



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 25 de junio de 2026.

VISTOS: El Informe N.º 285-2026-DIRESA-HRM/05 de fecha 03 de junio de 2026, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad; el Informe N.º 738-2024-DIRESA-HRM/03 de la Oficina de Planeamiento Estratégico; el Informe N.º 047-2024-DIRESA-HRM/AFP; el Informe N.º 214-2024-DIRESA-HRM/16 del Departamento de Enfermería; las Actas de Reunión N.º 003-2024-GERESA-HRM/01 y N.º 023-2024-GERESA-HRM/01; y el Informe Legal N.º 112-2026-DIRESA-HRM/AL del Área de Asesoría Legal; y,

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 7º de la Constitución Política del Perú, todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; asimismo, el artículo 22º de la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, establece que la calidad de los servicios de salud es de interés público y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N.º 163-2020-MINSA se aprobó la Directiva Sanitaria N.º 92-MINSA/2020/DGAIN, denominada *"Directiva Sanitaria de Ronda de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"*, cuyo objeto es establecer las disposiciones técnicas para la identificación, gestión y mitigación de los riesgos asociados a la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS);

Que, asimismo, mediante la Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 308-2023-DIRESA-HRM/DE se aprobó la Directiva N.º 001-2023-HRM-UGC, denominada *"Lineamientos para la Elaboración de Guías Técnicas de Procedimientos Asistenciales, Manuales Operativos e Instructivos del Trabajo Asistencial del Hospital Regional Moquegua"*, la cual establece la metodología formal y obligatoria para la formalización de los instrumentos de gestión hospitalaria interna;

Que, mediante el Informe N.º 214-2024-DIRESA-HRM/16, la Jefatura del Departamento de Enfermería remitió la propuesta de la Guía Técnica denominada *"Guía Técnica de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados"*, sustentada formalmente en las Actas de Reunión N.º 003-2024-GERESA-HRM/01 y N.º 023-2024-GERESA-HRM/01, suscritas por el cuerpo clínico de dicho estamento asistencial;

Que, mediante el Informe N.º 047-2024-DIRESA-HRM/AFP, validado mediante el Informe N.º 738-2024-DIRESA-HRM/03 por la Oficina de Planeamiento Estratégico, se determinó la viabilidad técnica de la propuesta, concluyendo que cumple estrictamente con la estructura formal, coherencia interna y articulación dispuesta por las normas metodológicas de la entidad;

Que, a través del Informe N.º 285-2026-DIRESA-HRM/05, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad otorgó el **Visto Bueno** correspondiente, concluyendo que la citada guía técnica cumple con la metodología dispuesta en la Directiva N.º 001-2023-HRM-UGC, teniendo como finalidad implementar acciones de seguridad orientadas a disminuir los riesgos y mitigar la incidencia de eventos adversos por caídas accidentales durante la estancia de los usuarios en el Hospital Regional de Moquegua;

Que, el Área de Asesoría Legal, mediante Informe Legal N.º 112-2026-DIRESA-HRM/AL, ha efectuado el control posterior de legalidad, determinando que el expediente cumple con los requisitos sustantivos de validez exigidos por el





Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 25 de junio de 2026.

ordenamiento administrativo y el derecho sanitario vigente, resultando procedente la emisión del acto resolutivo que declare la aprobación de la referida guía y la obligatoriedad de su aplicación institucional;

Con los vistos de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Oficina de Planeamiento Estratégico y del Área de Asesoría Legal del Hospital Regional de Moquegua; y,

En uso de las facultades y atribuciones conferidas por el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 (Ley del Procedimiento Administrativo General), el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) vigente de la institución y la resolución de designación correspondiente;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.º.- APROBAR la **GUÍA TÉCNICA N.º GTPA-002-2026-HRM-DPTO. ENF.** denominada "GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS" del Hospital Regional de Moquegua, la misma que consta de diecisiete (17) folios y cinco (5) anexos, cuyo texto forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.º.- DISPONER que la Jefatura del Departamento de Enfermería, en coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad, proceda de forma inmediata con la socialización, implementación técnica y capacitación obligatoria de la Guía Técnica aprobada en el artículo primero, debiendo alcanzar a la totalidad del personal de salud de los servicios de hospitalización y áreas críticas de este nosocomio.

ARTÍCULO 3.º.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad y al Departamento de Enfermería, bajo responsabilidad funcional, el monitoreo, supervisión y evaluación periódica de la efectividad de las disposiciones y escalas de valoración contempladas en la presente Guía Técnica.

ARTÍCULO 4.º.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución y su documento técnico adjunto en el Portal Institucional del Hospital Regional de Moquegua, garantizando su difusión y acceso formal.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. RONALD J. VARGAS PALACIOS
CMP. 21861 - RNE 11627
DIRECTOR EJECUTIVO (e)

JVP/DIRECCIÓN
LBSQ/AL
(01) U. GESTIÓN DE CALIDAD
(01) D. DE ENFERMERÍA
(01) ESTADÍSTICA
(01) A. LEGAL
(01) ARCHIVO

CODIGO DE GUIA GTPA-002-2026-HRM-DPTO. ENF		DENOMINACION: "GUIA TECNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA: PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS"
TIPO DE GUIA GUIA TECNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL - GTPA		
FECHA 14-05-2026	FOLIOS Diecisiete (017)	
REEMPLAZA A: Ninguna		ELABORADA POR: Departamento de Enfermería



I. FINALIDAD

Implementar acciones de prevención de caídas de pacientes hospitalizados con criterios de seguridad del paciente y disminución del Riesgo de Caídas durante su estancia en el Hospital Regional de Moquegua.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Mejorar el cuidado e instaurar una estrategia de seguridad del paciente y sus efectos adversos derivados de las caídas, implementando una cultura de seguridad en el personal de salud.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar y evaluar, a pacientes con riesgo de caídas, valorando los factores intrínsecos de riesgo.
- Prevenir las caídas por auto lesiones o lesiones a otros.
- Minimizar el número de caídas mediante el desarrollo de medidas de prevención, identificando las causas e incidencias de los accidentes hospitalarios.
- Implementar y estandarizar el uso de medidas de contención y prevención eficaces en caso de caídas, en todas las unidades y/o servicios hospitalarios.
- Educar al paciente, al cuidador o su familia sobre el riesgo de caídas o lesiones por caídas, en la prevención e intervenciones.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica, está dirigida al Personal de Salud de los Servicios del Hospital Regional de Moquegua.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Procedimiento Asistencial: Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operacionales

El procedimiento es una variedad de acciones para ayudar a reducir la cantidad de caídas accidentales sufridas por los pacientes hospitalizados.

- a. **Caída:** Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad. (1)
- b. **Caídas accidentales:** Son involuntarias no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como: derrames en el piso, desorden, iluminación inadecuada, muebles inestables, fallas de equipo, tropezón, marcha anormal o débil, marcha con arrastre de los pies (son accidentes que no se pueden predecir, pero si se trabaja en el ambiente se pueden prevenir). (1)
- c. **Deambulación:** Se refiere a la forma como el paciente camina.
- d. **Riesgo de Caída:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. (2)
- e. **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso. (3)
- f. **Eventos adversos:** Es una Lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente. (3)

5.2. Consideraciones Básicas

- a. **Escala de valoración de riesgo de caídas:**

Es un instrumento que sirve para identificar todos los factores de riesgo relacionados a caídas y se utiliza como una estrategia para minimizar su incidencia. (4)



b. Escala de Macdems:

Se aplica en pacientes pediátricos de 0 a 12 años, es un instrumento que nos permite evaluar el riesgo de caídas. (2)

c. Escala de Morse (13 a 18 años y adultos):

Sirve para determinar factores de riesgo de caída y, en consecuencia, diseñar intervenciones específicas para reducirlos.

d. Escala de J.H. Downton (adultos mayores):

Se aplica en pacientes adultos mayores, permite recoger algunos de los factores con mayor incidencia, siendo una escala validada de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales. El punto de cohorte de esta escala se sitúa en 3 o más, que indica alto riesgo de caída. (3)

e. Factores de Riesgo:

Son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el individuo, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída. (6)

f. Factores Extrínsecos:

Son factores relacionados con la actividad que realiza o el ambiente en el que se encuentra.

- Riesgo del entorno del paciente (calzado, ropa, carencia inadecuada de ayudas técnicas para caminar o desplazarse).
- Riesgo del entorno en referencia, evacuación (vía y medio de evacuación, medidas de sujeción física/inmovilización).
- Altura de las camillas/camas, ausencia de anclaje, espacios reducidos, mobiliario que se transforma en un obstáculo.

g. Factores Intrínsecos:

Son factores relacionados con el propio sujeto que cae.

• Factores propios del Paciente:

- Edad: menores de 5 años y mayores de 65 años.
- Historia de caídas previas.
- Alteración del estado de conciencia.
- Alteración de la capacidad de percepción sensorial.
- Alteración de la capacidad motora, nivel funcional, alteración de la marcha, movilidad, equilibrio, mantenimiento postural, astenia.
- Trastornos en las facultades mentales, procesos de pensamientos, conductas.
- Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres.
- Existencia de barreras comunicativas.
- Alteración del estado nutricional, obesidad, carencia nutricional, déficit vitamínico, deshidratación.

• Factores propios de la Enfermedad:

- Enfermedades neurológicas, respiratorias, cardíacas, articulares, neurológicas, metabólicas, cardiovasculares, musculo esqueléticas.



- Dolor agudo y crónico, hábitos tóxicos
- Pacientes convalecientes de cirugía, quirúrgicos.
- Alteración en el control de la temperatura corporal.

• **Factores derivados del Tratamiento terapéutico:**

- Efectos adversos de la medicación (antidepresivo, antihistamínicos, antiarrítmico, diuréticos).
- Paciente con prótesis.
- Dispositivos que impiden la movilización (vías periféricas).

• **Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la Enfermedad:**

- No solicita ayuda cuando lo necesita.
- Afrontamiento del estado de la salud.
- Conducta ante el régimen terapéutico.

h. Grado de dependencia:

Consiste en la categorización de atención basada en la valoración de necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo.

i. Seguridad del Paciente:

Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención de salud.

5.3. Requerimientos Básicos

5.3.1. Recursos Humanos

- Licenciadas(os) en Enfermería
- Técnica(o) en Enfermería

5.3.2. Recursos Materiales

- Andadores
- Silla de ruedas
- Cunas
- Incubadoras
- Cama con barandas y frenos
- Camilla con barandas

5.3.3. Formatos

- Cartilla Informativa en Prevención de Caídas de Pacientes Hospitalizados para el cuidador primario. (ver **Anexo 01**).
- Escala de Riesgo de Caídas de Morse (ver **Anexo 02**).
- Instrutivo de Escala de Morse.
- Escala de Riesgo de Caídas de J.H Dowton - Adulto (ver **Anexo 03**).
- Instrutivo de Escala de Riesgo de Caídas de J.H Dowton.
- Escala de Riesgo de Caídas de Macdems - Pediátrico (ver **Anexo 04**).
- Instrutivo de Escala de Riesgo de Caídas de Macdems.
- Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos (ver **Anexo 05**).



VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. Descripción detallada del procedimiento

6.1.1. De la atención hospitalaria o internamiento:

- a. A todo paciente internado en áreas críticas, quirófanos u hospitalización, se le realizara la valoración del riesgo de caídas, principalmente:
 - Al ingreso hospitalario.
 - Al inicio de cada turno asistencial.
 - En cada cambio de turno de trabajo.
 - Cuando ocurra un cambio en el estado de salud del paciente y/o se amerite su traslado.
- b. De acuerdo con los resultados de la valoración, se clasificará el nivel de riesgo de caídas por colores:
 - Riesgo Bajo: Verde
 - Riesgo Medio: Amarillo
 - Riesgo Alto: Rojo
- c. Para identificar a los pacientes de riesgo medio y alto, se coloca en la cabecera de la cama del paciente (ver **Anexo 05** de la Guía Técnica de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Prevención y Cuidado de Lesión por Presión).
- d. Los resultados de la valoración del riesgo de caída del paciente son registrados en el Kardex y Notas de Enfermería.

6.1.2. De los cuidados para la prevención de caídas:

- a. El personal de salud de los diferentes servicios debe estar sensibilizado y capacitado para identificar a las personas con probabilidad de un accidente por caída.
- b. Brindar atención de manera inmediata y brinda consejería en prevención de caídas a las personas con probabilidad de un accidente por caída.
- c. Vigilar que la cama se encuentre frenada las 24 horas del día y en posición baja.
- d. Vigilar que el paciente no deambule por suelos mojados, resbaladizos.
- e. Instaurar medidas de seguridad; explicar y orientar a los pacientes (de ser el caso), y cuidadores sobre el uso del timbre, subir las barandillas y poner al alcance los objetos de uso personal.
- f. Realizar recorridos frecuentes para la vigilancia de los pacientes con riesgo de caídas.
- g. Asistir al paciente en la eliminación de orina y/o heces, tanto si se encuentra en cama o si se levanta para su aseo, permaneciendo a su lado en todo el proceso si así lo requiere; de requerirlo, sentar al paciente al borde de la cama, antes de ponerlo de pie y permanecer con él hasta que se baje de la cama o ayudarlo.
- h. Observar al paciente durante y después de administrar el tratamiento, principalmente cuando se administra sedantes, hipotensores, hipoglucemiantes, diuréticos, antiarrítmicos, inotrópicos, entre otros.
- i. En pacientes con déficit sensorial (ceguera, hipoacusia y visión disminuida), mantener a su alcance sus objetos personales.



- j. Asegurar que los sistemas de frenos de las sillas, camas y camillas estén operativos, especialmente durante los desplazamientos y transferencia de pacientes.
- k. En el caso de niños y adolescentes que presentan limitaciones de deambulaci3n, el personal t3cnico brinda asistencia para su desplazamiento con la participaci3n activa del familiar.
- l. Brinda educaci3n al paciente sobre los cuidados para prevenir caídas, como la altura de la cama, pisos resbaladizos, uso de calzado apropiado con suela antideslizante y cerrada, acompa1amiento familiar durante el desplazamiento con el fin de evitar caídas.

6.1.3. Actuaci3n ante caídas:

- a. El personal de salud que identifica una caída brindara atenci3n inmediata dentro de su competencia t3cnica de acuerdo con la magnitud de la caída del paciente y comunica inmediatamente al m3dico de turno.
- b. Registra y notifica el incidente o evento adverso a la Unidad de Gesti3n de la Calidad (ver Anexo 05).
- c. El m3dico de turno, brinda atenci3n inmediata de acuerdo con la magnitud del da1o causado por la caída, tomando medidas de mitigaci3n e indicar el tratamiento de ser necesario.
- d. El m3dico es el responsable de informar a los familiares la ocurrencia de la caída y las medidas adoptadas.
- e. Vigilar la evoluci3n clínica del paciente en horas sucesivas a la caída y si amerita comunica al m3dico de turno para la reevaluaci3n.
- f. Si el paciente sufre una caída, aun aplicando las medidas de prevenci3n disponibles, se debe notificar a la Unidad de Gesti3n de la Calidad.



6.2. Indicaciones

A todos los pacientes que ingresen a los diferentes Servicios de Hospitalizaci3n.

6.3. Contraindicaciones

No existe contraindicaciones.

6.4. Efectos Adversos

No aplica.

6.5. Complicaciones

- Trauma inmediato.
- Heridas.
- Contusiones.
- Hematomas.

VII. RECOMENDACIONES

- Personal de Enfermería debe valorar el riesgo de caída al ingreso (primeras 24 horas).
- Educaci3n del paciente y al cuidador de las normas hospitalarias y recomendaciones para la prevenci3n.
- Notificaci3n de caídas, mediante el Registro de Incidente y Eventos Adversos.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2024 Octubre 28. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
2. GUÍA FASE PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA CAIDA. [Online].; 2017 [cited 2024 Octubre 24. Available from: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2021/guia_fase_caidas_0.pdf.
3. salud DSdRdsdpplgdrelae. MINSA. [Online].; 2024 [cited 2024 octubre 10. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5888.pdf>.
4. Guía de Procedimiento para prevención de caídas en Pacientes Hospitalizados. [Online].; 2019 [cited 2024 10 28. Available from: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/GP%20Ca%C3%ADdas%20firmada%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/GP%20Ca%C3%ADdas%20firmada%20(1).pdf).
5. Barrientos Sánchez J, Hernández-Cantorlb. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enferm. univ. 2013 octubre- diciembre; 10(04).
6. DIRECTIVA DE PRACTICAS SEGURAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS DE PACIENTES. ESSALUD. [Online]. [cited 2024 10 28. Available from: <https://repositorio.essalud.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12959/2069/Directiva%20de%20pr%C3%A1cticas%20seguras%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20ca%C3%ADdas%20de%20pacientes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.



IX. ANEXOS

- **ANEXO 01:** Cartilla Informativa en Prevención de Caídas de Pacientes Hospitalizados para el cuidador primario.
- **ANEXO 02:** Escala de Riesgo de Caídas de Morse.
- **ANEXO 03:** Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton.
- **ANEXO 04:** Escala de Riesgo de Caída Macdems.
- **ANEXO 05:** Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos.
- **ANEXO 06:** Criterios de Evaluación en Rondas de Seguridad del Paciente.

ANEXO 01

CARTILLA INFORMATIVA EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA EL CUIDADOR PRIMARIO

Educación a la Familia y/o Cuidador en Prevención de Caídas

Estimado Familiar / Cuidador:

Nuestra institución está comprometida en entregar una atención segura y de calidad en relación con la prevención de caídas de los pacientes durante su hospitalización. En este trabajo, que es tarea de todos, le agradeceremos pueda cumplir con los siguientes requerimientos:

- La cartilla que se encuentra en la unidad de cada paciente indicando alto riesgo de caídas no debe ser manipulado por personas que no conforman el equipo de salud.
- Si el personal deja las barandas de la cama del paciente arriba, usted no debe bajarlas, ya que esto incrementa el riesgo de caídas.
- El uso de las barandas en la cama es una medida de protección para el paciente, que debe ser respetada por los familiares y cumplida por el equipo de salud del servicio.
- El cuidador debe consultar al equipo de salud sobre la posibilidad del paciente para movilizarse fuera de la cama.
- Cuando el paciente desee levantarse, usted primero debe tocar el timbre, si corresponde.
- Si el paciente puede deambular, asegurarse que lo haga con ropa y calzado adecuados.
- El cuidador debe mantener comunicación con el equipo de salud, "reportando sus entradas y salidas".
- Cuando un paciente esté utilizando implementos de contención mecánica, es importante considerar que esto ha sido indicado por el médico tratante por seguridad del paciente, y en ningún caso estos deben ser manipulados sin supervisión o aviso al personal de turno.
- Las medidas de contención que se utilicen con el paciente (sujeción, sedación, etc.) indicadas por el médico durante la visita médica, incrementan las medidas de seguridad del paciente, no las evite ni rechace.
- Cuando el paciente post operado quiera levantarse, debe contar con indicación médica escrita en la HC para movilizarse y/o levantarse de la cama siendo siempre asistido la primera vez por personal de turno.



ANEXO 02

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE MORSE

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE MORSE (ADULTO)

APELLIDOS Y NOMBRES:			
N° DE HISTORIA CLÍNICA:		N° DE DNI:	
EDAD:		SEXO:	
SERVICIO:		N° DE CAMA:	

Escala de Riesgo de MORSE

ANTECEDENTES DE CAÍDAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES	NO	0
	SI	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	NO	0
	SI	15
AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN	REPOSO EN CAMA, AYUDA DE LA ENFERMERA	0
	MULETAS, BASTÓN, ANDADOR	15
	MUEBLES	30
CATÉTERES IV / VÍA HEPARINIZADA	NO	0
	SI	20
MARCHA (EQUILIBRIO / TRASLADO)	NORMAL, REPOSO EN CAMA, INMÓVIL	0
	DÉBIL	10
	ALTERADO	20
CONCIENCIA (ESTADO MENTAL)	ORIENTADO SEGÚN LAS POSIBILIDADES	0
	OLVIDA SUS LIMITACIONES	15
PUNTAJE OBTENIDO		

**Morse, J.M., R.M. & Tytko, S.J.: Development of a scale to identify the fall prone patient. Canadian Journal of Aging. 1998, 8:366 - 377.*

Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
MAYOR A 50 PUNTOS	RIESGO ALTO DE CAÍDA
DE 25 A 50 PUNTOS	RIESGO BAJO DE CAÍDA
MEJOR DE 24 PUNTOS	SIN RIESGO DE CAÍDA



INSTRUCTIVO ESCALA DE MORSE

La escala mide seis (6) criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente adulto a sufrir una caída: antecedentes de caídas en los últimos tres meses, diagnóstico secundario, ayuda para deambular, vía endovenosa, marcha y conciencia.

1) ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES:

Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.

2) DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:

Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica con 0.

3) AYUDA PARA DEAMBULAR:

Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aun siendo ayudado por un personal de enfermería), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.

4) VÍA ENDOVENOSA:

Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0.

5) MARCHA (EQUILIBRIO Y/O TRASLADO):

Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erecta, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos (0).

Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado, pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder el equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos, apoyando sus brazos en los brazos de la silla o tomando impulso. La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia.

6) CONCIENCIA – ESTADO MENTAL:

Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente: "¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 puntos. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos.



ANEXO 03
ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE J.H. DOWTON

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE J.H. DOWTON (ADULTO MAYOR)

APELUDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA: **N° DE DNI:**

EDAD: **SEXO:**

SERVICIO: **N° DE CAMA:**

Escala de Riesgo de Caídas JH Downton* (1993)
ALTO RIESGO > 2 PUNTOS

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diureticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
DEFICIT SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	No deambula	1
PUNTAJE OBTENIDO		

*Downton JH, Andrews R. Prevalence, characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home. Aging (Milano). 1991 Sep;3(3): 219-28

Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
Mayor a 2 PUNTOS	RIESGO ALTO DE CAIDA
1 A 2 PUNTOS	RIESGO MEDIO DE CAIDA
0 PUNTOS	RIESGO BAJO DE CAIDA



INSTRUCTIVO ESCALA DE J.H. DOWNTON

La escala mide seis (5) criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente a sufrir una caída: caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y marcha.

1) CAÍDAS PREVIAS:

Se asigna 1 punto si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas, a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha.

Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.

2) MEDICAMENTOS:

Se asignan 1 punto si el paciente toma algún medicamento que influya en su estado de alerta, como tranquilizantes (sedantes); o que condicionen el aumento de alguna necesidad de movilizarse, como diuréticos (aumento en la frecuencia de micción), hipotensores (no diuréticos), anti parkinsonianos, antidepresivos o hipoglucemiantes.

3) DÉFICIT SENSORIAL:

Se asigna 1 punto si el paciente presenta alteraciones visuales, auditivas, tales como:

- **Sordera:** pérdida de audición de uno o ambos oídos.
- **Hipoacusia:** audición disminuida a sonidos graves o agudos, existencia de tapones, portador de prótesis.
- **Ceguera:** pérdida de visión de uno o ambos ojos, visión deteriorada manifestada por visión solo de contornos, solo ve bultos, solo percibe cambios de luminosidad.
- **Visión disminuida:** por diplopía, estrabismo, utilización de medidas correctoras como gafas y lentillas.

Si no presenta alteración sensorial de algún tipo, su puntaje es 0.

4) ESTADO MENTAL:

Si el paciente se encuentra confuso se le asigna 1 punto.

Si se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona se le asigna puntaje 0.

5) DEAMBULACIÓN:

Se el paciente deambula en forma segura o insegura, pero necesita ayuda se le asignará 1 punto.

Si el paciente no deambula se asignará un puntaje de 1.

Se califica con puntaje 0 si el paciente camina en forma normal, no necesitando ayuda de algún dispositivo ni asistencia familiar.



ANEXO 04 ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MACDEMS

ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MACDEMS

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA:

N° DE DNI:

EDAD:

SEXO:

SERVICIO:

N° DE CAMA:

VARIABLES		INGRESO
		Puntaje
EDAD	Recién nacido	2
	Lactante menor	2
	Lactante mayor	3
	Preescolar	3
	Escolar	1

ANTECEDENTES DE CAÍDAS PREVIAS	Sí	1
	No	0

ANTECEDENTES	Hiperactividad	1
	Problemas neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0

COMPROMISO DE CONCIENCIA	Sí	1
	No	0

PUNTAJE TOTAL	
---------------	--

Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
4 A 5 PUNTOS	RIESGO ALTO DE CAIDA
2 A 3 PUNTOS	RIESGO MEDIO DE CAIDA
0 A 1 PUNTO	RIESGO BAJO DE CAIDA



INSTRUCTIVO DE ESCALA DE MACDEMS

1) EDAD:

Se asigna puntaje de acuerdo a edad de paciente:

- **Recién nacido:** 0 a 29 días.
- **Lactante menor:** 29 días a 12 meses.
- **Lactante mayor:** 12 meses a 24 meses.
- **Preescolar:** 2 años a 6 años.
- **Escolar:** 7 años a 14 años.

2) ANTECEDENTES DE CAÍDAS PREVIAS:

Se asigna 1 punto si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas, a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.

3) ANTECEDENTES:

Se asigna 1 punto si el paciente presenta alteraciones de la conducta, visuales, auditivas, tales como:

- Hiperactividad
- Problemas neuromusculares
- Síndrome convulsivo
- Daño orgánico cerebral
- Otros

Si no presenta alteraciones se asigna 0 de puntaje.

4) COMPROMISO DE CONCIENCIA:

Cualquier disminución del nivel de conciencia con una ausencia de respuesta ante cualquier tipo de estímulo externo (medida en Escala de Glasgow), diferenciada del sueño fisiológico en que la persona no puede ser despertada se califica con 1.



ANEXO 05

FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



PERU Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Moquegua Hospital Regional de Moquegua

FORMATO A

FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.C.L.:

EDAD:

TURNO: T() M() N()

SEXO:

FECHA:

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE:

() **INCIDENTE:** Eventos adversos que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

() **EVENTO ADVERSO:** Daños en el paciente relacionado con la atención de salud recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el evento adverso si afecta la salud del paciente.

MARCAR TIPO DE EVENTO:

() **LEVE:** Cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o trámite menor

() **MODERADO:** Ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente

() **GRAVE:** Evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica. El reporte de incidentes y/o eventos adversos que usted va a realizar es una oportunidad para aprender y mejorar más, y no será utilizado para sancionar a los involucrados.

CATEGORÍA DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO

DESCRIPCIÓN DEL SUCESO

PERSONAL QUE NOTIFICA:

☐
☐
☐

MEDICO

NO MEDICO (Especificar)

PERSONAL EN FORMACIÓN (Especificar)





PERU

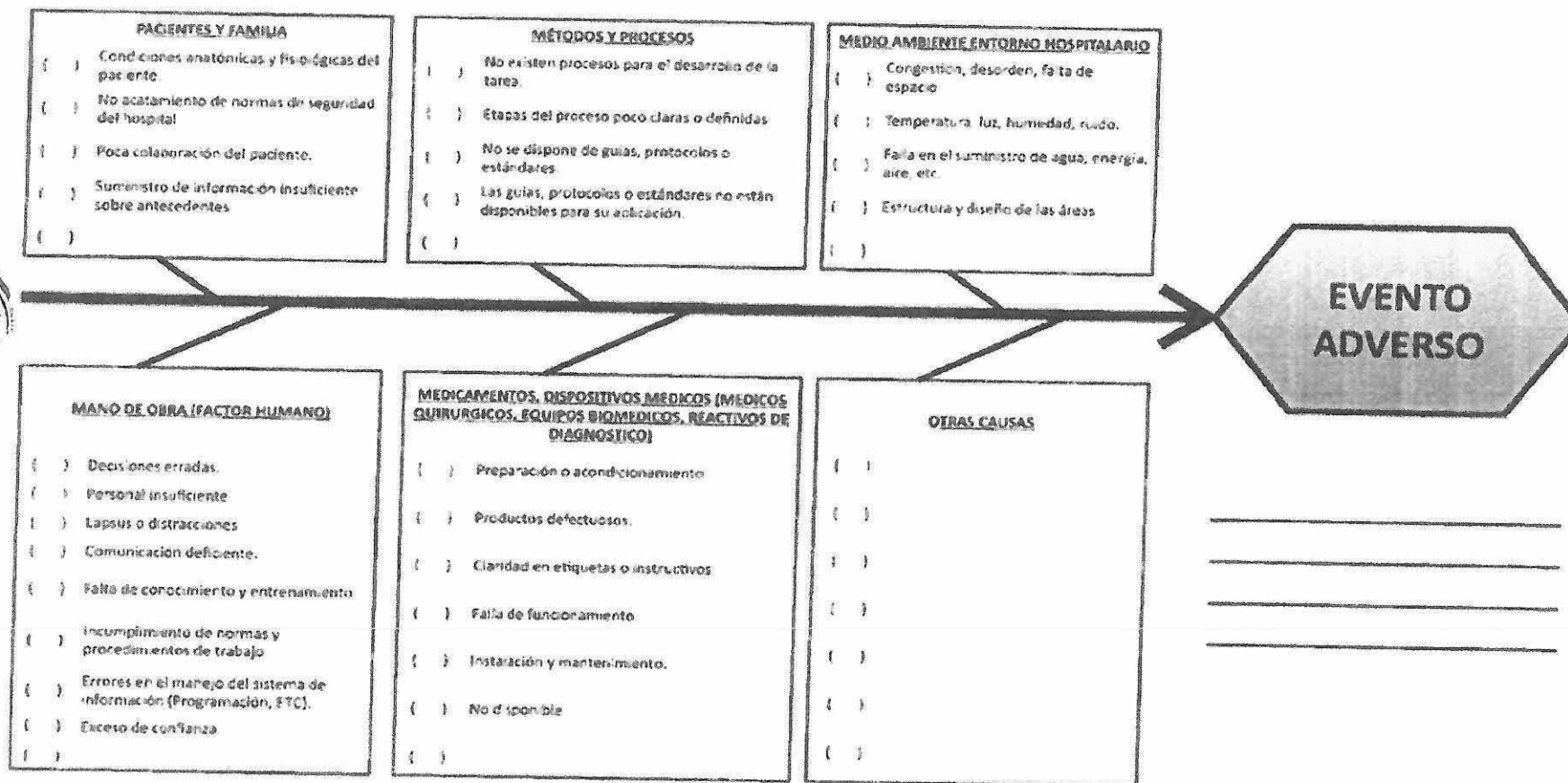
Ministerio
de Salud

Dirección Regional
de Salud Moquegua

Hospital Regional
Moquegua

FORMATO B

ANÁLISIS DE CAUSAS DE EVENTOS ADVERSOS



ANEXO 06
CRITERIOS DE EVALUACIÓN EN RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
					SI	NO	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	1	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Nota descriptiva N°344- Caídas - Organización Mundial de la Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf https://www.minsa.cl/portal/url/item/cede9e8208889580e040010165012d42.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/alud/Documents/CalidadAtencion/C3%B3EnSalud/Observatorio/PREVENCIÓN%20y%20REDUCCIÓN%20CAIDAS.pdf				
	2	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza revaloración.					
	3	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.					
	4	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizan barras de protección lateral y contención abdominal cuando el paciente se encuentra encamado.	Observar según sea el caso el uso de la contención mecánica.					
	5	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.					
	6	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.					
	7	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el cual se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.					
	8	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retiro fácil de las técnicas de inmovilización utilizadas.					
	9	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.					
	10	Si el paciente se encuentra decubito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no estén afectadas las vías aéreas.					
	11	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HCL, la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.					