

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON CAÍDAS: UN
ANÁLISIS NACIONAL DEL PERÍODO 2019 -2021**

**Desarrollado en el marco de la investigación docente
Eventos adversos en Colombia: un análisis geográfico 2018-2021**

**Elaborado por el docente investigador
Genny Paola Fuentes Bermúdez, María Zoraida Rojas Marín**

**Presentado como requisito parcial de grado de la especialización en Seguridad del
Paciente, por las estudiantes:**

Laura Evelyn Martínez Osorio, Luisa Fernanda Zúñiga Arteaga

**Universidad El Bosque
Facultad de Enfermería
Bogotá, 2023**

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON CAÍDAS: UN ANÁLISIS
NACIONAL DEL PERÍODO 2019 -2021**

**Desarrollado en el marco de la investigación docente
Eventos adversos en Colombia: un análisis geográfico 2018-2021**

**Elaborado por el docente investigador
Genny Paola Fuentes Bermúdez, Maria Zoraida Rojas Marin**

**Grupo de investigación de la Facultad de Enfermería
Cuidado de la salud y calidad de vida
Línea de investigación: Gestión en salud y seguridad del paciente**

**Presentado como requisito parcial de grado de la especialización en Seguridad del
Paciente, por las estudiantes:**

Laura Evelyn Martínez Osorio, Luisa Fernanda Zúñiga Arteaga

**Universidad El Bosque
Facultad de Enfermería
Bogotá, 2023**

Tabla de contenido

1. TÍTULO	4
2. ANTECEDENTES	4
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
5. MARCO TEÓRICO	9
5.1 Seguridad del paciente:	9
Clasificación de los eventos de seguridad:.....	9
5.2 Evento adverso relacionado a caída:	10
6. OBJETIVO GENERAL	11
7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
8. DISEÑO METODOLÓGICO	11
8.1 Tipo de estudio:	11
8.2 Población:	11
8.3 Criterios de inclusión y exclusión	13
8.3.1 Criterios de inclusión:	13
8.3.2 Criterios de exclusión:	13
8.4 Variables	13
8.5 Procedimiento para la recolección de los datos	13
8.6 Plan de análisis de los resultados	14
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	14
10. RESULTADOS	14
11. DISCUSIÓN	17
12. CONCLUSIONES	19
13. CRONOGRAMA	20
14. PRESUPUESTO	20
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1. TÍTULO

Eventos adversos relacionados con caídas: un análisis nacional período 2019 - 2021.

2. ANTECEDENTES

Según el estudio realizado en Estados Unidos “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” publicado en el año 1999, se concluye que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de Estados Unidos debido a fallos y errores cometidos en el sistema de salud. Estas cifras mostraron que la mortalidad relacionada con errores médicos supera la producida por cáncer, accidentes de tránsito y SIDA(1).

La Organización mundial de la salud (OMS) en el año 2004 crea la alianza por la Seguridad del Paciente para fortalecer la cultura en las instituciones de salud mediante 10 desafíos: atención limpia es atención segura, cirugía segura salva vidas, pacientes por su seguridad, clasificación, investigación, notificación y aprendizaje, soluciones para mejorar la seguridad, tecnología por la seguridad, atención de los pacientes muy graves y diseminación del conocimiento (2). La OMS define caída como “*la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad*”, por tal razón los programas de prevención han demostrado una reducción en el número de caídas y la observancia de factores que previenen las caídas, como la implementación de ambientes seguros para el cuidado de pacientes (pisos no resbalosos, iluminación, dispositivos para la movilización, personal de apoyo, calzado apropiado, entre otros), pueden marcar la diferencia ante este evento clasificado como problema de salud pública a nivel mundial.

Según el Institute for Healthcare Improvement, 3 de cada 20 de los pacientes internados han sufrido al menos una caída durante su hospitalización (3). Estas tienen graves consecuencias, tanto físicas (ocasionan fracturas en un 5 a 6% de los casos y lesiones que reducen la calidad de vida), como psicológicas (pérdida de seguridad en sí mismo, miedo a volver a caer) lo que provoca restricciones en la movilidad, sin olvidar su repercusión social y económica. Además, tiene una elevada mortalidad, ya que causan el 70% de las muertes por accidente en personas mayores de 75 años. Se ha estimado que un tercio de

las personas mayores de 65 años y la mitad de los mayores de 80 tienen al menos una caída al año.

Mientras tanto en Latinoamérica, en el año 2010 se realizó el estudio IBEAS “Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica”, en el cual participaron cinco (5) países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de España. Este estudio evidenció que la prevalencia global de pacientes con algún evento adverso fue de un 10,5% en los hospitales de la región, datos coherentes con las cifras mundiales. Los Eventos Adversos detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%(4).

En Colombia, a través de los años el sistema de salud ha estado en continuo cambio, teniendo en cuenta las necesidades propias del tiempo y el contexto, todas ellas armonizadas con los principios constitucionales del país. El hecho más reconocido y que se constituye como el inicio de la normativa de salud en Colombia se da con la Constitución de 1991, en donde en el artículo No 48 se establece que “la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (5). Bajo esta primicia es el Estado, el principal responsable y garante de que las instituciones de salud presten servicios con calidad y oportunidad, en donde prevalezca la necesidad de la atención sin exclusión y con equidad.

Dada la necesidad de establecer normativas que favorezcan el cumplimiento de las características del sistema de salud orientadas a asegurar una atención de fácil acceso e igualdad para los usuarios tanto individuales y colectivos nace el Decreto 1011 de 2006, mediante el cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), definido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (6). Su disposición es buscar un nivel óptimo de las instituciones y profesionales teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios con

relación a su atención integral. Una de las características del SOGCS es garantizar el mayor grado de seguridad frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud en el marco de la seguridad del paciente.

Tomando en cuenta que para garantizar una atención segura, se requiere de una curva de aprendizaje, donde la estandarización de prácticas permitan acercarse a una atención 100% segura, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia definió una Política de Seguridad del Paciente buscando implementar acciones para la seguridad del usuario, en donde se establece el seguimiento de protocolos que mejoren el resultado final de los procedimientos y cuyo propósito es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. Además, define la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y se crean 22 paquetes instruccionales como instrumentos de enseñanza, aprendizaje y práctica para propiciar un espacio reflexivo de actualización y diálogo de saberes en Seguridad del Paciente.

El Ministerio de Salud y Protección Social define lineamientos para la implementación de buenas prácticas en seguridad del paciente y ha establecido los paquetes instruccionales a través de 23 prácticas, las cuales brindan a las instituciones recomendaciones técnicas para la mejora de sus procesos. La práctica número 16 de los paquetes instruccionales hace referencia: “Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas”, con el objetivo de fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones (7).

El ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en Resolución 256 de 2016, establece el reporte de indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, siendo este de reporte obligatorio para todos los establecimientos de salud, entre los cuales se encuentran algunos relacionados con seguridad del paciente como: Tasa de caídas de pacientes en los servicios de hospitalización, urgencias, consulta externa, servicio de apoyo diagnóstico y complementario terapéutico (8). La tasa de prevalencia de caídas en los hospitales que atienden casos agudos es del 2 al 6%, en el área de rehabilitación general es del 12% y en los hospitales de rehabilitación geriátrica es del 24 al 30%. La alta prevalencia de caídas en los hospitales geriátricos puede explicarse por el hecho de que los pacientes adultos mayores son más frágiles (7).

De igual manera, se realizó la caracterización del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)-IPS, partiendo de la necesidad de conocer la oferta de prestación a través del análisis geográfico en el territorio Colombiano que permita evidenciar en las regiones su distribución y disponibilidad. Es importante considerar que para su análisis se identifican ciudades con un alto número de Prestadores de Servicios de Salud como Bogotá (12166), Antioquía (7088) y Valle del Cauca (4709) en comparación con ciudades con el menor número de instituciones como Vichada (23), Guainía (9) y Vaupés (7); lo que demuestra una gran disparidad regional (9).

La revisión de estos datos se realizará considerando las distintas regiones de Colombia, agrupando las 33 regiones del país en siete nodos denominados: Amazonía (Putumayo, Amazonas, Caquetá, Guaviare, Vaupés y Guainía), Orinoquía (Meta, Vichada, Casanare, Arauca y Cundinamarca), Nororiente (Boyacá, Santander, Norte de Santander y Cesar), Pacífico (Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó), Centro (Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Huila), Caribe (La Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba, San Andrés) y Bogotá (Bogotá D.C.).

Teniendo en cuenta los avances normativos en seguridad del paciente, la disponibilidad y distribución de servicios de salud en el territorio colombiano, el objetivo del presente estudio es caracterizar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con caídas en el ámbito hospitalario reportadas por las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas en el país en el período de 2019 al 2021.

3. JUSTIFICACIÓN

Las caídas son un problema de salud que afecta a las personas de todas las edades, especialmente a los adultos mayores. Los eventos relacionados con las caídas pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de estas personas, así como en el sistema de salud.

Al no disponer de un estudio a nivel nacional sobre el análisis del reporte de las caídas y al no existir uniformidad en el reporte, siendo este de obligatorio reporte para las entidades públicas (8), es importante conocer los datos para identificar las variaciones geográficas en la incidencia de los eventos adversos para generar evidencia sólida que permita la toma de decisiones relacionadas con la seguridad del paciente. Este estudio permitirá a las instituciones prestadoras de salud públicas disponer de medición y trazabilidad de los eventos para generar programas de prevención e implementar ambientes seguros que permitan mejorar el cuidado de los pacientes durante su estancia hospitalaria.

Este proyecto de investigación busca identificar a través de un análisis nacional en el territorio Colombiano (distribuidos en 7 nodos) los establecimientos de salud que reportaron eventos relacionados con caídas en el ámbito hospitalario en el año 2019 al 2021, con la finalidad de evaluar el cumplimiento obligatorio al reporte del indicador de calidad de acuerdo con la Resolución 256 de 2016.

La información se consolidará a través de los datos registrados en el Observatorio Nacional de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual permite disponer de un espacio de conocimiento, información y resultados, para la planeación, monitoreo y evaluación de acciones dirigidas a mejorar la experiencia de toda la población del territorio nacional en el sector salud a través del mejoramiento continuo, integral, colaborativo, incluyente, equitativo y digno en salud.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la tasa de caídas en los servicios de hospitalización de las instituciones de salud públicas en Colombia mediante un análisis nacional en el período 2019- 2021?

5. MARCO TEÓRICO

La 55a Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2002 la resolución WHA55.18, en la que se menciona: “que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria”. Durante la Asamblea instó a la OMS a elaborar normas y patrones mundiales y a apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros por formular políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.

Adicionalmente, la OMS en octubre de 2004, presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y en las actividades para el 2005, se consideró una clasificación internacional para la seguridad del paciente como una de las principales iniciativas del Programa. A continuación, se dará a conocer la Taxonomía en seguridad del paciente según la OMS (10).

5.1 Seguridad del paciente:

- **Seguridad del paciente:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- **Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud (11).
- **Indicio de atención insegura:** Acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un inicio de un incidente o evento adverso (11).

Clasificación de los eventos de seguridad:

- **Evento:** Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.
- **Incidente:** Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o involuntarios. Los errores son, por definición, involuntarios,

mientras que las infracciones suelen ser intencionadas, aunque raramente maliciosas, y pueden llegar a hacerse rutinarias y automáticas en algunos contextos.

- **Evento adverso:** Evento que produce daño a un paciente.
- **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (11).
- **Evento centinela:** Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente o temporal de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.

5.2 Evento adverso relacionado a caída:

- **Caída:** Según la OMS es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.
- **Riesgo de caída:** se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

De acuerdo con el informe de la OMS en el 2012, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas requieren atención médica y dependencia a esta por secuelas asociadas a la discapacidad. Mayores de 65 años y personas de países de ingresos medios y bajos son quienes tienen mayor riesgo de caída y muerte por esta causa.

Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados. Las caídas son el 32% de los reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Las caídas son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional. El 20% de las personas mayores que sufren de fractura de cadera mueren en un año.

Las lesiones son la quinta causa de muerte en los adultos mayores de 65 o más, después de enfermedades cardiovasculares, cáncer, infarto, y causas respiratorias. Las caídas causan 2/3 de estas muertes. La mayoría de las caídas no causan la muerte, pero del cinco al 10% de estas caídas resultan en serias lesiones, como fracturas o lesiones de cráneo (11).

6. OBJETIVO GENERAL

Determinar la tasa de caídas en el ámbito hospitalario reportadas por las Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público en Colombia, en el período de 2019 a 2021.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la tasa de caídas por año de las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas en el período 2019 a 2021.
- Determinar la tasa de caídas por región de las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas en el período 2019 a 2021.
- Determinar la tasa global de caídas por nodo de las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas en el período 2019 a 2021.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, transversal de las caídas reportadas por Instituciones Prestadoras de Salud Públicas habilitadas en el territorio Colombiano.

8.2 Población:

La población de estudio son las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas que reportan caídas en el territorio Colombiano, distribuidos en 7 nodos y 33 departamentos. Se realizó en los servicios de hospitalización durante tres años en la que se recogió la muestra de estudio desde enero de 2019 a diciembre del 2021.

Los datos fueron tomados de fuentes oficiales como el Registro Especial de Prestadores en Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Colombiano de Calidad en Salud (ONCAS). En el año 2019, se consideraron los datos registrados por el Observatorio Nacional que corresponden a dos períodos semestrales 2019-6 y 2019-12. A partir del 2020, los reportes se encuentran registrados de manera trimestral: 2020-3, 2020-6, 2020-09, 2020-12, 2021-3, 2021-6, 2021-9 y 2021-12.

Dada las diferencias que se presentan en disponibilidad de servicios de salud en las regiones del país, para el análisis nacional se utilizó la propuesta de León y colaboradores que consiste en agrupar las 33 regiones del país en siete nodos denominados: Amazonía (Putumayo, Amazonas, Caquetá, Guaviare, Vaupés y Guainía), Orinoquía (Meta, Vichada, Casanare, Arauca y Cundinamarca), Nororiente (Boyacá, Santander, Norte de Santander y Cesar), Pacífico (Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó), Centro (Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Huila), Caribe (La Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba, San Andrés) y Bogotá (Bogotá D.C.).

Se consideran 92 instituciones prestadoras de salud públicas identificadas en 33 regiones.

Tabla 1: DIVISIÒN NODOS

NODOS	DEPARTAMENTOS
Amazonía	Putumayo, Amazonas, Caquetá, Guaviare, Vaupés y Guainía
Orinoquía	Meta, Vichada, Casanare, Arauca y Cundinamarca
Nororiente	Boyacá, Santander, Norte de Santander y Cesar
Pacífico	Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó
Centro	Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Huila
Caribe	La Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba y San Andrés
Bogotá	Bogotá D.C

Fuente: León y Colaboradores.

8.3 Criterios de inclusión y exclusión

8.3.1 Criterios de inclusión:

- Instituciones Prestadoras de Salud Públicas que reportan al Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS).
- Todas las regiones del territorio Colombiano.

8.3.2 Criterios de exclusión:

- Instituciones Prestadoras de Salud Públicas con reporte de datos no confiables o sin reportes.

8.4 Variables

Las variables utilizadas para la caracterización de las caídas fueron:

- a) Tasa de caídas en el servicio de hospitalización: Número de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el período / Sumatoria de días estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el período (8).
- b) Año de ocurrencia: Período 2019 al 2021.
- c) Número de hospitales: 92 instituciones prestadoras de salud pública.
- d) Ubicación geográfica: Territorio Colombiano, 7 nodos y 33 regiones.

8.5 Procedimiento para la recolección de los datos

Se realizará un análisis descriptivo con la información obtenida de una fuente de información secundaria, correspondiente a la base de datos del Registro Especial de Prestadores en Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social y del Observatorio Colombiano de Calidad en Salud (ONCAS), en el periodo indicado 2019 - 2021 en el servicio de hospitalización.

Para la recolección de los datos se utilizó una hoja de cálculo Microsoft Excel, en la cual se consolidó la variable tasa de caídas de pacientes en los servicios de hospitalización por región en el período 2019 a 2021.

8.6 Plan de análisis de los resultados

Para cumplir con los objetivos establecidos se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables cuantitativas utilizando medidas de frecuencia absoluta y relativa.

La tasa de caídas fue calculada a partir de los datos obtenidos del número de eventos relacionados con las caídas reportadas por las organizaciones de las regiones del territorio Colombiano y el número de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo 2019 a 2021 (8).

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación realizada se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención que involucren variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en un estudio, adicionalmente, no se considera la revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (12).

Se considera que por el tipo de investigación, esta no causa ningún impacto al medio ambiente, ya que las variables utilizadas no ponen en riesgo la salud de los individuos.

Se consideran los conceptos bioéticos definidos por el Departamento de Bioética de la Universidad del Bosque siendo este un componente axiológico transversal a todas las actividades de formación, investigación y proyección social.

10. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 92 Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público. Las regiones en las que se obtuvieron mayor número de Instituciones Prestadoras de Salud fueron Antioquia (n=13), seguido de Cundinamarca (n= 9), Bogotá (n=7), Boyacá (n=6) y Tolima (n=6), así mismo se identifica que no se incluyeron Instituciones Prestadoras de Salud Públicas en las regiones Vaupés, Vichada, San Andrés y Providencia, Atlántico y Chocó puesto que no se encontraron reportes sobre la tasa de caídas.

En el análisis por nodo, se identifica que el nodo Centro tiene el mayor número de Instituciones participantes correspondiente al 39,10% del total de las instituciones (n=36) y el nodo Caribe tiene el menor número de Instituciones (n=5) correspondiente al 5,4%.

En cuanto a la tasa global de caídas por año se logra identificar que en el 2019 fue de 2,23; en el 2020 de 3,55 y en el año 2021 de 3,58. Mientras tanto se observa que la tasa anual por caídas tiene una tendencia al incremento en 6 regiones: Putumayo (2019: 0,44; 2020: 0,72; 2021: 1,93), Cundinamarca (2019: 1,26; 2020: 1,32; 2021: 2,16), Santander (2019: 1,13; 2020: 1,89; 2021: 2,65), Antioquia (2019: 2,36; 2020: 2,87; 2021: 5,95), Tolima (2019: 1,74; 2020: 1,01; 2021: 2,28) y Quindío (2019: 2,35; 2020: 2,24; 2021: 3,64).

Se observa, además, que algunas regiones reportaron una alta tasa de caídas con respecto a otros años como Amazonía 2021: 20,78 (2019: 1,65; 2020: 0,14) Guaviare 2020: 39,48 (2019: 11,96; 2021: 4,01); Guainía 2020: 21,71 (2019: 7,36; 2021: 0,30); Caldas 2020:14,22 (2019: 3,03; 2021: 1,89); Bolívar 2021: 16,98 (2019: 1,21; 2020: 4,93) y Valle del Cauca 2021:13,36 (2019: 13,05; 2020: 2,98).

En relación con la tasa de caídas por nodo por año, se observó que para el año 2019, Amazonia 4,36; Orinoquia 1,36; Nororiental 1,36; Centro 2,13; Caribe 0,66; Pacífico 4,70 y Bogotá 1,07; para el año 2020 Amazonia: 12,47; Orinoquia 3,31; Nororiental 1,35; Centro 3,78; Caribe 1,6632; Pacífico 1,746 y Bogotá 1,19; para el año 2021 en Amazonia: 5,50; Orinoquia 2,89; Nororiental 1,58; Centro 2,64; Caribe 4,17; Pacífico 5,50 y Bogotá 2,80.

Las regiones con la mayor tasa global de caídas corresponden a Guainía 9,79, Caldas 6,38, Meta 4,51, Antioquia 3,71 y Quindío 2,74. También, se observa que el nodo Amazonía tiene la mayor tasa global de caídas con 7,44 y el nodo Nororiental es el de menor tasa global de caídas 1,43.

Finalmente, la tasa anual nacional en el 2019 fue de 2,23, en el 2020 de 3,55 y en el 2021 de 3,58. La tasa global nacional en Colombia tuvo un resultado de 3,12.

Tabla 2. Variables del estudio: Instituciones Prestadoras de Salud Públicas, tasa de caídas por año y tasa global. Colombia, 2019-2021.

Nodo	Regiones	Instituciones Prestadoras de Salud Públicas		Tasa de caídas por año			Tasa global
		Número	Porcentaje	2019	2020	2021	
Amazonia	Caquetá	1	1,1	0,39	0,32	0,46	0,39
	Putumayo	1	1,1	0,44	0,72	1,93	1,03
	Amazonas	1	1,1	1,65	0,14	20,78	7,52
	Guaviare	1	1,1	11,96	39,48	4,01	18,48
	Guainía	1	1,1	7,36	21,71	0,30	9,79
	Total nodo	5	5,4	4,36	12,47	5,50	7,44
Orinoquia	Cundinamarca	9	9,8	1,26	1,32	2,16	1,58
	Meta	2	2,2	2,81	6,90	3,83	4,51
	Casanare	1	1,1	0,00	1,72	2,69	1,47
	Arauca	3	3,3	1,36	3,31	2,89	2,52
	Total nodo	15	16,3	1,36	3,31	2,89	2,52
Nororienté	Santander	4	4,3	1,13	1,89	2,65	1,89
	Boyacá	6	6,5	1,48	1,07	1,33	1,29
	Cesar	2	2,2	0,45	0,71	0,94	0,70
	Norte de Santander	4	4,3	2,39	1,72	1,39	1,83
	Total nodo	16	17,4	1,36	1,35	1,58	1,43
Centro	Antioquia	13	14,1	2,36	2,87	5,91	3,71
	Tolima	6	6,5	1,74	1,01	2,28	1,68
	Huila	5	5,4	0,94	0,59	0,66	0,73
	Risaralda	4	4,3	2,35	1,76	1,48	1,86
	Caldas	5	5,4	3,03	14,22	1,89	6,38
	Quindío	3	3,3	2,35	2,24	3,64	2,74
	Total nodo	36	39,1	2,13	3,78	2,64	2,85
Caribe	Bolívar	1	1,1	1,21	4,93	16,98	7,71
	Córdoba	2	2,2	0,46	0,67	2,22	1,12
	Magdalena	1	1,1	0,44	0,26	0,43	0,38
	Sucre	1	1,1	0,51	0,28	0,42	0,40
	La Guajira	1	1,1	0,68	0,46	0,79	0,64
	Total nodo	6	6,5	0,66	1,32	4,17	2,05
Pacífico	Valle del Cauca	2	2,2	13,05	2,98	13,36	9,80
	Nariño	2	2,2	0,36	0,62	2,20	1,06
	Cauca	3	3,3	0,69	0,77	0,94	0,80
	Total nodo	7	7,6	4,70	1,46	5,50	3,88
Bogotá	Bogotá D.C	7	7,6	1,07	1,19	2,80	1,69
TOTAL NACIONAL		92	100	2,23	3,55	3,58	3,12

11. DISCUSIÓN

El presente estudio incluyó Instituciones Prestadoras de Salud Públicas en las cuales se analizó la tasa de caídas en tres años consecutivos con una tasa global en el año 2019 de 2,23; en el año 2020 de 3,55 y en el año 2021 de 3,58. El estudio además, refleja altas tasas de caídas en algunas regiones, las cuales corresponden a Amazonía 2021: 20,78; Guaviare 2020: 39,48; Guainía 2020: 21,71; Caldas 2020:14,22; Bolívar 2021: 16,98 y Valle del Cauca 2021:13,36.

Adicionalmente, se ha identificado la tasa global de Bogotá durante los tres años siendo en el año 2019: 1,07; en el año 2020: 1,19 y en el año 2021: 2,80. Se identificó una investigación en las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas y Privada en la ciudad de Bogotá en el ámbito hospitalario en los años 2016 y 2017 (primer semestre) donde la tasa del primer semestre de 2016 correspondió a 10,7; en el segundo semestre de 2016 a 2,3 y en el primer semestre de 2017 a 4,03 (13).

Durante el análisis se incluyeron 92 Instituciones Prestadores de Salud Públicas que reportaron tasa de caídas siendo las regiones con mayor número de instituciones Antioquia (n=13), Cundinamarca (n=9), Bogotá (7), Boyacá (n=6) y Tolima (n=6) y no se evidenciaron reporte de tasa de caídas en las regiones de Vaupés, Vichada, San Andrés y Providencia, Atlántico y Chocó. De acuerdo con la caracterización del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)-IPS del 2016 se identificaron ciudades con un alto número de prestadores de servicios de salud como Bogotá (n=12166), Antioquia (n=7088) y Valle del Cauca (n=4709), de igual manera se identificaron ciudades con el menor número de instituciones como Vichada (n=23), Guainía (n=9) y Vaupés (n=7) lo que demuestra una gran disparidad regional, siendo Vaupés y Vichada las regiones en las cuales no se evidenciaron reportes.

Una posible causa del incremento de la tasa de caídas, podría deberse a que 3 regiones de territorio Colombiano, Cundinamarca, Antioquia y Tolima, tienen el mayor número de instituciones públicas. En estas regiones se evidencia un incremento en la tasa de caídas en los años 2020 – 2021, las cuales podrían deberse a causas relacionadas con la pandemia del COVID-19, debido a la demanda de pacientes, complicaciones y sobrecarga de trabajo siendo factores que predisponen a las caídas por falta de supervisión en

los cuidados de enfermería(14).

En un Hospital de segundo nivel del Servicio Madrileño de Salud se estudiaron las caídas de pacientes hospitalizados en el período entre el primero de julio 2018 y el 30 de junio de 2019 con una tasa de 1,61 caídas por 1.000 días de estancia; hombres, edad avanzada e ingreso a cargo de una especialidad médica presentaron una tasa de caída significativamente mayor. En cuanto a la tasa global de caídas por año, en la investigación se identificó que en el 2019 fue de 2,23; en el año 2020 de 3,55 y en el año 2021 de 3,58 (15).

Finalmente la tasa anual nacional corresponde a 2019: 2,23, 2020: 3,55 y 2021: 3,58, la tasa global nacional en Colombia tuvo un resultado de 3,12. Colombia fue uno de los 5 países que participó en el estudio IBEAS realizado en Latinoamérica hace más de una década para determinar la prevalencia de los eventos adversos, en el cual las caídas fueron consideradas como eventos relacionados a los cuidados con un 13,27%, lo que ha significado para el Sistema de Salud Colombiano una preocupación en Seguridad del Paciente con la creación de políticas para gestionar el riesgo que garantice una atención segura.

En el presente estudio se considera los resultados de tasa de caídas más recientes en Colombia, donde el nodo Amazonía tiene la mayor tasa global de caídas y el nodo Nororiente tiene la menor tasa global de caídas. No se ha evidenciado un estudio similar de tasa de caídas por nodos, por lo cual se recomienda realizar un artículo que permite comparar la tasa de caídas de las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas en el ámbito hospitalario.

12. CONCLUSIONES

Del análisis de presente estudio se deriva un artículo de investigación relacionado con la tasa de caídas.

En el presente estudio, se obtuvo la tasa global de caídas reportada en el ámbito hospitalario por las 92 Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público en Colombia correspondiente a 3,12. Se recomienda la publicación del artículo con la finalidad de disponer de una base para mediciones futuras de la tasa global de caídas en el territorio Colombiano.

Adicionalmente, de acuerdo a los resultados de las mediciones realizadas de la tasa de caídas por regiones y nodos, y evidenciando regiones que no realizan reportes, se sugiere fortalecer la cultura de notificación en las instituciones Prestadoras de Salud Públicas con la finalidad de transparentar los datos y generar programas de prevención para mitigar las consecuencias de estos eventos.

De igual manera, los entes reguladores deben realizar un seguimiento estricto del reporte de este indicador a las instituciones para asegurar que los eventos sean notificados oportunamente y de esta manera tomar acciones correctivas inmediatas en favor de la seguridad del paciente.

13. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA												
ACTIVIDADES	MESES											
	PRIMER PERÍODO ACADÉMICO					SEGUNDO PERÍODO ACADÉMICO						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Planteamiento del proyecto y elección del tema												
2. Elección del tipo de diseño de investigación: Artículo												
3. Búsqueda de información en bases de datos. ONCAS - REPS-IPS												
4. Selección y consolidación de la información												
5. Análisis de la información seleccionada												
7. Entrega de documento para su revisión y corrección de fallas												
8. Sustentación de proyecto de investigación												

14. PRESUPUESTO

Concepto	Descripción	Valor Unitario	Cantidad	Valor Total
Recursos Humanos				
Asesora temática y metodológica	Hora de trabajo	2.000.000	1	2.000.000
Investigadoras	Hora de trabajo	1.100.000	2	2.200.000
Recursos Materiales				
Papelería	Resma de papel	11.000	2	22.000
	Impresiones	50	300	15.000
Servicios	Internet			300.000
Recursos Tecnológicos				
Bases de datos	Bases de datos por hora	26.600	100	2.660.000
Otros				
Imprevistos	Imprevistos (5%)			790.525
TOTAL				7.987.525

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Molla S, editors. Vol. 52. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
2. OMS O mundial de la salud. Seguridad del paciente. Informe de la secretaria. [Internet]. 2006 [cited 2023 May 2]. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha59/a59_22-sp.pdf
3. Boushon B. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls [Internet]. 2012. Available from: <http://www.ihiorhttp://www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=30051>.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2009;1–163. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7102_recurso_1.pdf
5. Superior De La Judicatura C, Administrativa S. Constitución Política de Colombia Edición especial preparada por la Corte Constitucional. 1991 [cited 2023 May 2]; Available from: http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm
6. Colombia Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. 2006;CXLI(46230):35–40.
7. Ministerio de Proteccion Social Republica de Colombia. Guía Técnica “Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Bogotá; 2010.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256 de 2016. Ministerio de Salud y Proteccion Social [Internet]. 2016;2016:1–28. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resolución 0256 de 2016 SinfCalidad.pdf>
9. Patricia., Roza Lesmes AHAL. Caracterización Registro Especial Prestadores (REPS) - IPS. Bogotá;

10. WHO. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009. Available from: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Minsalud. 2009;46.
12. De Salud M. Ministerio de Salud. Resolución número 8430. 1993.
13. CLAUDIA MARCELA MACIAS G. MARY LUZ SOLARTE ESPAÑA. Impacto De La Política De Seguridad Del Paciente Dada Por La Oms Y El Ministerio De Salud Y Protección Social En Colombia Sobre El Análisis Del Indicador De Tasa De Caída De Pacientes En El Servicio De Hospitalización Tomando Como Referencia Las Ips De La. 2018;2017. Available from: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/12437/2018claudiamacias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Montserrat Gens-Barberà NHVCCMIHGEMOGFBRCRR y FML. Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona. 2021;
15. García-Hedra FJ, Noguera-Quijada C, Sanz-Márquez S, Pérez-Fernández E, Acevedo-García M, Domínguez-Rincón R, et al. Incidence and characteristics of falls in hospitalized patients: A cohort study. *Enferm Clin*. 2021 Nov 1;31(6):381–9.