



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Protocolo de prevención de caídas para mejorar la seguridad del
paciente pediátrico internado en un hospital Guayaquil, 2021.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Mendoza Rivilla, Diana Carolina (ORCID: 0000-0001-9133-4353)

ASESORA:

Mg. Merino Flores, Irene (ORCID: 0000-0003-3026-5766)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

Piura - Perú

2022

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a Dios quien siempre ha estado en los momentos difíciles guiándome bajo la protección de 2 seres humanos que son mis padres Jorge Mendoza y Natalia Rivilla quienes han sabido criarme y son mi pilar en el cual me sostengo y me cubro. También quiero dedicar este trabajo a mi hija Lucciana quien ha sabido entender a pesar de su corta edad que todo este sacrificio es por el porvenir de las dos.

Se lo dedico a ellos que han sido esas personas con las cuales he podido contar en los buenos y malos momentos.

Hoy les dedico mi tesis que es una forma simbólica de todo el sacrificio que se realiza día a día.

Diana Mendoza

Agradecimiento

A lo largo de la vida tenemos muchos caminos que elegir y de la mano nuestra carrera a la cual amamos y protegemos, siempre tuvimos a esas personas mágicas que te daban un consejo, o te guiaban hacia dónde ir.

Agradezco primero a Dios, ya que es el que siempre me guía y estoy bajo su manto protector, como instrumentos de fe, siempre agradeciendo la sabiduría que nos brinda para saber elegir lo correcto.

A mi familia porque han sido mi apoyo no solo durante mi vida sino también durante este tiempo de la maestría.

A la Universidad Cesar Vallejo que nos ha permitido cursar esta maestría con mucha sabiduría, en un nuevo sistema de implementación educacional.

A mi tutora, maestra, Dra. Irene Merino F., por guiarme a la excelencia, y por dirigir este maravilloso tema de tesis. Gracias a todos.

Diana Mendoza

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	7
III.METODOLOGÍA.....	25
3.1. Tipo y diseño de investigación	25
3.2. Variables y operacionalización	26
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	27
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.5. Procedimientos.....	29
3.6. Método de análisis de datos.....	29
3.7. Aspectos éticos	30
IV. RESULTADOS.....	31
V. DISCUSIÓN.....	43
VI. CONCLUSIONES.....	49
VII. RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS.....	51
ANEXOS.....	60

Índice de tablas

Tabla 1 Población total del estudio.....	27
Tabla 2 Estadísticas de fiabilidad Alfa de Cronbach.....	31
Tabla 3 Estadísticas de escala	31
Tabla 4 Resultado de los niveles de las dimensiones de la prueba piloto.....	32
Tabla 5 Resultado de los niveles de las dimensiones del pre-test	33
Tabla 6 Resultado de los niveles de las dimensiones del post-test.....	34
Tabla 7 Descriptivos	36
Tabla 8 Prueba de normalidad Shapiro-Wilk pre- test y post- test.....	37
Tabla 9 Prueba de normalidad Shapiro-Wilk diferencia.....	37
Tabla 10 Prueba de normalidad de variable y dimensiones del pre-test y post-test.....	37
Tabla 11 Comparación de medias de pretest y post-test de seguridad del paciente pediátrico internado, según prueba t de Student para muestras emparejadas.....	38
Tabla 12 Comparación de medias de pretest y post-test de elementos estructurales, según prueba de rangos de Wilcoxon.....	40
Tabla 13 Comparación de medias de pretest y post-test de procesos organizacionales, según prueba de rangos de Wilcoxon.	40
Tabla 14 Comparación de medias de pretest y post-test de eventos adversos, según prueba de rangos de Wilcoxon.	41
Tabla 15 Comparación de medias de pretest y post-test de prevención de riesgos, según prueba de rangos de Wilcoxon.....	42

Índice de figuras

Figura 1 Resultado de los niveles de las dimensiones de la prueba piloto.....	32
Figura 2 Resultado de los niveles de las dimensiones del pre-test	33
Figura 3 Resultado de los niveles de las dimensiones del post-test.....	35

RESUMEN

La seguridad que los hospitales brindan a los pacientes pediátricos hospitalizados supone procedimientos destinados a prevenir riesgos que puedan suceder en la atención. El objetivo de esta investigación es determinar si el protocolo de prevención de caídas mejora la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021. La metodología es de tipo aplicada, el diseño de investigación es experimental, con una muestra de 25 enfermeras, en quienes se aplicó por medio de un taller un protocolo de prevención de caídas en 12 secciones con actividades de protocolo basadas en el M.S.P., para dicha competencia con duración de dos semanas. La técnica que se aplicó es encuesta al personal de enfermería, como instrumento se utilizó cuestionario de 14 preguntas cerradas validado por juicio de expertos y por el editor de datos IBM SPSS Statistics. En los resultados se observa que el grupo que incrementó la valoración en los niveles categóricos fue en el pretest el grupo experimental quienes han mejorado significativamente la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital. Por consiguiente, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula. En conclusión, el protocolo de prevención de caídas sí mejora significativamente la seguridad del paciente pediátrico internado.

Palabras clave: protocolo de prevención de caídas, seguridad del paciente pediátrico internado, enfermeras.

ABSTRACT

The security that hospitals provide to hospitalized pediatric patients involves procedures designed to prevent risks that may occur in care. The objective of this research is to determine if the fall prevention protocol improves the safety of the pediatric patient admitted to a hospital, Guayaquil 2021. The methodology is applied, the research design is experimental, with a sample of 25 nurses, in who, through a workshop, applied a fall prevention protocol in 12 sections with protocol activities based on the MSP, for said competition lasting two weeks. The technique that was applied is a nursing staff survey, as an instrument a questionnaire of 14 closed questions was used, validated by expert judgment and by the IBM SPSS Statistics data editor. In the results, it is observed that the group that increased the assessment in the categorical levels was the experimental group in the pretest who have significantly improved the safety of pediatric patients admitted to a hospital. Therefore, the alternative hypothesis is accepted, and the null hypothesis is rejected. In conclusion, the fall prevention protocol does significantly improve the safety of the pediatric hospitalized patient.

Keywords: fall prevention protocol, inpatient pediatric patient safety, nurses.

I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente pediátrico hospitalizado es basada en conocimientos específicos, un tratamiento integral por lo vulnerable y las necesidades propias del niño cuando están delicados de salud. Es en esta fase inicial del desarrollo cuando las enfermedades y la hospitalización generan mayor confusión y vulnerabilidad, provocando miedo y temor, principalmente al dolor a lo desconocido, es cuando los errores definitivamente ocurren a pesar de los esfuerzos por reconocerlos y crear una cultura de seguridad en los entornos hospitalarios pediátricos.

De acuerdo con el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia en la Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado emitida en 1986 se menciona que “los niños tienen derecho a no ser hospitalizado salvo en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio” (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2019). La realidad es que, aunque la atención hospitalaria puede ser poco común en la vida de los niños, una gran parte de ellos la requiere anualmente. Sin embargo, el riesgo relacionado con los cuidados hospitalarios, es de gran importancia, debido a que incluye aquella situación no deseable o factor que contribuya a que se produzca, estando relacionada con la asistencia sanitaria recibida, y que tiene consecuencias negativas para los pacientes.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), "La seguridad del paciente es una disciplina de los servicios médicos que surgió con el desarrollo de la complejidad de los sistemas y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios". Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria (p. 8). Esto implica que en asociaciones tan complejas como las de las clínicas de urgencias pediátricas, las condiciones, la calidad y la seguridad en plena consideración establecen un compromiso especializado y moral de las personas que brindan el apoyo, a través de la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que desarrollan los mencionados sistemas de salud (World Health Organization, 2010).

Para el 2017 se produjo la recurrencia de hospitalización en Estados Unidos del 1.9 % de los niños menores de 18 años atendidos en ese año según el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de ese país (National Center for Health Statistics, 2018).

De acuerdo con varios reportes, la tasa de hospitalización en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral “está en 20 por cada 100 000 niños menores de 1 año y de 1.7 por cada 100 000 niños de 5 a 14 años, el rango más alto está en la concurrencia de los menores de 5 años” (Asociación colombiana de empresas de medicina integral, 2013).

En acontecimientos recientes por un nuevo coronavirus, SARS-CoV-2; la enfermedad fue llamada COVID-19. El 6 de abril del 2020, Estados Unidos anunció la hospitalización en 19 estados de 74 niños a unidades de cuidados intensivos pediátricos. Se evaluó que habría en esa nación 176,190 niños contaminados con SARS-CoV-2 en ese país (52,381 jóvenes y niños menores de dos años, 42,857 niños entre los 2 y 11 años de edad) y 80.952 niños en entre los 12 y 17 años de edad) (Barnett et al., 2020). Alrededor del mundo, la atención de salud cada vez es más compleja, por la pandemia han tenido la necesidad de mejorar la calidad para salvaguardar la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado.

En la actualidad en el Ecuador la autoridad sanitaria que es el Ministerio de Salud Pública está obligado a la constante revisión y actualización de metodologías especializadas de acuerdo a las evidencias científica recientes. Con esta interacción, satisface su cometido de garantizar la prosperidad de la comunidad en general, dentro del clima de determinantes sociales, sanitarios, monetarios y culturales. Además, dentro de la estructura de enfoques, planes, proyectos, normas y protocolos, se garantiza el derecho a la protección, la consideración adecuada, la inclusividad, la integralidad y la fortaleza de todo niño de la nación. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008), (Ecuador, 2012). En este entorno normativo se define las condiciones y características de seguridad que garantizan el bienestar de los pacientes en el interior del establecimiento de salud y el compromiso que este tiene dentro del clima de determinantes sociales

De acuerdo con el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016) “se crea un Manual de “Seguridad del Paciente” dirigido a la implementación de prácticas seguras en los establecimientos de salud e incorporar lineamientos, conocimientos, habilidades y destrezas de todos los trabajadores, servidores, profesionales de la salud y estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de las carreras en ciencias de la salud”. En este sentido (Castillo, 2014) menciona que “estas

directrices deben ser difundidas y aplicadas en las diferentes áreas y servicios para promover una atención de salud segura”. Conscientes de que el cambio hacia una cultura de calidad y seguridad del paciente se inicia con el talento humano en todo nivel de formación y actuación.

Según el Ministerio de Salud Pública (2019) en Estudio IBEAS se menciona que: “Uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte”.

Es necesaria la presente investigación por el problema social de epidemia con el COVID-19 que ha afectado no solo a adultos, lo que ha aumentado la hospitalización en el área de pediatría en la actualidad. En el ámbito laboral como profesional en salud este tema ha despertado el interés por conocer el entorno social de la hospitalización y la seguridad del paciente pediátrico. Sin perjuicio de la correcta administración del protocolo de prevención de caídas que se desarrolla en el área de pediatría en una clínica médica privada de la ciudad de Guayaquil (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

El problema se analiza en relación a que la hospitalización de niños en los últimos años ha aumentado, como se evidencia en un Hospital de Segundo Nivel de tipo privado donde la mayoría de las atenciones es pediátrica, con motivos principal de ingreso clínico, quirúrgico y traumatológico. La problemática no solo difiere en el tipo de patologías o porque no tienen capacidad hospitalaria, sino en la seguridad por las caídas sufridas en los pacientes pediátricos a causa de la variedad de necesidades propias del niño como; querer conocer su entorno o porque simplemente son inquietos y el familiar que los acompaña los descuida. Lo que afecta directamente al proceso de mantención y recuperación de la salud.

Al mismo tiempo las licenciadas o auxiliares en enfermería que están a cargo del área pediátrica a veces no hacen las rondas cada cierto tiempo y a pesar de que llevan registrados un sin número de ítems como; comunicación al familiar, las medidas de seguridad, supuestamente que verifican la escala de riesgos, no los cumplen a cabalidad.

Los casos de caídas se tratan de resolver en el momento en el espacio donde suceden, pero las licenciadas o auxiliares en enfermería no los notifican al área o

departamento de seguridad hospitalaria. Por esta razón desde hace un año se ha querido implementar el protocolo de prevención de caídas, pero en diálogo con el jefe del departamento de seguridad se supo que no existe una notificación bien establecida, los procesos fallan, no existe una estadística oficial de pacientes pediátricos accidentados en el área estando hospitalizados, porque no llevan contabilidad como tal de estos casos.

Por esta razón la pregunta científica que se plantea es ¿De qué manera el protocolo de prevención de caídas mejora la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021? Las preguntas específicas serían: ¿De qué manera los elementos estructurales mejoran la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021? ¿De qué manera los procesos organizacionales mejoran la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021?, ¿De qué manera los eventos adversos mejoran la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021?, ¿De qué manera la prevención de riesgos mejora la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021??

La investigación se justifica y tiene importancia debido a que la enfermería es una profesión directamente identificada con el cuidado y salud física, psicológica, social y espiritual del ser humano. Por esta razón, el profesional de enfermería debe ocasionalmente capacitarse con temas sobre la adecuada administración de los pacientes. Además, de desempeñar y mantenerse enfocado en las normas de cuidado y seguridad, garantizando la integridad de los pacientes.

Es de importancia teórica debido a que se obtuvo información pertinente de fuentes actualizadas y confiables sobre la importancia, características del protocolo de prevención de caídas y de cómo este influye de manera significativa en la seguridad hospitalaria de pacientes pediátricos.

La justificación metodológica es debido a que fue necesario buscar un instrumento de investigación que permita al autor medir de forma correcta las variables, e implementar en el grupo muestral dicho instrumento. Además, de registrar como mejora el protocolo de prevención de caídas en la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado.

Los principales beneficiados sería los profesionales de enfermería y los usuarios pediátricos del hospital como tal, porque con la investigación tendrán referencia de la hospitalización pediátrica en los últimos años y de cómo el profesional en enfermería podría cuidar al paciente para evitar riesgos y complicaciones de salud para los asilados en esta área.

Además, la investigación tiene utilidad práctica, considerando que su finalidad está sujeta al interés de las autoridades sanitarias nacionales en disminuir de manera viable la cantidad de caídas en paciente pediátrico en el área de hospitalización, de modo que se logre elevar el manejo adecuado del protocolo de accidentes para mejorar la calidad de atención del profesional de enfermería que está a cargo de esta área y del sistema de salud ecuatoriano.

La investigación de esta problemática es de interés social y académico debido al crecimiento reciente de la población hospitalizada en el área de pediatría por razones de la pandemia. Con la investigación se aporta en la determinación de la influencia del protocolo de prevención de caídas para trabajar la seguridad de los pacientes pediátricos hospitalizados como respuesta a las demandas de la sociedad, presente y futura, comprometida con el tema.

El objetivo principal de esta tarea es decidir si la convención anticaída funciona en la seguridad de los pacientes pediátricos hospitalizados en una clínica médica, Guayaquil 2021. Entre los destinos particulares por coherencia con el principal, a continuación, se requiere: 1) Determinar si la convención de anticipación de caídas 2) Decidir si la convención de prevención de caídas funciona en los ciclos jerárquicos en el bienestar del paciente pediátrico hospitalizado en una clínica médica, Guayaquil 2021. 3) Decidir si la convención de anticipación de caídas funciona en las ocasiones hostiles en el bienestar del paciente pediátrico hospitalizado en una clínica, Guayaquil 2021. 4) Decidir si la convención contra caídas desarrolla aún más la anticipación de peligros en el bienestar de los pacientes pediátricos hospitalizados en una clínica médica, Guayaquil 2021.

Dentro de las hipótesis que se tratan para esta teoría; hay una especulación general que es; La convención anticaída trabaja fundamentalmente en la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en una clínica de emergencia, Guayaquil 2021.

Como teoría particular se suele llamar la atención; H1: La convención contra caídas trabaja en conjunto sobre los componentes primarios de la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en una clínica de emergencia, Guayaquil 2021. H1: La convención contra caídas trabaja fundamentalmente sobre los ciclos autoritativos de la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en una clínica, Guayaquil 2021. H1: La convención de prevención de caídas trabaja en conjunto en ocasiones desfavorables en la seguridad de los pacientes pediátricos hospitalizados en una clínica, Guayaquil 2021. H1: La convención de prevención de caídas desarrolla fundamentalmente la anticipación del peligro del paciente pediátrico hospitalizado en una clínica de emergencia, Guayaquil 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Dentro de las mediciones de algunas investigaciones en todo el mundo, a continuación, se encontraron como predecesores:

Meléndez et al. (2014) introdujo el tema "Impresión del personal de enfermería hacia la sociedad del bienestar en una clínica pediátrica en México". El objetivo principal fue decidir las cualidades y puertas abiertas para el desarrollo hacia la sociedad del bienestar del personal de enfermería. La metodología aplicada fue descriptiva y transversal con una población de 247 enfermeras del área de hospitalización pediátrica. Como resultado el 91 % fueron mujeres y el 70 son enfermeras generales, según su percepción el nivel general de bienestar lo consideraron en el rango de 7-8 como muy buena contrastando con lo revelado por diferentes autores ya que ellos en sus investigaciones anunciaron existir oportunidad de desarrollo. En conclusión, el personal de enfermería pensó que las cualidades de la clínica médica no eran muchas y que había bastante que mejorar para asegurar el bienestar del paciente pediátrico como; la cultura de seguridad percibidas en las dimensiones de la "dotación de personal", "frecuencia de eventos notificados", "aprendizaje organizacional" y "percepción de seguridad".

Barrientos, Hernández y Zárate (2019) presentaron un tema de tesis del cual se basa el objetivo de "*analizar los factores relacionados con la calidad y la seguridad de los pacientes pediátricos hospitalizados, a través de los reportes de eventos adversos*". En la metodología se explicó que se realizó un estudio derivado de un proyecto multicéntrico, transversal, prospectivo. El total de los reportes de niños que habían sufrido algún accidente intrahospitalario se utilizó como unidad de observación. Además de hacer uso del SYREC, instrumento útil para el respectivo reporte de eventos adversos. Se realizó a los datos estadístico descriptivo con los análisis correspondientes y el chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher permitieron la comparación de variables. Como resultados se registraron "173 eventos adversos, de los cuales el 55% fueron del sexo masculino, mayor ocurrencia <1 año (43%), áreas críticas 60%". Por otro lado, como principales eventos hubo extubaciones no programadas, flebitis, lesiones, quemaduras y medicamentos. Como factores extrínsecos (acceso a la monitorización, manejo terapéutico). Entre los factores intrínsecos (condición clínica del paciente)". Los factores del sistema

se presentaron en 39% (distracción, sobrecarga, falta de comunicación, falta de habilidad, supervisión)". En conclusión, la calidad y el bienestar de la consideración del paciente se ven mermados principalmente por factores del marco, esto se debe al amplio abanico de capacidades que debe desempeñar el experto en enfermería, lo que provoca interrupciones que debilitan el perfil de su trabajo y se desvían del camino principal que es cuidado.

Salinero (2020) presento el tema "*Seguridad en el paciente pediátrico hospitalizado*" cuyo objetivo fue describir los eventos adversos más frecuentes en los pacientes pediátricos y como prevenirlos. Como material y métodos se realizó, se realizó revisión bibliográfica de los artículos en línea incluidos en los conjuntos de datos como Pubmed, Google Academy, Dialnet y Scielo. Entre los resultados, sucede que los eventos adversos son episodios inesperados y sorprendentes que en ocasiones son recibidos de la atención médica. Los EA más ampliamente reconocidos durante la hospitalización del niño son los errores de prescripción, las respuestas desfavorables a la medicación, las contaminaciones nosocomiales, la identificación errónea del paciente y los correspondientes fallos entre el grupo de servicios médicos. Existen procedimientos de seguridad para prevenirlos o mantenerse alejado de ellos. En la discusión de resultados se evidencio que los eventos adversos más referenciadas en el índice del libro son las identificadas con la organización del fármaco y los correspondientes errores de comunicación durante el intercambio de pacientes. Varios autores mencionan el término seguridad como un componente de la naturaleza del cuidado que trabaja en la seguridad del paciente. En conclusión, el administrar medicamentos en forma segura infiere que los expertos en enfermería tienen la información adecuada sobre farmacología pediátrica, se ajustan al derecho de prescripción considerando la porción e informan los ME y las RAM.

Alves et al. (2015) mostraron el tema "*Acciones del protocolo de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería*", en el que el objetivo fue analizar la correspondencia entre las acciones contenidas en el protocolo de caídas del (MS) con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) a través de la planificación cruzada. La metodología usada fue de tipo descriptivo que se detallaron mediante el levantamiento de acciones del protocolo,

identificación de las intervenciones NIC. Como resultado, del protocolo se identificaron 51 actividades y 42 intervenciones en la NIC con acciones como: prevención contra caídas, control del ambiente-seguridad e identificación de riesgo (Alves, y otros, 2015), de ellas se consideró que el 44,7% fueron más detalladas y específicas de lo que la NIC, 29,8% menos y el 25,5% se denominó como similares. En conclusión, la gran mayoría de las actividades contenidas en el protocolo fueron más explícitas y definidas, en general piensan que la NIC puede sostener una actualización del protocolo para extender las actividades identificadas con la anticipación de caídas.

Linares (2018) en el trabajo de investigación que presentó, la metodología se explica que fue una investigación básica, descriptiva correlacional, metodología cuantitativa, el diseño no experimental. La muestra fue probabilística, compuesto por 151 especialistas autorizados. Para recoger información se manejó la técnica de encuesta tipo Likert aplicada a dichos trabajadores. La legitimidad de los instrumentos se dio a través del juicio de especialistas; se utilizó el alfa de Cronbach para la confiabilidad, siendo 0,944, y el coeficiente de correlación de Spearman de 0,885 y su p-estima = 0,000. En el resultado, se representó que el gráfico 1 se evidencia que el 76.82% están en un nivel medio, en el alto 9.93% y en el bajo 13.25% mostrando fragilidad en el clima organizacional y en el diagrama 7, el término normal llegó a 74, 17%, el bajo 10,60% y el alto 15,23% mostrando que los trabajadores administrativos tienen un discernimiento socialmente débil en relación con el trabajo y la prosperidad de los pacientes. En conclusión, existe conexión positiva entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente en los especialistas gerenciales del Hospital Arzobispo Loayza.

A nivel nacional, se considera a Sangopanta (2014) en base al tema el objetivo fue decidir el nivel de satisfacción de la madre con la consideración del cuidado de la enfermera y los médicos a los pacientes hospitalizados en la asistencia pediátrica del Hospital Provincial General Latacunga. En la revisión actual, se utilizó el método descriptivo de corte transversal. El estudio muestral estuvo compuesto por 123 madres de niños ingresados. La técnica fue la entrevista, y el instrumento la encuesta. Las reacciones de las madres sobre el cumplimiento según el cuidado de enfermería, que se aplicó en los turnos de mañana, tarde y noche durante un

tiempo considerable, de una suma de 123 (100%) mamás, (15%) tienen bajo cumplimiento, (42 %) medio y (43%) alto. En conclusión, los enfoques más importantes fueron: hay confianza en las enfermeras y en el trato que estas brindan, hay interés y se utiliza un lenguaje verbal entendible con las mamás y los niños. Además, los puntos de menor relevancia fueron: escasez de dirección sobre los principios del servicio de salud, datos sobre los cuidados que dan las enfermeras, en la cordialidad, protección, atención pronta y oportuna, y deficiencia en la interacción y comunicación enfermera-paciente. Debido a los resultados obtenidos, se tuvo la necesidad de elaborar una guía para el buen trato de los usuarios pediátricos en el que se ayude a trabajar en la naturaleza de la atención brindada por el personal de enfermería y la administración exacta, lo que ayudará a los pacientes a su rápida recuperación.

El autor Pinango (2018) en base al tema de tesis el objetivo de la investigación fue *“determinar el nivel de cumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente aplicados por parte del personal de enfermería”*; *“la metodología era cuantitativa, no probatorio, observacional y claro. La población fue de 100 participantes. Los resultados son confiables con el programa de lavado de manos del 85%; DNI de pacientes con un 93%; operación segura con 98%; estructuras acortadas peligrosas con 94%; medicamentos de alto riesgo con 91%; y el equilibrio se cae y las úlceras de estrés con un 88%”* (Zárate, Ostiguín, Castro y Valencia, 2020). Se contempló que más del 85% de los espectáculos se mantienen como pauta de arreglo por su trascendencia fenomenal. Así, *“es recomendó al personal de enfermería realizar continuamente clases de actualización sobre convenciones de seguridad con todos los docentes de bienestar que vienen a trabajar al Hospital General de Puyo, para seguir los espectáculos de diseño”* (Zárate, Ostiguín, Castro y Valencia, 2020).

Quingaluisa y Romero (2019) *“la exploración se hizo determinada a decidir la consistencia con la convención para caídas en pacientes pediátricos por parte del personal de enfermería”* (Zárate, Ostiguín, Castro y Valencia, 2020). La estrategia aplicada fue de tipo descriptivo, con una metodología cuantitativa, observacional, no participativa, de campo, transversal. Para obtener los datos se utilizaron dos guías de percepción, la primera distinguió el grado de coherencia con las medidas de contraataque, mientras que el siguiente mostró si el personal de enfermería

seguía los factores de peligro externos. Como resultado se demostró que el cumplimiento del protocolo de caídas en pacientes pediátricos no se cumple de forma completa y satisfactoria. De igual manera es evidente que la educación a la familia no se cumple. En conclusión, hay un notable incumplimiento por el clima general del espacio en el que se encuentra el paciente pediátrico. Este antecedente aporta a la presente investigación con temas relevantes para la composición del marco teórico. Por esta razón se escoge las teorías de los autores Quingaluisa et al para trabajar las dimensiones de la variable independiente Protocolo de prevención de caídas.

Respecto a la variable Protocolo de prevención de caídas Quingaluisa y Romero (2019) exponen que “los protocolos son instrumentos de aplicación con contenidos similares a las de una guía, para orientar al profesional en la práctica clínica o de atención” (p.6). Entonces los protocolos de acción están compuestos por un conjunto de actividades que en orden cronológico se deben aplicar en pacientes por circunstancias o condiciones explícitas. Por ejemplo, se pueden redactar protocolos para la consideración de pacientes con sonda nasogástrica o vesical.

De acuerdo a las dimensiones de la variable, la finalidad de este protocolo es describir porque es importante, las actividades de prevención de caídas del paciente pediátrico junto a sus objetivos. Material necesario para capacitar por medio de un taller al personal en enfermería, del que se requiere en enfoque realmente hacia el paciente, que lo evalué y reporté los acontecimientos inusuales que sucedan en su estadía en el centro hospitalario.

Ahora bien, para Quingaluisa y Romero (2019) es importante el protocolo por su función, elaborado para regularizar la actividad de cualquier tipo, incluso en situaciones de riesgo de cualquier naturaleza, el protocolo debe hacerse en función de una obligación con acciones que garanticen no afectar a los pacientes. Entonces, la importancia de este protocolo es de acuerdo con una perspectiva preventiva, debido a que los protocolos son valiosos ya que trabajan con la observación de individuos expuestos a factores de riesgo ecológico, laboral, genético, familiar o del modo de vida. A la vez permiten un análisis temprano y la prueba de signos o efectos secundarios que pueden ser característicos de un daño. Quingaluisa y Romero (2019) también acota que el protocolo es un instrumento de

datos establecido, pautas y actividades reglamentarias para evitar que suceda algún problema. Es decir, estas pautas deben observarse con precisión y aplicarse a todos los pacientes, de igual manera ayudan en la dinámica de la fuerza laboral y definen procedimientos para mejorar la calidad y dar una consideración agradable en la enfermera.

Para Quingaluisa y Romero (2019) el Protocolos de caídas intrahospitalarias, “es un reglamento por el cual se maneja las normas de seguridad y prevención de caídas en pacientes hospitalizados, mismos que permitan identificar en forma oportuna, práctica y objetiva el nivel de riesgos al que está expuesto todo paciente que ingrese a hospitalizarse” (p.7). Entonces, sirve de guía para realizar actividades de prevención de este tipo de episodios, sus potenciales complejidades y resultados, tanto para el paciente como para la clínica, con una atención a la seguridad y la disminución de peligros. Desde este punto de vista, el objetivo general de este protocolo es brindar al personal en enfermería un protocolo en la prevención de caídas en pacientes pediátricos cuidando la integridad del mismo. Entre los objetivos particulares se encuentran; En primer lugar, se establecieron ejercicios convencionales de contrarresto de caídas para pacientes pediátricos a la luz del MSP. Luego, en ese punto, siguiendo una convención de anticipación de caídas en consideración y cuidado continuos. Capacitar al personal de enfermería antiguo y nuevo sobre las convenciones de seguridad a través de un estudio. Además, disminuye el peligro de caídas en pacientes pediátricos.

En cuanto a la caída Quingaluisa y Romero (2019) se define a la caída como “un movimiento descendente, repentino, no intencional, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie” (p.8). En este aspecto en las prestaciones de hospitalización, una caída se caracteriza por una diferencia brusca y obligada de posición de una persona a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo, que puede ocasionar daños o lesiones físicas y / o psicosociales. Para Quingaluisa y Romero (2019) riesgo de caídas se dice que “es el aumento de vulnerabilidad al desplomarse o precipitarse bruscamente al suelo, situación a la que está expuesto cualquier paciente pediátrico que ha sido hospitalizado” (p.9) además, se debe tomar siempre las respectivas medidas necesarias de prevención para minimizar el riesgo de este suceso fortuito en ellos.

En cuanto a los factores de riesgo todo paciente que se encuentre hospitalizado independientemente de la edad puede sufrir un accidente provocado por caída debido a múltiples factores ya sean intrínsecos o extrínsecos, personales o ambientales con consecuencias. De esta forma, es evidente que los administradores de hospitales deben buscar técnicas de control explícitas a través de las cuales sea factible monitorizar los factores de peligro relacionados con las caídas y llevar a cabo las medidas de seguridad para prevenirlas (Quingaluisa & Romero, 2019).

Mas aun si hablamos de niños. Sus consecuencias pueden ser mínimas como hematomas o quizás ya de moderada actuación tales como: traumatismo craneoencefálico que requiera atención medica inmediata o quizás quirúrgico. Para poder valorar si un paciente pediátrico, presenta o no ciertos factores de riesgos que puedan terminar en caída del paciente, hay una escala de valoración denominada “escala de MACDEMS” la cual sirve para ir haciendo un pesquisaje previo de estos factores.

Factores intrínsecos del paciente según Quingaluisa y Romero (2019) son aquellos factores que provienen del paciente y que están determinados ya sea por su condición física, patológica o enfermedades que alteren el estado de conciencia, también si están tomando algún fármaco de forma continua que altere la conciencia o provoque desorientación o alucinación. De esta forma también se tiene que nombrar aquellos factores provenientes de las características físicas del paciente o con algún tipo de discapacidad sea esta sensorial o de comunicación ya que estos tendrán mayor riesgo por la limitación de expresión de la necesidad de ayuda, y nos referimos a los pacientes con discapacidad física, mental, con alguna malformidad, hipoxia cerebral o en estado de sedación (Quingaluisa & Romero, 2019).

Factores extrínsecos del paciente para Quingaluisa y Romero (2019) son aquellos factores que proviene de la infraestructura hospitalaria ya que en teoría son ambientes desconocidos para el paciente que no se desenvuelve a diario y que de una u otra forma no pueden deambular como normalmente lo realizan y que implica un estado de adaptación temporal que genera dependencia y mayor observación de parte de familiares que lo acompañan. Por lo tanto, dentro de estos factores

incluye los inmobiliarios tales como las camas con barandales que proveen de seguridad para poder desplazarse de un lado a otro evitando caída del paciente, algunos estudios reportan que las caídas se suelen provocar por el uso no correcto de los barandales y de las sillas de rueda con 59% y 46% respectivamente (Quingaluisa & Romero, 2019).

También está la iluminación cuando esta no es adecuada pueden ser un riesgo para provocar una caída por lo tanto debe tener la cantidad suficiente de iluminación tanto dentro como fuera de la habitación. Además de la edad del paciente pediátrico es importante pues se ha dicho que el lactante es quien corre mayor riesgo de perder el equilibrio o de caerse de la cama, así mismos niños menores de diez años porque no miden el peligro propio de su curiosidad de conocer el entorno que los envuelve, en cuestión del sexo no hay distinción ambos corren el riesgo de caerse.

En cuanto a las consecuencias de las caídas dentro del ámbito hospitalario Quingaluisa y Romero (2019), acotan que traen como resultado casi en un 5% cierto grado de incapacidad temporal o permanente en el paciente, también trae consigo mayores días de hospitalización y la necesidad de nuevos cuidados y atención médica. Dentro de las consecuencias están las lesiones menores; dentro de estas lesiones están los arañazos, hematomas, contusiones, dolores, lesiones en partes blandas. Además, de las consecuencias inmediatas como; las fracturas, dentro de este grupo de traumas están las luxaciones, fracturas en extremidades superiores, fracturas costales, fractura en pelvis. Por otro lado, el Traumatismo craneoencefálico, se debe tener en cuenta el hematoma subdural en caso del deterioro cognitivo no explicable. Y las consecuencias tardías como; el síndrome post-caída que son aquellos efectos que se producen posterior a la caída como el temor a volver caerse, que no tiene nada que ver con las lesiones físicas sino más bien mentalmente pudiendo llegar a la depresión por la pérdida de autoconfianza (Quingaluisa & Romero, 2019).

En cierto modo la prevención de caídas según Quingaluisa y Romero (2019) es una acción encaminada a dirigir y decidir acciones seguras antes de que ocurra cualquier accidente. Esto permite mitigar daños que provoquen en el paciente una condición médica aún más complicada, que posteriormente ayuda a reducir los

factores de riesgo y promueve el bienestar de la clínica. Para Quingaluisa y Romero (2019) en parte, no se debe olvidar que existen peligros, por ejemplo, caídas y percances que se pueden identificar con el tratamiento farmacológico, además de evitar situaciones peligrosas en la salud de los pacientes pediátricos hospitalizados. Entonces, se podría decir que hay tratamientos que se identifican con el uso de fármacos que habitualmente tienen efectos secundarios como inestabilidad de la marcha, pudiendo aumentar el peligro de caídas (Quingaluisa & Romero, 2019).

Escala de la valoración de MACDEMS en pacientes pediátricos según Quingaluisa y Romero (2019), “es en la evaluación inicial donde identificamos la totalidad de factores de riesgo relacionados con caídas” (p. 3). Una estrategia para minimizar su incidencia, es el uso de esta escala que identifica a los usuarios con riesgo de caerse, pero debemos tener en consideración que ninguna escala contempla todos los posibles causantes de la exposición. De acuerdo con Quingaluisa y Romero (2019) “Para valorar estos factores en edad de 0-12, años existe la escala de MACDEMS” (p. 3). Este documento cuenta con cuatro aspectos a considerar para determinar el grado de peligro que tiene el paciente conforme a la edad, antecedentes de caídas, historiales patológicos, conciencia de responsabilidad (Quingaluisa & Romero, 2019).

Según el resultado posterior a la sumatoria de cada ítem, a mayor puntaje mayor riesgo de caída, y se tendría que notificar para prevenir que esto suceda. Es decir, la escala Macdems se elabora en base a guías cuyos criterios están relacionados con patologías relacionadas, prescripciones, caídas pasadas, edad, estado mental, por lo que solo un equipo de trabajo de salud preparado y aprobado puede completar esta estructura de evaluación de escala, ya que es considerable registrar el peligro de caída por cada paciente. Posterior a la valoración de esta tabla se procede marcar en un tablero e informar al familiar que esta al cuidado con el fin de educarlo (Quingaluisa & Romero, 2019).

Los programas con actividades de prevención de caídas han mostrado una disminución en la cantidad de caídas y heridas provocadas por ellos, por lo que es considerable elaborar un protocolo para que las enfermeras puedan reconocer el peligro y los elementos identificados con las caídas, al mismo tiempo darse cuenta cuáles son las intervenciones prescritas para disminuirlos, en base a pruebas

lógicas accesibles. En la práctica diaria del cuidado de enfermería, la seguridad es fundamental y es primordial para la consideración de la calidad de atención por parte del paciente pediátrico (Quingaluisa & Romero, 2019). En la presente investigación se quiere lograr un protocolo en el que se establezcan actividades de prevención de caídas del paciente.

Para la orientación del familiar que acompaña al paciente pediátrico se deben tener presente los siguientes pasos: Séptimo paso elaboración: estimular la elaboración y difusión de material instructivo para la prevención del peligro de caídas en niños hospitalizados. Octavo paso orientación: Orientar a quienes están acompañando al paciente, a la hora de la medicina, sobre los efectos de seguridad y las interacciones de la medicación, que pueden potenciar las manifestaciones que crean peligro de caídas. Oriente al acompañante del paciente sobre la influencia del diagnóstico y el aumento de posibilidades del peligro de caída. Oriente a los padres sobre el acompañamiento constante al niño en ausencia de la enfermera. Noveno paso informar: de información al familiar responsable que acompaña al paciente respecto al peligro de caídas identificado con el impacto del narcótico y o sedante (Quingaluisa & Romero, 2019).

En cuanto a la variable Seguridad del paciente pediátrico hospitalizado Méendez et al (2014) exponen que "La seguridad del usuario es el conjunto de estructuras y procesos organizacionales que disminuyen la posibilidad de soportar sucesos adversos como consecuencia de la asistencia recibida en una organización de salud, sugiere una progresión de componentes primarios, para evitar de manera imperiosa los peligros en la atención médica "(p. 776). Por lo tanto, se podría decir que es una disciplina de beneficios clínicos que surgió con la cantidad y complejidad de la atención médica y el consiguiente desarrollo de daños hacia los pacientes en entornos de servicios médicos. Su objetivo es prevenir y disminuir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la consideración clínica. Uno de los fundamentos de la disciplina es la mejora constante que se basa en adquirir de fallos y eventos adversos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) "La seguridad del paciente es fundamental en la búsqueda de servicios de salud que brinden calidad. De hecho, existe un acuerdo razonable en el que las organizaciones de asistencia

gubernamental de calidad en todo el planeta deben ser convincentes, seguros y centradas en la condición de los ciudadanos" (párr. 9). Además, para que la atención médica tenga éxito, las administraciones de bienestar transmitirse de una manera ideal, justa, coordinada y competente. Para garantizar la ejecución oportuna y correcta metodologías de bienestar del paciente, se requieren enfoques claros, capacidad de liderazgo, información para impulsar mejoras de seguridad, expertos en servicios médicos calificados y la inclusión exitosa del paciente en la atención.

En cuanto a las dimensiones de la variable independiente se adopta la teoría del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015), en donde se afirma que los elementos estructurales "hacen que las instalaciones de salud sean establecimientos de salud son lugares destinados a brindar atención médica con calidad, adecuación, competencia, oportunidad y calidez". Por esta razón su diseño, estructura e infraestructura deben cumplir con grados ideales de valor y seguridad, de tal manera que se garantice el giro correcto de los eventos, y la protección tanto de la fuerza laboral como de los usuarios/as de las áreas de salud que ofrecen, por lo que deben asegurar una correcta actividad en condiciones ordinarias, pero adicionalmente en emergencias y desastres.

Los equipos de salud son actores centrales en los procesos de atención y promoción de los derechos del paciente pediátrico. Su actividad es central para contribuir a que los pacientes desarrollen autonomía mientras están hospitalizados. En el área de pediatría del hospital privado de la ciudad de Guayaquil el equipo de salud esta conformados por médicas y médicos pediátricos, enfermeras y enfermeros. Además de comunicadores, personal administrativo, entre otros, que trabajan cotidianamente en dicha institución (MSP, 2015).

El paciente pediátrico para MSP (2015), "se considera a un individuo sea este niño, adulto o adulto mayor, con algún problema de salud". En este sentido se da prioridad a los niños y los adultos mayores con el fin de que sean tratados por especialistas expertos en pediatría o geriatría, de esta manera se considera la edad de los pacientes pediátricos desde el nacimiento hasta los 14 años, notando que en la etapa desde la niñez a la adolescencia tiene sus diversas características.

Según MSP (2015), “Los pacientes pediátricos se pueden clasificar según su edad, para reconocerlos se distinguen entre: neonato, lactante, niño, y adolescente” (p. 1). Al conceptualizar este término se muestra que, para lograr menos peligros de ocasiones hostiles o peligros de caídas en pacientes pediátricos hospitalizados, se debe trabajar consistentemente dependiendo de un protocolo con reglamentos de prevención que ayude a la seguridad del paciente.

La gestión de recursos humanos de enfermería según el MSP (2015), “sigue ciclos específicos y se pueden reconocer las estrategias de administración que lo acompañan como cuidados progresivos” (párr. 2). Luego, en ese momento, los pacientes son trasladados a las regiones clínicas según lo indique la realidad de su bienestar y, a medida que avanzan, cambian de unidad. Consideración del paciente. El trabajo de beneficios clínicos para un paciente se completa con una reunión específica con una mano derecha de enfermería o algunas. Esta reunión puede manejar varios pacientes. Cuidado de tareas. Las tareas están muy extendidas entre el personal de enfermería, por lo que todos realizan tareas explícitas prácticamente idénticas a los pacientes la propia organización de enfermería (Urda & Peláez, 2015). Consideraciones integrales. El paciente recibe una enfermera que lo ayuda desde la admisión hasta el alta. Por lo tanto, hay una progresión en el trabajo realizado por el asistente médico (MSP, 2015).

El proceso organizacional de los cuidados de enfermería tiene normalmente una progresión de etapas, entre las que podemos destacar las siguientes: evaluación: en esta etapa, en cualquier caso, se acumula información respecto al paciente para conocer su situación. Los individuos que dan los datos suelen ser los compinches: la historia clínica del paciente, el propio paciente, su familia o alguien relacionado con él (MSP, 2015). Esta información será la justificación detrás de la dinámica que sucederá más adelante. Análisis: en esta etapa se finaliza con la evaluación desde el punto de vista de enfermería de los datos realizados en la última etapa. Una conclusión de enfermería puede no ser equivalente a un examen clínico. Ordenar: en esta tercera etapa, cuando se ha revisado la información de las distintas fuentes pasadas y se ha llegado a un fin de enfermería, se fundamenta el cuidado de enfermería a realizar (MSP, 2015).

Ejecución: esta etapa es inequívoca dentro de la medida del cuidado de enfermería e incluye la ejecución de las elecciones que se han realizado en la etapa pasada, es decir, se ejecuta la consideración que se ha optado por aplicar. En esta etapa, la recogida información es vital para tener la opción de evaluarlas en la siguiente etapa. Evaluación: en la etapa de evaluación, cuando se ha aplicado los cuidados necesarios al paciente, se determina si la condición del paciente se compara con los resultados normales (MSP, 2015). En este período de la interacción, se evalúa si el avance es correcto o si se deben ejecutar cambios en las decisiones a tomar. La valoración requiere el examen de puntos de vista como la valoración actual, la historia clínica, el encuentro con el paciente, entre otros (Sociedad de Medicina Interna de Madrid, 2017).

El rol de la enfermera pediátrica se debe a los compromisos que adquiere en el campo de la salud y su trabajo para mejorar el cuidado que se le brinda al paciente, tanto de manera física como mental. La adquisición de esta profesión se la ve como una ciencia y un arte protagonista sola la base de las necesidades humanas físicas y emocionales, utilizando el conocimiento y técnicas cuidadosamente aprendidas. Por la cualidad de honestidad y confiable que brinda la profesional en enfermería la mayoría de los niños hospitalizados mantienen una relación cálida y sin restricciones con ella, esto más se evidencia en el momento de soledad o confusión por su nuevo entorno hospitalario y cuando la enfermera muestra un interés funcional en los problemas del paciente (MSP, 2015). La profesional en enfermería debe transmitir al paciente pediátrico seguridad y una imagen en la que se pueda confiar. La forma ideal de producir esta seguridad es, prestando más atención a lo que realmente el niño necesita y a lo que pueda distraerlo como ir con él a la sala de juego o comida. Una enfermera eficiente también actuará de forma amigable en la orientación y la preparación (MSP, 2015). Cualquier esfuerzo serio por ganarse la confianza del niño y guiarlo a través de su rutina de admisión producirá enormes ventajas.

Las notificaciones de eventos son necesarias, ya que son instrumentos importantes para la ejecución de actividades y proyectos en salud. Esta información puede cumplirse como motivo para valorar la viabilidad de lo que sucede en el área pediátrica (MSP, 2015). Por esta razón, es fundamental que en la práctica de la

enfermería esté impregnado de la experiencia y la percepción cotidiana, de las circunstancias de riesgo que pueden suceder en la administración de los cuidados (MSP, 2015). El compromiso de enfermería con la SP es la capacidad de prevenir, reconocer e informar los eventos adversos que puedan ocurrir durante el cuidado del paciente.

En cuanto a la adaptación del niño al medio hospitalario, cuando es trasladado a ese ambiente, además de tener que lidiar con la enfermedad, el siente que es alejado del clima familiar, compañeros, escolares y los objetos personales. Este clima requiere que el niño interactúe con nuevas personas, como asistentes médicos y especialistas; que realizan pruebas e intervenciones que pueden ser dolorosas o incómodas, que cambian de acuerdo a horarios de todos los días, y que son ruidosas. Razones que pueden contribuir a que el niño vea la hospitalización como una experiencia estresante o perturbadora (MSP, 2015).

Con respecto a la impresión de la familia sobre los desafíos de variación del menor durante la hospitalización, debe tenerse en cuenta sobre todo que el clima de la clínica cambia su límite de versatilidad y construye su debilidad. Al respecto de las dificultades de adaptación del niño durante la hospitalización los familiares deben tener en cuenta sobre todo que el clima hospitalario cambia su capacidad de adaptación y construye su debilidad (MSP, 2015). En esta circunstancia única, la presencia de la familia cercana al niño es vista por él como una protección y fuente de seguridad convirtiendo un vínculo más fuerte. La hospitalización puede desencadenar cambio de humor y una serie de emociones que las manifiesta con el llanto (MSP, 2015).

También pueden experimentar dificultad para descansar y sentirse perturbados y agitados. Otra reacción común puede ser el volverse más callado y, aparentemente, sin reacción. Para los tutores, la hospitalización del niño también es desagradable, por lo que los cuidados de enfermería deben coordinarse con las necesidades del niño y la familia para evitar resultados antagónicos. Las personas que son responsables de realmente enfocarse en el joven deben ser dinámicas, por su trabajo como testigos para ayudar al cuidado de enfermería en su capacidad de cambiarlo y desarrollarlo (MSP, 2015). Como parte de la labor en enfermería deben proporcionar información, explicaciones e indicaciones sobre las dolencias del

paciente pediátrico con el objetivo de que los padres se den cuenta de lo que les espera y de lo que generalmente se espera de ellos.

Un evento adverso para (MSP, 2015) es "un percance imprevisto e imprevisto, derivado de los servicios médicos y no de la enfermedad oculta del paciente, que provoca lesiones o potencialmente incapacidad y, además, prolongación de la estancia o muerte" (p. 11). Su aparición afecta la naturaleza del cuidado brindado. Los eventos adversos son una condición médica genuina en todo el mundo y, particularmente en pediatría, deben contemplarse y examinarse debido a la vulnerabilidad y dependencia de los pacientes afectados.

El EA se puede caracterizar por la gravedad del daño creado, evento adverso grave: aquella que provoca incapacidad tan grave para ocasionar la muerte al salir del hospital, o fue necesaria intervención en el quirófano (MSP, 2015). Evento adverso moderado: una que retrasa la estadía en la clínica médica alrededor de 1 día. Evento adverso leve: es la que ocasiona lesiones o molestias sin retrasar la estancia en la clínica médica. No es lo mismo eventos adversos en jóvenes y adultos desde una perspectiva epidemiológica, en esta línea se distingue el EA que ocurre cada vez más en los niños para construir metodologías de seguridad que atenúen su ocurrencia o se prevengan (MSP, 2015). A continuación, se describen los eventos adversos ampliamente reconocidas durante la hospitalización del niño.

Según la OMS, las caídas se definen como "ocasiones involuntarias en las que el individuo pierde el equilibrio y cae al suelo u otra superficie firme". Estas caídas tienen repercusiones importantes en los pacientes hospitalizados ya que alargan su estancia en la clínica por la confusión medica que provocan (MSP, 2015). Los usuarios pediátricos ingresados sufren amenazas de caídas por la realidad de ser niños, ya que son por naturaleza inquietos, necesitan sentirse cómodos con el entorno que les rodea y desconocen el riesgo. A medida que el niño se desarrolla, adquiere la capacidad de percibir circunstancias de exposición, sin embargo, su nivel de libertad se expande, lo que lo abre a más instantáneas de peligro (MSP, 2015).

Hay varios factores que influyen en el riesgo de caídas en el niño, por ejemplo, ser menor de 3 años, la infección real, el nuevo entorno, el tratamiento con

medicamentos anticonvulsivos y analgésicos, tener un antecedente marcado por caídas pasadas, deficiencia muscular, heridas traumáticas, problemas sensoriales como visión oscurecida, somnolencia, complicaciones en la audición o incapacidad para comunicarse (MSP, 2015) afirma que "Se ha demostrado que estas variables de peligro pueden prever caídas, en consecuencia, la presencia de más de uno de estos elementos aumenta la amenaza de caída del niño". En particular, el estado mental modificado se considera un factor de alta inseguridad o peligro de caídas en los niños hospitalizados (MSP, 2015).

Según MSP (2015) La comunicación "es la transmisión de datos clínicos sobre los pacientes en el avance asistencial o el intercambio de los mismos dentro de diversas áreas clínicas del hospital, son procesos de alto riesgo en los que el dialogo interviene como elemento definitivo" (p. 12). Varios autores entre ellos el MSP (2015) acotan que los equívocos que ocurren a lo largo de este ciclo son un factor significativo que muchas veces intercede en el desarrollo de eventos centinelas y errores de medicina durante la consideración de los niños hospitalizados. La correspondencia en el grupo puede ser escrita, electrónica, verbal o telefónica; los que causan fallos determinantes son los dos últimos, ya que, debido a distracciones, desconocidos nombres de medicamentos. ruidos de fondo y diferentes interrupciones, existe la posibilidad de no enviar o comprender claramente informaciones importantes con respecto al paciente (MSP, 2015).

El entrenamiento inadecuado en la formación profesional; por ejemplo, "excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional" (MSP, 2015), pocos datos sobre el funcionamiento de las instituciones de salud en las que se completará el trabajo. En el paso de la teoría a la práctica los cuidadores médicos están expuestos a circunstancias que pueden provocar, como lo indica (MSP, 2015) "cambios a nivel intelectual, emocional, de habilidades y de roles. Contiene experiencias, significados y expectativas y está influenciada por historias personales, contextos situacionales y responsabilidades profesionales, la ética de trabajo y la cultura".

Asumiendo que a todo lo anterior se suma la privatización de los establecimientos de crisis, las cualidades y filosofías de la enfermería quedan confinadas por

objetivos corporativos de utilidad, productividad, dirección de realización y destinos, que pueden convertirse en el tiempo de situaciones morales (MSP, 2015). Las condiciones estables son cruciales para la variedad de nuevos pacientes a su nueva realidad experta, y uno de los componentes y facilitadores esenciales en esta singularidad son los capacitadores de los enfoques de los hospitales.

Para la prevención de riesgos en el proceso de los servicios médicos, es vital que quienes cuidan a los pacientes consideren todos los obstáculos de seguridad que institucionalmente se han implementado para el bienestar del paciente, esto es fundamental no solo para la prevención de las caídas, ocasiones que suceden en muchos establecimiento de manera consistente pero además como resultado de la responsabilidad que hacemos en los estándares de nuestra estrategia de Seguridad del Paciente (MSP, 2015). En los hospitales, la caída del paciente se ha distinguido como un peligro y como tal se han ejecutado diversas técnicas para alejarse de esta ocasión desfavorable y / o mitigar sus consecuencias. De acuerdo con MSP (2015) utilice las alarmas de la cama y mantenga la cama en una posición baja. Presente la utilización de pulseras listas para caídas codificadas con sombreado para transmitir obviamente el estado de peligro de caída del paciente al personal y reconocer a los pacientes en peligro de caídas. “Realice ajustes por hora. capacite a los pacientes y sus familias sobre la anticipación de caídas. Con la mayor frecuencia posible” (MSP, 2015).

El proceso de atención de enfermería recuerda la utilización del sistema inteligente para el cuidado, que permite a los especialistas comprometidos con la enfermería dar al paciente el pensamiento que desea de forma coordinada, lúcida y siguiendo una estructura particular. La atención de enfermería se ha desarrollado significativamente a lo largo del tiempo y ahora depende de protocolos y planes específicos profundamente organizados para ser homogéneos.

Cuidado del niño ingresado en la unidad de pediatría: Preparación del paciente: La enfermera transmite al acompañante y al paciente los reglamentos del servicio hospitalario, sitúa al niño sobre el entorno, aclarando las horas de visitas. En el proceso de admisión también se prepara al paciente con procedimientos tales

como; peso, talla, estudios de laboratorio, entre otros. Además, la obtención de los datos: los datos relevantes se adquieren de manera cordial, mitigando en su mayoría el malestar de los padres. Evaluar el estado físico del niño y reconocer sus necesidades inmediatas funcionan para la individualización de asistencia. Registro de datos: La obtención por parte de la enfermera de un registro exacto de datos del paciente pediátrico será útil para evaluar el avance del niño (MSP, 2015).

Atención durante la hospitalización: En la labor diaria la enfermera registra las necesidades y luego hace los arreglos necesarios para cumplir con el paciente en cuanto a: necesidad de higiene, necesidad terapéutica, necesidad nutrición y alimentación, necesidad de eliminación, necesidad de seguridad física, necesidad de reposo y sueño, y la necesidad de seguridad emocional y afecto (MSP, 2015).

La capacitación es una actividad que tiene atributos de una clase instructiva, enfocado en el logro competente y la obtención de información que ayude a lograr que una institución médica pueda lograr sus objetivos, esta actividad también ayuda a los colaboradores de dicha institución demuestren sus habilidades y capacidades. Es el personal de Recursos Humanos quien gestiona la capacitación con el fin de cambiar la cultura interior del personal y su disposición (MSP, 2015). Es decir, la capacitación es una necesidad constante al interior de una institución de salud, se vuelve más notable, en cualquier caso, cuando hay un problema en la naturaleza de la asistencia al cliente. La acción ayudará a cerrar brechas entre el servicio que transmite la institución de salud a través de sus colegas y especialistas a sus clientes y pacientes. La ejecución y el avance de la capacitación ayudarán al personal involucrado a presentar sus habilidades, con lo que beneficia al hospital con sus conocimientos todos los días (MSP, 2015).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Se desarrollo una investigación de tipo aplicada, que de acuerdo con Lozada (2014) “El propósito de la investigación aplicada, en síntesis, es resolver determinados problemas o planteamientos, centrándose en el estudio y la consolidación del conocimiento para aplicarlo en la vida real”. Ya que el problema de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021 está establecido y es conocido por la autora de la investigación por lo que se utiliza el estudio para dar respuestas específicas, es decir una solución al problema que se quiere resolver.

El diseño de investigación fue experimental de nivel preexperimental que para Hernández, Fernández y Baptista (2014) “se refiere a un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (...), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (...)” (p. 128). En la investigación se analizo el efecto producido por la acción o manipulación de la variable independiente protocolo de prevención de caídas sobre la variable dependiente la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado. Y de diseño preexperimental, Hernández, y otros (2014) expresan que: “es el diseño de un solo grupo cuyo grado de control es mínimo. Generalmente es útil como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad” (p. 141). Ya que se trabajo la muestra solo con el grupo de experimento que son las enfermeras del área de pediatría. Se realizo una prueba y una posprueba con un solo grupo. De tal manera que el esquema que representa al diseño de la investigación es el siguiente:

G O₁ X O₂

Dónde:

G = Grupo

O₁ = Pre prueba

X = Tratamiento

O₂ = Posprueba

Con un enfoque cuantitativo, según Hernández y otros (2014) “en el enfoque cuantitativo, el investigador utiliza sus diseños para analizar la certeza de las hipótesis Formuladas” es mediante este enfoque que permitió analizarse datos cuantificables sobre las variables de estudio y se pudo aplicar medidas numéricas, expresando las veces que se han presentado los sucesos, para realizar las tablas y gráficos estadísticos, que permitieron el respectivo análisis e interpretación de resultados.

3.2. Variables y operacionalización

La variable independiente es protocolo de prevención de caídas, como **definición** aplicada se dice que es una pauta por la cual se vigilan normas de bienestar y caídas en pacientes hospitalizados que pueden distinguir de manera ideal, pragmática y objetiva el grado de peligrosidad para el paciente que ingrese a hospitalizarse (Quingaluisa y Romero, 2019).

Las **dimensiones** que se obtuvieron de la variable independiente fueron las normas de seguridad, la prevención caída y los riesgos. Información relevante con la que se pudo elaborar el taller de protocolo de prevención de caídas, dirigido al personal en enfermería del hospital, con su respectiva planificación en la que se presenta la hora en la que se va a llevar a cabo el taller, los temas a tratar, los objetivos de cada sección, la metodología, los materiales necesarios y el tiempo de duración. El mismo estuvo constituido por 12 secciones, en la que se destaca la importancia del protocolo, considerando las acciones que debe realizar el personal de salud en Hospital de Segundo Nivel de tipo privado, para prevenir caídas a pacientes pediátricos hospitalizados.

Como variable dependiente, la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado. A manera de definición conceptual, se acota que es el conjunto de estructuras y procesos organizacionales que disminuyen la posibilidad de padecer sucesos adversos como consecuencia de la atención recibida en una institución de salud, lleva implícita una serie de elementos estructurales, para la efectiva prevención de riesgos en la asistencia sanitaria (MSP, 2015).

Las **dimensiones** obtenidas de la variable dependiente fueron: elementos estructurales, procesos organizacionales, evento adverso y prevención de riesgos.

Los **indicadores** seleccionados fueron: el área de pediatría, el paciente pediátrico, la gestión de recursos humanos, el rol de la enfermera pediátrica. Las notificaciones de eventos, adaptación del niño al medio hospitalario, los padres la hospitalización del niño. Además de caídas, falta de comunicación, el entrenamiento inadecuado. También atención de enfermería, cuidado del niño ingresado, atención durante la hospitalización y la capacitación. Se utilizó un cuestionario para medir la Seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, la escala de medición fue ordinal. Tabla de operacionalización de las variables (Ver en anexos).

3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis

La población total del estudio del Hospital de Segundo Nivel de tipo privado ubicado en la ciudad de Guayaquil 2021, fue de dos salas netamente pediátricas con 5 licenciadas en enfermería, 13 auxiliares que hacen la misma función que los licenciados y 7 Internas de enfermería, que colaboraron en el área de pediatría. Como criterios de inclusión se considera al personal de enfermería que trabaja en el área de emergencia, Sala San Vicente, pensionado especial, sala Santa María. Además, para el criterio de exclusión el personal de enfermería que trabajan en las salas para pacientes adultos (Triola, 2009).

Tabla 1

Población total del estudio

Personal de enfermería	Número
Licenciadas	5
Auxiliares	13
Interno	7
Total	25

Nota: Datos tomados del hospital, de acuerdo a la lista de asistencia

La muestra según Bernal (2013) menciona que: “Es la parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuaran la medición y la observación de las variables objeto de estudio”.

La muestra fue conformada por 25 trabajadores del área de pediatría y que es el total de la población del caso de estudio del Hospital de Segundo Nivel de tipo privado ubicado en la ciudad de Guayaquil 2021.

El muestreo que se empleo es no probabilístico de tipo intencional, debido a que se tomó en cuenta a todos los participantes de acuerdo a la muestra basándose en criterios pertinentes que favorezcan a los resultados de la investigación.

Como unidad de análisis se contempló a las licenciadas, auxiliares e internas de enfermería pertenecientes a dos salas del área de pediatría en el Hospital de segundo nivel de tipo privado ubicado en la ciudad de Guayaquil 2021.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se empleo es la encuesta, según Vilardy (2017) “La encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas” (p. 21). Esta técnica se aplica en el área de pediatría para evaluar el conocimiento de las enfermeras, en cuanto a la comprensión de los procedimientos y aplicación del protocolo de prevención de caídas en el paciente pediátrico. Además, como instrumento se utilizó el cuestionario que, para Hernández, Carlos, y Baptista (2010) “Tal vez sea el instrumento más utilizado para recolectar los datos, consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (p.271).

Para esta investigación se elaboró como instrumento un cuestionario el cual estuvo constituido por 14 preguntas cerradas con las alternativas de siempre, a veces y nunca, construido por la autora de la tesis. El mismo se aplicó a las enfermeras antes del taller (pre-taller), se realizó para brindar al personal en enfermería un protocolo de prevención de caídas en pacientes pediátricos internados en un hospital, con 12 secciones de procedimientos para evitar inconvenientes con el paciente y mostrar la seguridad. Y luego del taller (post-taller), con el cual se pudo identificar la relación existente entre las variables independiente y dependiente, con preguntas y un conjunto de respuestas ordenadas de acuerdo a la escala ordinal. Además, en la actual investigación la validez de los instrumentos fue a juicio de tres expertos, el coeficiente de Alfa de Cronbach fue de utilidad para determinar la confiabilidad. (Ver en anexos los instrumentos, su validez y confiabilidad).

3.5. Procedimientos

Con el diseño de investigación y la muestra apropiada, se procedió a dar paso a la etapa de recolección de información. Para esta gestión de la institución se obtuvo un consentimiento informado firmado por la gerente hospitalaria. Como interés investigativo se seleccionó al instrumento de medición, el cuestionario. El mismo se aplicó en una encuesta inicial (pretest) para verificar el conocimiento del personal en enfermería sobre las variables involucradas en la investigación. Luego de haber elaborado las actividades propuestas en base al Manual de Seguridad del paciente del MSP – prevención de caídas para conocimiento del personal en enfermería a cargo del área de pediatría, se procedió a presentar a las autoridades de hospital un (post-test); con la validez del contenido de dicho instrumento se recolectarán los datos pertinentes sobre la variable dependiente la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado que es la que se mide (Ver en anexo documento de aceptación).

3.6. Método de análisis de datos

El método fue de análisis descriptivo utilizado para conocer la distribución de las frecuencias o puntuaciones de cada variable en la investigación se obtuvieron análisis descriptivos (medias, mediana, varianza y desviaciones típicas), tablas con valores porcentuales, para su respectivo análisis e interpretación. La estadística inferencial permitió el cálculo del coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach que para Hernández y otros (2014) “Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente” (p.295). Solo se tiene que interpretar. Procesos que permitieron garantizar la confiabilidad de la encuesta.

Lo que ayudo a la generación de conclusiones y recomendaciones sobre determinar la influencia del protocolo de prevención de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, las mismas que son consideradas primordiales para el establecimiento de futuras líneas de investigación. Se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk para determinar el estadístico de procesamiento de datos debido a que la muestra es menor a 50. Después de haber realizado la prueba de normalidad en el pre y postest en el

programa estadístico SPSS23 se determinó que se aplicará prueba estadística no paramétrica.

3.7. Aspectos éticos

Este estudio de caso cuantitativo se efectuó con el propósito de mejorar la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en enfermeras de un hospital, Guayaquil 2021. Se trabajó sin la menor intención de perjudicar el entorno de la institución, manteniendo la integridad del mismo y respetando los principios bioéticos de la investigación científica. Además, respetando el código de ética determinado para el estudio de caso, se obtuvo la respectiva autorización de los representantes de la institución de salud, y se resguardó el nombre del hospital donde se desarrolló la investigación; asimismo como el anonimato del cuerpo de enfermería encargado del área de pediatría evaluados para la aplicación de la encuesta y guía de observación elaborada y evaluada en el proyecto investigativo.

IV. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación de una muestra de 25 enfermeras de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Guayaquil, con su respectivo análisis e interpretación.

Confiabilidad

El test elaborado antes de aplicarlo paso por un proceso de validación y prueba de confiabilidad producto de la prueba piloto.

Tabla 2

Alfa de Cronbach	N de elementos
,854	14

Nota:

Análisis e interpretación: Se procedió a prueba piloto con 10 encuestados para conocer la confiabilidad. Al ser un cuestionario con alternativas múltiples se utilizó el Alpha de Cronbach siendo su resultado 0,854 como a mayor valor de Alfa, mayor confiabilidad y el mínimo aceptable es de 0.7, la puntuación obtenida está dentro de los rangos de mayor a 0,8 y menor a 0,9 que es de buena confiabilidad.

Tabla 3

Estadísticas de escala.

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
36,90	8,767	2,961	14

Nota:

Análisis e interpretación: Como estadísticos del total de los 14 elementos de la prueba piloto la media fue de 36,90 la varianza 8,767 y la desviación resulto en 2,961.

Estadísticos descriptivos

Tabla 4

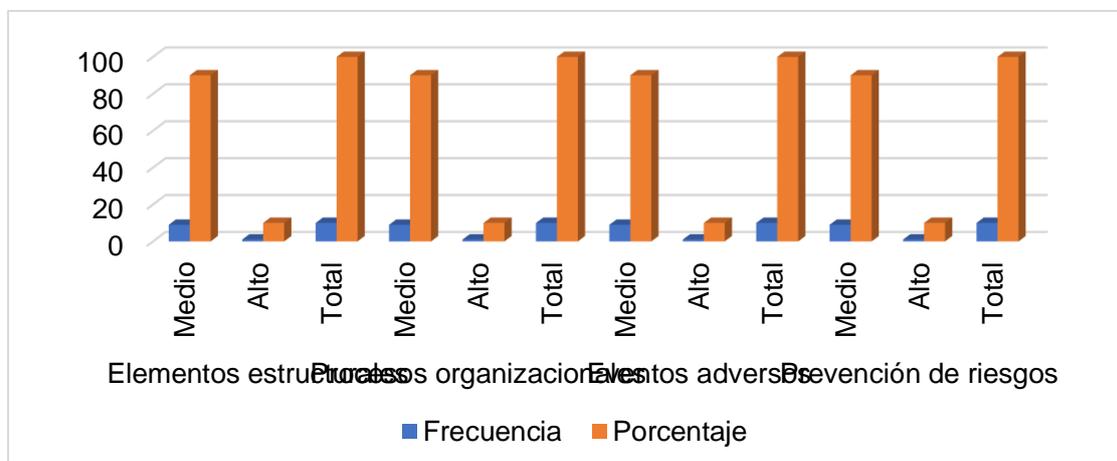
Resultado de los niveles de las dimensiones de la prueba piloto.

Dimensiones	Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Elementos estructurales	Medio	9	90,0	90,0	90,0
	Alto	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	
Procesos organizacionales	Medio	9	90,0	90,0	90,0
	Alto	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	
Eventos adversos	Medio	9	90,0	90,0	90,0
	Alto	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	
Prevención de riesgos	Medio	9	90,0	90,0	90,0
	Alto	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Nota: Datos unificados de las dimensiones de la prueba piloto.

Figura 1

Resultado de los niveles de las dimensiones de la prueba piloto.



Nota: Datos unificados de las dimensiones de la prueba piloto.

Análisis e interpretación: En la Tabla 4 y Figura 1, se puede apreciar el resultado de los niveles de las dimensiones de la variable seguridad del paciente pediátrico unificadas y consideradas en la prueba piloto. Evidenciando la dificultad media en el resultado de elementos estructurales que la mayoría de las enfermeras presentaban el (90%) en comparación con el post-test (72%). En procesos organizacionales presentaban el (90%) de nivel medio,

contrastado con el post-test (52%) en nivel bajo. En ocasiones poco amistosas, el problema se presentó en el nivel medio en uno (48%) contrastado con el post-test (60%) en el nivel bajo. En la neutralización de peligros, el nivel normal se presentó en (90%) contrastado con el post-test que arrojó un nivel medio (64%).

Tabla 5

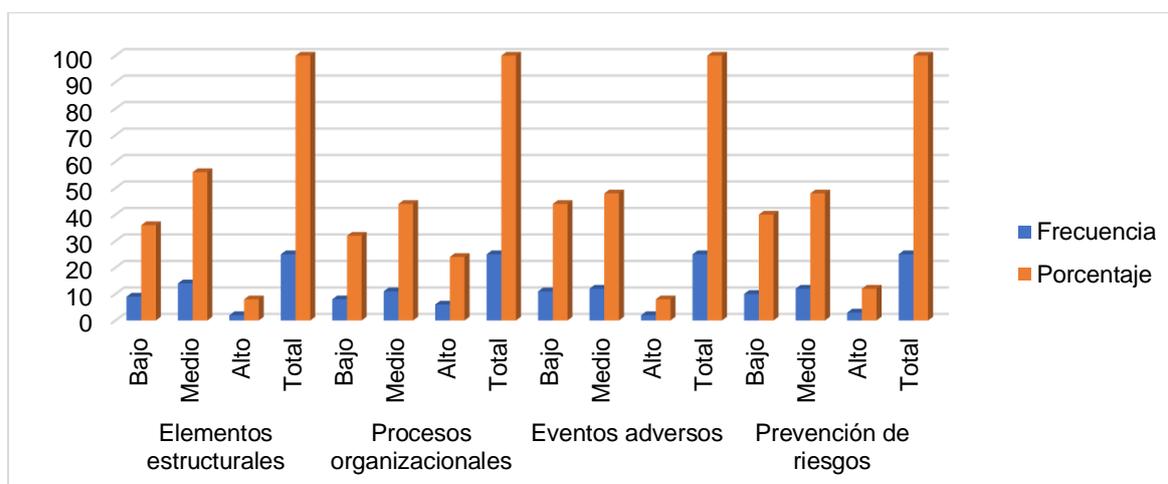
Resultado de los niveles de las dimensiones del pre-test grupo experimental.

Dimensiones	Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
				válido	acumulado
Elementos estructurales	Bajo	9	36,0	36,0	36,0
	Medio	14	56,0	56,0	92,0
	Alto	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Procesos organizacionales	Bajo	8	32,0	32,0	32,0
	Medio	11	44,0	44,0	76,0
	Alto	6	24,0	24,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Eventos adversos	Bajo	11	44,0	44,0	44,0
	Medio	12	48,0	48,0	92,0
	Alto	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Prevención de riesgos	Bajo	10	40,0	40,0	40,0
	Medio	12	48,0	48,0	88,0
	Alto	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Nota: Datos unificados de las dimensiones de la variable dependiente pre-test.

Figura 2

Resultado de los niveles de las dimensiones del pre-test grupo experimental.



Nota: Datos unificados de las dimensiones de la variable dependiente pre-test.

Análisis e interpretación: los datos de las dimensiones expuestos en la figura 1

fueron resultados del pre-test de la frecuencia de 25 enfermeras, en donde los indicadores se presentan unificados. En el mismo, la dimensión elementos estructurales tiene un porcentaje de 56% en la categoría medio, un 36% en bajo y un 8% en la categoría alto. Por otra parte, sobre los procesos organizacionales según la figura la categoría medio reveló que el 44% de las respuestas de las encuestadas están dentro de la categoría medio, el 32% bajo y el 24% alto. De acuerdo a los eventos adversos la categoría de mayor porcentaje fue medio con el 48%, bajo con el 44% y el solo el 8% se categorizó como alto. En cuanto a la prevención de riesgos las respuestas del 48% estuvieron dentro de la categoría medio, el 40% bajo y el 12% alto.

Los cuales según la prueba aplicada son puntajes que representan a la variable dependiente seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital y evidencian el nivel medio del porcentaje de la problemática en cuanto al cumplimiento de su finalidad y del protocolo de prevención de caídas como herramienta para su seguimiento.

Tabla 6

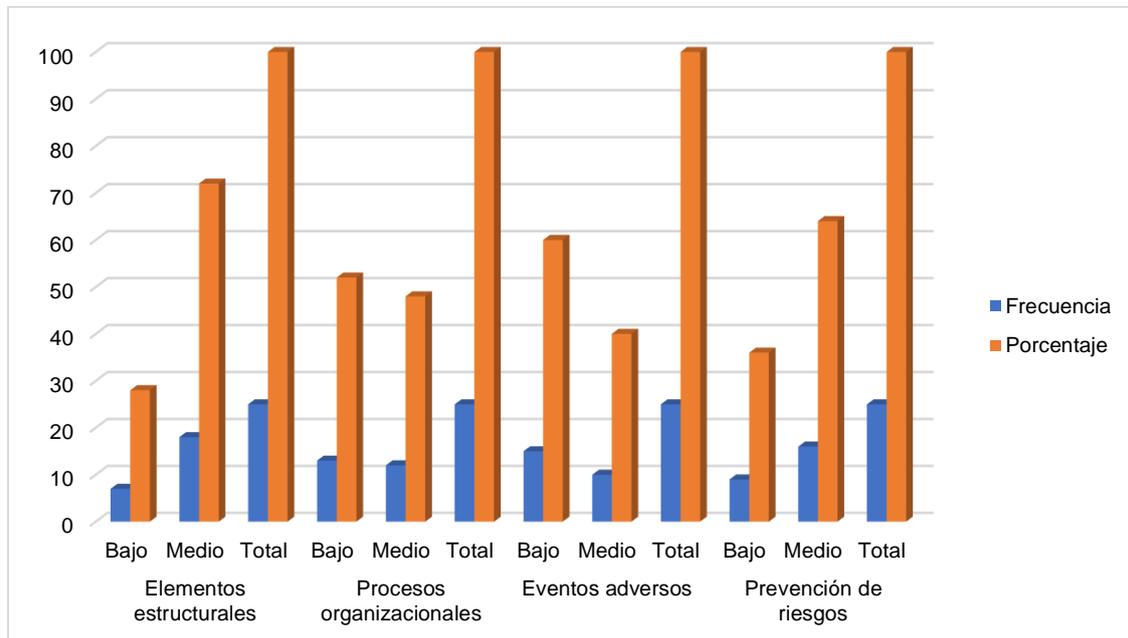
Resultado de los niveles de las dimensiones del post-test grupo experimental.

Dimensiones	Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Elementos estructurales	Bajo	7	28,0	28,0	28,0
	Medio	18	72,0	72,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Procesos organizacionales	Bajo	13	52,0	52,0	52,0
	Medio	12	48,0	48,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Eventos adversos	Bajo	15	60,0	60,0	60,0
	Medio	10	40,0	40,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Prevención de riesgos	Bajo	9	36,0	36,0	36,0
	Medio	16	64,0	64,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Nota: Datos unificados de las dimensiones de la variable dependiente post-test.

Figura 3

Resultado de los niveles de las dimensiones del post-test grupo experimental.



Nota: Datos unificados de las dimensiones de la variable dependiente post-test.

Análisis e interpretación: en la figura 2 muestra los resultados de las dimensiones unificadas consideradas en el post-test y evaluado a las enfermeras en diferente momento. Se observa que en la dimensión elementos estructurales las respuestas del 72% estuvieron dentro del nivel medio y el 28% bajo. Las respuestas sobre los procesos organizacionales revelaron que el 52% tuvo respuesta de nivel bajo y el 48% de nivel medio. Por otro lado, la dimensión eventos adversos el nivel de mayor porcentaje fue el bajo 60% y el medio con el 40%. En cuanto a la prevención de riesgos el 64% fue de nivel medio y el 36% de nivel bajo.

Prueba de normalidad

La teoría dice que para que se pueda verificar la normalidad la significancia el p valor tiene que ser mayor que 0,05. Y si el p valor es menor a 0,05 significa que los datos no siguen una distribución normal.

Tabla 7

Descriptivos

Estadístico	Desv. Error
33,28	,948
31,32	
35,24	
33,39	
34,00	
22,460	
4,739	
22	
42	
20	
7	
-,415	,464
,149	,902
36,88	,764
35,30	
38,46	
37,06	
36,00	
14,610	
3,822	
28	
42	
14	
7	
-,338	,464
-,556	,902

Nota: Datos adicionales de las 25 encuestas realizadas en el Pre- test y el Post-test no hay casos perdidos, se procesaron todas es decir el 100% de las encuestas.

Análisis e interpretación: En la tabla 3 se observan los estadísticos descriptivos como varianza, la desviación estándar y la mediana que en el pre-test es 34,00 y en el Post-test 36,00 el valor es mayor, lo que significa que el taller experimental sobre protocolo de prevención de caídas si fue un éxito.

Tabla 8

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk pre- test y post- test

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
PRE- TEST	,970	25	,656
POST- TEST	,937	25	,129

Nota: Datos estadísticos resultados del software SPSS.

Análisis e interpretación: Como la muestra es de 25 enfermeras se utiliza la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. En la tabla 4 se observa que la significancia calculada del pre-test es de 0,656 que es mayor a 0,05 por tanto los datos si siguen una distribución normal. Y en el post-test 0,129 que son mayores a 0,05 entonces se puede decir que los datos de ambos test si siguen una distribución normal.

Tabla 9

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk diferencia

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Diferencia	,867	25	,004

Nota: a. Corrección de significación de Lilliefors

Análisis e interpretación: En la tabla 5 se observa la diferencia del pre-test y el post-test. En este caso el resultado de significancia es de 0,004 lo que significa que es menor a 0,05 por tanto los datos no siguen una distribución normal. En este sentido, se debe utilizar una prueba no paramétrica, por ejemplo, la prueba T de Wilcoxon para ejemplos relacionados. Ya que en la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk la estima de importancia es inferior a ,05.

Tabla 10

Prueba de normalidad de variable y dimensiones del pre-test y post-test

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Variable seguridad del paciente pediátrico	0,970	25	0,656
Dimensión elementos estructurales	0,906	25	0,024

PRE-TEST	Dimensión procesos organizacionales	0,908	25	0,028
	Dimensión eventos adversos	0,909	25	0,029
	Dimensión prevención de riesgos	0,922	25	0,056
	Variable seguridad del paciente pediátrico	0,937	25	0,129
	Dimensión elementos estructurales	0,853	25	0,002
POST-TEST	Dimensión procesos organizacionales	0,874	25	0,005
	Dimensión eventos adversos	0,849	25	0,002
	Dimensión prevención de riesgos	0,863	25	0,003

Nota: a. Corrección de significación de Lilliefors

Análisis e interpretación: A partir de la Tabla 7, se ve muy bien que por la variable bienestar del paciente pediátrico, tanto en el pretest como en el postest, la circulación es normal ($p > .05$), por lo que las teorías se presentaron diferente en relación a la paramétrica. Prueba t de Student. Por los aspectos que subyacen a los componentes, ciclos jerárquicos y ocasiones desfavorables, se observa en el pretest y en el postest que el transporte no es ordinario ($p < 0,05$), posteriormente, las especulaciones se desviaron de la prueba t de Wilcoxon para ejemplos relacionados. Sin embargo, en el aspecto de evitación de peligros, se ve en el pretest que el transporte es ordinario ($p > 0,05$) y en el postest no es inesperado ($p < 0,05$), por lo que las especulaciones se destacaron de las Prueba t de Wilcoxon no paramétrica.

Análisis inferencial

El Proceso que permitió realizar el contraste de hipótesis del problema en la presente investigación requirió cierta decisión:

Contraste hipótesis general

H1: El protocolo de prevención de caídas mejora significativamente la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

H0: El protocolo de prevención de caídas no mejora significativamente la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

Tabla 11

Comparación de medias de pretest y post-test de seguridad del paciente pediátrico internado, según prueba t de Student para muestras emparejadas

Diferencias emparejadas								
	Media	Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl (bilateral)	Sig.
				Inferior	Superior			
Par pretest 1 - post- test	-3,600	4,743	,949	-5,558	-1,642	-3,795	24	,001

Análisis e interpretación: A partir de la tabla anterior, se puede observar que la diferencia de medias es -3,600, asimismo, se demuestra que hay diferencias significativas en los resultados hallados en el pre-test y el post-test conforme al valor de significancia 0,001 ($p > 0,05$), con valor de $t = -5,558$. Entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por consiguiente, se cumple que existen mejoras significativas en la seguridad del paciente pediátrico antes y después de aplicar el taller “protocolo de prevención de caídas en niños internados en enfermeras de un hospital, Guayaquil 2021.

Contraste hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H1: El protocolo de prevención de caídas mejora significativamente los elementos estructurales de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

H0: El protocolo de prevención de caídas no mejora significativamente los elementos estructurales de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

Tabla 12

Comparación de medias de pretest y post-test de elementos estructurales, según prueba de rangos de Wilcoxon.

Estadísticos de prueba^a	Dimensión elementos estructurales post-test - Dimensión elementos estructurales pre-test
Z	-3,000 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	,003

Análisis e interpretación: A partir de la tabla anterior, se puede observar que la diferencia de los rangos se basa en rangos negativos y tuvo efecto en los elementos estructurales de las 25 enfermeras evaluadas. El resultado de $Z = -3,000$, asimismo el valor de significancia es 0,003 menor a 0,05, con lo cual se confirma el rechazo a la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alterna.

De esta manera, los hechos confirman que hay grandes mejoras en los componentes subyacentes del bienestar del paciente pediátrico al aplicar el estudio "Convención de prevención de caídas para niños internos en asistentes médicos de clínicas, Guayaquil 2021".

Hipótesis específica 2

H1: El protocolo de prevención de caídas mejora significativamente los procesos organizacionales de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

H0: El protocolo de prevención de caídas no mejora significativamente los procesos organizacionales de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

Tabla 13

Comparación de medias de pretest y post-test de procesos organizacionales, según prueba de rangos de Wilcoxon.

Estadísticos de prueba^a	Dimensión procesos organizacionales post-test - Dimensión procesos organizacionales pre-test
Z	-1,835 ^b

Análisis e interpretación: En la tabla 13, se puede observar la diferencia de los rangos. Estos se basan en rangos negativos y tuvo efecto en los procesos organizacionales de las 25 enfermeras evaluadas. El resultado de $Z = -1,835$, asimismo el valor de significancia es 0,067 mayor a 0,05. Entonces, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Por consiguiente, existen mejoras significativas en los procesos organizacionales de la seguridad del paciente pediátrico antes y después de aplicar el taller “protocolo de prevención de caídas en niños internados en enfermeras de un hospital, Guayaquil 2021.

Hipótesis específica 3

H1: El protocolo de prevención de caídas mejora significativamente los eventos adversos de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

H0: El protocolo de prevención de caídas no mejora significativamente los eventos adversos de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

Tabla 14

Comparación de medias de pretest y post-test de eventos adversos, según prueba de rangos de Wilcoxon.

Estadísticos de prueba^a	
	Dimensión eventos adversos post-test - Dimensión eventos adversos pre-test
Z	-3,347 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	,001

Análisis e interpretación: Análisis e interpretación: En la tabla 13, se puede observar la diferencia de los rangos. Estos se basan en rangos negativos y tuvo efecto en los procesos organizacionales de las 25 enfermeras evaluadas. El resultado de $Z = -3,347$, asimismo el valor de significancia es 0,001 mayor a 0,05. Entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por consiguiente, existen mejoras significativas en los eventos adversos en el bienestar

del paciente pediátrico al aplicar el estudio “Convención de anticipación de caídas para niños internos en asistentes médicos de clínicas, Guayaquil 2021.

Hipótesis específica 4

H1: El protocolo de prevención de riesgos mejora significativamente la prevención de riesgos de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

H0: El protocolo de prevención de riesgos no mejora significativamente la prevención de riesgos de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

Tabla 15

Comparación de medias de pretest y post-test de prevención de riesgos, según prueba de rangos de Wilcoxon.

Estadísticos de prueba^a	Dimensión prevención de riesgos post-test - Dimensión prevención de riesgos pre-test
Z	-2,741 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	,006

Análisis e interpretación: En la tabla 13, se puede observar la diferencia de los rangos. Estos se basan en rangos negativos y tuvo efecto en los procesos organizacionales de las 25 enfermeras evaluadas. El resultado de $Z = -2,741$, asimismo el valor de significancia es 0,006 menor a 0,05. Entonces, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. En este sentido, existen avances críticos en la lucha contra los peligros de los pacientes pediátricos al aplicar el estudio "Convención de prevención de caídas para niños internos en asistentes de clínicas médicas, Guayaquil 2021".

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como finalidad encontrar si existe significancia entre el protocolo de prevención de caídas y la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, en esta línea, se aplicó un instrumento de estimación según los elementos de la variable, el mismo que fue analizada y manejado, que sustenta experimentalmente la revisión. Los resultados adquiridos representados en el apartado anterior serán contrastados y la prueba examinada en el segmento del marco teórico.

En el estudio realizado para la prueba de confiabilidad se toma en consideración una prueba piloto. En la tabla 2 se evidencian los datos obtenidos durante esta investigación que indicaron los 10 elementos de la prueba piloto, el Alpha de Cronbach que resulto en 0,854. La misma es categorizada como buena fiabilidad, pero lo ideal es que este lo más cercano a 1. El proceso estadístico como se observa en la tabla 3 también arrojo la media 36,90, la varianza 8,767, la desviación 2,961 y el número de observaciones en este caso 14 elementos.

Una vez con la prueba piloto obtenida la fiabilidad a través del Alfa de Cronbach, con el instrumento se procedió a aplicar el cuestionario. De acuerdo a la característica del estudio se procede a utilizar el software estadístico pertinente considerando la variable, las dimensiones y los indicadores, en busca de no presentar demasiados datos.

En cuanto a la prueba de normalidad el programa estadístico permitió observar datos adicionales (tabla 7) como la mediana que en el pre-test fue de 34,00 y en el post-test de 36 lo que significa que el taller experimental sobre protocolo de prevención de caídas si fue un éxito. Al tratarse de un tamaño muestral menor a 50 enfermeras, se fija el estadístico del contraste de Shapiro-Wilk (tabla 8), siendo su p-valor asociado mayor de 0,05 para el pre-test en significancia 0,656, y mayor de 0,05 en el post-test en significancia 0,129.

Como se requiere saber si hubo o no significancia al dictar el taller sobre protocolo de prevención de caídas en el hospital, se procede a sacar la prueba de normalidad Shapiro-Wilk a la diferencia entre el pre-test y el post-test (tabla 9) resultando como significancia 0,004. Este resultado indica que los datos de la diferencia no siguen una distribución normal y se procede con toda seguridad a la prueba no paramétrica T de Wilcoxon para muestras relacionadas. Como se tuvo dos tiempos distintos con datos independientes en la investigación experimental (tabla 10) en la que se midió la variable dependiente seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital antes y después, se procedió a sacar de las dimensiones la prueba de normalidad, permitiendo observar las diferencias entre las dos medidas y se compararon estas diferencias con la distribución teórica.

En cuanto a los resultados de los estadísticos descriptivos del objetivo general demuestran, la información obtenida en la prueba piloto (tabla 4 y figura 1) se ha procesado teniendo en cuenta el agrupar las dimensiones y aplicar los protocolos estadísticos que admiten manejar de forma precisa la información obtenida, y por lo tanto ser más natural de interpretar y aplicar. Se evidenció porcentajes altos de resultados en el nivel medio (90%), en el nivel alto no hubo mayor porcentaje en resultado (10%) y en nivel bajo se evidenció ningún porcentaje.

El empleo del diseño experimental con pre-test aplicado a una muestra de 25 enfermeras (tabla 5 y figura 2), tuvo como finalidad compararse con el post-test para determinar si con el protocolo de prevención de caídas si mejora la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital. Para que esto sea posible se ha seguido con el procedimiento del manejo de la información mediante la unión de los indicadores teniendo en cuenta en la tabla la distribución de frecuencia. En el pre-test en la dimensión elementos estructurales con niveles categóricos bajo (36%), medio (56), alto (8%). En la dimensión procesos organizacionales con niveles categóricos bajo (32%), medio (44%), alto (24%). En la dimensión eventos adversos con niveles categóricos bajo (44%), medio (48%), alto (8%). Y en la dimensión prevención de riesgos con niveles categóricos bajo (40%), medio (48%), alto (12%).

En el post-test (tabla 6 y figura 3), la dimensión elementos estructurales con niveles categóricos bajo (28%), medio (70), alto (0%). En la dimensión procesos

organizacionales con niveles categóricos bajo (52%), medio (48%), alto (0%). En la dimensión eventos adversos con niveles categóricos bajo (60%), medio (40%), alto (0%). Y en la dimensión prevención de riesgos con niveles categóricos bajo (36%), medio (64%), alto (0%).

Además del total de los resultados del pre-test y post-test se sacó la prueba de diferencias emparejadas, obteniendo de la media aritmética el 3,600, la desviación estándar 4,743 y una significancia bilateral de 0,001 que es menor 0,05. Determinando en la contratación de hipótesis general que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del estudio de investigación (tabla 11). Con estos datos se demuestra que con el taller sobre protocolo de prevención de caídas se permitió mejora significativamente la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

Resultados que permiten examen con el tema de Méndez et al (2014) en el que se separa la calificación de bienestar, alude a las cosas 43 en las que se evalúa el grado de seguridad del paciente en la unidad en una escala que va de increíble a pobre con ponderación de a 10, los resultados revelaron importancia en 48% del personal de enfermería que evaluó el bienestar en un alcance de 7-8 (generalmente excelente), el 43% coincidieron en el rango de 5-6 (OK). Permitiendo determinar las fortalezas y oportunidades de desarrollo hacia la forma de vida de seguridad accesible al personal de enfermería que labora en las distintas áreas con turnos y administraciones del Hospital de Pediatría de México y el nivel general de aparente seguridad.

El análisis post-test aplicado al grupo experimental (tabla 6 y figura 3) es el punto substancial de la investigación, en este caso se agrupo en dimensiones, porque está enmarcado en contrastar la hipótesis planteada para esta investigación, las que hemos trazado y mencionado en el capítulo correspondiente, para tal fin. En el post-test la dimensión elementos estructurales se presenta con niveles categóricos bajo en el que se obtuvo el (36%), medio (56%), alto (8%). Se debe indicar que se han desarrollado cálculos estadísticos correspondientes a la prueba de hipótesis de muestras pequeñas como la prueba de normalidad Shapiro-Wilk en el que se obtuvo la significancia de 0,002, resultando la distribución de datos no normal ($p < 0,05$). Por las consideraciones mencionadas en párrafos anteriores, que permiten

tener los estadígrafos necesarios que se han utilizado para el contraste de hipótesis con la prueba T de Wilcoxon para muestras relacionadas (tabla 12). El resultado de $Z = -3,000$, asimismo el valor de significancia es 0,003 menor a 0,05. Entonces se confirma el rechazo a la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alterna, concluyendo que el protocolo de prevención de caídas mejora significativamente los elementos estructurales de la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021. Resultados que permiten ser comparados con los de Linares (2018) en el que la dimensión estructura mostró niveles en significancia de desaprobación del 50,99%, en el nivel medio de 43,05% y en el alto con 5,96%, por lo que se aprecia que el personal no está de acuerdo con las políticas aplicadas por la institución, ni con el medio físico en donde laboran.

El procedimiento de agrupar las dimensiones del pre-test grupo experimental y del post-test para los procesos organizacionales resultaron niveles categóricos de bajo, medio y alto. De acuerdo con el post-test (tabla 5 y figura 2) el nivel bajo resultó en (90%), el nivel medio (10%) y el alto en (0%). La prueba de normalidad de esta dimensión en significancia resultó en 0,028 menor al p valor ($p < 0,05$). Según el pre-test (tabla 6 y figura 3) el nivel bajo resultó en (32%), el nivel medio (44%) y el alto en (24%). En la prueba de normalidad se obtuvo valores de significancia en 0,005 menor al p valor ($p < 0,05$). Entonces se dice que la distribución de los datos no es normal, por esta razón se contrastan las hipótesis con la prueba T de Wilcoxon para muestras relacionadas. Se comparó las medias de pretest y post-test de procesos organizacionales, según prueba de rangos de Wilcoxon resultando como significancia asintótica(bilateral) en 0,067.

Por tanto, se reconoce aceptar la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa. Resultados que permiten ser comparados con los de Linares (2018) en el en los que no se concretó realmente que la dimensión Compromiso Visible con la Mejora de la Seguridad y los Procesos presenta un 29,80% en el nivel bajo, 10,60% en el alto, visualizándose en el término medio el mayor porcentaje logrando obtener el 59,60%, por lo que se indica que la dimensión presenta límites específicos con respecto a la relación con la responsabilidad que la institución debe construir la parte gerencial, la estructura y procesos organizacionales que van a

permitir la consolidar todos los medios para que la atención sea efectiva de la manera más ideal para estar seguro.

Los resultados que se obtuvieron en el pre-test (tabla 5 y figura 2) de la dimensión eventos adversos estuvieron categorizados como nivel bajo (44%), nivel medio (48% y nivel alto en (8%). Mediante la prueba de normalidad Shapiro-Wilk de las dimensiones del pre-test se evidencio la significancia de resultado en 0,029 en comparación al p valor de ($p < 0,05$) la distribución no es normal. Por otro lado, en el post-test (tabla 6 y figura 3) la categorización en nivel bajo resulto en (60%), nivel medio en (10%) y nivel alto en (0%). Mediante la prueba de normalidad Shapiro-Wilk de las dimensiones del post-test se evidencio la significancia de resultado en 0,002 en comparación al p valor de ($p < 0,05$) la distribución no es normal. Debido a estos resultados se contrastó las hipótesis con la prueba T de Wilcoxon para muestras relacionadas, en el que el estadístico de prueba significancia asintótica (bilateral) de 0,001. De tal manera que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (tabla 14).

En concordancia se encuentra el estudio de Barrientos, Hernández y Zárate (2019) en el que se registraron eventos adversos en total de 173, de ellos 95 que equivalen al (55%) fueron de sexo masculino, en edades de 4 años \pm 5.4, sin embargo 74 que equivalen al (43%) fueron reportadas que sucedieron en áreas críticas. Entre 0-1 año son los de menor edad, es decir 74 o el (43%), de estos 104 (60%) sucedieron en áreas críticas y en el proceso de ingreso por 10 días hospitalario 93 (54%). En cuanto al dinamismo paciente enfermera hubo mayor 79 (46%), 1:4 en 30 (17%). Hospitalización Cabe resaltar que la matutina en 34 (19%), la nocturna 79 (46%), y la vespertina 59 (34%). De esta forma, la consideración dada a los usuarios de los hospitales puede provocar (EA), debido a factores característicos, externos o internos.

Para finalizar la dimensión prevención de riesgo presentada en el post-test (tabla 5 y figura 1) resulta en forma categórica el nivel bajo con un porcentaje de (40%), medio (48%) y alto con el (12%). Después de la (tabla 10) se extraen valores de la dimensión obtenidas en el post-test con significancia de 0,056. Se observa en el pre-test que la distribución es normal ($p > 0,05$). En la (tabla 6 y figura 2) de post-test se le asigno categorías de niveles en el que el nivel bajo obtuvo (36%), el medio

(64%) y el alto (0%). Además, la prueba de normalidad Shapiro-Wilk resulto con significancia de 0,003, el p valor es menor ($p < 0,05$), quiere decir que los datos no son normales, por lo que se contrastaron las hipótesis con la prueba no paramétrica T de Wilcoxon. Así, la medición de la prueba de especulación (Cuadro 15) se dio en un sentido asintótico (bilateral) de .006, y eso implica que se desestima la teoría inválida y se reconoce la teoría electiva, en la que se expresa que con el post-probar la convención de contraataque de peligros asumiendo que desarrolla fundamentalmente la anticipación de peligros de la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en una clínica médica, Guayaquil 2021. A diferencia de la investigación de Quingaluisa y Romero (2019) donde se observa que el cumplimiento del protocolo de prevención de caídas en pacientes pediátricos, no se completa de manera adecuada; Debido a que, de los medidores de prevención, la variable que arrojó un nivel más alto de baja consistencia en el personal de salud de enfermería es la cama del hospital con la mínima altura, de manera similar, es obvio que no se educa a la familia del paciente en el tema. Se adquirió una mayor falta de responsabilidad en el clima que rodea al paciente.

VI. CONCLUSIONES

1. Se concluye en el presente estudio que, con el protocolo de prevención de caídas compartido en el taller a las enfermeras, mejoró significativamente la seguridad del paciente pediátrico internado, lo que se evidenció con los resultados hallados en el pre-test y el post-test conforme al valor de significancia 0,001 ($p > 0,05$), con valor de $t = -5,558$.
2. Respecto a si el protocolo de prevención de caídas mejora los elementos estructurales en la seguridad del paciente pediátrico internado, con el resultado de $Z = -3,000$, asimismo el valor de significancia es 0,003 menor a 0,05, con lo cual se aceptó la hipótesis alterna.
3. Según la forma en que, asumiendo que la convención de anticipación de caída funciona en ciclos autoritarios mientras afirma la especulación, la importancia asintótica (respectiva) trajo alrededor de .067, en vista de este resultado, se niega la teoría electiva y la especulación se basa inválida.
4. Se razona que la convención para contrarrestar caídas del estudio con médicos auxiliares de la región pediátrica actúa en ocasiones adversas en el bienestar de los pacientes pediátricos hospitalizados, lo cual se deriva de la importancia asintótica (recíproca) de 0,001 más notable
5. Por último, la convención de contrarresto de caídas aún no ha trabajado fundamentalmente en la prevención de peligros en el bienestar del pediátrico a largo plazo, esto se confirma por los efectos secundarios de la importancia asintótica (recíproca) de 0,006 por debajo de 0,05. En consecuencia, se terminó la teoría inválida y se desestimó la especulación sustituta.

VII. RECOMENDACIONES

1. Para seguir trabajando en el bienestar de los pacientes pediátricos hospitalizados, lo que se demuestra es mejorar la consideración de los asistentes con la utilización de la convención de anticipación de caídas, para evitar convenientemente percances en los pacientes hospitalizados y que este sea competente.
2. En cuanto a los elementos estructurales, la dirección ejecutiva del hospital debe realizar controles administrativos en el área de pediatría con mayor frecuencia para evitar el desarrollo de eventos adversos que comprometan posteriormente la vida del paciente y debilite la seguridad del hospital.
3. Es necesario para mejorar los procesos organizacionales hacer el seguimiento debido al protocolo de prevención de caídas, tener todos los implementos para ejecutar los controles inspeccionando la circunstancia de los pacientes y valoraciones con datos exactos en base a las historias clínicas y dar un diagnóstico de enfermería.
4. En definitiva, el personal médico y enfermeras deben evaluar los eventos adversos y notificar la circunstancia de cada paciente, los familiares y el estado de los equipos y mobiliario disponibles en el área pediátrica, tener presente las valoraciones, recopilar datos de los motivos de accidentes pasados e informar los accidentes que puedan ocurrir durante el cuidado del paciente.
5. Finalmente, en la prevención de riesgos, para que la mejoría proceda, es importante construir la preparación del personal de enfermería y los familiares de los pacientes pediátricos, para que sean conscientes de la importancia de la anticipación de los peligros. de caídas, las variables y los inconvenientes que implican estas ocasiones que se pueden evitar.

REFERENCIAS

- Alves, V. C., Junior, d. F., Silva, R. J., Garbis, C. S., Azevedo, C., & Ferreira, d. M. (diciembre de 2015). Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería. *Latino-Am. Enfermagem*, 25. doi:10.1590/1518-8345.2394.2986
- Alves, V., Freitas, W., JS., R., Chagas, S., Azevedo, C., & Mata, L. (2017). Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, 25. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rmnKBsnV8kkQgL4vwWyMKNM/?lang=es&format=pdf>
- Alvia, K. (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, Unidad de cuidados de enfermería, Chone. Obtenido de <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/RIESGO-DE-CAIDAS.pdf>
- Área de Salud de Cáceres. (2021). Recuperado el 8 de octubre de 2021, de Atención Hospitalaria: <https://www.areasaludcaceres.es/contenido/28-atencion-hospitalaria.html#:~:text=Atenci%C3%B3n%20Hospitalaria.%20La%20atenci%C3%B3n%20hospitalaria%20comprende%20las%20actividades,naturaleza%20aconseja%20que%20se%20realicen%20en%20este%20nivel.>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Ecuador.
- Asociación colombiana de empresas de medicina integral. (2013). *ACEMI*. Recuperado el 7 de octubre de 2021, de Cifras e indicadores del Sistema de Salud: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/salude_en_cifras-2013.pdf

- Barnett, P. E., Salemi, J. L., Sobers, N., Menard, J., & Hambleton, I. R. (Jul/Aug 2020 de 2020). COVID-19 in Children in the United States: Intensive Care Admissions, Estimated Total Infected, and Projected Numbers of Severe Pediatric Cases in 2020. *J Public Health Manag Pract*, 26(4)(doi: 10.1097/PHH.0000000000001190.), 325-333. Obtenido de COVID-19 in Children in the United States: Intensive Care Admissions, Estimated Total Infected, and Projected Numbers of Severe Pediatric Cases in 2020.
- Barrientos, S. J., Hernández, Z. M., & Zárate, G. R. (ene./mar. de 2019). Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. *Enferm. univ*, vol.16(no.1). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100052
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Intervenciones de Enfermería Promotoras de la Adaptación del Niño / Joven / Familia a la Hospitalización: una Scoping Review. *Enfermería Global*, 20(61). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100020#B19
- Bazzan JS, M. V. (2019). Support Systems in the Pediatric Intensive Therapy Unit: Family Perspective. *Rev Bras Enferm*, 72(3)(243-50).
- Bernal, C. A. (2013). *Metodología de la Investigación: Tercera edición*. Colombia: Pearson.
- Berón, D., & Palma, F. (2015). *Factores que influyen en el rendimiento laboral del personal de enfermería*. Malargüe: Universidad Nacional de Cuyo. Obtenido de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5918/beron-daniela.pdf
- Bonasa, J. M. (2016). *Estudiantes de enfermería y profesionales de enfermería: factores de riesgo y factores de protección para garantizar el bienestar psicológico y su calidad de vida laboral*. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili. Obtenido de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/399566/TESt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Brown, T. (2017). Capítulo 20: Niño hospitalizado; Variaciones de las intervenciones de enfermería con pacientes pediátricos. En M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, *Enfermería Pediátrica*. 10ª ed. Barcelona: (págs. 575-613.). Elsevier.
- Castillo, T. J. (2014). *Plan Educativo de Intervención con calidad y calidez para la correcta aplicación del protocolo de preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Marco Vinicio Iza de Nueva Loja, 2013*. Tulcán: UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES (UNIANDES).
Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2237/1/TUTENF006-2014.pdf>
- Chu, R. Z. (2017). Prevenir las caídas de pacientes hospitalizados: el papel central de la enfermera. *Nursing*, 34(6), 20-25. doi:DOI: 10.1016/j.nursi.2017.11.008
- Ciencias de la Salud. (2017). *Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas*. VIU. España: Universidad Internacional de Valencia. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/proceso-de-atencion-de-enfermeria-concepto-y-etapas>
- Duchscher, J. E. (2014). Critical thinking: perceptions of newly graduated female baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Education*, 4 (1): 14-27. doi:DOI:10.3928/0148-4834-20030101-06
- Ecuador, A. N. (2012). *Ley Orgánica de Salud*. Ecuador.
- Editorial CEP. (2016). Gestión y planificación de servicios sanitarios. En *Tutorial de Enfermería. Volumen III* (Vol. M11 4 , pág. 790 páginas). Madrid.
- ENEAS. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud.
Obtenido de <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

- Fernández, C. S. (2015). Los eventos adversos y la Seguridad del Paciente. En: Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del paciente. *Boletín CONAMED-OPS*, 3. Obtenido de http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *UNICEF*. Recuperado el 7 de octubre de 2021, de La adecuación normativa a la convención sobre los derechos del niño en américa latina. Avances y deudas con la niñez: <https://www.unicef.org/lac/media/9646/file/PDF%20La%20adecuacion%20normativa%20a%20la%20Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20del%20Nino%20en%20America%20Latina.pdf>
- García, C. M., & Larios, G. E. (2020). La cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del hospital de la mujer (SSA) En Puebla. *ResearchGate*, 115-124. doi:DOI: 10.24054 / 01204211.v2.n2.2019.3702
- García, M., & Munar, F. (2012). *Peculiaridades del Paciente Pediátrico*. (Arxius, Ed.) Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron . Obtenido de http://www.scartd.org/arxius/pedia1_2012.pdf
- Geriatricos. (2017). *Protocolo de caídas. Realizado para geriatricos.org*. Obtenido de https://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/caidas.pdf
- Hernández, S. R., Carlos, F. C., & Baptista, L. M. (2010). *Metodología de la investigación. Quinta edición*. México D.F.: McGraw-Hill. Educación.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2003). *Metodología de la Investigación. Cuarta edición*. México: MCGRAW-HILL.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la Investigación. 6ta. edición*. México DF.: McGraw-Hill. Obtenido de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

- Jiménez, M. S., Lara, M. A., Monzón, A. R., Hernández, M. E., & Ortiz, L. S. (2018). Evaluación de riesgo de caída con la escala J.H.Downton modificada en pacientes pediátricos hospitalizados. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018, 26(1): 46-51. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181h.pdf>
- Laguna, P. J., Arrabal, O. M., Zafra, L. F., García, F. F., Carrascosa, C. R., Carrascosa, G. M., . . . Alejo, E. J. (diciembre de 2011). Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. *Gerokomos*, 22(4). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400004&Ing
- Lima, F., Pimentel, G. N., Freire, d. V., Aires, d. F., Jorge, M., & De Souza, O. A. (2014). Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*, (35): 293-309.
- Linares, R. M. (2018). *Clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal administrativo del Hospital Arzobispo Loayza – Lima, 2017*. Perú: Universidad César Vallejo. Escuela de Posgrado. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12582/Linares_RMGM.pdf?sequence=1
- Lozada, J. (2014). Investigación Aplicada. *Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 3(1), 47-50. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163749>
- Mélendez, M. C., Garza, H. R., González, S. J., Castillo, C. S., González, G. S., & Ruiz, H. E. (Julio - Diciembre de 2014). Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. *Cuidarte*, Vol. 5(Núm. 2), 774-81. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.92>
- Mello, J., & Barbosa, S. (2014). Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Obtenido de Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Protocolo de seguridad del paciente prevención de caídas*. Cuenca – Ecuador: Hospital Vicente Corral Moscoso. Obtenido de <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-PREVENCIÓN-DE-CAIDAS.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Protocolo de seguridad del paciente prevención de caídas*. Cuenca – Ecuador. Obtenido de <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-PREVENCIÓN-DE-CAIDAS.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (27 de agosto de 2019). *HGDC-REG-EMA registro escala de MACDEMS*. Obtenido de <https://www.hgdc.gob.ec/images/Gestiondecalidad/Procedimientos/2019/HGDC-REG-EMA%20REGISTRO%20ESCALA%20DE%20MACDEMS.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2019). *Normativa Nacional para la Seguridad del Paciente*. Amelia Briones P. : Subsecretaría de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Obtenido de https://www.hgdc.gob.ec/images/Encuentro_Seguridad_%20Paciente/DNCSS%20Normativas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Seguridad del paciente - Usuario. Manual. Primera edición*. Quito - Ecuador: Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud – MSP. Obtenido de <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Atención integral a la niñez*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ni%C3%B1ez.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (s.f.). Recuperado el 23 de octubre de 2021, de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/docs/prestaciones08.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775308764558#:~:text=La%20Agencia%20de%20Calidad%20del%20Sistema%20Nacional%20de,participaci%C3%B3n%20de%20pacientes%20y%20ciudadanos%20en%20la%20estrategia>.
- MSP, M. d. (2015). *Guía para el diseño y la construcción estructural y no estructural de establecimientos de salud*. Santo Domingo, República Dominicana: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28584/guia_disenos_estructural.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Muyulema, C. (. (2016). *Plan de capacitación sobre el sistema de triage y su relación con la satisfacción del usuario en el Hospital Provincial Docente Ambato. Tesis*. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6033/1/PIUAENF005-2017.pdf>.
- National Center for Health Statistics. (2018). Recuperado el 6 de octubre de 2021, de Health, United States: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2018/039.pdf>
- Oliveira, J., Xavier, R., & Santos, J. A. (2013). Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Recuperado el 19 de octubre de 2021, de Seguridad del paciente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *OPS*. Recuperado el 5 de octubre de 2021, de Salud Integral del Niño: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5350:2011-salud-integral-nino&Itemid=1084&lang=es
- Panattieri, N., Dackiewicz, N., Arpi, L., Godio, C., Andión, E., Negrette, C., & al, e. (2018). Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. *Arch*

Argent Pediatr 2019, 117(6): 277-309. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42093/TFG-H1960.pdf;jsessionid=41A79F1CCB54F14CFE978B1481193DF8?sequence=1>

Pinango, C. J. (2018). *Cumplimiento del protocolo de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería del Hospital General Puyo, Puyo 2016*. Ibarra - Ecuador: Universidad Técnica del Norte. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8805/1/06%20ENF%2092%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

Portella, R. J., Calcagno, G. G., Arruda, d. S., Buss, T. M., Netto, d. O., & Bálsamo, T. A. (2016). Reflecting on the Construction of Caring in Pediatrics. *J Nurs UFPE on line*, 10(12)(4672-9), 4672 - 4679.

Pulido, P. M. (2015). Ceremonial y protocolo: métodos y técnicas de investigación. *Opción*, 31(1), 1137-1156. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31043005061>

Quingaluisa, T. A., & Romero, O. L. (2019). *Cumplimiento del protocolo de prevención de caídas en pacientes pediátricos. Puyo, 2019*. Tesis, Universidad Nacional de Chimborazo, Carrera de Enfermería, Riobamba – Ecuador. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6530/1/CUMPLIMIENTO%20DEL%20PROTOCOLO%20DE%20PREVENCION%20DE%20CAIDAS%20EN%20PACIENTES%20PEDIATRICOS.%20PUYO%2c2019.pdf>

Ramiro, M. L. (2017). *Historia Clínica y Exploración Física en Pediatría*. Obtenido de https://www.areasaludbadajoz.com/docencia_investigacion/comision_docencia/2017_especializada/historia_clinica_pediatria.pdf

Romano, D. E., Rodríguez, C. G., & Martínez, E. E. (2016). Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de

- Barcelona. *Gerocomos*, 78-82. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-78.pdf>
- Rowe, J. (2014). Preventing Patient Falls: What Are the Factors in Hospital Settings That Help Reduce and Prevent Inpatient Falls? *Home Health Care Manag Pract.*(25), 98-103.
- Salinero, C. C. (2020). *Seguridad en el paciente pediátrico hospitalizado*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42093/TFG-H1960.pdf;jsessionid=41A79F1CCB54F14CFE978B1481193DF8?sequence=1>
- Sangopanta, B. G. (2014). *Grado de satisfacción de las madres con respecto a la calidad de atención del personal de enfermería en los pacientes hospitalizados del servicio de pediatría en el hospital Provincial General Latacunga en el período de diciembre 2013 – mayo del 2014*. Universidad Técnica de Ambato, Ambato – Ecuador. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7972/1/Sangopanta%20Bonete%20Gladys%20Maria.pdf>
- Santiago, A. (2020). *Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados*. Obtenido de <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/05/17/prevencion-de-caidas-pacientes/>
- Tolosa, D., Leguizamón, J., & Dávila, F. (September–October de 2018). Calidad de la comunicación con el cuidador del paciente pediátrico. *Elsevier, Volume 33*,(Issue 5), Pages 264-269. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647918300617>
- Uchuaro, C. L. (2017). *Factores de riesgo de caídas en usuarios del Hospital Isidro Ayora de Loja*. Dspace. Loja - Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18623/1/TESIS%20LEONARDO%20UCHUARI.pdf>

- Urda, C. A., & Peláez, C. M. (2015). (Grupo de Calidad Asistencial y seguridad del paciente de la Asociación Española de Pediatría). *Seguridad hospitalaria en pediatría. An Pediatr (Barc)*, 83(4): 227-228.
- Vera, C. O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, 25. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es&nrm=iso
- Viancha, G. D., Quemba, M. M., González, A. E., & Pérez, Á. C. (2018). Factores de riesgo asociados a las caídas intrahospitalarias en tres instituciones de Colombia. *Medicina*, 12. doi:<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n2.70577>
- Vilardy, V. S. (2017). *Informe para aplicación de instrumentos de investigación en el proyecto: modelo didáctico para la formación ética de los estudiantes de contaduría pública*. Obtenido de Universidad Cooperativa de Colombia: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14416/1/2017_aplicacion_instrumentos_investigacion.pdf

ANEXOS

Matriz de Operacionalización de las variables

Elaborado por: Mendoza Rivilla Diana Carolina

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
1.Variable Independiente Protocolo de prevención de caídas	Es un reglamento por el cual se maneja las normas de seguridad y prevención de caídas en pacientes hospitalizados que permitan identificar en forma oportuna, práctica y objetiva el nivel de riesgos al que está expuesto todo paciente que ingrese a hospitalizarse (Quingaluisa & Romero, 2019)	Destaca la importancia del protocolo considerando las acciones que debe realizar el personal de salud en Hospital de Segundo Nivel de tipo privado para prevenir caídas a pacientes pediátricos hospitalizados.	Normas de seguridad Prevención Caída Riesgos		Taller
2.Variable Dependiente Seguridad del paciente pediátrico hospitalizado	Es el conjunto de estructuras y procesos organizacionales que disminuyen la posibilidad de padecer sucesos adversos como consecuencia de la atención recibida en una institución de salud, lleva implícita una serie de elementos estructurales, para la efectiva prevención de riesgos en la asistencia sanitaria (MSP, 2015).	Se utilizará un cuestionario con preguntas cerradas para medir la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado otorgada al paciente pediátrico	Elementos estructurales Procesos organizacionales Eventos adversos Prevención de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • El área de pediatría • El paciente pediátrico • La gestión de recursos humanos • El rol de la enfermera pediátrica • Notificación de eventos adversos. • adaptación del niño al medio hospitalario • los padres la hospitalización del niño • Caídas • Falta de comunicación • El entrenamiento inadecuado • Atención de enfermería • Cuidado del niño ingresado • Atención durante la hospitalización • La capacitación 	Ordinal

Anexo. Matriz de Validación

Título de la tesis: Protocolo de prevención de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO NOMBRE DEL INSTRUMENTO: ENCUESTA ESTRUCTURADA

OBJETIVO: “Determinar la validez del instrumento de información”.

Dirigido a: Departamento de Enfermería del área de Hospitalización Pediátrica de Hospital de 2do Nivel, Guayaquil

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Dra. Roció Parada

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Magister en Administración de Sistemas de Salud

Título de la tesis: Protocolo de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en enfermeras de un hospital Guayaquil, 2021.

Variable Dependiente	Dimensión	Indicador	Items	Opción de Respuesta			Criterios de evaluación								Observación y/o Recomendaciones
				Siempre	A veces	Nunca	Relación Entre la Variable y la dimensión		Relación Entre la Dimensión y el indicador		Relación Entre el Indicador y el ítem		Relación entre El ítem y la Opción de respuesta		
							Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Seguridad del paciente pediátrico hospitalizado Es el conjunto de estructuras y procesos organizacional es que disminuyen la posibilidad de padecer sucesos adversos como, consecuencia de la atención	Elementos estructurales Hacen que las instalaciones de salud sean establecimientos de salud son lugares destinados a brindar atención, médica con calidad, adecuación, competencia, oportunidad y calidez	El área de pediatría	¿El ambiente hospitalario que se brinda, es el adecuado para el paciente pediátrico?				✓		✓		✓		✓		
		El paciente pediátrico	¿Ud. considera que la atención hospitalaria que se brinda en el área de pediatría es eficiente?				✓		✓		✓		✓		
		La gestión de recursos humanos	¿El reglamento intrahospitalario tiene las acciones específicas para la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado?				✓		✓		✓		✓		
		El rol de la enfermera pediátrica	¿En el entorno laboral considera importante establecer una relación de confianza con el paciente pediátrico?				✓		✓		✓		✓		
	Procesos organizacionales En atención de enfermería suele tener una serie de etapas	Notificación de Eventos	¿Ha notificado caídas de algún paciente hospitalizado en el área de pediatría?				✓		✓		✓		✓		
		Adaptación del niño al	¿Cómo enfermera interviene en la adaptación del niño hospitalizado?				✓		✓		✓		✓		

Anexo. Matriz de Validación

Título de la tesis: Protocolo de prevención de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO NOMBRE DEL INSTRUMENTO: ENCUESTA ESTRUCTURADA

OBJETIVO: “Determinar la validez del instrumento de información”.

Dirigido a: Departamento de Enfermería del área de Hospitalización Pediátrica de Hospital de 2do Nivel, Guayaquil

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Mgs. Danilo Cabrera G.

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Magister en Seguridad y salud ocupacional

Título de la tesis: Protocolo de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en enfermeras de un hospital Guayaquil, 2021.

Variable Dependiente	Dimensión	Indicador	Ítems	Opción de Respuesta			Criterios de evaluación								Observación y/o Recomendaciones
				Siempre	A veces	Nunca	Relación, Entre la Variable y la dimensión		Relación Entre la Dimensión y el indicador		Relación Entre el Indicador y el ítem		Relación entre El ítem y la Opción de respuesta		
							Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Seguridad del paciente pediátrico hospitalizado Es el conjunto de estructuras y procesos organizacional es que disminuyen la posibilidad de padecer sucesos adversos como consecuencia de la atención	Elementos estructurales Hacen que las instalaciones de salud sean establecimientos de salud son lugares destinados a brindar atención, médica con calidad, adecuación, competencia, oportunidad y calidez	El área de pediatría	¿El ambiente hospitalario que se brinda, es el adecuado para el paciente pediátrico?				✓		✓		✓		✓		
		El paciente pediátrico	¿Ud. considera que la atención hospitalaria que se brinda en el área de pediatría es eficiente?				✓		✓		✓		✓		
		La gestión de recursos humanos	¿El reglamento intrahospitalario tiene las acciones específicas para la seguridad del paciente, pediátrico hospitalizado?				✓		✓		✓		✓		
		El rol de la enfermera pediátrica	¿En el entorno laboral considera importante establecer una relación de confianza con el paciente pediátrico?				✓		✓		✓		✓		
	Procesos organizacionales En atención de enfermería suele tener una serie de etapas	Notificación de Eventos	¿Ha notificado caídas de algún paciente hospitalizado en el área de pediatría?				✓		✓		✓		✓		
		Adaptación del niño al	¿Cómo enfermera interviene en la adaptación del niño hospitalizado?				✓		✓		✓		✓		

3

Anexo. Matriz de Validación

Título de la tesis: Protocolo de prevención de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital, Guayaquil 2021.

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO NOMBRE DEL INSTRUMENTO: ENCUESTA ESTRUCTURADA

OBJETIVO: "Determinar la validez del instrumento de información".

Dirigido a: Departamento de Enfermería del área de Hospitalización Pediátrica de Hospital de 2do Nivel, Guayaquil

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Mgs. Bryan Cantos

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Magister en Mejoramiento de Procesos

Título de la tesis: Protocolo de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en enfermeras de un hospital Guayaquil, 2021.

Variable Dependiente	Dimensión	Indicador	Ítems	Opción de Respuesta			Criterios de evaluación								Observación y/o Recomendaciones
				Siempre	A veces	Nunca	Relación Entre la Variable y la dimensión		Relación Entre la Dimensión y el indicador		Relación Entre el Indicador y el ítem		Relación entre El ítem y la Opción de respuesta		
							Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Seguridad del paciente pediátrico hospitalizado Es el conjunto de estructuras y procesos organizacional es que disminuyen la posibilidad de padecer sucesos adversos como consecuencia de la atención	Elementos estructurales Hacen que las instalaciones de salud sean establecimientos de salud son lugares destinados a brindar atención, médica con calidad, adecuación, competencia, oportunidad y calidez	El área de pediatría	¿El ambiente hospitalario que se brinda, es el adecuado para el paciente pediátrico?				/	/	/	/	/	/			
		El paciente pediátrico	¿Ud. considera que la atención hospitalaria que se brinda en el área de pediatría es eficiente?				/	/	/	/	/	/			
		La gestión de recursos humanos	¿El reglamento intrahospitalario tiene las acciones específicas para la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado?				/	/	/	/	/	/	/		
	Procesos organizacionales En atención de enfermería suele tener una serie de etapas	El rol de la enfermera pediátrica	¿En el entorno laboral considera importante establecer una relación de confianza con el paciente pediátrico?				/	/	/	/	/	/	/		
		Notificación de Eventos	¿Ha notificado caídas de algún paciente hospitalizado en el área de pediatría?				/	/	/	/	/	/	/		
		Adaptación del niño al	¿Cómo enfermera interviene en la adaptación del niño hospitalizado?				/	/	/	/	/	/	/		

Anexo. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ENCUESTA AL PERSONAL

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
CUESTIONARIO

Objetivo: determinar la influencia del protocolo de prevención de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en enfermeras de un hospital, Guayaquil 2021.

Por favor responda las alternativas de respuesta según corresponda. Marque con una "x" la alternativa de respuesta que se adecue a su criterio.

Siempre	A veces	Nunca
3	2	1

N°	Preguntas	S	AV	N
		3	2	1
	V. dependiente:			
1	¿El ambiente hospitalario que se brinda es el adecuado para el paciente pediátrico?			
2	¿Ud. considera que la atención hospitalaria que se brinda en el área de pediatría es eficiente?			
3	¿El reglamento intrahospitalario tiene las acciones específicas para la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado?			
4	¿En el entorno laboral considera importante establecer una relación de confianza con el paciente pediátrico?			
5	¿Ha notificado caídas de algún paciente hospitalizado en el área de pediatría?			
6	¿Cómo enfermera interviene en la adaptación del niño hospitalizado?			
7	¿Ud. ha realizado charlas de educación al familiar sobre seguridad del paciente?			
8	¿Conoce UD sobre los procesos a seguir para prevención de caídas del paciente?			
9	¿Ud. notifica de forma digital la caída de un paciente?			
10	¿Ha recibido entrenamiento de Seguridad del paciente pediátrico hospitalizado?			
11	¿Con que frecuencia le han capacitado en el manejo del protocolo de caídas?			
12	¿Ud. es capaz de resolver los problemas que presenta el paciente pediátrico durante su hospitalización?			
13	¿Tiene conocimiento sobre que realizar si un niño se cae mientras está hospitalizado?			
14	¿Estaría de acuerdo con recibir charlas sobre protocolo de seguridad para la prevención de caídas del paciente pediátrico?			

Anexo. PLANILLÓN DE CONFIABILIDAD - SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO (PRUEBA PILOTO)

SUJETOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	TOTAL
1	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	39
2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	36
3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	37
4	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	37
5	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	35
6	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	41
7	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	34
8	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	33
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42
10	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	35

Elaborado por: Mendoza Rivilla Diana Carolina

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,854	14

BUENA CONFIABILIDAD

Mayor a 0,9	Excelente
Mayor a 0,8 y menor a 0,9	Bueno
Mayor a 0,7 y menor a 0,8	Aceptable
Mayor a 0,6 y menor a 0,7	Cuestionable
Mayor a 0,5 y menor a 0,6	Pobre
Mayor a 0,4	Inaceptable

Anexo. PLANILLÓN DE CONFIABILIDAD - SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO (PRE-TEST 02 NOVIEMBRE 2021)

SUJETOS	ELEMENTOS ESTRUCTURALES					PROC. ORGANIZAC.				EVENTOS ADVERSOS				PREVENCION DE RIESGOS				TOTAL	
	P1	P2	P3	P4		P5	P6	P7		P8	P9	P10		P11	P12	P13	P14		
1	3	2	3	3	11	2	3	3	8	3	2	3	8	3	3	3	3	12	39
2	3	2	3	3	11	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	3	3	11	36
3	3	2	3	3	11	2	3	3	8	3	2	2	7	3	2	3	3	11	37
4	3	2	3	3	11	2	3	3	8	3	2	2	7	3	2	3	3	11	37
5	3	2	3	2	10	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	3	3	11	35
6	3	2	3	3	11	3	3	3	9	3	3	3	9	3	3	3	3	12	41
7	3	2	3	2	10	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	2	3	10	34
8	3	2	3	3	11	2	2	2	6	2	2	2	6	3	2	2	3	10	33
9	3	3	3	3	12	3	3	3	9	3	3	3	9	3	3	3	3	12	42
10	3	2	3	2	10	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	3	3	11	35
11	3	3	2	3	11	1	3	3	7	3	1	3	7	3	2	3	3	11	36
12	3	2	1	2	8	1	1	2	4	1	1	1	3	2	1	2	2	7	22
13	3	2	3	1	9	3	3	1	7	3	2	2	7	2	3	1	3	9	32
14	3	2	1	2	8	1	1	2	4	3	1	2	6	2	2	2	3	9	27
15	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	1	2	5	2	2	2	3	9	28
16	2	2	2	3	9	3	3	3	9	3	1	3	7	2	1	3	3	9	34
17	2	2	3	1	8	3	3	3	9	2	1	2	5	2	3	3	3	11	33
18	3	3	2	3	11	2	1	2	5	3	1	2	6	2	2	1	3	8	30
19	3	3	2	1	9	1	3	1	5	2	1	3	6	3	1	3	2	9	29
20	3	3	2	1	9	1	3	3	7	3	1	3	7	3	1	3	3	10	33
21	2	2	2	3	9	2	2	1	5	2	1	2	5	2	2	2	3	9	28
22	2	3	2	3	10	3	3	3	9	3	1	3	7	2	3	2	3	10	36
23	3	2	3	2	10	1	1	1	3	2	1	1	4	2	2	2	3	9	26
24	2	2	3	3	10	3	3	3	9	3	1	2	6	2	3	3	3	11	36
25	3	3	3	3	12	2	3	2	7	3	1	2	6	2	2	3	1	8	33

Elaborado por: Mendoza Rivilla Diana Carolina

Anexo. PLANILLÓN DE CONFIABILIDAD - SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO (POST-TEST 30 NOVIEMBRE 2021)

SUJETOS	ELEMENTOS ESTRUCTURALES					PROC. ORGANIZAC.			EVENTOS ADVERSOS				PREVENCION DE RIESGOS				TOTAL		
	P1	P2	P3	P4		P5	P6	P7		P8	P9	P10		P11	P12	P13		P14	
1	3	2	3	3	11	3	3	3	9	3	3	3	9	3	3	3	3	12	41
2	3	2	3	3	11	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	3	3	11	36
3	3	2	3	3	11	2	3	3	8	3	3	3	9	3	3	3	3	12	40
4	3	2	3	3	11	3	3	3	9	3	3	3	9	3	2	3	3	11	40
5	3	2	3	3	11	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	3	2	10	35
6	3	2	3	3	11	3	3	3	9	3	3	3	9	3	3	3	3	12	41
7	3	2	3	2	10	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	2	3	10	34
8	3	2	3	2	10	2	2	2	6	2	2	2	6	3	2	2	2	9	31
9	3	3	3	3	12	3	3	3	9	3	3	3	9	3	3	3	3	12	42
10	3	3	3	3	12	2	3	3	8	3	2	3	8	3	3	3	3	12	40
11	3	2	3	3	11	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	3	3	11	36
12	3	3	3	3	12	2	3	3	8	3	2	2	7	3	2	3	3	11	38
13	3	2	3	3	11	2	3	3	8	3	2	2	7	3	2	3	3	11	37
14	3	2	3	2	10	2	3	2	7	3	2	2	7	2	2	3	3	10	34
15	3	2	3	3	11	3	3	3	9	3	3	3	9	3	3	3	3	12	41
16	3	2	3	2	10	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	2	3	10	34
17	3	2	3	3	11	2	2	2	6	2	2	2	6	3	2	2	3	10	33
18	3	3	3	3	12	3	3	3	9	3	3	3	9	3	3	3	3	12	42
19	3	2	3	2	10	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	3	3	11	35
20	3	2	3	3	11	3	3	3	9	3	2	3	8	3	2	3	3	11	39
21	2	2	2	3	9	2	2	1	5	2	1	2	5	2	2	2	3	9	28
22	3	2	3	2	10	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	2	3	10	34
23	3	2	3	3	11	2	2	2	6	2	2	2	6	3	2	2	3	10	33
24	3	3	3	3	12	3	3	3	9	3	3	3	9	3	3	3	3	12	42
25	3	2	3	3	11	2	3	2	7	3	2	2	7	3	2	3	3	11	36

Elaborado por: Mendoza Rivilla Diana Carolina

Anexo. AUTORIZACIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA

Guayaquil Noviembre 2021



Dra Rocío Parada
Gerente Hospitalaria

CC.

Dra Cecilia Cevallos

Lcda. Erna Aguirre

Buen día

Yo Dra Diana Mendoza Rivilla con CI 0931140164 (Médico Residente de Emergencia) por medio de la presente solicito a ud autorización para poder realizar un trabajo de investigación con el objetivo de obtener mi título en Maestría de Gestion de Servicios de Salud.

El trabajo titulado: Protocolo de prevención de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado en enfermeras de un hospital, Guayaquil 2021.

Sin otro particular me despido de usted, agradeciendo de antemano, por la atención prestada.

Md. Diana Mendoza Rivilla
RESIDENTE DE EMERGENCIA
HOSPITAL LEON BECERRA
REG PROF. 0931140164

Dra Diana Mendoza Rivilla
CI0931140164

*Autorizado
3/11/2021*



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN

DE CAÍDAS EN

NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL



AUTORA:

MENDOZA
CAROLINA

RIVILLA

DIANA

Índice

I. Introducción.....	4
II. Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
III. Desarrollo del protocolo.....	5
Planificación.....	5
Estrategias metodológicas.....	7
Personal.....	7
Tener presente.....	7
Evaluación	7
Actividades.....	7
Sesión 1. Manejo de la historia clínica del paciente pediátrico	8
Sesión 2. Identificar el tratamiento y evolución del paciente.....	9
Sesión 3. Valoración del paciente.....	10
Sesión 4. La comunicación	11
Sesión 5. Eventos adversos.....	12
Sesión 6. Los riesgos de caídas	12
Sesión 7. Prácticas seguras para la prevención de caídas.....	14
Sesión 8. Confort y la seguridad hacia el paciente	15
Sesión 9. Medidas de seguridad relacionadas con el paciente y familiar	15
Sesión 10. Material y equipo.....	16
Sesión 11. Rol de responsabilidades.....	16
Sesión 12. Informe de caídas	17

I. Introducción

La gestión de los servicios de salud en los hospitales pediátricos es significativa ya que debe estar completamente relacionado con la organización para diseñar, coordinar, elegir y adquirir resultados caracterizados, evaluados y logrados a través de personas que continuamente ofrecen sus tipos de asistencia, sin perjuicio de la forma en que el trabajo de enfermería y la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado permiten alargar la existencia humana.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las caídas son la segunda causa general de muerte por heridas incidentales o accidentales y caracteriza el término de caída como, “el resultado de cualquier ocasión que incite en este caso al paciente al suelo sin querer” (Organización Mundial de la Salud, 2019). La mayoría de estas caídas no tienen consecuencias o algunas son menores, pero también pueden tener grandes efectos, como roturas. Se evalúa que alrededor del 5% de las caídas provocan heridas graves, los resultados son; transitorios o incapacidad de larga duración. Ampliación de estancias en clínicas de urgencias. La complejidad del pronóstico, acciones diagnósticas y los medicamentos adecuados. Psicosocial (trastorno posterior a una caída).

Las enfermeras hacen un trabajo adicional dentro del establecimiento de salud, en su rol brindan ayuda y cuidado a los pacientes pediátricos que se encuentran internados en el hospital privado de Segundo Nivel de la ciudad de Guayaquil por diversos motivos. Así, los asistentes, además de realizar los cuidados, también practican diversos ejercicios dentro de la institución, permitiendo llevar un orden y rigor en su interior, salvaguardando un ambiente de concordancia entre el personal que labora, los pacientes y sus familiares.

Los distintivos procesos de salud que se realizan en pacientes pediátricos incluyen un sinnúmero de análisis como lo indique el especialista de acuerdo a su diagnóstico, por lo que es significativo que se realicen para que el paciente no tenga problemas médicos posteriormente.

Además, es necesario que dentro del hospital exista un protocolo de enfermería para un acertado proceso de prevención de caídas, que obtenga estrategias de control explícitos a través de los cuales es factible establecer los factores de riesgo relacionados con las caídas de manera oportuna, práctica y objetiva en pacientes pediátricos, el cual sea llevado de manera ordenada por el individuo que lo supervisa. Para esta situación, las enfermeras que realizan estos

procedimientos, por lo que deben saber qué hacen para evitar inconvenientes con el paciente y mostrar la seguridad, que brinda el hospital como casa de salud que es, en la atención de pacientes que demandan sus servicios.

II. Objetivos

Objetivo general

Desde este punto de vista, el objetivo general de este protocolo es brindar al personal en enfermería un protocolo en la prevención de caídas en seguridad de los pacientes pediátricos cuidando la integridad del mismo.

Objetivos específicos

Identificar a los pacientes pediátricos con mayor riesgo de caídas, valorando si presentan factores de riesgo.

Reducir el riesgo de caídas en el paciente pediátrico mediante la aplicación de medidas de prevención.

Capacitar mediante taller al personal de enfermería antiguo y nuevo sobre protocolo de seguridad.

III. Desarrollo del protocolo

A continuación, se proponen las soluciones que pueden servir y aportar al personal de enfermería antiguo y nuevo del hospital de Segundo Nivel de tipo privado de la ciudad de Guayaquil, sobre protocolo de seguridad. En el punto de vista convencional, se ha llegado a un acuerdo con el responsable de la institución de salud para de este modo implementar talleres periódicos a cerca de prevención de caídas del paciente pediátrico al personal en enfermería y familiarizar el tema con los familiares de los pacientes hospitalizados para de este modo encontrar alternativas de solución a los diferentes problemas relacionados a este tema, se plantea la iniciativa de capacitar mediante taller al personal de enfermería antiguo y nuevo sobre protocolo de prevención de caídas para mejorar la seguridad del paciente pediátrico internado en un hospital siguiendo las normas del M.S.P., para que las beneficiarias puedan reconocer el riesgo que tienen los pacientes pediátricos de sufrir caídas, los factores relacionados y las intervenciones recomendadas para disminuir dicho riesgo, basándose en las mejores evidencias.

Planificación

Tabla 1 Planificación al taller de protocolo de prevención de caídas para personal en enfermería día 1 HORARIO 9H00 A 11H25

Hora	Tema	Objetivo	Metodología	Material	Duración
9:00 9:15	Bienvenida	Dar la bienvenida al grupo.	Explicativa, socializar las normas dentro del proceso de capacitación y propiciar adaptación al grupo.	• Espacio libre para el movimiento del grupo	Dinámica de 15 min.
9:15 9:50	Manejo de la historia clínica del paciente pediátrico	Recordar el manejo de la historia clínica del paciente pediátrico.	Proyección de imágenes de la importancia de la historia clínica y exploración física en pediatría.	• Video educativo • Archivo PDF	Espacio para contestar preguntas 30 mins.
9:50 10:25	Identificar el tratamiento y evolución del paciente	Identificar que la medicación sea aplicada al respectivo paciente.	Explicación del tema, preguntas abiertas.	• Video educativo • Archivo PDF	Espacio para contestar preguntas 30 mins.
10:25 10:55	Valoración del paciente	Recordar la valoración pediátrica por parte de la enfermera.	Proyección de imágenes resaltando la importancia del Triángulo de Evaluación Pediátrica.	• Archivo PDF	Espacio para contestar preguntas 30 mins.
10:55 11:25	Cierre de jornada	Retroalimentación	Compartir las experiencias del día, positivas y negativas	• Expresión oral voluntaria	Conversatorio de 30 min.

Elaborado por: Mendoza Rivilla Diana Carolina

Tabla 2 Planificación al taller de protocolo de prevención de caídas para personal en enfermería día 2 HORARIO 9H00 A 11H25

Hora	Tema	Objetivo	Metodología	Material	Duración
9:00 9:15	Bienvenida	Dar la bienvenida al grupo.	Explicativa, socializar las normas dentro del proceso de capacitación y propiciar adaptación al grupo.	• Espacio libre para el movimiento del grupo	Dinámica de 15 min.
9:15 9:50	La comunicación	Garantizar una comunicación satisfactoria entre enfermeras y familiares sobre el peligro de caídas.	Conocimiento sobre el peligro de daños por caídas durante los cambios de guardia, así como sobre las medidas de anticipación ejecutadas.	• Videos educativos	Conversatorio y videos participativos 30 mins.
9:50 10:25	Eventos adversos	Conocimiento acerca de los eventos adversos que pueden ocurrir o han ocurrido en el área de pediatría.	Explicación del tema, preguntas abiertas	• Tarjetas en blanco • Lápices	Espacio para contestar preguntas 30 mins.
10:25 10:55	Los riesgos de caídas	Identificar los riesgos de caídas a través de letreros en el borde de la cama o pulsera.	Explicación del tema, se repartirán tarjetas para que las enfermeras puedan realizar preguntas anónimas acerca de dificultades o problemas y acerca de lo que tengan dudas.	• Tarjetas en blanco • Lápices	Espacio para contestar preguntas 30 mins.
12:25 12:55	Cierre de jornada	Retroalimentación	Compartir las experiencias del día, positivas y negativas	• Expresión oral voluntaria	Conversatorio de 30 min.

Elaborado por: Mendoza Rivilla Diana Carolina

Tabla 3 Planificación al taller de protocolo de prevención de caídas para personal en enfermería día 3 HORARIO 9H00 A 11H25

Hora	Tema	Objetivo	Metodología	Material	Duración
9:00 9:15	Bienvenida	Dar la bienvenida al grupo.	Explicativa, socializar las normas dentro del proceso de capacitación y propiciar adaptación al grupo.	•Espacio libre para el movimiento del grupo	Dinámica de 15 min.
9:15 9:50	Prácticas seguras para la prevención de caídas	Enriquecer el conocimiento de las enfermeras	Explicación del tema, preguntas abiertas.	•Videos educativos	Conversatorio y participación 30 mins.
9:50 10:25	Confort y la seguridad hacia el paciente	Sensibilizar a enfermeras acerca del confort y la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado.	Explicación de la examinación en forma intermitente el confort y la seguridad del paciente.	•Expresión oral voluntaria	Conversatorio de 30 mins.
10:25 10:55	Medidas de seguridad relacionadas con el paciente y familiar	Recordar las medidas de seguridad involucrando al paciente y familiar para evitar accidentes.	Explicativa	•Videos educativos	Conversatorio y participación 30 mins.
10:55 11:25	Cierre de jornada	Retroalimentación	Compartir las experiencias del diapositivas y negativas	•Expresión oral voluntaria	Conversatorio de 30 min.

Elaborado por: Mendoza Rivilla Diana Carolina

Tabla 4 Planificación al taller de protocolo de prevención de caídas para personal en enfermería día 4 HORARIO 9H00 A 11H25

Hora	Tema	Objetivo	Metodología	Material	Duración
9:00 9:15	Bienvenida	Dar la bienvenida al grupo.	Explicativa, socializar las normas dentro del proceso de capacitación y propiciar adaptación al grupo.	•Espacio libre para el movimiento del grupo	Dinámica de 15 min.
9:15 9:50	Material y equipo	Ajuste el dispositivo de transporte, según la edad y el estado clínico del paciente.	Explicación del tema se repartirán tarjetas para que las enfermeras puedan realizar preguntas anónimas acerca de dificultades problemas que tengan e incluso, para despejar dudas en esta área	•Tarjetas en blanco •Lápices	Espacio para contestar preguntas 30 mins.
9:50 10:25	Rol de responsabilidades	Recordar las responsabilidades de los integrantes del equipo de salud del área pediátrica.	Explicación del tema, foro abierto de preguntas para disipar cualquier duda acerca del tema o afines.	•Tarjetas en blanco •lápices	Espacio para contestar preguntas 30 mins.
10:25 10:55	Informe de caídas	Recordar reportar y hacer informes de las situaciones relacionadas a los eventos por caída.	Explicación del tema, foro abierto de preguntas para disipar cualquier duda acerca del tema o afines.	•Tarjetas en blanco •lápices	Espacio para contestar preguntas 30 mins.
10:55 11:25	Cierre de jornada	Retroalimentación	Compartir las experiencias del diapositivas y negativas	•Expresión oral voluntaria	Conversatorio de 30 min.

Elaborado por: Mendoza Rivilla Diana Carolina

Estrategias metodológicas

Como estrategia en el proceso del taller se van a aplicar conversatorios para despejar dudas de los temas a tratar.

Personal

- Enfermera.
- Técnico o auxiliar en Cuidados de Enfermería.
- Fisioterapeuta.

Tener presente

- Preparación del personal
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.
- Disponer de los dispositivos de seguridad necesarios y próximos al paciente.
- Preparación del paciente
- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia de las medidas de seguridad para evitar las caídas.
- Se debe Informar al paciente y/o familia de la necesidad de cumplir las medidas de prevención.
- Informar al paciente y/o familia del riesgo de sufrir caída y de las consecuencias de las mismas (reconocer factores intrínsecos y extrínsecos).
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Evaluación

Se va evaluar el taller, a través de un test con 14 preguntas cerradas.

Actividades

para su realización se plantean los siguientes pasos de prevención:

1. Manejo de la historia clínica del paciente pediátrico
2. Identificar el tratamiento y evolución del paciente
3. Valoración del paciente
4. La comunicación
5. Eventos adversos
6. Los riesgos de caídas
7. Prácticas seguras para la prevención de caídas
8. Confort y la seguridad hacia el paciente
9. Medidas de seguridad relacionadas con el paciente y familiar
10. Material y equipo
11. Rol de responsabilidades
12. Informe de caídas

Sesión 1. Manejo de la historia clínica del paciente pediátrico

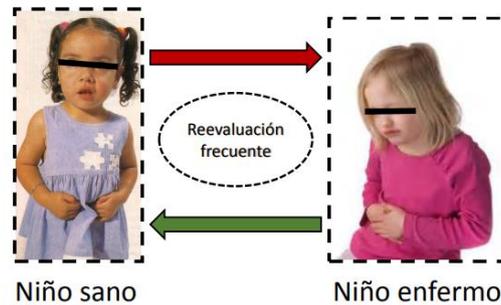


Fuente: <https://www.nubimed.com/2020/12/historia-clinica-ejemplos/>

Las normas generales de la historia clínica pediátrica correcta:

- Individualizada (adaptada al paciente, al medio y al pediatra).
- Fuente de información ponderada (tercera persona).
- Basada en conocimientos suficientes y la experiencia (adquiridos previamente y actualizados).
- Actitud positiva (del paciente, familia y personal asistencial).
- Ambiente adecuado (consulta adaptada a la edad).
- Técnica pediátrica (modificada según la urgencia y la patología).
- Completa y detallada (en su versión final, cumplimentando todos los apartados o enumerando todos los problemas).
- Correcta y exacta (razonada, sin prejuicio, deformaciones ni errores).
- Ordenada (en el orden práctico impuesto por la patología).
- Evolutiva (con aportaciones sucesivas a medida que surgen nuevos problemas y otros van desapareciendo).

Sesión 2. Identificar el tratamiento y evolución del paciente

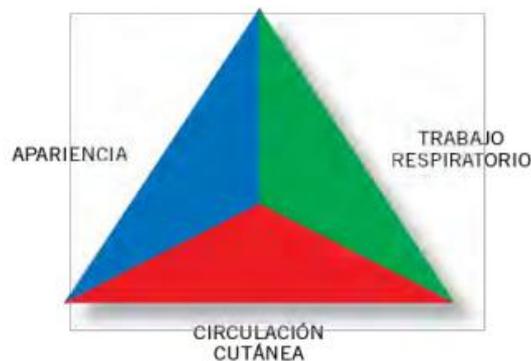


Fuente: (Ramiro, 2017)

Secuencia de valoración pediátrica urgente:

- Impresión general: Triángulo de evaluación pediátrica (TEP)
- Valoración primaria: ABCDE
- Valoración secundaria (Valoración adicional): Historia clínica, exploración enfocada.
- Valoración terciaria (diagnóstico).
- Revaloración

Triángulo de Evaluación Pediátrica



Permite:

1. Estimar la gravedad del paciente.
2. Determinar la prontitud y lugar para el tratamiento adecuado.
3. No establece un diagnóstico específico.
4. Dirige el tratamiento para restaurar la homeostasis.
5. Prevenir progresión a insuficiencia respiratoria o shock.
6. No precisa pruebas

Sesión 3. Valoración del paciente

Revalorar el riesgo de caída del paciente, utilizando escala de MACDEMS

ESCALA DE MACDEMS

Pacientes de 0 a 12 años

Nombre / apellido: Edad:
 N° de Historia Clínica:Proceso:
 Diagnóstico:

Fecha de Valoración de Ingreso al Servicio		Fecha de Reevaluación
Puntaje de Escala (Al Ingreso al Servicio)		Puntaje de Reevaluación (Cambio de Situación del Paciente)
Variables		Puntaje
1. Edad	Recién nacido (0-28 días)	
	Lactante menor (29 días-12 meses)	
	Lactante mayor (13 meses- 2 años)	
	Preescolar (2 años 1 día- 4 años)	
	Escolar (5 a 12 años)	
2. Antecedentes de caídas previas	Si	
	No	
3. Antecedentes	Hiperactividad	
	Problemas Neuromusculares	
	Síndrome convulsivo	
	Daño orgánico cerebral	
	Otros	
4. Compromiso de conciencia	Si	
	No	
PUNTAJE FINAL Y NIVEL DE RIESGO		
Y la sumatoria de su resultado se grafica acá abajo según el nivel de riesgo:		
Riesgo	Puntaje	Acción
↓ BAJO	0 a 1	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
↔ MEDIO	2 a 3	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
↑ ALTO	4 a 6	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>
Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo		
Responsable:		

Firma y sello		

Imagen 1 Resultado de la Escala de valoración MACDEMS paciente pediátrico (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Procedimiento

Revalorar el riesgo de caída del paciente, utilizando escala de MACDEMS:

- Acondicionar la estancia según necesidades del paciente, proporcionando mobiliario adecuado para la comodidad y seguridad del paciente y evitando obstáculos que favorezcan el riesgo de caídas:
- Colocar la mesilla de noche de manera que el acceso a ella no presente dificultad.
- Comprobar que la cama esté frenada, y en posición baja.
- Proporcionar luz adecuada y que no deslumbre al paciente.
- Mantener una luz difusa en la habitación por la noche.
- Situar el timbre de alarma fijo en un sitio donde el paciente pueda acceder sin dificultad.
- En pacientes que pueden deambular, recomendar el uso de calzado adecuado (antideslizante y ajustado al pie para que no se salga) y ropa ajustada al cuerpo para evitar que se enganche en algún saliente si es demasiado holgada o le está larga o se la pisa.
- Poner a su alcance las pertenencias y los dispositivos de ayuda personales (andador, bastones, muletas).
- Colocar los barandales laterales para los pacientes seniles con bajo nivel de conciencia, deterioro cognitivo y/o agitado. Vigilando la posibilidad de riesgo de que el paciente salte por encima de la barandilla, en estos casos realizar procedimiento de contención mecánica hasta disminuir o controlar situación.
- Monitorizar y observar frecuentemente a los pacientes con riesgo. (Santiago, 2020)

En caso de traslado de pacientes:

- Valorar mediante escala MACDEMS la situación clínica del paciente y las precauciones a adoptar para el traslado.
- Acompañar siempre por personal del hospital al paciente.
- Asegurar la correcta posición de los laterales abatibles de las camillas.

Sesión 4. La comunicación

La comunicación entre los diferentes profesionales es fundamental, sobre todo para saber los posibles efectos secundarios e interacciones entre fármacos que

puedan desencadenar riesgo de caída, puesto que la mayoría son pacientes polimedificados.

Sesión 5. Eventos adversos

Considerando la caída como uno de los Eventos Adversos Hospitalarios (EAh).

Son considerados pacientes con alto riesgo de caídas:

- Adultos mayores de 65 y/o adultos frágiles, se valora el alto riesgo de caídas, utilizando escala de MACDEMS.
- Menores de 6 años. Pacientes que van a ser sometidos a intervención quirúrgica y se les ha administrado tratamiento preanestésico, así como pacientes en el postoperatorio inmediato.
- En pacientes pluripatológicos y en tratamiento con más de cuatro fármacos aumenta el riesgo de caídas. (Santiago, 2020).

Causas de caídas en hospitales

Las causas de las caídas pueden ser muy diversas y estar relacionadas con:

- Alteraciones del equilibrio.
- Problemas en la marcha.
- Pérdida de fuerza muscular.
- Trastornos cognitivos.
- Alteraciones de la visión.
- Padecer determinadas enfermedades crónicas.
- Seguir un tratamiento con psicótopos. (Santiago, 2020)

O bien a aspectos relacionados con las condiciones del entorno, como:

- Suelos resbaladizos.
- Iluminación insuficiente.
- Superficies irregulares.
- Calzado y ropa inapropiados.
- No disponer de ayudas para caminar y desplazarse.
- Barreras arquitectónicas, etc. (Santiago, 2020).

Sesión 6. Los riesgos de caídas

Perfil del paciente con riesgo de caída:

El perfil del paciente con riesgo de caída se ha asociado con los factores siguientes:

- Toda persona con movilidad limitada.
- Alteración del estado de conciencia, mental o cognitivo.
- Necesidades especiales de aseo (incontinencia, vómitos...).
- Déficits sensoriales.
- Historia de caídas previas en los últimos 12 meses
- Medicación de riesgo.
- Edad < de 5 años y > de 65.

Factor situacional:

- Durante la transferencia y el transporte.

Factores de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados

Factores intrínsecos	Factores extrínsecos
<ol style="list-style-type: none">1. Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad.2. Edad superior a 65 años o inferior a 5 años.3. Estado de confusión, desorientación y/o alucinación4. Impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, artrosis) o inestabilidad motora y	<ol style="list-style-type: none">1. Barandilla de la cama inadecuada.2. Freno de la cama inadecuado o defectuoso.3. Iluminación no adecuada.4. Timbre de llamada muy retirado o inaccesible.5. Mobiliario no adecuado.6. Suelo mojado deslizante.7. Desorden.8. Ropa y calzado inadecuado.
<p>debilidad muscular por inmovilización prolongada.</p> <ol style="list-style-type: none">5. Alteraciones oculares o sensitivas.6. Postoperatorio inmediato.7. Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos.8. Alcoholismo y/o drogadicción.9. Actitud resistente, agresiva o temerosa.10. Hipotensión.11. Hipoglucemia.12. Ansiedad relacionada en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.13. Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones).14. Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos).15. Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia).	<ol style="list-style-type: none">9. Espacios reducidos.

- | | |
|--|--|
| <p>16. Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulaci3n (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones.</p> <p>17. Antecedentes de caídas.</p> <p>18. Dificultad cognitiva, para comprender.</p> <p>19. El género en niños (masculino).</p> | |
|--|--|

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Sesi3n 7. Prácticas seguras para la prevenci3n de caídas

Se recomienda como Practicas Seguras:

- Verificar que la cama esté en posici3n baja y con el freno puesto.
- Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias.
- Mantener buena iluminaci3n tanto diurna como nocturna.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda si aplica), estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos, etc).
- Mantener ordenada la habitaci3n aseada, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables, etc).
- Educar sobre la deambulaci3n cuando el piso esté mojado (usar seńalizi3n).
- El paciente debe de tener accesible en todo momento el timbre de llamado.
- Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situaci3n de acompańamiento o no del paciente.
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante.
- Mantener al paciente incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensi3n ortostática.
- Educar al paciente y/o cuidadores sobre las recomendaciones. Al ingreso, el personal asistencial informará al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevenci3n de caídas.
- Todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir educaci3n sobre el riesgo de caídas, se implicará al paciente, familia y/o cuidador en los cuidados. . (Mesas, et al, 2019)

Sesión 8. Confort y la seguridad hacia el paciente

Medidas preventivas de seguridad específicas para pacientes pediátricos.

- Identificación en la historia clínica del paciente con RIESGO DE CAIDA con marcador azul e informar a sus padres.
- Vigilar al niño por turno y de forma continua si se encuentra en algún momento solo.
- Acompañamiento del paciente durante la ambulación.
- Colocación del paciente en una cama adecuada.
- Evaluación del traslado del paciente a un sitio más cercano a la enfermería.
- Evaluación de la necesidad de una supervisión continua si se precisa.
- Eliminación de todo equipo fuera de uso de la habitación.
- Barreras protectoras en todos los espacios peligrosos y en huecos de la cama
- Puerta abierta en todo momento a menos que se indique la implementación de una medida de aislamiento específica. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Sesión 9. Medidas de seguridad relacionadas con el paciente y familiar:

- Facilitar al familiar todo el conocimiento sobre medidas de seguridad del hospital.
- Motivar a mantener el orden en la unidad.
- Detectar alteraciones del paciente.
- El médico informará siempre a los familiares el estado actual del paciente.
- Evaluar junto con el familiar el riesgo de caída en cada paso del proceso de transferencia.
- Fomentar la comunicación con el paciente para disminuir las preocupaciones.
- Informar al paciente o familiar sobre el proceso de movilización y transporte.
- Si el estado de salud del paciente es crítico es necesario que un familiar cercano le acompañe durante las 24 horas. (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Sesión 10. Material y equipo

Material

- Cama articulada.
- Mesa de noche movible.
- Timbre de alarma.
- Sillón.
- Barandales.
- Material de contención: muñequeras, tobilleras, chalecos, cinturones.
- Dispositivos de ayuda: andador, bastones, muletas.
- Accesorios de baño adecuados.
- Camillas con laterales abatibles.

Sesión 11. Rol de responsabilidades

Enfermera responsable:

- Levantar al paciente adoptando las medidas y precauciones de seguridad para su movilización.
- Tranquilizar a la familia y al propio paciente.
- Valorar las consecuencias de la caída.
- Informar al médico de guardia.
- Vigilar el estado del paciente en horas sucesivas.
- Reportar en el registro de caídas y analizar junto con el paciente y acompañantes la posible causa, así como verificar si se habían seguido las recomendaciones del protocolo de prevención de caídas (Anexo 4).
- Entregarlo a la responsable de enfermería del departamento.
- Reevaluación del riesgo de caídas según corresponda. (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Médico responsable:

- Evaluar las lesiones y pautar el tratamiento que proceda.
- Valoración de la etiología.
- Reevaluación del enfermo: diagnóstico etiológico/ revisión de fármacos.
- Prevención del síndrome post caída.

Sesión 12. Informe de caídas

Documentación

Si se produce la caída es importante anotar:

- Identificación del paciente, fecha y hora del incidente, lugar donde se ha producido, en qué circunstancias y motivo, si ha habido consecuencias y la actuación realizada ante las mismas. Todo esto se apuntará en el historial del residente
- Se debe cumplimentar el registro correspondiente
- Se debe planificar las intervenciones de tratamiento o vigilancia prescritas en función de las consecuencias de la caída (Geriatricos, 2017)

Evidencias fotográficas



Aplicación de Prueba Piloto en personal de enfermería



Aplicación de Pre-Test a personal de Enfermería



Aplicación Post-Test a personal de enfermería



Charla de capacitación a personal de enfermería



Charla de capacitación al personal de Enfermería