

**INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA FRECUENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CUARTO NIVEL DE
BOGOTÁ**

PRESENTADO POR:

LEANDRA JULIETH ARIAS DUARTE

ANGELA PATRICIA LANDAZABAL PEÑA

TATIANA SEGURA CASTIBLANCO

ASESOR:

GENNY PAOLA FUENTES BERMUDEZ

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
BOGOTÁ / 2018**

**INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA FRECUENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CUARTO NIVEL DE
BOGOTÁ**

PRESENTADO POR:

LEANDRA JULIETH ARIAS DUARTE

ANGELA PATRICIA LANDAZABAL PEÑA

TATIANA SEGURA CASTIBLANCO

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
BOGOTÁ / 2018**

NOTA DE SALVEDAD O RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo está dedicado a Dios, quien supo guiarnos en nuestro camino, darnos fuerza para continuar y nunca desfallecer.

A nuestros padres, esposos, hijos, hermanos, sobrinos, por su apoyo incondicional, comprensión y ayuda en los buenos y malos momentos.

DEDICATORIAS

De antemano le agradezco a Dios y mi familia por haberme permitido culminar esta etapa en mi vida profesional, por ser mi apoyo y mi pilar. Muchas gracias.... **Leandra Julieth Arias Duarte.**

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta aquí, por las bendiciones que derrama en mí, por todas las metas que me ha permitido cumplir. A mis padres por brindarme su amor incondicional, comprensión, ayuda y dedicación en los momentos difíciles, gracias a ellos puedo decir si a esta nueva etapa. A mi esposo que fue participe de este proceso de formación, siempre me motivó día a día a seguir adelante para alcanzar mis sueños, a través de sus consejos, su amor, y paciencia me ayudo a concluir esta meta. a mis queridos profesores por haberme dado la oportunidad de compartir sus valiosos conocimientos para mi formación. **Angela Patricia Landazabal Peña.**

Agradezco desde lo más profundo de mi ser a Dios, por este triunfo obtenido, a mi familia por su amor incondicional, comprensión, ayuda y dedicación en los momentos difíciles. Me siento feliz de haber cumplido con lo que me había propuesto, pero al mismo tiempo muy triste de no poder compartir este momento con mi madre, pero sé, que en donde ella se encuentra se siente orgullosa de tener una hija capaz de obtener lo que se propone, siendo este el gran ejemplo que ella me dio estando a mi lado, apoyándome con su gran amor, ternura y dedicación, motivo que me da fuerza para salir adelante, quiero decirle que la amo y la extraño mucho. Gracias A mi esposo por sus palabras, amor y confianza, gracias a mi hijo que es el motor de mi vida, mi inspiración, el regalo que Dios me dio para no dejarme tambalear, sino para recordarme que todo lo que me proponga lo

alcanzaré con ganas, con voluntad y con perseverancia y gracias a mi padre que siempre está de manera incondicional a mi lado cuando lo necesito. **Tatiana Segura Castiblanco.**

Queremos expresar también los más sinceros agradecimientos a la docente Genny Fuentes por su importante aporte y participación en el desarrollo de este proyecto. Debemos destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que hizo que nuestras discusiones redundaran benéficamente tanto a nivel científico como personal. No cabe la menor duda, que su participación ha enriquecido el trabajo realizado. **Leandra, Angela y Tatiana.**

Contenido

Resumen	1
Abstract.....	3
1. Diagnostico situacional.....	5
1.1.Contexto institucional.....	5
1.2. Identificación de necesidades	6
1.3.Priorización de necesidades	7
2. Antecedentes.....	10
3. Justificación.....	14
4. Fines y propósitos.....	16
4.1.Propósito.....	16
4.2.Objetivos.....	16
4.2.1. Objetivo general.....	16
4.2.2. Objetivos específicos	16
4.3.Metas e indicadores	17
5. Marco de referencia	19
5.1.Marco conceptual.....	19
5.1.1. Seguridad del Paciente.....	19
5.1.2. Evento adverso.....	19
5.1.3. Caídas	20
5.1.4. Factores de riesgo	21
5.1.5. Intervenciones educativas.....	22
5.2.Marco legal	23
6. Plan de acción.....	29
7. Cronograma de trabajo propuesto del proyecto de gestión.....	31
8. Presupuesto Proyecto de Gestión.....	32
9. Resultados.....	33
9.1. Incidencia de las caídas	33
9.2 Factores de riesgo asociados a la ocurrencia de caídas	37
9.3.Adherencia del personal asistencial al protocolo de caídas Institucional	38
9.4.Capacitación al equipo interdisciplinario del servicio priorizado.....	42

10. Conclusiones.....	47
11. Recomendaciones	49
12. Bibliografía.....	51

Listado de graficas

Gráfica 1. Incidencia de caídas Institucional en el primer semestre de 2018	33
Gráfica 2. Incidencia de caídas por género en la Institución	34
Gráfica 3. Grupo poblacional en la ocurrencia de caídas en la Institución	35
Gráfica 4. Clasificación de las caídas Institucionales	35
Gráfica 5. Severidad del Evento Adverso	36
Gráfica 6. Área de ocurrencia de las caídas Institucionales	36
Gráfica 7. Turno de ocurrencia de las caídas Institucionales	37
Gráfica 8. Factores de riesgo asociados a la ocurrencia de caídas en la Institución	38
Gráfica 9. El personal de servicios generales verifica que el piso de la habitación y el baño permanezcan secos	39
Gráfica 10. Se mantiene la habitación ordenada y libre de obstáculos	39
Gráfica 11. Se verifica que la administración de diuréticos se realice en horas de la mañana	40
Gráfica 12. Se realiza atención inmediata al llamado del timbre	41
Gráfica 13. Se informa al paciente la ubicación de elementos de apoyo tales como: caminador, bastón, muletas	41
Gráfica 14. Se realiza la clasificación del riesgo de caída del paciente según la escala	42

Resumen

Identificación de necesidades: Este proyecto de gestión busca dar respuesta una necesidad sentida de la Institución en la cual se realizó el proyecto. Entre los eventos adversos hospitalarios más preocupantes, encontramos las caídas de los pacientes, independiente de las consecuencias de esta. Las caídas son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales en el mundo, de esta manera llevar una estadística de esta situación, representa uno de los indicadores que nos permite medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones que prestan servicios de salud. Al abordar el tema de caídas hospitalarias, lo fundamental es disminuir su ocurrencia y evitar las consecuencias que se deriven de estas, por lo que se considera primordial la educación que recibe el personal de salud en relación con estas estrategias, al igual que los mecanismos implementados para involucrar al paciente y su familia en medidas de autocuidado. La importancia de identificar el riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados y las causas por las que estas se producen nos permite definir las actividades a las que debe ir enfocada nuestra gestión en relación con el riesgo de caída de cada paciente.

Resultados: Se revisaron el 100% de los reportes relacionados con caídas durante el primer semestre del año 2018 y sus historias clínicas, en las que se establecieron 5 factores de riesgo que contribuyeron a la ocurrencia de las mismas. Entre estos factores de riesgo encontramos: no solicitar ayuda por parte del paciente y/o cuidador al personal de enfermería en el momento de necesitar movilizarse, factores propios del paciente, fallas en el inmobiliario por desgaste o ausencia, fallas en la adherencia al protocolo Institucional de caídas por parte de los funcionarios y uso de medicamentos, es necesario identificar el riesgo de caída de cada paciente por medio de la escala de valoración para lograr disminuir la probabilidad de la ocurrencia de estas.

Conclusiones: La incidencia de caídas institucionales para el periodo en el que se desarrolló el proyecto de gestión se encuentra en un 0.24 %, y aunque es un porcentaje bajo, y las caídas no representan el principal evento adverso de la Institución, estas continúan representando un costo alto para la misma. Se estableció una reducción del 30% en la ocurrencia de caídas institucionales tomando como referencia el mes anterior al que se ejecutó la estrategia de educación.

Palabras claves: Seguridad del Paciente; Daño del Paciente; Accidente por Caídas; Hospitalización; Riesgo; Factores de Riesgo; Prevención de Accidentes; Cuidados de Enfermería.

Abstract

Identification of needs: This management project seeks to respond to a felt need of the Institution in which the project was carried out. Among the most worrisome hospital adverse events, we find patient falls, independent of the consequences of this. Falls are relatively frequent in most hospitals in the world, thus keeping a statistic of this situation, represents one of the indicators that allows us to measure the quality of care to patients in institutions that provide health services. When addressing the issue of hospital falls, the most important thing is to reduce its occurrence and avoid the consequences that derive from it, for which the education received by health personnel in relation to these strategies is considered essential, as well as the mechanisms implemented to involve the patient and his family in self-care measures. The importance of identifying the risk of falls in hospitalized patients and the causes for which they occur allows us to define the activities to which our management should focus in relation to the risk of falling of each patient.

Results: 100% of the reports related to falls during the first semester of 2018 and their clinical histories were reviewed, in which 5 risk factors were established that contributed to the occurrence of the same. Among these risk factors are: not request help from the patient and / or caregiver to the nursing staff at the time of needing to mobilize, factors of the patient, failures in the real estate due to attrition or absence, failure to adhere to the Institutional protocol of falls on the part of the officials and use of medicines, it is necessary to identify the fall risk of each patient by means of the assessment scale in order to reduce the probability of the occurrence of these.

Conclusions: The incidence of institutional falls for the period in which the management project was developed is at 0.24%, and although it is a low percentage, and the falls do not represent the main adverse event of the Institution, they continue to represent a high cost for it. A reduction of 30% in the occurrence of institutional falls was established, taking as a reference the month prior to the one in which the education strategy was executed.

Keywords: Patient Safety; Damage to the Patient; Accident due to falls; Hospitalization; Risk; Risk factor's; Accident prevention; Nursing Care.

1. Diagnostico situacional

1.1. Contexto institucional

La Institución de salud se encuentra ubicada en Ciudad Salitre, el sector de mayor desarrollo empresarial de la capital se ha consolidado como una de las más completas instituciones hospitalarias en el país. La Clínica atiende a los usuarios de Colsanitas, Medisanitas y EPS Sanitas recibiendo servicios integrales de salud en espacios cómodos, modernos e independientes. Esta Clínica comprende un edificio de consultorios de 13 pisos, la nueva sede de la Fundación Universitaria Sanitas y un conjunto habitacional (ATIKA). La Institución hospitalaria, construida sobre un área de 26 mil metros cuadrados, tiene nueve pisos y un total de 266 camas, de las cuales 168 son para hospitalización. La Clínica, además, tiene 33 cubículos de observación para urgencias y 18 consultorios de atención inmediata. La unidad de cuidados intensivos cuenta con 13 camas y la unidad de cuidado intensivo cardiovascular con 15 camas. En la Institución hay 9 salas de cirugía y el servicio de maternidad cuenta con 12 habitaciones con el principio trabajo de parto y recuperación. («Clínica Universitaria Colombia», s. f.)

En la plataforma estratégica de la Institución de salud se contempla lo siguiente:

Visión: ser reconocidos siempre por nuestro enfoque humano, científico, técnico y ético en la prestación de servicios integrales de salud. **Misión:** trabajamos por el bienestar de nuestros usuarios mediante la prestación de servicios integrales de salud con recurso humano, tecnológico y científico de alto nivel con calidez y enfoque académico. **Valores institucionales:** los valores corporativos interiorizados y aplicados, son el resultado de una cultura empresarial; estos se expresan en cada actividad que se desarrolla:

accionistas, directivos, empleados, contratantes, usuarios, proveedores, estado, competencia y la sociedad. Estos son compasión, justicia, respeto, solidaridad, verdad, honestidad y responsabilidad. («Clínica Universitaria Colombia», s. f.)

1.2. Identificación de necesidades

La importancia de identificar el riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados y las causas por las que estas se producen nos permite definir las actividades a las que debe ir enfocada nuestra gestión en relación al riesgo de caída de cada paciente. Lo principal en este proyecto es reducir las caídas, y evitar las posibles consecuencias que se puedan producir de estas. La prevención de las caídas está relacionada con la oportuna evaluación de los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos y la instauración de las medidas apropiadas de acuerdo con el riesgo detectado. (Olvera- Arreola et al., 2013)

En el contexto hospitalario se debe tener en cuenta que todos los pacientes que ingresan a estos servicios se exponen a un riesgo potencialmente alto de presentar caídas, sin embargo, diferentes estudios han demostrado que las caídas se producen en un porcentaje mayor en los pacientes mayores de 65 años y aunque existen múltiples factores para la ocurrencia de estas, la edad avanzada constituye el factor predominante para la presencia de esta situación. Es por esto de fundamental importancia la implementación de un plan de cuidado basado en la valoración del paciente y la implementación de las medidas de prevención correspondientes. (González Sánchez, Rodríguez Fernández, Ferro Alfonso, & García Milián, 1999)

Algunos estudios nos muestran que aproximadamente del 2 al 12% de pacientes experimentan una caída durante su estancia hospitalaria, además existen datos en el que el 61,2% de los eventos adversos aumentaron el tiempo de hospitalización con una media de 10,4 días y un 8,9% de los eventos adversos causaron el reingreso del paciente. Según estos estudios, una caída sin lesiones graves cuesta alrededor de US\$ 3,500 adicionales, mientras que los pacientes con más de 2 caídas sin lesiones graves han aumentado los costos en cerca de US\$ 16,500. Las caídas con lesiones graves son las más costosas, con costos adicionales de US\$ 27,000. Estos datos son relevantes si tenemos en cuenta que el 65% de los eventos adversos por causa de las caídas fueron considerados evitables. («prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caídas.pdf», s. f.)

La prevención de caídas basada en programas de mejora continua y en las que se incluye la participación del paciente y su familia, es una de las mejores estrategias para disminuir las repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicas, derivadas de una caída, claro está, que en estas estrategias de educación es de vital importancia el apoyo multidisciplinario en especial el papel que desempeña el profesional de enfermería, encargados de brindar la educación que corresponda según el riesgo identificado y las condiciones individuales de cada paciente. (Olvera- Arreola et al., 2013)

1.3. Priorización de necesidades

Al abordar el tema de caídas hospitalarias, lo fundamental es disminuir su ocurrencia y evitar las consecuencias que se deriven de estas, es por esto primordial la

educación que recibe el personal de salud en relación a estas estrategias, al igual que los mecanismos implementados para involucrar al paciente y su familia en medidas de autocuidado, si bien los factores intrínsecos no son modificables, nuestras estrategias están enfocadas a identificar los factores extrínsecos que producen las caídas mejorando la calidad de los cuidados y de la atención brindada a los pacientes.

Dicha problemática es también una preocupación para la Institución de salud en la que se presentaron 92 caídas para el año 2017, al realizar el análisis de este evento, se puede precisar que en los servicios donde se presentó el porcentaje mayor de estas caídas fueron, el área de hospitalización denominada 4to occidente y en el servicio de urgencias; estas caídas se presentaron en pacientes mayores de 65 años, del sexo masculino, con acompañante permanente; también se evidenció que en el horario que más caídas se presentan es en el turno de la noche. Los daños ocasionados a los pacientes que presentaron estas caídas fueron lesiones con pérdida y sin pérdida de la continuidad de la piel, luxaciones y fracturas por lo que aumentaron los días de estancias y los costos para la institución se incrementaron en US\$ 12,191 (imágenes diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos), en los pacientes clasificados como eventos adversos moderados y mayores, pues a pesar de que en la organización se maneja el protocolo de caídas y cuidados por parte del personal profesional de salud, los usuarios se continúan cayendo generando daño e impactando negativamente en la prestación de servicios con calidad, por esta razón este proyecto de gestión planteó y ejecutó estrategias encaminadas a reducir la frecuencia de caídas en esta institución, con el fin de contribuir en el proceso de mejoramiento continuo de la

organización, en miras a la prestación de servicios de alta calidad con excelencia. («Institución de salud», s. f.)

Por tal motivo, al evidenciar que este asunto no es ajeno a la institución y que sus consecuencias tienen unas implicaciones mayores, este proyecto de gestión enfocó sus estrategias a fortalecer las medidas de educación al personal de salud, con el fin que, con estos conceptos se refuercen las actividades con el paciente, su familia y participación de estos dos actores en su propio cuidado.

La Institución cuenta con un protocolo de enfermería denominado reducción de caídas, el cual va dirigido a pacientes adultos y niños, su objetivo principal es ofrecer al equipo interdisciplinario acciones específicas para la clasificación del riesgo y la prevención de la frecuencia de caídas en el paciente, dicha tipificación del usuario se efectúa mediante la escala de categorización de riesgo de caídas de JH. DOWNTON («Escala Downton ante el riesgo de caídas», s. f.), en la que se evalúan los siguientes factores: caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial, estado mental, y marcha. Este protocolo incluye actividades concretas que buscan ampliar la seguridad de los usuarios y la independencia en la movilización del paciente, todo esto enfocado a satisfacer al usuario y a su familia durante el transcurso de atención en la Institución. A pesar de todo este proceso que se da en la institución los usuarios siguen sufriendo caídas en los diferentes servicios de salud. («Clínica Universitaria Colombia», s. f.).

2. Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como caída a los acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por accidentes de tránsito. Entre los eventos adversos hospitalarios, uno de los más preocupantes son las caídas de los pacientes, independiente de las consecuencias de esta. Las caídas de los pacientes en las instituciones de salud son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales en el mundo, de esta manera llevar una estadística de esta situación, representa uno de los indicadores que nos permite medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones que prestan servicios de salud. (García-Barbero, 2014)

Las caídas intrahospitalarias prolongan las estancias generando mayor riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud, también incrementan los costos económicos de la hospitalización y en algunos casos es causal de una demanda con responsabilidad ética, penal, civil o administrativa. Las caídas en los adultos mayores de 65 años son de particular interés, porque después de sufrir una grave caída, sólo el 50% vivirá durante más de 1 año. Las personas mayores tienden a presentar las lesiones más graves relacionadas con caídas, tales como trauma en la cabeza y fracturas óseas. Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales

(familia excesivamente protectora). (Zavotsky, Hussey, Easter, & Incalcaterra, 2014)

La tasa de caídas intrahospitalarias varía desde 2.9 a 13 caídas por cada 1000 días/cama. Un 30% de las caídas resulta en daño, donde las fracturas, el trauma craneoencefálico, la ansiedad y la depresión posterior a la caída generan mayor comorbilidad y síndrome de estrés postraumático en los pacientes. Cerca del 30% de las caídas en hospitales e instituciones de cuidado crónico resultan en lesión física que incluía en un 3 a 5% fracturas. Más de un 20% de las admisiones a un hospital general por lesiones personales corresponden a fracturas de cadera en instituciones de cuidado crónico. (Oliver et al., 2007)

La determinación de los factores de riesgo que conducen a una mayor incidencia de caídas, y, por lo tanto, el reconocimiento de los pacientes con mayor riesgo es obligatorio para un programa exitoso de prevención de caídas. De acuerdo a la evidencia, los principales factores de riesgo relacionados a la presencia de caídas en el paciente hospitalizado son intrínsecos o extrínsecos, entre los que destacan, el sexo femenino, la edad avanzada del paciente, presentar un antecedente de caída, uso de psicofármacos (benzodiacepinas, los neurolépticos y los antidepresivos), la debilidad muscular, las alteraciones de la marcha y la incapacidad funcional para realizar actividades instrumentales y de la vida diaria, la presencia de barandillas de la cama abajo o su ausencia, cama alta (lo que requiere la escalera), además de timbre fuera del alcance del paciente, la presencia de dos o más factores se asocia con la presencia de este evento. (Salameh, RN, & Oliven, 2008)

En la Ciudad de Bogotá según la Universidad de la Sabana, aproximadamente el 70% de los pacientes hospitalizados tienen un alto riesgo de presentar caídas por diferentes factores contributivos como son infraestructura, edad del paciente, cuidadores del paciente y los no cumplimientos de medidas de seguridad para los usuarios. («Guía-buenas-practicas-seguridad- paciente.pdf», s. f.)

Se revisaron diversos artículos científicos de ciencias de la salud encontrando: (Pubmed), Biblioteca Virtual Biomédica (SCIELO), buscadores electrónicos (Google Académico), páginas web de Entidades Nacionales (Ministerio de Salud y Protección Social) e Internacionales (Organización Mundial de la Salud), así como el Protocolo Institucional referente a la prevención de caídas. Para la búsqueda de artículos científicos se usaron descriptores en ciencias de la salud tanto en español (DeCS) como en inglés (MeSH) los cuáles fueron:

- **Seguridad del Paciente / Patient Safety:** Esfuerzos para reducir el riesgo para tratar y reducir los incidentes y accidentes que pueden afectar negativamente a los pacientes.
- **Daño del Paciente / Patient Harm:** Una medida de la seguridad del paciente considerando los errores u omisiones que resulten en daño al paciente. Se incluyen los errores en la administración de fármacos y otros medicamentos (errores de medicación), errores en la realización de procedimientos o el uso de otros tipos de terapia, en el uso de equipos y en la interpretación de los hallazgos de laboratorio y los accidentes evitables involucrando a los Pacientes.

- **Accidente por Caídas / Accident Falls:** Caídas causadas por resbalar o tropezar y que producen lesión.
- **Hospitalización / Hospitalization:** Internación de un paciente en un hospital.
- **Riesgo / Risk:** probabilidad de que ocurra un evento.
- **Factores de Riesgo / Risk Factors:** Aspecto del comportamiento personal o estilo exposición ambiental, característica innata o heredada, que, sobre la base de evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud que es considerada importante prevenir.
- **Prevención de Accidentes / Accident Prevention:** Esfuerzos y proyectos para reducir la incidencia de sucesos indeseables no previstos en distintos ambientes y situaciones.
- **Cuidados de Enfermería / Nursing Care:** Cuidados prestados al paciente por personal del servicio de Enfermería.

3. Justificación

Con este proyecto de gestión se buscó plantear estrategias encaminadas a reducir la frecuencia de caídas, con el fin de contribuir en el proceso de mejoramiento continuo de la institución, en miras a la prestación de servicios de alta calidad con excelencia. Las caídas de los pacientes hospitalizados nos permiten medir un de los muchos atributos de la calidad en la atención prestada, es por esto, que esta situación es un motivo de preocupación constante en la supervisión de las actividades de atención.

Existen muchas causas que predisponen a que los pacientes presenten una caída, pese a que se haya diligenciado desde ingreso la escala para valoración de las mismas, frente a las causas a las que se deben las caídas de los pacientes hospitalizados, solo podemos intervenir o modificar las que son consideradas de origen extrínseco, como son tener habitaciones o lugares con iluminación adecuada, orden y limpieza del lugar de hospitalización, educación permanente tanto al paciente como a su cuidador, verificar los elementos o dispositivos de ayuda para la deambulación del paciente, elaborar planes de atención individualizados según las condiciones propias del paciente y permanecer alerta a los efectos relacionados con el tratamiento farmacológico administrado durante la estancia hospitalaria entre otros. (Tapia Villanueva, Salazar Ceferino, Tapia Colex, & Olivares Ramírez, 2003)

Aunque existen muchos estudios realizados acerca de este tema, aún no se encuentra el mejor método para prevenir de manera efectiva las caídas en las instituciones de salud. Se tienen implementadas varias estrategias que de una u otra

manera se encaminan a detectar los riesgos a los que se exponen los pacientes de presentar caídas, entre estas estrategias es de gran apoyo la educación brindada por el personal de enfermería para el buen uso de las barandas de la cama al paciente y su cuidador, así como también el aviso al personal de salud por parte de los mismos, cuando el paciente desee deambular, ubicación de los timbres de llamado de enfermería en puntos estratégicos y de fácil acceso para el paciente, se debe tener en cuenta también el acercarle al paciente los objetos de uso personal con el fin de evitar desplazamientos innecesarios durante el periodo de atención. (López-V, 2010)

Por lo anterior, es evidente la importancia de implementar en una Institución de alto nivel de complejidad estrategias que contribuyan a gestionar el riesgo del paciente a presentar caídas, desde su ingreso con un plan de atención individual y centrados en los factores de riesgo detectados, minimizando así los perjuicios causados por esta situación. Todas estas actividades deben ir acompañadas de un esfuerzo mancomunado en campañas de educación y formación al personal asistencial para sensibilizarlos en relación a este tema, al igual que de las notificaciones realizadas al programa de seguridad del paciente, que nos permiten tener un aprendizaje institucional y determinar acciones de mejora continua en busca de brindar una atención segura a los pacientes.

4. Fines y propósitos

4.1. Propósito

El proyecto de gestión buscó implementar estrategias que permitieron brindar un cuidado de calidad en la atención de salud y disminuir los factores de riesgo que generaron las caídas, implementando prácticas de seguridad que disminuyeran los daños ocasionados y que ponen en riesgo la salud y la calidad de vida de los usuarios hospitalizados, estas estrategias se podrán implementar en las Instituciones que lo requieran según su contexto y el marco en el que puedan aplicarse.

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivo general

Implementar una intervención de carácter educativo que permita reducir la ocurrencia de caídas en pacientes hospitalizados en una Institución de cuarto nivel en la Ciudad de Bogotá durante el segundo semestre del año 2018.

4.2.2. Objetivos específicos

- Establecer la incidencia de las caídas ocurridas en la Institución durante el primer semestre 2018.
- Determinar los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de caídas a partir del análisis y revisión de los reportes de eventos adversos e historias clínicas durante el primer semestre 2018.

- Evaluar la adherencia del personal asistencial al protocolo de caídas Institucional en el servicio priorizado durante el segundo semestre del 2018.
- Capacitar al equipo interdisciplinario del servicio priorizado, sobre las barreras de seguridad e inclusión del paciente y su familia en el cuidado como prácticas seguras para disminuir las caídas en los pacientes hospitalizados durante el segundo semestre del año 2018.

4.3. Metas e indicadores

Meta	Indicador
Disminuir las caídas en un 10% en el servicio priorizado en el primer mes posterior a la aplicación del taller educativo.	Número de pacientes que presentaron caídas durante el periodo / Número de egresos durante el periodo X 100
Revisar el 100% de los reportes relacionados con caídas en el primer semestre del año 2018 para identificar la incidencia presentadas en una Institución de cuarto nivel de la Ciudad de Bogotá.	Número de reportes revisados por las gestoras del proyecto / Número total de reportes de caídas durante el periodo X 100
Revisar el 100% de los reportes relacionados con caídas en el primer semestre del año 2018 para determinar los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de estas en una Institución de cuarto nivel de la Ciudad de Bogotá.	Número de reportes de caídas notificadas / Total de caídas ocurridas durante el periodo X 100

<p>Medir el porcentaje de adherencia del personal asistencial al protocolo de caídas institucional en el servicio priorizado.</p>	<p>Número de ítem con cumplimiento de la lista de chequeo / total de ítems de la lista de chequeo x 100</p>
<p>Capacitar el equipo interdisciplinario del servicio priorizado (médicos, personal de enfermería, personal en entrenamiento, administrativos, seguridad y servicios generales) sobre las barreras de seguridad para disminuir la ocurrencia de caídas.</p>	<p>Número total de personas capacitadas / Número total de personal del servicio priorizado X 100</p>

5. Marco de referencia

5.1. Marco conceptual

5.1.1. Seguridad del Paciente

Hablar de seguridad del paciente es hablar de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Esta tiene una estrecha relación con la calidad de la salud, pues ella se convierte en un pilar fundamental y característico que permite dar cumplimiento a la efectividad, igualdad, eficacia y eficiencia en la atención en salud generando en el usuario confianza y seguridad a la hora de recibir el servicio de la salud. Este pilar se puede dar mediante un trabajo continuo y dinámico de los procesos de atención y el cambio de la cultura de seguridad en las instituciones de salud. («prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf», s. f.)

5.1.2. Evento adverso

En la actualidad la seguridad del paciente es un objetivo estructural dentro de las instituciones prestadoras del servicio de salud, pues esta provee bases que permiten minimizar la ocurrencia o surgimiento de un evento adverso, el cual se define como el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden surgir con facilidad en cualquier proceso de la atención en salud. Ejemplo esto son las caídas que pueden llegar a sufrir los usuarios en el momento en que estos se encuentren recibiendo los servicios de salud por parte de los profesionales en una estancia hospitalaria. («prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf», s. f.)

5.1.3. Caídas

Las caídas son definidas por la OMS, como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga o también se entiendo por resbalar o tropezar y que producen lesión. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son , estas forman parte fundamental de la calidad en la atención en salud, puesto que generan en el ámbito hospitalario una gran preocupación, ya que dicho evento adverso afecta a los usuarios con mayor vulnerabilidad causando repercusiones de morbi - mortalidad en los usuarios mayores y económicas en las instituciones de salud, generando así dudas en cuanto a la calidad de la atención y las barreras de seguridad que se implementan en estas para minimizar los eventos adversos en la hospitalización.(«Caídas», s. f.)

En los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada”. («Caídas», s. f.)

En otras palabras, el mayor impacto de las caídas se muestra en los usuarios mayores de 65 años, pues estos por su fisiología y anatomía se exponen con más facilidad a este tipo de situación, es decir que la edad aumentada está categorizada como un gran factor de riesgo, esto se traduciría en que los ancianos poseen un aumento de la

susceptibilidad a las caídas por su estado físico y patológico.

En Colombia, la tasa de caída en el servicio de hospitalización y urgencias interactúa el paciente con sus cuidadores, durante el primer semestre año 2016 fue alta en los departamentos de Vaupés y Casanare, respectivamente, y durante el segundo semestre, el departamento de Guaviare presentó la mayor tasa de incidencia de caídas en estos dos servicios. En el servicio de consulta externa, Guaviare y Caldas presentaron las mayores tasas de incidencia de caídas durante el primer y segundo semestre del año 2016, respectivamente; mientras que, en el servicio de apoyo diagnóstico, las mayores tasas de incidencia de caídas se presentaron en San Andrés y Caldas, durante el primer y segundo semestre del año 2016, respectivamente. (Rodríguez Reyes & Ortega Herrera, 2018)

La seguridad del paciente es una prioridad de la atención en la salud de las instituciones, los eventos adversos como las caídas son una alerta sobre la presencia de una atención insegura hacia los usuarios. Para la Joint Commission International las caídas es una de las metas incluidas en el área de seguridad del paciente en la acreditación de hospitales.

5.1.4. Factores de riesgo

Las caídas se originan por acumulación de diversos factores de riesgo que pueden llegar a crear un evento adverso, estos son definidos como aspectos del comportamiento personal o estilo exposición ambiental, característica innata o heredada, que, sobre la base de evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación

relacionada con la salud que es considerada importante prevenir. Dichos factores pueden ser: intrínsecos, son factores relacionados con el propio sujeto que cae. En otras palabras, estos están directamente vinculados con la genética del usuario como son: la edad, sexo, la raza, la personalidad etc.; y factores los extrínsecos son los relacionados con la actividad que realiza o el ambiente en el que se encuentra, ellos hacen referencia al entorno como lo son: tratamiento y cuidado intrahospitalario que se brinda al usuario. («prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf», s. f.)

La gestión integral de los factores intrínsecos y extrínsecos que generan las caídas es de vital importancia; ya que su intervención permite minimizar dicha situación y mejorar la seguridad del paciente por ende la calidad. Se recomienda que esto sea una estrategia institucional, articulada a la política de calidad y seguridad del paciente; esta estrategia deberá desarrollarse de manera permanente en las instituciones de salud, incorporándose a los indicadores de salud en búsqueda de una permanente mejoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud. La OMS también recomienda las estrategias preventivas como son: la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos. («Caídas», s. f.)

5.1.5. Intervenciones educativas

Dentro de las intervenciones educativas y de capacitación se manejó la teoría de la interestructuración del aprendizaje de Louis Not, quién se sitúa en un método genético estructural de elaboración cognitiva, considera el conocimiento como producto de la

actividad del alumno, quien lo integra en su personalidad realizándose con la ayuda de un mediador que es el profesor. En este modelo se articula el proceso de aprendizaje y de enseñanza con el fin de brindar conocimiento al personal de salud, permitiendo la iniciativa del que aprende, de sus medios, de sus procesos, y preguntas, ante la adquisición de conocimientos para disminuir las caídas en el servicio de hospitalización.

5.2. Marco legal

A partir de los años 50 y 60 del siglo pasado, algunos estudios mencionan el término evento adverso, como un resultado clínico que es adverso al esperado y que es causado por el cuidado asistencial. “el estudio de mala práctica médica de la Universidad de Harvard reportó en 1991 que aproximadamente 100.000 pacientes mueren cada año como producto de este fenómeno. Otras investigaciones en Australia, Nueva Zelanda, y el Reino Unido e Irlanda del norte han corroborado la magnitud del problema”. («Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf», s. f.)

El informe “To Err is Human: Building A Safer Health System” del instituto de medicina de los Estados Unidos de América, puso el problema en la agenda de los políticos de ese país y del resto del mundo. En el mundo entero el reporte “errar es humano, construyendo un sistema de salud más seguro” es un informe publicado en noviembre de 1999 del instituto de medicina de los estados unidos que resultó siendo una aportación relevante sobre los errores médicos que existen en los EE.UU. El reporte se basó sobre el análisis de múltiples estudios hechos por diferentes organizaciones y concluyó que entre 44000 y 98000 personas mueren cada año por errores médicos

prevenibles. En comparación, menos de 50000 personas murieron por alzheimer y 17000 murieron por el uso ilegal de drogas en el mismo año. El informe pidió un esfuerzo integral a los proveedores de atención médica, del gobierno, consumidores y otros. (Donaldson, Corrigan, & Kohn, 2000)

Este informe es reconocido hoy como el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, en 2004 la OMS creó la antigua alianza mundial por la seguridad de los pacientes, hoy programa de seguridad del paciente y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. La alianza mundial para la seguridad del paciente fue puesta en marcha por el director general de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. (García-Barbero, 2014)

Se realizó el primer estudio que evidenció el problema de la seguridad en Latinoamérica; dicho estudio es el IBEAS, el cual contó con la participación de 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) la publicación evidenció que, en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, fue hecho en 4 países de Latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2.080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación. (Aranaz-Andrés et al., 2011)

A partir del año 2004, el Ministerio de la Protección Social inicia a impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le denominó en ese momento; promoviendo los procesos de vigilancia de los mismos en algunas instituciones prestadoras de servicios de salud. Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostró avances que llevaron al Ministerio de la Protección Social a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; decisión que fue formalizada mediante la expedición del decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el mencionado decreto se establece en su artículo 3°. Características del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud (SOGCS) “seguridad, es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. («Decreto 1011 de 2006.pdf», s. f.)

Adicionalmente en la resolución que reglamentó el componente del sistema de información para la calidad, resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del SOGCS, la vigilancia de eventos adversos. («Resolución 1446 de 2006 - Anexo Técnico.pdf», s. f.) En el año 2008 Colombia lanza su política de seguridad del paciente, enmarcada dentro del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, “cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”. («Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf», s. f.)

Posteriormente la resolución 1441 de 2013 introduce dentro de las finalidades de los estándares de habilitación la de “atender la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. («Resolucion-1441-de-2013.pdf», s. f.)

Más adelante la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 deroga la resolución 1441 de 2013 y define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de la habilitación de los servicios de salud y estableció como obligatoria la buena práctica de contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluye la adopción de la política institucional de seguridad del paciente y promueva la implementación del comité institucional como instancia administrativa e interdisciplinaria. («Resolución 2003 de 2014.pdf», s. f.)

Así mismo el decreto No. 903 del 13 de mayo de 2014 actualiza el sistema único de acreditación, sistema que se reglamentó desde el año 2002 con la resolución 1774; se modificó con la resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 y que con el decreto en mención se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud. Este decreto es reglamentado por la resolución 2082 del 29 de mayo de 2014 la cual establece las disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud y establece en su artículo 2º ejes trazadores en el sistema único de acreditación en salud gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo

de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad. («Manual-Estandares-Sistema-Acreditación-Resolución-1445-2006.pdf», s. f.)

El Ministerio de Salud y la Protección Social expidió el decreto 780 del 2016 o decreto reglamentario único del sector salud y protección social que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector salud, recopila en el capítulo 2 las disposiciones para el funcionamiento adecuado del SOGCS, orientado a mejorar los resultados en la atención en salud centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad en donde propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, así como pertinencia y continuidad.(«Decreto 0780 de 2016.pdf», s. f.)

A nivel distrital, la secretaría de salud de Bogotá en cumplimiento de los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, expedida por el ministerio de salud y protección social, presenta en noviembre de 2011, el programa distrital de seguridad del paciente que propone una alianza entre los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud y un compromiso entre prestadores de servicios de salud y usuarios del distrito capital para la implementación de la gestión institucional en seguridad del paciente. («Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf», s. f.)

Esta caracterización está orientado no solo a que la institución tenga

implementado un programa de seguridad del paciente cuyos contenidos estén encaminados a la identificación de acciones o situaciones que afecten la seguridad del paciente en el proceso de atención, sino que además incluya escenarios de análisis, evaluación y de formulación de estrategias para prevenir, mitigar o corregir las desviaciones encontradas o las necesidades de mejora de los procesos de la entidad y no solo se queden en estadísticas frías que no contribuyan a la generación de la cultura de seguridad institucional.

6. Plan de acción

El Proyecto se realizó en cuatro fases que se describen a continuación:

Descripción	Duración
Fase I	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración del documento: anteproyecto. 2. Revisión de reportes de caídas presentados en el primer semestre del año 2018, con el fin de establecer la incidencia e identificar los principales factores para la ocurrencia de caídas. 3. Planeación de la intervención educativa que se desarrollará. 	<p>Esta fase del proyecto se desarrolló desde el mes de mayo hasta la última semana del mes de junio del año 2018.</p>
Fase II	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecución de la intervención: <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó una observación directa en los cuatro turnos del servicio priorizado con la aplicación de una lista de chequeo identificando la implementación y ejecución del protocolo de caídas. 	<p>Esta fase del proyecto se desarrolló durante el mes de julio y agosto del año 2018.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó un taller educativo dirigido a médicos, personal de enfermería, personal en entrenamiento, personal administrativo, personal de seguridad y servicios generales alrededor de 70 personas, sobre barreras de seguridad para disminuir la ocurrencia de caídas. 	
Fase III	
<p>1. Medición del impacto de la estrategia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evaluó el porcentaje de caídas ocurridas un mes después de la aplicación del taller educativo en el servicio priorizado y se plantearon a la Institución realizar seguimientos permanentes y una evaluación en 6 meses posteriores a la aplicación del taller para evaluar su efectividad. 	<p>Esta fase del proyecto se desarrolló durante el mes de septiembre del año 2018.</p>
Fase IV	
<p>1. Elaboración del documento final.</p>	<p>Esta fase del proyecto se desarrolló durante el mes de octubre del año 2018.</p>

7. Cronograma de trabajo propuesto del proyecto de gestión

En este proyecto se manejó el cronograma de Gantt mediante el cual se hizo seguimiento a todas las actividades realizadas.

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6				MES 7			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrega de anteproyecto	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Ajustes anteproyecto									■	■	■	■																
Desarrollo de la Estrategia													■	■	■	■												
Entrega del informe final																	■	■										
Ajustes																	■	■	■	■	■	■	■	■				
Sustentación																										■		

8. Presupuesto Proyecto de Gestión

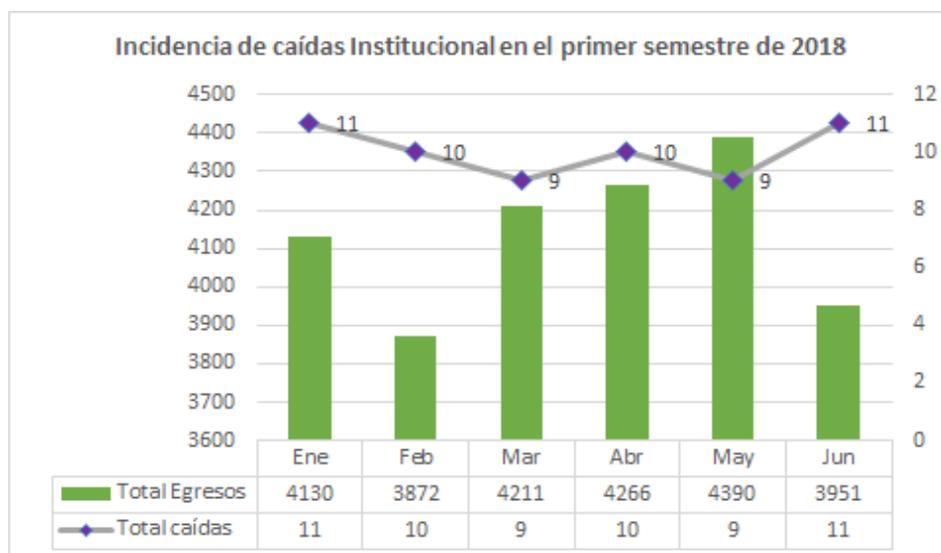
	A	B	C
	Rubros	Valor Unitario	Total
1	Bibliografía (bases de datos)	60.000	60.000
2	Materiales e insumos	600.000	600.000
3	Eventos académicos: (talleres educativos)	800.000	3.200.000
4	Refrigerios	600.000	600.000
5	Gestores del Proyecto	7.000.000	21.000.000
6	Alquiler de locaciones y equipos	0	0
8	Imprevistos	1.280.000	1.280.000
9	Total		26.740.000

9. Resultados

De los datos suministrados por el programa de seguridad del paciente de la Institución se realizó una revisión retrospectiva del primer semestre del año 2018 con los casos notificados de los pacientes que presentaron caídas. Con esta información se realizaron las siguientes actividades:

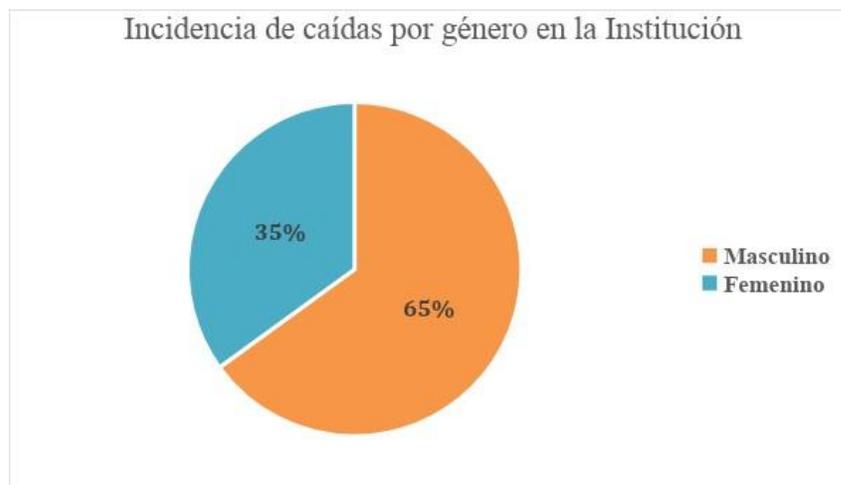
9.1. Incidencia de las caídas

Durante el primer semestre del año 2018 se presentaron 60 caídas en 24820 atenciones realizadas en las áreas de hospitalización adultos, pediatría y urgencias, datos de los cuales se pudo establecer una incidencia de caídas del 0.24%, (Gráfica No. 1) aunque este resultado es muy bajo en relación con la cantidad de pacientes atendidos, las caídas Institucionales son un indicador de baja calidad en la atención de salud de una Institución.



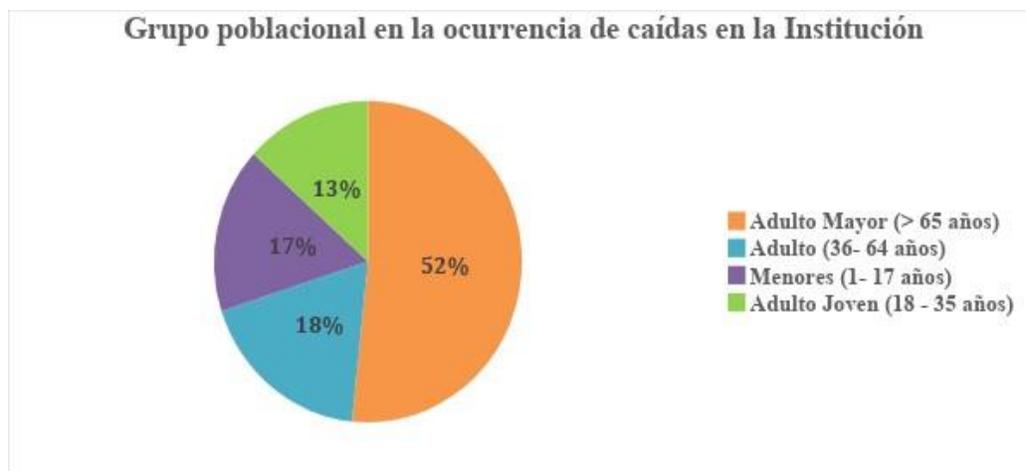
Gráfica 1. Incidencia de caídas Institucional en el primer semestre de 2018. Elaboración propia

Se realizó una caracterización de los pacientes en que se presentaron las caídas, en la que se determinó que el 65% de los pacientes fueron del género masculino y el 35% del género femenino como se muestra en la gráfica siguiente.



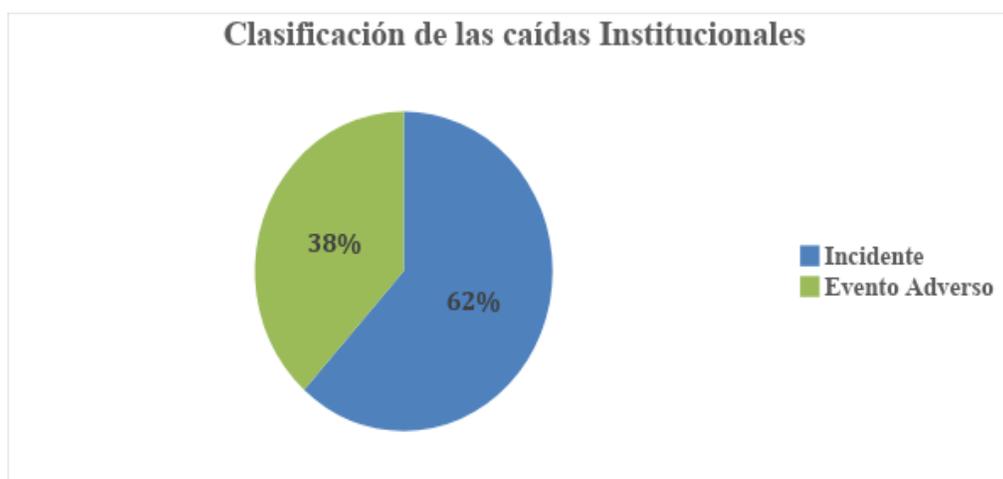
Gráfica 2. Incidencia de caídas por género en la Institución. Elaboración propia

Como parte del análisis se realizó una clasificación por edades para determinar el grupo poblacional que tiene más riesgo de presentar caídas en la Institución, en la que se estableció que, donde más se presentaron estos eventos fue en los pacientes clasificados como adultos mayores, con una edad mayor a 65 años, caídas que corresponden al 52% equivalentes a 31 caídas, seguido de pacientes adultos con edades de 36 a 64 años con un 18% iguales a 11 caídas, en los menores de 1 a 17 años se presentaron 10 caídas correspondientes al 17%, y en adultos jóvenes de 18 a 35 años el 13% con 8 caídas.

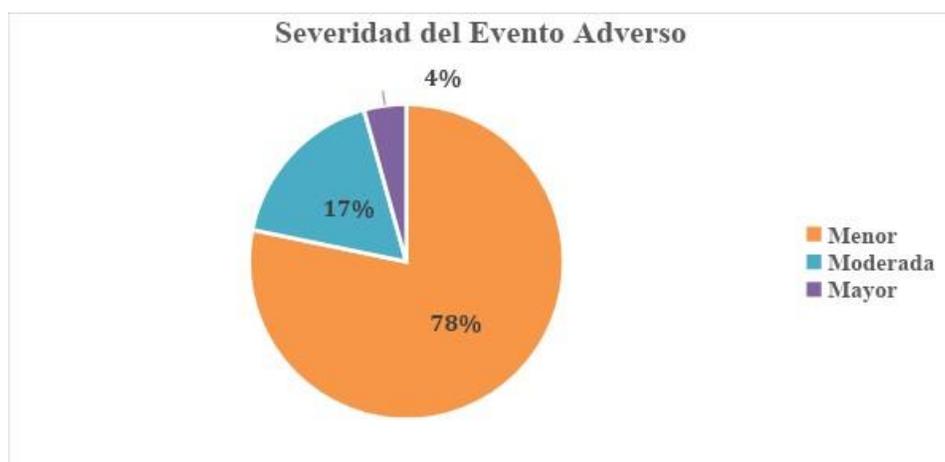


Gráfica 3. Grupo poblacional en la ocurrencia de caídas en la Institución. Elaboración propia

De la revisión realizada de las caídas ocurridas en este periodo, se observa que el 62% fueron clasificados como incidentes debido a que no presentaron daño o lesión en el paciente y el 38% de estos casos fueron clasificados como eventos adversos. De las caídas clasificadas como eventos adversos el 78% tuvieron una severidad menor, el 18% moderado y el 4% restante se clasificaron con una severidad mayor, como se muestra en las siguientes gráficas.

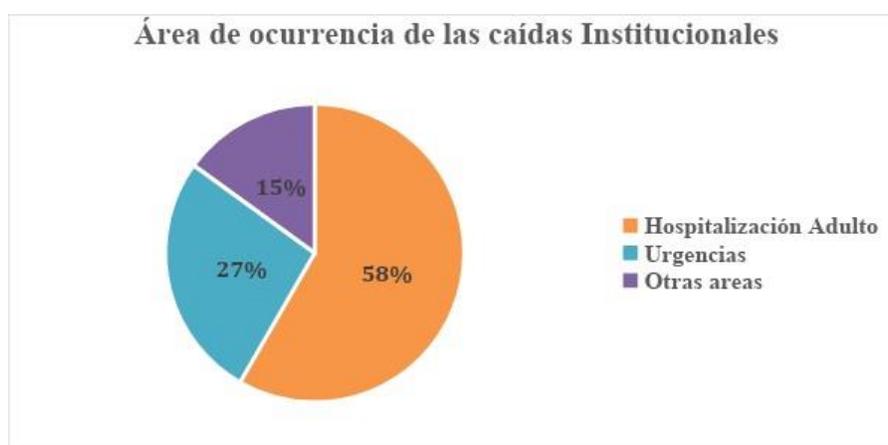


Gráfica 4. Clasificación de las caídas Institucionales. Elaboración propia



Gráfica 5. Severidad del Evento Adverso. Elaboración propia

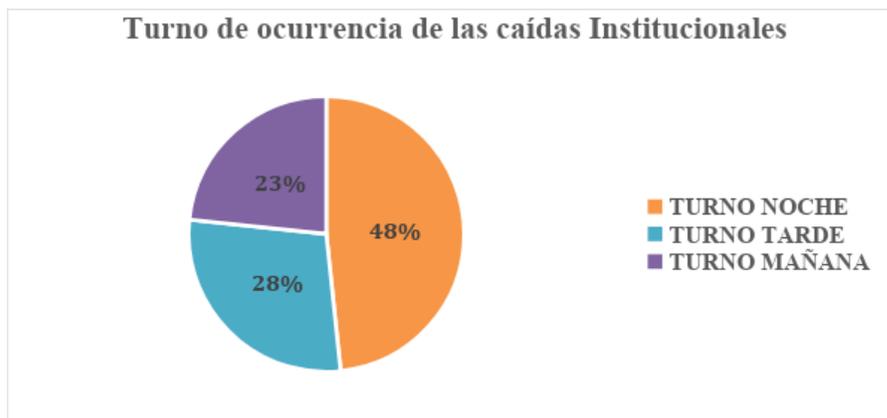
En relación con el servicio en el que más se presentaron caídas se estableció que la mayor incidencia fue en el área de hospitalización con un porcentaje del 58% que corresponden a 35 caídas, seguidas del servicio de urgencias con el 27% equivalentes a 16 caídas y en otras áreas de la Institución 15% con 9 caídas. (Gráfica No. 6)



Gráfica 6. Área de ocurrencia de las caídas Institucionales. Elaboración propia

En la revisión de los pacientes que presentaron caídas se pudo establecer que en el turno en el que más ocurre este evento es en el turno de la noche con un 49%, las otras

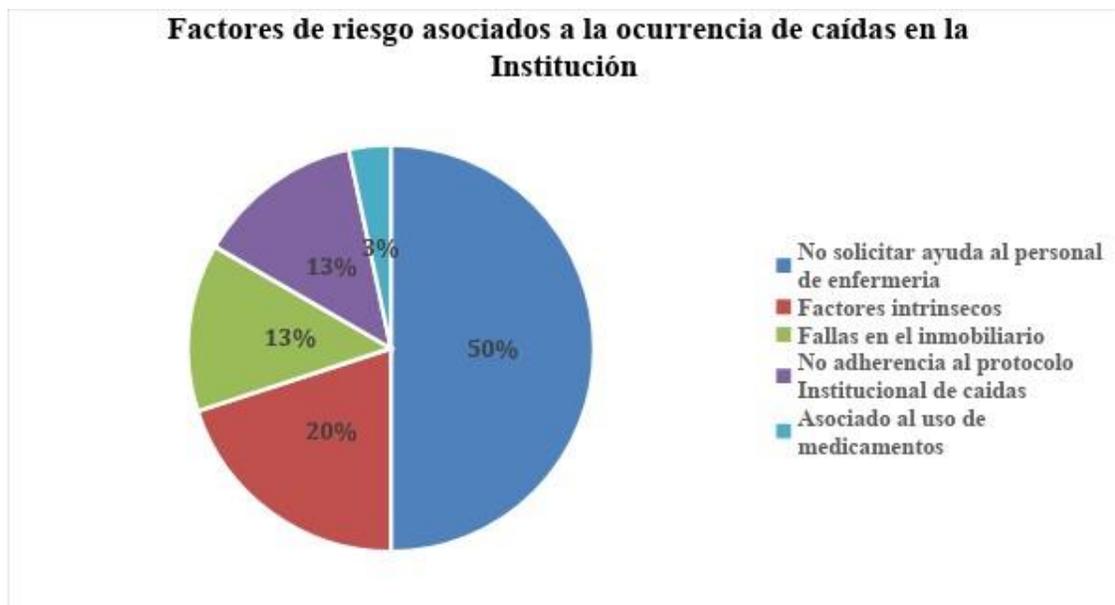
caídas están divididas en los turnos de la mañana con un 28% y en la tarde con un 23% respectivamente como se observa en la gráfica No. 7.



Gráfica 7. Turno de ocurrencia de las caídas Institucionales. Elaboración propia

9.2 Factores de riesgo asociados a la ocurrencia de caídas

Para determinar los factores de riesgo que contribuyeron a la ocurrencia de caídas en este periodo se establecieron 5 variables en las que se clasificaron las caídas ocurridas. Una vez realizada la revisión de las historias clínicas se evidencia que el 50% de las caídas se presentaron por no solicitar ayuda por parte del paciente y/o cuidador al personal de enfermería en el momento de la movilización. En el 20% de los casos se atribuyen a factores propios de paciente, el 14% por fallas en el inmobiliario (desgaste o ausencia), en un 13% se evidencia fallas en la adherencia al protocolo Institucional de caídas por parte de los funcionarios del servicio y en un porcentaje menor al 3% se puede asociar que las caídas fueron producidas por el uso de algunos medicamentos, datos que se pueden observar en gráfico No. 8.



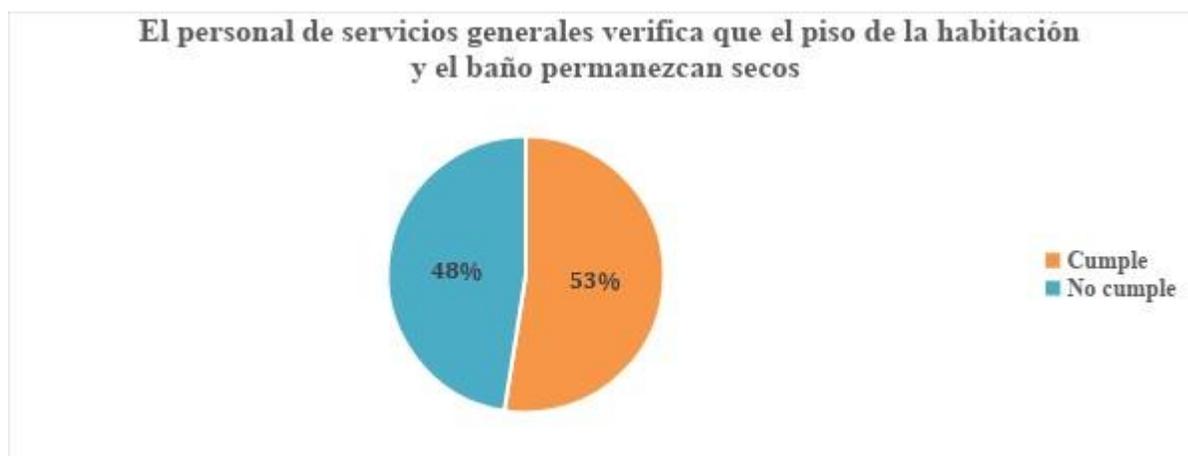
Gráfica 8. Factores de riesgo asociados a la ocurrencia de caídas en la Institución. Elaboración propia

9.3. Adherencia del personal asistencial al protocolo de caídas Institucional

Para medir la adherencia al protocolo Institucional de caídas se aplicaron en su totalidad 80 listas de chequeo, esta muestra se tomó de una población total de 112 pacientes con un nivel de confianza del 95%. Estas listas se aplicaron en el servicio de hospitalización del 4to y 5to piso en los diferentes turnos, estos servicios son en los que más se presentaron estos eventos durante el primer semestre del 2018. De este modo se evaluaron 30 ítems, de los cuales algunos se asocian a los pacientes y/o cuidadores, otros corresponden a las actividades propias del personal asistencial, algunos otros a servicios generales, así como también se tiene en cuenta el mobiliario de las habitaciones, y la revisión completa de la historia clínica.

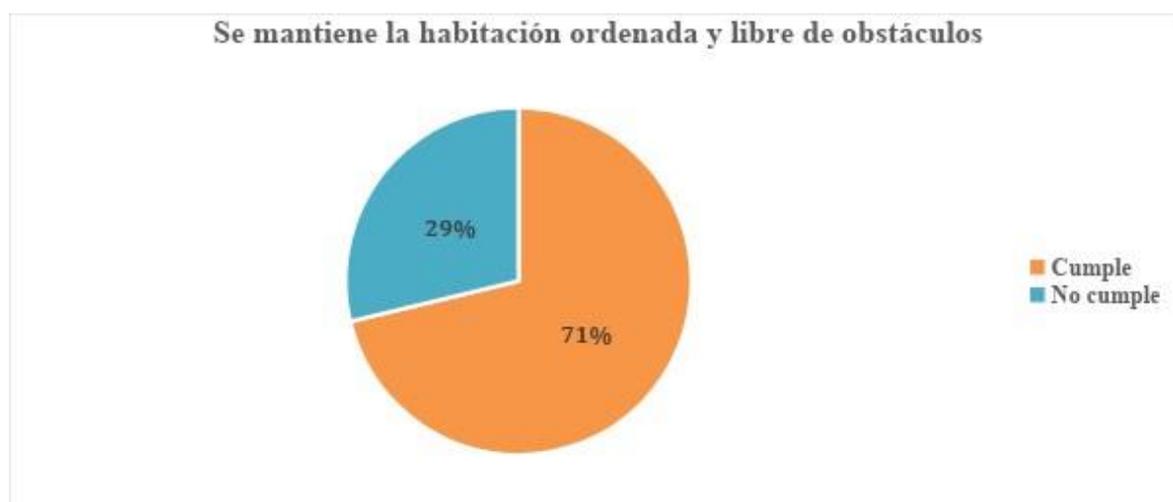
En la aplicación de estas listas de chequeo se priorizaron 6 ítems que obtuvieron la calificación más baja y que en parte contribuyen a la ocurrencia de caídas en estos

servicios. El 48% de los pacientes en los que se aplicó la lista de chequeo consideran que el personal de servicios generales no verifica que el piso de la habitación y el del baño permanezcan secos. En relación con mantener la habitación ordenada y libre de obstáculos se obtuvo una calificación del 29% de los pacientes que consideran que este ítem no se cumple.



Gráfica 9. El personal de servicios generales verifica que el piso de la habitación y el baño permanezcan secos.

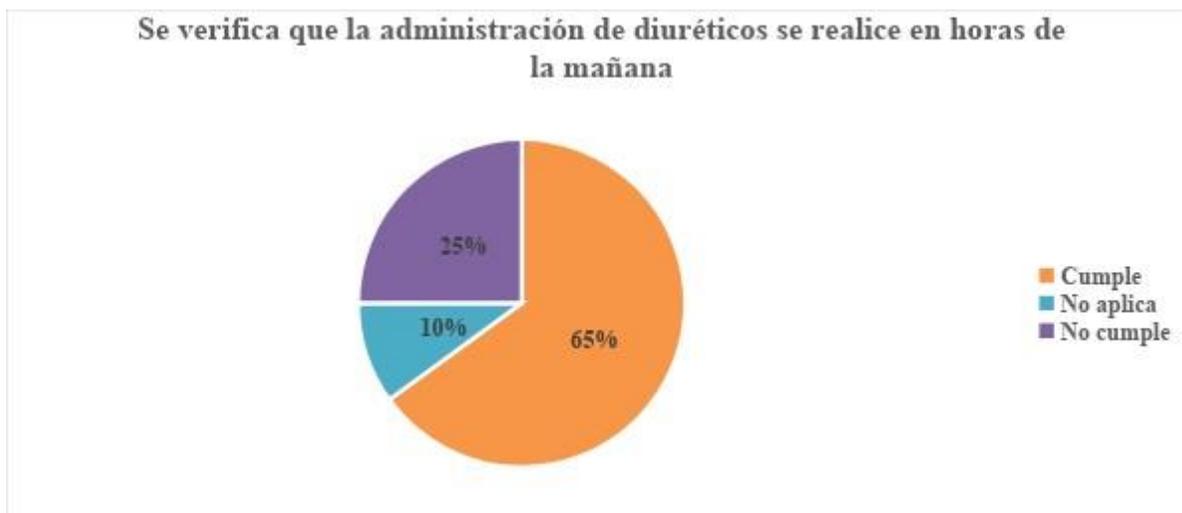
Elaboración propia



Gráfica 10. Se mantiene la habitación ordenada y libre de obstáculos. Elaboración propia

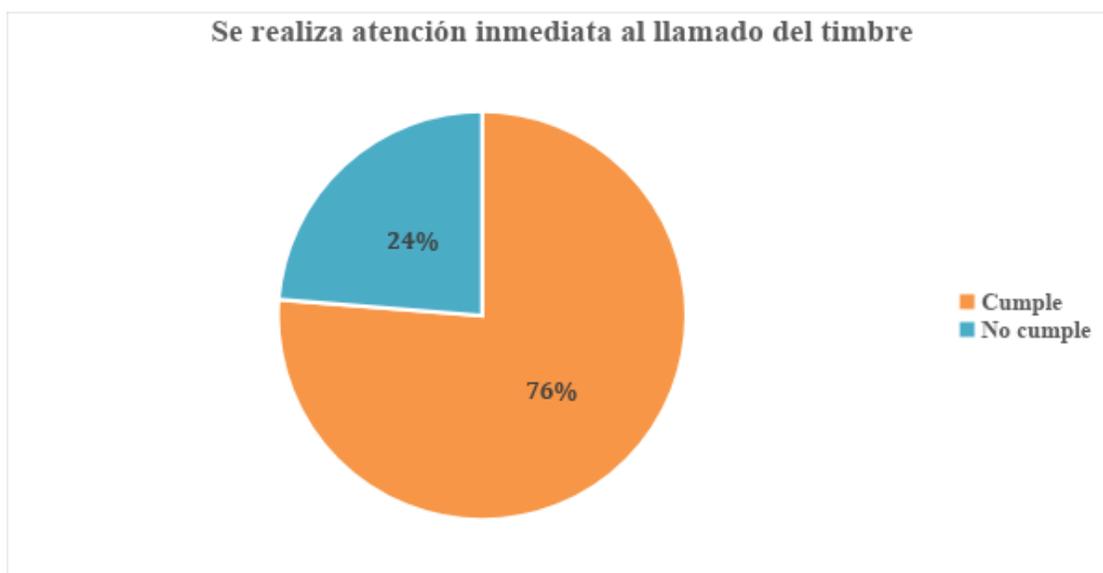
En el ítem relacionado con la verificación que la administración de diuréticos se

realice en horas de la mañana se puede evidenciar que en el 25% de los casos no se cumple con esta verificación, acción que incrementa el riesgo de caída de los pacientes en los servicios de hospitalización.



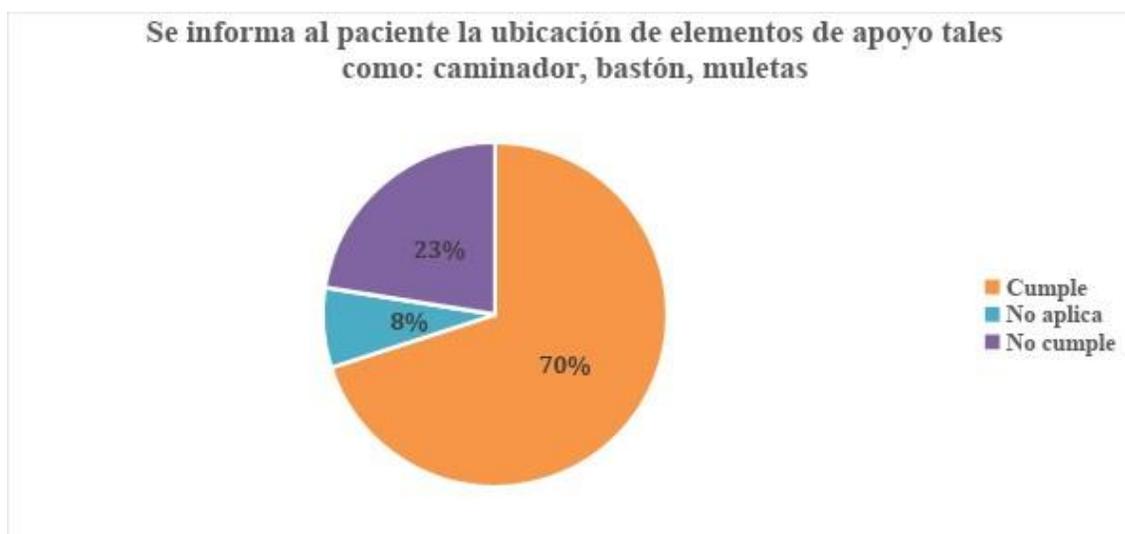
Gráfica 11. Se verifica que la administración de diuréticos se realice en horas de la mañana. elaboración propia

Al evaluar si cuando se realiza llamado del timbre se recibe atención inmediata por parte del personal asistencial, el 24% de los pacientes encuestados afirman que este ítem no se cumple, en algunos de los casos esta puede ser una de los factores que conllevan a que los pacientes se levanten sin solicitar ayuda



Gráfica 12. Se realiza atención inmediata al llamado del timbre. Elaboración propia

Entre los ítems que se aplicaron de las listas de chequeo se evaluó si se le informa al paciente la ubicación de elementos de apoyo tales como: caminador, bastón, muletas, a lo que el 23% de los pacientes encuestados indican que este criterio no se cumple, lo que genera un riesgo alto para la ocurrencia de caídas.



Gráfica 13. Se informa al paciente la ubicación de elementos de apoyo tales como: caminador, bastón, muletas. Elaboración propia

En lo relacionado con la realización de la clasificación del riesgo de caída del paciente según la escala, por parte del personal asistencial, se hizo una revisión de las historias clínicas de los pacientes a los que se aplicó la lista de chequeo y se evidencia que el 21% del personal no realiza esta actividad, según lo descrito en el protocolo Institucional, motivo por el cual el personal asistencial no prioriza los pacientes que tienen más riesgo de presentar caídas y así mismo implementar actividades que eviten su ocurrencia.



Gráfica 14. Se realiza la clasificación del riesgo de caída del paciente según la escala. Elaboración propia

9.4. Capacitación al equipo interdisciplinario del servicio priorizado

Una vez identificados los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de caídas y después de realizar la verificación de la adherencia al protocolo de caídas de la Institución, se realizó una intervención educativa con el equipo multidisciplinario que pertenecen al servicio de hospitalización, donde se abordaron actividades específicas

destinadas a mejorar una comunicación asertiva con el equipo, el paciente y/o cuidador al momento de movilizar al paciente y además de los seis ítems que se consideraron críticos en la aplicación de las listas de chequeo.

Se capacito al 90% del equipo multidisciplinario, a través de un sketch teatral con dos personajes clown donde se presentó una situación clínica de una paciente adulta mayor sin acompañamiento permanente, con discapacidad visual y auditiva, en la que no se evalúan los riesgos y no se aplican las barreras de seguridad establecidas para evitar la ocurrencia de caídas hospitalarias, además por fallas en la comunicación con el personal asistencial se presenta la caída de la paciente.

Posterior a esto se permitió que el auditorio analizará los posibles fallos en la atención y se identificaran las barreras de seguridad que se pueden implementar para reducir las caídas en la situación presentada. Al finalizar se realizó una retroalimentación con un videoclip educativo enfocado en la evaluación del riesgo de caídas con la aplicación de la escala Norton, factores ambientales, medicamentos, dispositivos de ayuda para la movilización, mobiliario en condiciones óptimas y la asistencia al llamado oportuno por el personal asistencial para la movilización de pacientes.

Esta intervención educativa fue enfocada sobre las barreras de seguridad que le permiten al personal asistencial brindar información clara al paciente y/o cuidador y así contribuir a minimizar las caídas en la institución.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS	
<p>ELIMINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar, a menudo, ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en el pisingo durante la noche (pacientes varones). ● Colocar a los pacientes con incontinencia cerca de los baños. ● Vigilar a los pacientes que estén tomando laxantes y diuréticos. ● Recomendar a los pacientes masculinos orinar sentados. ● Disminuir el aporte de líquidos por la tarde, o a partir de las 19 horas. ● Administrar los diuréticos por la mañana. 	<p>MEDICAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observar los efectos que producen en el paciente los medicamentos administrados. ● Instruir a la familia / paciente acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación
<p>HISTORIA DE CAÍDAS ANTERIORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conocer la historia previa de caídas e investigar y actuar sobre los factores desencadenantes. 	<p>ESTADO COGNITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observar las modificaciones en el estado de conciencia de los pacientes.
<p>DÉFICIT SENSORIOPERCEPTIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar que el paciente lleve correctamente colocadas sus prótesis (gafas o audífonos) siempre que sea posible, proporcionándole ayuda si precisa para su colocación. 	<p>ESTADO FÍSICO – DEPENDENCIA-MOVILIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tener en cuenta estas características de los pacientes tanto de los déficits sensorio-perceptivos como del estado físico y aplicar alternativas (apoyo familiar u otros). "
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EXTRINSECOS	

<p>CAMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener la cama en la posición más baja posible excepto cuando se realice algún tipo de cuidado. 	<p>HABITACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo de la habitación (mobiliario en su sitio, carros, sacos de ropa, cableado, alargaderas). ● Retirar muebles bajos que supongan un riesgo para la deambulación (tropiezos). ● Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas,
<p>BAÑO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Barras de seguridad de sujeción vertical en lugar de horizontal. ● Baños con ducha en vez de bañera. ● Suelo antideslizante ● Timbre de llamada a mano 	
<p>UTENSILIOS PERSONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Establecer revisiones periódicas del estado de los caminadores, bastones y sillas de ruedas de la unidad. 	<p>mesillas). Seleccionar sillas/sillones adecuados con reposabrazos y una altura apropiada para poder levantarse y sentarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Disponer de una iluminación adecuada para facilitar la visibilidad. ● Mantener la luz de emergencia de la habitación (o del baño) encendida durante la noche. ● Facilitar a los pacientes el acceso a timbres y luces. ● Comprobar siempre antes de abandonar la habitación que el paciente tiene a su alcance el timbre y los utensilios básicos que pueda necesitar (vaso para beber, botella para orinar).
<p>INFRAESTRUCTURAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evitar suelos irregulares, mojados o resbaladizos; si de momento no es posible, señalar adecuadamente la zona. ● Valorar la inclusión de las mejoras en los correspondientes planes funcionales, obra nueva. 	
<p>PERSONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Insistir en que paseen cuando haya algún familiar o 	

<p>personal disponible en pacientes de alto riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none">● Instruir a los pacientes para pedir ayuda cuando lo necesiten.● Reevaluar las necesidades de instrucciones y acompañamiento familiar.● Orientar al paciente a levantarse progresivamente (elevar la cabecera 30°, sentarse en la cama con los pies apoyados en el piso por 5 minutos), antes de salir de la cama con ayuda de profesional del equipo de cuidado.● Orientar paciente y acompañante para solamente levantar de la cama acompañado por profesional del equipo de cuidado y/o en la presencia de un acompañante.	<ul style="list-style-type: none">● Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos, especialmente en los desplazamientos y transferencias de pacientes.● Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
---	--

10. Conclusiones

Se estableció una reducción del 30% en la ocurrencia de caídas institucionales. Se tomó como referencia el mes de septiembre del año 2018 en el que se presentaron 13 caídas en comparación con el mes de octubre (mes en el que se desarrolló el sketch teatral) en el que ocurrieron 9 caídas.

Se identificó que la incidencia de caídas institucionales para el I semestre de este año se encuentra en un 0.24 %, aunque es un porcentaje bajo y las caídas no son el principal evento adverso de la Institución, estas continúan representando un costo alto para la misma.

Al revisar el 100% de los reportes relacionados con caídas durante el primer semestre del año 2018 y sus historias clínicas se establecieron 5 factores de riesgo que contribuyeron a la ocurrencia de las mismas. Entre estos factores de riesgo encontramos: no solicitar ayuda por parte del paciente y/o cuidador al personal de enfermería en el momento de necesitar movilizarse, factores propios del paciente, fallas en el inmobiliario por desgaste o ausencia, fallas en la adherencia al protocolo Institucional de caídas por parte de los funcionarios y uso de medicamentos, es necesario identificar el riesgo de caída de cada paciente por medio de la escala de valoración para lograr disminuir la probabilidad de la ocurrencia de estas.

Se midió el porcentaje de adherencia al protocolo Institucional de caídas por medio de la aplicación de listas de chequeo, con las cuales se logró establecer un porcentaje de adherencia del 85% por parte del personal asistencial, razón por la cual, en el taller educativo se socializó la importancia del cumplimiento al protocolo para minimizar y mitigar la ocurrencia de caídas.

Se capacitó al 90% del personal asistencial y administrativo de los servicios de hospitalización del 4to y 5to piso por medio de un sketch teatral en el que se estableció la importancia de la valoración y gestión del riesgo de cada paciente, evaluando diferentes aspectos como: estado cognitivo, condiciones ambientales, equilibrio, uso de dispositivos de ayuda, educación al paciente y/o cuidador, infraestructura, mobiliario y sistemas de alarma. Todos estos aspectos nos permiten contribuir con la reducción de caídas en la prestación de los servicios de salud y favorecen la seguridad de nuestros pacientes en la Institución.

11. Recomendaciones

- La Institución debe continuar evaluando el impacto de la intervención realizada, y extenderla a todos los servicios, ya que por limitaciones de tiempo solo se realizó una evaluación a corto plazo y en un servicio específico.
- Realizar capacitaciones permanentes con el personal asistencial y administrativo para evaluar la aplicación del protocolo de caídas Institucional y su implementación en los pacientes que ingresan a la Institución, así como determinar si se ajusta a las necesidades de los servicios.
- El personal asistencial debe brindar educación permanente al paciente y su cuidador sobre la importancia de solicitar ayuda cuando deambulan, intenten ir al baño o trasladarse durante su estancia hospitalaria.
- Se debe trabajar coordinadamente entre mantenimiento y el personal de servicios generales para garantizar que los pisos del baño de las habitaciones permanezcan secos.
- El personal de mantenimiento puede implementar rondas diarias por la Institución, las cuales le permitan detectar daños y falencias, con el fin de gestionar las reparaciones correspondientes.
- Establecer un protocolo Institucional para el manejo de los medicamentos que pueden generar caídas con horarios y cuidados específicos según el medicamento administrado.
- Fortalecer los sistemas de notificación eventos adversos de manera no punitiva favorecen el conocimiento y la dimensión de este problema y a su vez nos permite

incrementar el aprendizaje organizacional generando prácticas clínicas seguras en las Instituciones que prestan servicios de salud implementando la mejora continua.

12. Bibliografía

Aranaz Andrés, J. M., Aibar Remón, C., Limón Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., Terol García, E. (2011). Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.12.001>

Caídas. (s. f.). Recuperado 24 de junio de 2018, a partir de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Clínica Universitaria Colombia. (s. f.). Recuperado 22 de junio de 2018, a partir de <https://www.colsanitas.com/usuarios/web/nuestros-centros/clinica-universitaria-colombia>

Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, K., L. T. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Vol. 6). National Academies Press.

Escala Downton ante el riesgo de caídas. (s. f.). Recuperado 21 de julio de 2018, de [//www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton.html](http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton.html)

Decreto 0780 de 2016.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Decreto 1011 de 2006.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%20006.pdf García-Barbero, M. (2014). La alianza mundial para la seguridad del paciente. *Monografías humanitas*, 8, 209-220.

Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

González Sánchez, R. L., Rodríguez Fernández, M. M., Ferro Alfonso, M. de J., & García Milián, J. R. (1999). Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 98-102.

López V, M. E. (2010). Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. Recuperado de <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/200>

Manual-Estandares-Sistema-Acreditacion-Resolucion-1445-2006.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Manual-Estandares-Sistema-Acreditacion-Resolucion-1445-2006.pdf>

Oliver, D., Connelly, J. B., Victor, C. R., Shaw, F. E., Whitehead, A., Genc, Y., ... Gosney, M. A. (2007). Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive

impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*, 334(7584), 82. <https://doi.org/10.1136/bmj.39049.706493.55>

Olvera Arreola, S. S., Hernández Cantoral, A., Arroyo-Lucas, S., Nava Galán, M. G., Zapien Vázquez, M. de los Á., Pérez López, M. T., & Cárdenas Sánchez, P. A. (2013). Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados, 65(1), 88-93.

Prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

Resolución 1446 de 2006 - Anexo Técnico.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

Resolución 2003 de 2014.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Resolución-1441-de-2013.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Rodríguez Reyes, A. J., & Ortega Herrera, L. G. (2018). Indicadores en seguridad del paciente en Colombia, 41.

Salameh, F., RN, N. C. M., & Oliven, A. (2008). A Simplified Fall-Risk Assessment Tool for Patients Hospitalized in Medical Wards, *10*, 5.

Tapia Villanueva, M., Salazar Ceferino, M. del C., Tapia Colex, L., & Olivares Ramírez, C. (2003). Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, *11*(2), 51-57.

Zavotsky, K., Hussey, J., Easter, K., & Incalcaterra, E. (2014). Fall Safety Agreement: A New Twist on Education in the Hospitalized Older Adult. *Clinical Nurse Specialist*, *28*(3), 168. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000046>