


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p><b>HOSPITAL CLÍNICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p><b>Consentimiento Informado</b> <b>Medidas de Prevención de Caídas</b></p>	<p>FL-HOS-03</p> <p>Rev. 02</p>
--	---	---------------------------------

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)
Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido esta información de la enfermera/o - matrona /ón de turno:  
\_\_\_\_\_ (nombre y apellido)

### Objetivo

Brindar a nuestros pacientes, familiares y/o representante legal los conocimientos necesarios sobre las Medidas de Prevención que serán aplicadas para evitar posibles Caídas durante la hospitalización.

**Riesgo de caídas:** existen elementos o circunstancia que, con independencia de su naturaleza, inciden en forma negativa en el paciente, haciéndole más vulnerable a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.

Hay 2 grandes grupos de factores de riesgos:

FACTORES EXTRÍNSECOS A LA PERSONA	FACTORES INTRÍNSECOS A LA PERSONA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Factores ambientales generales: iluminación inadecuada, suelo resbaladizo, superficies irregulares, barreras arquitectónicas, espacios reducidos, mobiliario inadecuado, etc.</li> <li>Riesgo de la unidad asistencial: Altura de cama y camillas, ausencias de mecanismos de anclaje, ausencia de dispositivos de apoyo, etc.</li> <li>Factores en el paciente: ropa y calzado inadecuado, ausencia de artículos como anteojos, audífonos, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factores propios del paciente; edad extrema, alteración de estado de conciencia, existencia de barreras comunicativas, alteración del estado nutricional, mujer en el periodo de embarazo, parto y puerperio.</li> <li>Factores propios de la enfermedad: Enfermedades neurológicas, respiratorias, cardíacas, etc., dolor agudo, paciente en proceso quirúrgico.</li> <li>Factores derivados del régimen terapéutico: medicamentos lipotímicos.</li> <li>Factores derivados de la respuesta del paciente a la enfermedad: no solicitar ayuda cuando lo requiere.</li> </ul>

### ¿Qué es la Pauta de Evaluación de Riesgos de Caídas y para qué sirve?

- Es una escala de valoración de riesgo de caídas, validada por estudios científicos, que se aplica al ingreso de todos los pacientes adultos, pediátricos y gestantes que se hospitalizan en servicio Médico Quirúrgico adulto, infantil o Maternidad (camas básicas) y luego se re-evalúa cada 12 horas y/o cuando las condiciones del paciente se modifiquen.
- Este permite clasificar los paciente con **Riesgo bajo o alto**, en este último se aplicarán medidas complementarias como acompañamiento permanente (día y noche) o medidas de contención físicas bajo la indicación médica.
- En los pacientes de UCI y UTI 1 y 2 se aplica antes de trasladarse a servicios de camas básicas para determinar si requiere medidas complementarias como acompañante/cuidador permanente.

### ¿Cuáles son las medidas de prevención de caídas a implementar?

Se implementan medidas universales (para todos los pacientes independientes de sus factores de riesgos) y medidas complementarias cuando la condición de riesgo supera la seguridad del paciente y es necesario implementar medidas adicionales

Estas medidas son (marque con **X** si rechaza una o más medida/s específica) :

Medidas universales	Objetivo	Descripción	Marque, en caso de rechazo
Rondas de seguridad	Verificar el cumplimiento de las medidas de prevención	Visitas del personal de enfermería en horarios preestablecidos de acuerdo al riesgo de caídas	No aplica rechazo
Sistema de llamado a la mano	Solicitar asistencia de enfermería oportuna	Timbre o teléfono (anexo) cercano al paciente	
Mantener entorno seguro	Evitar resbalones y tropiezos	Piso seco, iluminación tenue (nocturno), mantener elementos de uso personal a la mano.	
Levantada asistida según indicación médica /enfermería	Evitar caídas por pérdida del equilibrio	El paciente o cuidador debe dar aviso al personal de enfermería si se desea levantar o según la indicación médica.	
Cama /cuna frenada y baja	Evitar caídas y/o minimizar el riesgo de daño	Las camas/cunas clínicas tienen ruedas que se frenan de manera que evite el desplazamiento involuntario.	
Cuna pediátrica a menores de 5 años	Evitar caídas	Cuna pediátrica con barrotes altos que impide que un niño/a pueda caer accidentalmente.	
Uso de zapatillas de levantarse antideslizantes	Evitar resbalones y tropiezos	Calzado tipo zapatilla de levantarse o similar con planta antideslizante.	
Baranda de la cama en alto	Evitar la caída	Dos barandas superiores en alto (no aplica rechazo en pediátricos)	
		Dos barandas inferiores en alto (no aplica rechazo en pacientes pediátricos). En alojamiento conjunto en la maternidad estas barandas, permanecerán abajo.	

# FORMULARIO PARA REGISTRO

	<b>Consentimiento Informado</b>	FL-HOS-03
	<b>Medidas de Prevención de Caídas</b>	Rev. 02

Medidas complementarias	Objetivo	Descripción	Rechaza
Acompañante permanente /cuidador	Vigilancia permanente del paciente	Familiar: mayor de 18 y menor de 65	
		Cuidador pagado por la familia*	
Contención física/mecánica	Evitar caídas asociado a agitación psicomotora.	Uso Sujeciones	
Traslado a cuidados intermedios	Vigilancia permanente del paciente	Unidad con mayor vigilancia para los pacientes (cuidados especiales).	

\*Cuando según evaluación, aplique la asistencia de **acompañante** será responsabilidad de la Enfermera/Matrona de la unidad informar al familiar o representante legal de la incorporación de esta nueva medida. La familia debe proveer el cuidador por el periodo que sea necesario, siendo 12 hrs. el máximo tiempo de permanencia por lo que deben considerar relevo.

En caso de no proveer del acompañante efectivo la Enfermera/Matrona de la unidad debe informar al familiar o representante legal que deberá llamar a una cuidadora pagada. **Los valores de las cuidadoras dependerán del mercado actual y será con entrega de boleta. Este valor debe ser cancelado directamente a la cuidadora por el familiar o representante legal responsable.**

**Nota:** En el caso que un paciente haya firmado rechazo de las medidas de prevención y sufra una caída, éstas quedarán nulas y no existirá la posibilidad de la opción de rechazo durante el resto de su hospitalización.

**En los casos que el paciente, familiar o representante legal RECHACE una o más Medidas Complementarias de Prevención de caídas, se evaluará caso a caso en conjunto con el médico tratante, para determinar el proceder.**

**Especifique razones del rechazo de una o más medidas complementarias:**

---



---

**DECLARO:**

Que se me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a la aplicación de las Medidas Complementarias de Prevención de Caídas Y en tales condiciones :

**AUTORIZO a que HCVM aplique las medidas DE PREVENCIÓN DE CAIDAS en su totalidad**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del representante legal)

en calidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** la aplicación de las Medidas Específicas de Prevención de Caídas detalladas en el documento (con una X)

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN:**

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del representante legal)

en calidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO** el rechazo al consentimiento de la aplicación de las Medidas Específicas de Prevención de Caídas.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.