1093/asj/sjv198>
- VALLES RONALD Y PARRA ANABELLA.docx
- Tesis terminada.docx
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v33n3/v33n3a3.pdf>
- <https://www.patient-safety.va.gov/>
- ef22e9d5-abbf-43c9-96a0-f77bfed6f9c1

1 Advertencias Reinciar Exportar Compartir

65% #1 Activo

INTRODUCCIÓN	1 CAPITULO I
3.1 EL PROBLEMA	
3.1.1 Planteamiento del problema	
3.1.2. Formulación del problema	5 1.3.
Objetivos generales	6 1.3.1. Objetivos generales
	6 1.3.2. Objetivos específicos
6 1.4. Justificación	7 1.5.
Limitaciones	10 CAPITULO II
	11 2. MARCO
TEÓRICO	11 2.1.
Antecedentes	
de la investigación	11 2.2. Bases legales.
	13 2.3. Bases teóricas
	14 2.3.1. Escala
	14 2.3.2. Escala morse
	14 2.3.2.1. Caída
2.3.2.2 Factores de riesgo	16 2.3.2.3. Factores extrínsecos
	16 2.3.2.4. Factores intrínsecos
Valoración de riesgos	17 2.3.2.6. Identificación del paciente con riesgo de caídas
	17 2.3.3. Escala NORTON
	17 2.3.3.1. Ulceras por presión
	19 2.3.3.2. Localizaciones más fuertes
VII 2.3.3.3. Factores de riesgo	20 2.3.3.4. Valoración de riesgo
	20 2.3.3.5. Identificación del paciente con riesgo de úlceras por presión
CAPRINI	21 2.3.4. Escala
	21 2.3.4.1. Indicaciones de profilaxis

Paula...

Lic. Paredes