

Adherencia de los pacientes adultos a las recomendaciones brindadas por enfermería
para prevenir el riesgo de caída en dos servicios de cuidados especiales

Lady Diana Ramírez S

Sara Cristina Ramírez A

UNIVERSIDAD DEL BOSQUE



Especialización en Seguridad del Paciente

Virtual Medellín, Colombia

2020

Tabla de contenido

Lista de Tablas	4
Lista de Gráficas	5
Lista de Anexos.....	6
Planteamiento del problema.....	7
Antecedentes	15
Justificación.....	21
Pregunta de investigación	27
Marco de Referencia	28
Adherencia	28
Riesgo de caídas y caídas	29
Caídas.....	30
Clasificación de las caídas	32
Escala de valoración del riesgo.....	33
Educación	34
Educación en enfermería	35
Seguridad del paciente	38
Unidad de cuidados especiales.....	40
Objetivos de la Investigación.....	41
Objetivo general	41
Objetivos específicos	41
Propuesta Metodológica.....	42
Tipo y diseño general del estudio.....	42

Descripción de la muestra.....	42
Cálculo del tamaño de la muestra.....	42
Limitaciones del estudio.....	43
Criterios de inclusión.....	43
Criterios de exclusión.....	44
Recolección de datos.....	44
Variables.....	45
Procedimiento.....	48
Primera fase.....	48
Segunda fase.....	48
Tercera fase.....	48
Plan de Análisis.....	49
Consideraciones Éticas.....	50
Cronograma.....	53
Presupuesto del Proyecto.....	54
Dificultades técnicas / metodológicas.....	54
Bibliografía.....	55
Anexos.....	63
Instrumento recolección de información:.....	63

Lista de Tablas

Tabla 1: Variables	45
Tabla 2: Solicitud de permiso	52
Tabla 3: Cronograma	53
Tabla 4: Presupuesto	54

Lista de Gráficas

Gráfico 1: Tasa de caída pacientes por ciudad en servicios de hospitalización 2016... 10

Lista de Anexos

Anexo 1: Formulario Tipo Test (Primera Versión)	63
Anexo 2: Consentimiento Informado	66

Planteamiento del problema

Con el proceso de enfermedad de las diferentes poblaciones por múltiples procesos patológicos, se presentan de forma frecuente hospitalizaciones, donde los pacientes reciben desde los diversos tratamientos, cuidados generales y procesos de recuperación, sin embargo, ante esta realidad se presentan algunos riesgos inherentes. Las caídas hacen parte de estas situaciones, considerándose eventos adversos de la atención en salud. Las lesiones generadas por esta causa son la quinta causa de muerte en los adultos mayores de 65 o más, después de enfermedades cardiovasculares, cáncer, y causas respiratorias. Las caídas causan 2/3 de estas muertes. Ahora bien, según Gaviria (2013) “la mayoría de las caídas no causan la muerte, pero del 5 al 10% de estas caídas resultan en serias lesiones, como fracturas o lesiones de cráneo”. Por su parte, la OMS (2019) reporta que en los países de ingresos altos hasta uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. Esos daños pueden deberse a diversos eventos adversos, y cerca del 50% de ellos se consideran prevenibles. Según MinSalud (2019), “la cuantificación de las caídas es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud”.

En este mismo sentido, las caídas de pacientes a nivel intrahospitalario traen consecuencias relevantes en diversos aspectos como: físicos, que serían complicaciones en la salud a causa de fracturas u otras lesiones; psicológicos como el caso de temor ante la posibilidad de futuras caídas; sociales, como el caso de que la familia se torne excesivamente protectora; y según Santamaría, L. (2013) “no menos

importante consecuencias económicas, pues los costos de atención a los pacientes hospitalarios ante las caídas durante su permanencia en el hospital, repercute en las instituciones prestadoras de este servicio, incluso en aseguradoras”. (p. 1).

Según la OMS (2019) “la frecuencia y la prevenibilidad de eventos adversos en 26 hospitales de ocho países de ingresos bajos y medianos mostró que la tasa de eventos adversos era de alrededor del 8%. El 83% de esos eventos fueron prevenibles, y cerca del 30% se asociaron a la muerte del paciente”. (p. 2). Desde la perspectiva de gastos económicos, a nivel internacional los costos económicos de las lesiones asociadas a las caídas en mayores de 65 años se han tasado en países como Finlandia en US\$3.611 y en Australia a US\$1.049. En Canadá la prevención de caídas en menores de 10 años ha permitido un ahorro de US\$120 millones al año. Algunos estudios indican que, al evaluar el costo adicional de una caída sin consecuencias serias, da como resultado US\$3.500 a precios de 2010, mientras que pacientes con al menos dos caídas su costo se eleva a US\$16.500. Las caídas con lesiones serias tienen un costo adicional de US\$27.000. (p. 10).

Desde este mismo panorama internacional, las cifras de caída de pacientes hospitalarios en la UE (Unión Europea) y en EEE (Espacio Económico Europeo), según el manual de Balbás y Gómez (2017) se presentan de la siguiente manera:

- En la UE-27 existe una variabilidad de 4 veces la frecuencia de mortalidad por lesiones entre la población geriátrica. Hungría tiene la máxima tasa de mortalidad, seguida de la República Checa, Francia, Finlandia y Dinamarca, mientras que las tasas más bajas se registran en Bulgaria, Grecia, España, Reino Unido y Alemania.

- Se producen casi 40.000 muertes por caídas en personas de edad avanzada en la región de la UE-27.
- La variación de las tasas de mortalidad por caídas en esta zona es la más elevada en comparación con cualquier otro tipo de lesión; Bulgaria, España y Grecia tienen las tasas más bajas. Esta discrepancia indica las grandes posibilidades de prevención.
- Gran proporción de los países de la UE-27 y del EEE parece haber experimentado en el último decenio una disminución de las tasas anuales de caídas accidentales del 4% aproximadamente. (p. 4)

Por su parte, Rodríguez y Ortega (2018), refieren que los pacientes que se caen incurren en un 35% adicional de costo, ya que sufren de lesiones físicas o muerte. El costo de las caídas en los pacientes hospitalizados puede ser mayor, ya que frecuentemente suele ser sub – reportado”. (p. 32)

Desde el panorama Nacional, como se refiere en la Guía técnica para las buenas prácticas de atención al paciente, elaborada con un enfoque técnico y revisión bibliográfica de mejores prácticas y evidencia, según Balbás y Gómez (2017) “se identifica que aproximadamente el 32% de las caídas en pacientes dentro de los hospitales, forman parte de las irregularidades que son reportadas con mayor frecuencia por el personal encargado de cuidar de ellos”. (p. 8) En Colombia, Rodríguez y Ortega (2018) “la tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización durante el primer semestre de 2016 es de 1,23 siendo el departamento de Vaupés el que supera la tasa de caída a nivel nacional con una tasa de 71,43” (p. 10). A continuación, se presenta la gráfica 1. En la que se discriminan las ciudades con mayor presencia de caídas.

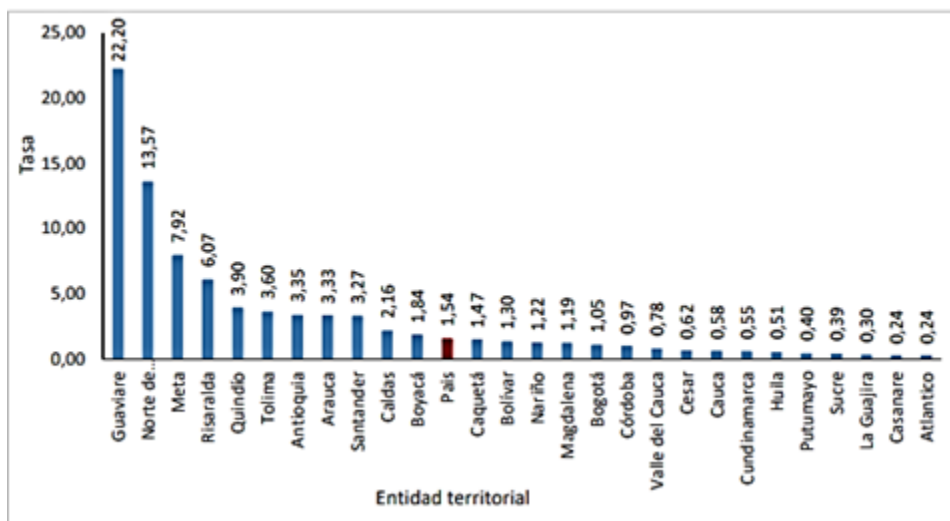


Gráfico 1: Tasa de caída pacientes por ciudad en servicios de hospitalización 2016.

Fuente: Bodega de datos de SISPRO – Indicadores de Resolución 256 de 2016.

Los autores Macías y Solarte (2018) presentaron una tesis titulada, “Impacto de la política de seguridad del paciente dado 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 ciudad de Bogotá durante el año 2016 y 2017 (Primer Semestre). En este antecedente se menciona que el tema relacionado con la seguridad del paciente ha estado siendo estudiado durante la última década, pues es un aspecto de carácter mundial y que requiere especial atención a partir de distintos factores. De los resultados obtenidos en la investigación se encontró lo siguiente:

Durante el primer semestre de 2016, un total de 690 IPS en Bogotá aparecen como notificadoras del indicador, tasa de caída de pacientes en el Servicio de

Hospitalización, el 10.7% (n:74) presentan dato numérico mayor a cero (0) siendo el Hospital San Blas II nivel E.S.E la IPS quien encabeza el listado con 2.500 caídas de pacientes en el servicio hospitalización por cada 1000 días de estancia hospitalaria durante este periodo, dato que en sí mismo llama la atención. (p. 23). Dentro de las conclusiones extraídas del proceso investigativo, se halló que el impacto de la política de seguridad del paciente es significativo, con la presencia de eventos adversos que generan una percepción negativa en la calidad de la prestación del servicio de salud. También se encontró que la implementación de políticas de seguridad del paciente, propuesta por la OMS y reglamentada por el respectivo Ministerio ayudó a la construcción de acciones e instrumentos para garantizar la seguridad del paciente hospitalizado.

Ahora bien, es pertinente mencionar que los lugares donde más frecuentemente ocurrieron las caídas fueron: 60.7 - 64% cerca a la cama, 26 -76% dentro de la habitación, 7 – 13% en el corredor, y 19.6% en el baño y se identificaron las siguientes actividades o cuidados como causales de estas, según Méndez (2010): “levantarse (31%), deambular (24%), ausencia de pañal (20.5%), pacientes con acompañante (28.4%), pacientes sin acompañante (14.2%)”. (p. 5).

Desde este contexto, en las sociedades es inevitable que no presenten caídas que conlleven efectos adversos que afectan a los pacientes hospitalizados, esto sucede especialmente en personas de la tercera edad, lo cual repercute no solo en el paciente afectado, sino que también lleva consecuencias negativas a las familias, entre otros aspectos por el incremento en los costos para la atención de los pacientes, el

incremento en estancias hospitalarias y en algunos casos, secuelas que se puedan presentar.

Para continuar con propuestas que dan evidencia de antecedentes, se encuentra Mesa et al (2019), quienes en su estudio afirman que “Las caídas son un importante problema de salud pública internacional, tanto por la frecuencia con la que ocurren como por sus consecuencias (discapacidad; lesiones y fracturas especialmente de cadera. Mortalidad).” (p. 2).

Según los mismos autores “Una estrategia para minimizar su incidencia es el uso de escalas de valoración que identifiquen los pacientes con riesgo de caídas, aunque ninguna escala contempla todos los posibles factores de riesgo.” (p. 4). No obstante, las escalas aportan su apoyo al identificar y distinguir los factores con mayor incidencia en los riesgos por caídas, siempre y cuando se estandarice y realice la valoración de forma continua y efectiva. Cuando el paciente ingresa, es de gran importancia que la enfermera responsable del paciente al momento de su ingreso, le realice una adecuada valoración, evaluando su historia clínica y otros documentos para hacer inferencias e identificación de riesgos de caídas como lo son las escalas de valoración del riesgo, siendo la más utilizada la escala de MORSE, la cual evalúa antecedentes de caídas, diagnóstico secundario, ayuda para deambular, presencia de vía venosa, deambulación (normal, débil, requiere asistencia) y por último estado mental (conciencia de sus limitaciones).

En el mismo orden de ideas Chu (2017), presentaron un artículo en la revista Nursing, cuyo estudio se basó en demostrar el papel que tiene la enfermera para la oportuna prevención de caídas de pacientes hospitalizados. Según Chu “Desde 2009,

la base de datos de vigilancia de eventos de la Joint Commission recibió 465 informes relacionados con lesiones que se produjeron principalmente en hospitales.” (p. 21). Este estudio mostró que “La prevención de caídas requiere un enfoque multidisciplinario para crear un entorno seguro para el paciente.” (p. 22), para esto, uno de los principales controles que se debe seguir es el número de pacientes que debe estar a cargo de una enfermera. Razón por la cual las enfermeras y otros profesionales del área deben asegurarse de cumplir con los programas establecidos para la prevención de caídas hospitalarias. En este mismo documento, se “apoya la presencia decisiva de enfermeras para reducir el número de caídas.” (p. 22). Igualmente, es importante que las enfermeras de turno tomen medidas de seguridad más severas para evitar la caída de los pacientes hospitalarios, como: rondas más frecuentes, mayor revisión a las dosis de medicamentos, mejorar las estrategias de comunicación interna, fortalecer la formación profesional, entre otro.

Con la necesidad de generar estrategias de minimización de riesgos, el MinSalud (2019), propone algunas de las prácticas de mayor seguridad para prevenir caídas en pacientes hospitalizados, las cuales son:

- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto.
- Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias y tenga cinturones de seguridad.
- Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- Hay que asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos, etc.). Revisar cada 12 h.
- Mantener ordenada la habitación aseada, retirando todo el material que pueda

producir caídas (mobiliario, cables, etc.). Se recomendará utilizar los armarios.

Revisar cada 12 horas.

- Educar al paciente sobre la importancia de no deambular cuando el piso esté húmedo. (respetar señalización).
- Facilitar que el baño esté accesible y con asideros.
- El paciente debe de tener accesible en todo momento el timbre de llamada y el teléfono. Por turno.
- Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente. Por turno. Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante. Por turno.

La manera de implementar estas prácticas, según MinSalud (2019) debe ser: centrarse en los factores de riesgo que producen las caídas; algunos autores recomiendan que pudiera ser mejor evaluar en todos los pacientes los factores de riesgo de caídas y realizar un tratamiento y una minimización del riesgo para cada uno de éstos. También se evidenció que, cuando los pacientes identificados en alto riesgo se encuentran acompañados, las caídas disminuyen el 100%. Asimismo, todo el personal médico debe incluirse en la prevención de las caídas, destacándose que las/ os enfermeras/os tienen un rol central. (p. 38)

Es importante entender que la presencia de eventos adversos, en este caso las caídas, no solo afectan a los pacientes y las familias, sino que afectan a los profesionales y las instituciones, en este último caso pierden credibilidad frente a una sociedad que busca prestación de servicios seguros y en muchos casos perfectos.

Antecedentes

A partir del informe "To Err is Human: building a Safer Health System", en el cual se examinan los errores médicos en los EE. UU. y se hace un llamado para brindar cuidados sanitarios más seguros para los pacientes, la gran mayoría de los sistemas de salud del mundo empiezan a regular acerca de esta situación. En este sentido, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) despliega campañas en pro de la seguridad del paciente, tales como la Alianza Mundial en el 2002, donde se proponen una serie de indicadores para evaluar y vigilar el desempeño de los sistemas de salud en materia de seguridad y estandarizar en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) prácticas más seguras y con menores errores. En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud establece la seguridad como una característica, la cual se convierte en el 2008 en una política nacional, cuyo objetivo primordial es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar en lo posible la ocurrencia de eventos adversos.

Desde la influencia de Enfermería, Grajales y Camargo (2018), presentaron ante un informe final titulado:

Ciclo de gestión del riesgo de caídas del Hospital San Rafael de Tunja” que se realizó para abordar distintos roles de la enfermería, tal como se encuentra establecido en la teoría de mediano rango de Irvine. La relación entre el paciente y la enfermera es un aspecto fundamental que tiene alta influencia en el cuidado, ya que la seguridad que sienta el paciente con su cuidador es un aspecto de alta

relevancia. Adicionalmente, mencionan los investigadores, que se cuenta con la escala de valoración de riesgo de caídas, la cual se aplica por parte de Enfermería a los pacientes que ingresan a la institución al servicio de urgencias y hospitalización... (p. 8).

Es decir, la primera valoración. Por su parte, la segunda valoración tiende a realizarse cuando comienza a cambiar la condición clínica del paciente.

El personal de enfermería y las familias de los pacientes tienen sentimientos de culpa y ansiedad, por lo tanto, las caídas y sus consecuencias negativas representan un problema considerable en los hospitales y requieren de la implementación de una estrategia para prevenir este evento no deseado. De esta manera disminuir el porcentaje de caídas ocasionadas en hospitales, pues en muchas oportunidades este tipo de accidentes llegan a ser causales de muertes en los pacientes, aun cuando estas lesiones son consideradas no intencionales.

En el mismo orden de ideas, IABPG (2017), presentó una Guía de Buenas Prácticas Clínicas, donde se explica que “este tipo de guías son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar.” (p. 3). Dando así opciones de intervención para reducir riesgo de caída centradas en las personas.

Así mismo, Alves y otros (2017) presentaron un artículo de revista titulado “Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería”. En el cual se tuvo como objetivo: “analizar la correspondencia entre las acciones contenidas en el protocolo prevención de caídas del

Ministerio de la Salud con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) por medio del mapeo cruzado.” (p. 1). Tomando en cuenta que las caídas son los eventos con los cuales el individuo se derriba al piso de manera involuntaria y en muchas ocasiones estas pueden ser sumamente delicadas ya que se pueden presentar lesiones hasta graves.

Los autores Alves y otros (2017) mencionan también que “En el ambiente hospitalario, los pacientes están en proceso de restablecimiento de la salud y son considerados más vulnerables.” (p. 2). Igualmente, según Alves y otros (2017) , “Para mayor efectividad de las prácticas de enfermería, se tienen los sistemas de clasificaciones en enfermería, herramientas útiles para guiar el raciocinio clínico del enfermero y establecer lenguajes padronizadas y, consecuentemente, aprimorar el cuidado prestado a partir del basamento científico.” (p. 2). En reiteradas oportunidades este tipo de situaciones requiere de la intervención de profesionales de enfermería para que estas personas realicen el tratamiento adecuado con miras a mejorar el estado de salud de los pacientes. Según Alves y otros (2017):

En relación a los principales resultados de la primera etapa del estudio, que se refiere al levantamiento de 51 acciones del protocolo del Ministerio de la Salud para la prevención de caídas, se nota la priorización de cuidados relacionados a las “prácticas directas para prevención”, como: identificar al paciente con elevado riesgo por medio de señalización al borde de la cama o pulsera, movilizar a los pacientes de forma segura, ubicando al paciente con alto riesgo para caídas próximo al centro de enfermería y agendar cuidados de higiene personal. (p. 6).

Las enfermeras son el grupo más grande de proveedores de la atención de la salud que están a la vanguardia del cuidado y pasan la mayor parte del tiempo con los pacientes y sus familias. Este extenso contacto proporciona excelentes oportunidades para otorgar educación al paciente y familia. Por lo anterior, la educación se considera una parte integral de la atención de enfermería de alta calidad.

Sin embargo, son muchas las barreras relacionadas con la capacidad de las enfermeras para proporcionar educación. Para educar a los pacientes de manera eficaz es indispensable una adherencia estricta a los principios educativos, por lo que todas las variables que tienen un impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje juegan un papel importante. Según Paz et al (2018)

Se describen barreras en la educación a pacientes, siendo la más frecuente la relacionada con factores de la gestión de los recursos para la implementación de los programas educativos, lo que tiene implicancias en la motivación para que las enfermeras en su práctica realizan educación, se debe crear un ambiente de apoyo y utilizar estrategias eficaces con el fin de garantizar resultados óptimos en los pacientes. (p. 3)

Los motivos que pueden afectar la práctica educativa en el ámbito clínico pueden ser de orden personal, ya que en ocasiones existen profesionales que no poseen las competencias necesarias para desempeñar adecuadamente esta práctica. Por otro lado, pueden existir factores externos propios del contexto institucional o del puesto de trabajo, que también pueden interferir en el ejercicio del rol educativo. Según Angel-Jiménez, López y Restrepo (2013)

Cuando la experiencia educativa no se logra dar plenamente, puede limitarse el ejercicio del liderazgo y la gestión de los servicios; además, puede afectarse el cuidado a los pacientes, en la medida en que estos no tendrán los elementos conceptuales y actitudinales que se adquieren a través del proceso educativo y que son necesarios para alcanzar los objetivos de cuidado y autocuidado propuestos. (p. 12)

A pesar de la prevalencia e incidencia de caídas, y el fomento de prácticas seguras como la elaboración y ejecución de guías, protocolos, manuales, procesos informativos y educativos para los pacientes para prevenir las caídas y las complicaciones emergentes, estos se siguen evidenciando en los diferentes servicios. Pretel et al en su estudio, valoran la adherencia a las recomendaciones para prevenir caídas, aunque generalmente se ha medido durante y/o después de una intervención basada en alguna recomendación concreta. Según Pretel et al (2010):

Los pacientes que presentan una mayor adherencia a las recomendaciones son considerados como las personas más frágiles y con más miedo a presentar una caída. El seguimiento de las recomendaciones es superior, relacionándose también con otros aspectos sociodemográficos como el nivel de instrucción o el estado civil. (p. 5)

Con este amplio panorama, el presente proyecto busca identificar la adherencia de los usuarios, sobre las recomendaciones brindadas por enfermería para reducir los eventos adversos relacionados con caídas en dos servicios de cuidados especiales de la ciudad de Medellín y así poder fortalecer el autocuidado de los usuarios, brindar

nuevas estrategias que fomente cero caídas durante la estancia hospitalaria y fortalecer la calidad del cuidado.

A nivel local se encuentran estudios sobre incidencia y factores de riesgo relacionados con las caídas intrahospitalarias, no se encontraron estudios relacionados con la medición de la adherencia a la educación que brindan los profesionales de enfermería. Por otra parte, según MinSalud (2019), SISPRO, en los Indicadores de Monitoreo de la Calidad de la Atención – IPS – Seguridad:

En el departamento de Antioquia se reportaron tasas de caídas de 2.94 durante el primer semestre del 2017 y de 2.53 durante el segundo semestre del mismo año; para el año 2018 en el departamento de Antioquia se reportó una tasa de caídas de 2.74 y en el segundo semestre de 1.63. En contraste, el hospital reportó una tasa de caídas de 4.27 y de 3.20 durante el primer y segundo semestres del 2017, respectivamente, mientras que en el 2018 en el primer semestre se reportó una tasa de caídas de 3.80 y para el segundo semestre 2.50 lo que ubica a esta institución por encima de las medias nacional y departamental durante dicho periodo de tiempo. (p. 40).

Justificación

Las instituciones de salud a nivel mundial cada día están más preocupadas por el mejoramiento de la calidad en la atención, y Colombia no es ajena a esta inquietud, ya que los eventos adversos incrementan la estancia hospitalaria, el costo en la atención derivados de eventos adversos que deben ser adquiridos por las instituciones y no por las aseguradoras llevándolas a crear alternativas, instrumentos, y demás actividades de soporte para prevenir al máximo dichos eventos. Bañares et al

Las caídas son un problema común tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario que constituyen un indicador de calidad asistencial y se clasifican como evento adverso, ocasionando traumas a las personas que las sufren, muchos de estos de gravedad que pueden llevar a las personas a la muerte.

La Joint Commission (JCI) las reporta como el sexto evento más notificado de la base de datos de Eventos Centinela,¹ lo que significa una carga tanto social como sanitaria, porque sumando al proceso insano de la hospitalización, las caídas generan un daño adicional para el paciente, alteran su proceso de recuperación e incrementan su estancia hospitalaria, con los riesgos que esto implica también para la familia y la institución, ya que como resultado de la caída habrá repercusiones de diferente propiedad, como son las físicas, psicológicas, sociales y económicas.

El presente trabajo investigativo se centrará en dos unidades de cuidados especiales de la ciudad de Medellín donde se evaluará la adherencia de los pacientes a la atención brindada por el personal de enfermería relacionada con la prevención de

caídas. En las instituciones objeto de estudio las caídas ocupan en segundo lugar en eventos adversos, aumentando la estancia entre 3-7 días de acuerdo a la gravedad de la lesión y esto en consecuencia aumenta los gastos hospitalarios, hasta el momento no se ha relacionado un evento centinela a las caídas y por ello la necesidad de disminuir al máximo las mismas ya que ambas instituciones cuentan con protocolos, guías y procesos multidisciplinares para la prevención encabezados por la educación brindada enfermería de manera directa en los servicios en los momentos de la entrega de turno y en las rondas de seguridad.

Por lo anterior, es que la educación brindada durante el tiempo en que el paciente se encuentra hospitalizado es fundamental, cabe recordar que este personal es el que permanece más tiempo en contacto directo e indirecto con el paciente durante su hospitalización. Aunque en las unidades donde se realiza la investigación ya existe un proceso de educación establecido y puede decirse que el personal tiene una adherencia a la cultura en seguridad del paciente, se continúan presentando incidentes y accidentes, es por esto que se busca indagar qué falencias pueden ocurrir en el proceso de la educación, o qué factores están envueltos y de qué manera se podría corregir.

Diferentes investigaciones a nivel mundial han encontrado que un gran porcentaje de las caídas están relacionadas a otros factores de riesgos como son la edad, pacientes mayores de 65 años tienen mayor riesgo, los medicamentos que está recibiendo el paciente durante la atención, comorbilidades, dispositivos médicos que tiene instalados al momento e historia de otras caídas. Siendo la edad el factor de riesgo más importante. Sin embargo, dentro de las estadísticas institucionales las investigadoras han encontrado

que la edad (Mayores de 65), no es un factor de riesgo para las caídas, ya que a esta edad los pacientes cuentan con un acompañante permanente por política institucional esta es otra causa de la necesidad de evaluar la razón por la cual se siguen presentando las caídas y en un porcentaje tan alto en las instituciones.

Ahora bien, es necesario tratar de ubicar un equilibrio entre la disminución de riesgos y el mantenimiento de capacitación para la prevención de caídas, ya que esto trae grandes beneficios para los pacientes, especialmente para aquellos que se encuentran reclusos en la hospitalización. La responsabilidad que recae sobre los profesionales de enfermería es fundamental para garantizar que los pacientes se encuentren seguros mientras permanezcan en el área de hospitalización, además esto sería beneficioso también para las instituciones de salud ya que disminuirían los gastos ocasionados por este tipo de accidentes.

En la medida que se pueda realizar una evaluación efectiva de la adherencia como un instrumento para evaluar el impacto según Villalobos, Villalobos y Leguía (2017)

En el contexto de la minimización de los eventos relacionados con caídas; esto implica la participación activa, voluntaria y de colaboración de los pacientes y de sus cuidadores para producir un resultado óptimo su estancia hospitalaria. Se recalca la importancia de la participación activa del paciente como responsable de su estado de salud apoyado por el personal de salud, no solo en sus necesidades de atención médica sino también en las educativas, tomando en cuenta que educar no es sencillamente informar, dar una serie de datos; más

bien es capacitar, ayudar a desarrollarse, estimular y conseguir que la información se revierta en motivación. (p. 10)

Se encuentran diversos estudios donde evalúan la adherencia de los pacientes, principalmente a tratamientos médicos o farmacológicos, estos hablan de factores que influyen en este proceso. Por su parte Knobel et al (1999)

Existen factores que influyen en la adherencia tales como: del individuo (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), los factores de carácter psicológico también influyen en el cumplimiento. La ansiedad y la depresión empeoran la adherencia. Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. Factores asociados a la enfermedad, régimen terapéutico en el cual se tienen en cuenta el tratamiento indicado los cuales es muchos casos afectan los hábitos de los individuos disminuyendo la adherencia, y por último el equipo asistencial la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente. (p. 5)

Un estudio realizado por la Academia Nacional de Medicina de Colombia (2019) agrega factores relacionados con el paciente que “influyen en la adherencia sus conocimientos, creencias, actitudes, percepciones y expectativas, que pueden afectar positiva o negativamente la adherencia. Algunos de los más influyentes son: el olvido, el estrés, la angustia por los efectos adversos, el poco conocimiento”. (p. 4).

Ahora bien, con respecto a las Implicaciones y consecuencias de la no adherencia terapéutica y adherencia deficiente, según Reyes et al (2016):

El incumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario de primer orden que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica. La conducta de no adherencia terapéutica o una adherencia deficiente tiene como resultado: 1. Aumento en los costos médicos. 2. El número de análisis de laboratorios innecesarios. 3. El cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos. 4. Los cambios en los planes de servicio de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional. 5. Las visitas continuas del cliente a las salas de emergencia. 6. Las hospitalizaciones recurrentes. 7. El deterioro de la salud. 8. El surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales. 9. En casos severos la muerte del Paciente. Los efectos de la no adherencia terapéutica repercuten en los aspectos clínicos, psicosociales y económicos de las personas que requieren tratamientos prolongados. El aspecto económico, se manifiesta en los gastos por concepto de pérdida económica por ausentismo laboral secundario a su condición con la consecuente repercusión en la productividad de su puesto de trabajo, pérdidas en la economía familiar y gastos adicionales que se representan en reingresos hospitalarios o interconsultas y exámenes adicionales. (p. 2)

Se encuentran algunas técnicas que contribuyen a la mejora de la adherencia de los pacientes a los tratamientos instaurados, estas técnicas son: intervenciones técnicas van dirigidas a la simplificación del tratamiento ya sea cambiando la pauta posológica, un cambio en la formulación o la prescripción de medicamentos co-formulados en un único comprimido; intervenciones conductuales consisten en cambiar o reforzar el comportamiento de los pacientes y empoderarlos para que participen en

su propio cuidado y la resolución de problemas y por último intervenciones educativas. Según Pages y Valvede (2018), “Están diseñadas para motivar y educar a los pacientes basándose en el concepto que aquellos pacientes que conocen su enfermedad y medicamentos estarán más informados y empoderados y podrán ser más adherentes al tratamiento o indicaciones dadas”. (p. 1)

Esta tesis tiene como propósito evaluar la adherencia de los pacientes a la educación sobre la prevención de caídas, brindada por el personal de enfermería en dos unidades de cuidados especiales de hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Medellín. Las caídas intrahospitalarias en estas dos instituciones ocupan el segundo lugar en eventos adversos, lo que aumenta la estancia hospitalaria hasta en 7 días, de acuerdo a la gravedad del trauma donde también hay sobrecostos que deben ser asumidos por las instituciones.

Las investigadoras buscan plantear toda una propuesta investigativa que le permita disminuir estos índices ya que son medidos por indicadores de calidad en la atención y ponen en riesgo tanto el nombre de las instituciones como la credibilidad de las mismas en cuanto ambientes seguros de atención. Como se ha mencionado en otros apartes de la investigación ambas instituciones cuentan con acreditaciones en calidad y unos procesos ya estructurados que están en marcha para la seguridad del paciente y la prevención de estos eventos fomentando así los resultados de la investigación a su favor con las debidas intervenciones disminuyendo las caídas en los pacientes, minimizando el daño potencial a los pacientes y evitando los sobrecostos ya mencionados.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la adherencia de los pacientes adultos a las recomendaciones brindadas por enfermería para reducir el riesgo de caídas en dos servicios de cuidados especiales de la ciudad de Medellín?

Marco de Referencia

Adherencia

Se entiende por adherencia a "someterse a un deseo, petición u orden de otra persona". Dracup & Meléis (1982) la definen como "el grado en el cual un individuo opta entre diferentes conductas que coinciden con una prescripción de salud" y la definió en los artículos sobre adherencia como "conductas cooperativas". Para Lucas (citado en Sepúlveda, 1997: 52), el concepto adherencia es considerado como un proceso de cambio de conductas por el cual pasa el usuario, en el cual es posible identificar tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación y c) Etapa de incorporación.

El término adherencia resalta la participación activa del paciente en la toma de decisiones mediando el acuerdo que debe existir en la relación profesional sanitario/paciente y no solamente como las actitudes paternalistas y de obligación pasiva por parte del paciente en referencia a la toma de medicación, a la modificación de hábitos, o simplemente al seguimiento de una dieta adecuada.

Por todos los profesionales y gestores sanitarios es bien conocido que la falta de adherencia terapéutica constituye un grave problema de salud pública, produciendo significativas consecuencias, tales como: una falta de consecución de los objetivos terapéuticos marcados, reingresos, aumento de los costes, aumento de la morbimortalidad, reducción de la eficiencia sanitaria, etc. Así que partiendo de la definición de Domínguez (2013) " El término adherencia resalta la participación activa del paciente en la toma de decisiones mediando el acuerdo que debe existir en la relación

profesional sanitario/paciente y no solamente como las actitudes paternalistas y de obligación pasiva por parte del paciente en referencia a la toma de medicación, a la modificación de hábitos, o simplemente al seguimiento de una dieta adecuada. (p. 1)

Esto quiere decir que la falta de adherencia terapéutica es una problemática que se genera con una magnitud de salud pública, lo que genera incremento en determinadas patologías negativas y pacientes polimedicados. Así mismo, la adherencia varía según sea el comportamiento de los pacientes y tiene coincidencia con las instrucciones que aporta el personal sanitario, como la ingesta de medicamentos y el cumplimiento de la alimentación adecuada según los hábitos y cambios en el estilo de vida.

Riesgo de caídas y caídas

Inicialmente se define riesgo de caída como el incremento de la susceptibilidad que tienen los pacientes para sufrir caídas, lo cual podría generar algún tipo de daño, además en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), es definido como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. El cual se encuentra definido por los siguientes dominios:

- Prevención de caídas.
- Vigilancia. Dominio 11 Seguridad / protección

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad, Clase 2 Lesión física, Lesión o daño corporal,

00155 Riesgo de caídas Definición de la etiqueta NANDA

Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

NOC

- Conducta de prevención de caídas.
- Equilibrio.
- Nivel de movilidad.
- Autocuidado: AVD.

NIC

- Manejo ambiental: seguridad
- Mejora de la comunicación: déficit auditivo.
- Mejora de la comunicación: déficit visual.
- Manejo de la medicación.
- Informe de incidencias.
- Fomento de la implicación familiar

Caídas

Según la Organización Mundial de la Salud, “las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”(p. 1). En los centros hospitalarios las caídas pueden ser evitadas tomando medidas preventivas en el entorno del paciente, lo cual según Radecki (2018) “requiere una asociación entre el paciente, los cuidadores principales y el personal, donde se respete e incluya la opinión del paciente”. (p. 1), así que a la hora de tomar decisiones, en este caso la educación es un factor importante y como la percibe el paciente. En este contexto los profesionales encargados de la seguridad del paciente deben desarrollar estrategias que puedan ser socializadas y

adaptadas a todos los servicios de las instituciones, según Fhon, S. (2015) “Los programas eficaces de prevención de las caídas tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen” (p. 3).

Aunque podemos hablar de caídas en todos los escenarios, nos centraremos en la caída intrahospitalaria como evento adverso, para proponer medidas preventivas y crear estrategias para la educación de los pacientes.

Las causas de las caídas pueden ser muy diversas y estar relacionadas con diferentes características individuales, las cuales pueden afectar la adherencia a la educación brindada por el personal de enfermería como:

- Alteraciones del equilibrio.
- Problemas en la marcha.
- Pérdida de fuerza muscular.
- Trastornos cognitivos.
- Alteraciones de la visión.
- Padecer determinadas enfermedades crónicas.
- Seguir un tratamiento con psicótropos.
- Paciente consumidor de sustancias psicoactivas
- Paciente con nivel educativo bajo

Factores Extrínsecos

- Suelos resbaladizos.
- Iluminación insuficiente.

- Superficies irregulares.
- Calzado y ropa inapropiados.
- No disponer de ayudas para caminar y desplazarse.
- Barreras arquitectónicas, etc.

Clasificación de las caídas

Caídas Accidentales: corresponden al 14% del total de caídas según las estadísticas. Son involuntarias, no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como:

- Derrames en el suelo
- Desorden
- Iluminación inadecuada
- Muebles inestables
- Fallas de equipo
- Error de juicio
- Tropezón
- Marcha anormal o débil
- Marcha con arrastre de los pies

Son accidentes porque no se pueden predecir, pero si se trabaja de manera conjunta entre el equipo interdisciplinario de las instituciones y el paciente se pueden evitar los riesgos:

Caídas Fisiológicas Anticipadas: Corresponden al 80% de las caídas y son predecibles, se presentan por tropezones o resbalón en pacientes con:

- Antecedentes de caídas
- Dificultades para caminar
- Incapacidad mental o cognitiva
- Pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha
- Pacientes con líquidos endovenosos en porta sueros
- Paciente con sonda vesical

Caídas Fisiológicas No Anticipadas: Corresponden al 6% de las caídas, no se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con:

- Desmayos y mareos
- Convulsiones
- Fracturas patológicas de cadera Medicamentos (antihipertensivos, diuréticos) (Social, 2020).

Escala de valoración del riesgo

Con el fin de establecer acciones y prevenir la aparición de caídas en los diferentes escenarios intrahospitalarios se cuenta con escalas de medición que permiten establecer el riesgo de los pacientes y encaminar acciones.

Para la valoración del riesgo en las dos instituciones de Medellín se utiliza la escala de Morse, donde se asigna puntaje a los pacientes de acuerdo con los riesgos

que tenga, está será evaluada cada 12 horas por parte del personal de enfermería y de acuerdo a la puntuación se toman medidas necesarias para mitigar los riesgos.

La valoración del riesgo de caídas a través de la escala de Morse, consta de seis ítems que incluye, antecedente de caída previa, diagnóstico secundario, ayuda para la deambulación, catéteres intravenosos con venoclisis, sondas, drenes y otros aditamentos, además evalúa el estado mental, y permite definir cuál es riesgo de sufrir una caída la 22 puntuación se encuentra entre 0 y 125 y según la puntuación se define el riesgo así: sin riesgo 50, aunque pueden haber factores que conduzcan a la caída que son inherentes al paciente.

Detección del riesgo de caídas: se detecta a través de la aplicación de la escala de Morse u otro tipo de escala que evalúa este riesgo, esta cuenta con los siguientes ítems con diferente puntaje, historia previa de caída, diagnóstico secundario, terapia intravenosa y estado mental, se evalúan a través de una escala dicotómica (No/ Si) la respuesta “No” tiene un puntaje de 0 y la respuesta si tiene un puntaje de 15, los ítems ayuda para la marcha tiene escala politómica: ninguna, asistente de enfermería, reposapiés, silla de ruedas = 0, muletas, bastón para caminar o caminador = 15, apoyo de muebles = 30, en el ítem equilibrio al traslado tiene las respuestas: marcha normal, reposo en cama, inmóvil = 0; débil = 10 y marcha alterada = 20.

Educación

Se denomina educación a la facilitación del aprendizaje o de la obtención de conocimientos, habilidades, valores y hábitos en un grupo humano determinado, por parte de otras personas más versadas en el asunto enseñado y empleando diversas

técnicas de la pedagogía: la narración, el debate, la memorización o la investigación. El resultado final del proceso educativo es incierto, ya que el ser humano nunca deja de aprender, por ende, de cambiar sus conductas y sus preceptos. Sin embargo, las etapas iniciales de la vida se consideran cruciales para la formación y educación del individuo (tanto en aspectos formales como en materia afectiva, ciudadana, etc.), ya que serán responsables del modo de actuar que el individuo presente en su adultez.

La educación puede darse a través de modelos distintos y diversos rangos de experiencias, pero generalmente está a cargo de un tutor, profesor, maestro o guía, que es una figura de relativa autoridad sobre los aprendices o estudiantes, encargada de velar por la correcta comprensión de los temas y de resolver las dudas que puedan surgir en el proceso, ya que no todas las personas tienen mecanismos de aprendizaje similares.

Educación en enfermería

Una definición relevante en el presente proyecto es la educación en enfermería que no dista mucho de lo que es la educación misma, pero el entorno y los términos en que se busca educar están relacionados con el área de la salud, donde la enfermera con su experticia adecua el lenguaje técnico en lenguaje comprensible para el paciente. La educación es un componente esencial en la profesión de enfermería; es concebida como una función sustantiva del rol enfermero, pues hace parte central del cuidado que este profesional brinda a las personas en los diferentes ámbitos de actuación y, por esto, algunos autores consideran que el enfermero es un educador por naturaleza.

Diversos teóricos de enfermería resaltan la razón de ser de la educación en este contexto profesional. Por ejemplo, Virginia Henderson la identifica como una necesidad de los pacientes que debe satisfacerse, Dorothea Orem muestra que la educación es fundamental en el contexto del autocuidado y Jean Watson hace hincapié en la necesidad de promover la enseñanza aprendizaje transpersonal y la trabaja como uno de los factores en los cuales debe centrarse el cuidado.

La Enfermera(o) que se desempeña en servicios clínicos en los diferentes niveles de atención de salud tiene como principal responsabilidad brindar cuidados de enfermería, sin embargo, éstos están estrechamente ligados a la educación para la salud, la cual favorece el desarrollo de capacidades de autocuidado tanto en los pacientes como en las familias para aumentar la autoeficacia en su cuidado. El Consejo Internacional de Enfermeras en Estados Unidos describe que el rol de la profesión “abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, y en todos los entornos”. Esto incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas enfermas, discapacitadas y moribundas.

En este contexto considera “la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud y en la gestión de los sistemas de salud y los pacientes, y la educación” como funciones clave de enfermería. Para asumir esta responsabilidad la Enfermera(o) está preparada(o) para participar en la entrega de cuidados de la salud a nivel práctico, llevar a cabo enseñanza de cuidado de la salud y para investigar entre otras responsabilidades. Entre las competencias clave de la prestación de servicios y la gestión del cuidado de enfermería se encuentran

no sólo la capacidad de realizar acciones, sino que también, actúa para que la persona, la familia y la comunidad puedan llegar a adoptar estilos de vida saludables, facilitándoles información pertinente para ayudarles a que consigan una salud óptima o la rehabilitación y la prevención de complicaciones durante la estancia en las instituciones de salud.

Se reconoce que la enfermera(o) tiene las habilidades para instruir sobre la salud en las intervenciones de enfermería y más aún, aplicar los conocimientos de diversos modos de docencia y aprendizaje con las personas, las familias y las comunidades; evaluando constantemente el aprendizaje y la comprensión de las prácticas de salud. La educación del paciente es un aspecto fundamental de la atención de salud y cada vez es más reconocido como una función esencial en la práctica de enfermería. Se considera.

Como un proceso dinámico y continuo que incluye comportamientos de autocuidado, cumplimiento con la asistencia sanitaria, recomendaciones, satisfacción en el cuidado de la salud, ajustes en la calidad de su vida y reducción de los niveles de angustia de los pacientes.

La educación que ofrece enfermería no solo es un elemento central de cuidado, sino también de su gestión. Esta actividad favorece la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, así como la recuperación y rehabilitación de las personas, objetivos del cuidado. Por otro lado, es considerada una función autónoma del profesional de enfermería, de gran relevancia. Algunos investigadores que han centrado su atención en el rol educativo enfermero da cuenta de la importancia que tiene la educación en el contexto del cuidado, ya que al cuidar se está educando

permanentemente. Consideran que esta acción aumenta la participación de los pacientes en su cuidado y tratamiento, y que esto favorece su recuperación y ayuda a prevenir complicaciones; señalan también que la educación a los pacientes contribuye a la satisfacción, la seguridad y, por consiguiente, a la calidad de la atención.

Como principal función de enfermería no solo se encuentra la educación al paciente, sino a todo su entorno, núcleo familia o cuidador principal, teniendo en cuenta que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana y más en condiciones de vulnerabilidad. Según Gonzáles (2011):

El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital. Algunos autores coinciden en que los pacientes que tienen apoyo social y familiar adecuado presentan menos problemas en la aceptación de la enfermedad y en el apego al tratamiento, por lo que el apoyo social, específicamente el familiar, se constituye como un factor de protección que permite establecer mejores pronósticos en los perfiles de adhesión a las indicaciones brindadas por el personal médico. (p. 102)

Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de

salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. Según Salud, (2020)

La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (p. 1)

En los países desarrollados, se estima que hasta 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños de resultados de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. La OMS, conociendo la problemática en cuanto a la persistencia de eventos relacionados con la atención, plantea 6 metas internacionales de seguridad con el fin de que se guíen acciones y se prioricen actividades para evitar la ocurrencia de eventos adversos. Estas son: Identificar correctamente al paciente, mejorar la comunicación efectiva (órdenes verbales evaluación de pacientes y telefónicas), mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica y reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas.

Unidad de cuidados especiales

Son unidades de alta complejidad, no existen en todas las instituciones, la UCE es un servicio de transición entre la UCI y hospitalización general donde se brinda asistencia clínica a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, neurológicas y de postoperatorios que requiere alta demanda de cuidados.

Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Determinar la adherencia a las recomendaciones brindadas por enfermería para prevenir caídas, en dos servicios de cuidados especiales de la Ciudad de Medellín

Objetivos específicos

1. Caracterizar la población estudio desde características sociodemográficas y clínicas.
2. Identificar factores predisponentes como son los relacionados con el estado de salud y la situación funcional de las personas mayores (intrínsecas) que comprometan la apropiación de las recomendaciones brindadas.
3. Identificar el seguimiento del paciente y familia / cuidador hacia las recomendaciones encaminadas a prevenir el riesgo de caídas en relación a los factores extrínsecos (Iluminación, el espacio locativo, elementos accesorios etc.), a nivel intrahospitalario.
4. Identificar el reconocimiento de la información brindadas por enfermería para la prevención de caídas.

Propuesta Metodológica

Tipo y diseño general del estudio

Estudio cuantitativo, observacional descriptivo.

Descripción de la muestra

Pacientes adultos que ingresaron a las unidades de cuidados especiales de dos instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín, con patología aguda y crónica durante los meses de enero a junio del 2021.

Cálculo del tamaño de la muestra

La muestra será seleccionada probabilísticamente, para su cálculo, inicialmente se tomará como población a la totalidad de pacientes que ingresan a las unidades de cuidados especiales de dos instituciones de la ciudad de Medellín, los cuales corresponden a paciente de las especialidades médico- quirúrgicas durante los últimos 6 meses.

Considerando los siguientes valores se determinará el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

Pacientes hospitalizados
Z= 1.96 (95%)
P= 50%
Q= 50%
e= 5%
N= 245

n= 149

De acuerdo con los resultados anteriores se incluirán 149 pacientes

Limitaciones del estudio

Durante el planteamiento de la investigación se encuentra como limitación el giro cama, que se presenta en las unidades de cuidados especiales de ambas instituciones, donde la estancia en la unidad puede ser menos de 12 horas. La sobrecarga laboral del personal de enfermería, lo que no permite una educación en el tiempo establecido ni una valoración del riesgo según la condición de cada paciente.

Criterios de inclusión

- Pacientes Mayores de 18 años
- Pacientes quienes acepten participar en el estudio.
- Pacientes con limitación de movimiento y antecedentes de uso de dispositivos de ayuda para la movilización.

Criterios de exclusión

- Secuela neurológica con inmovilidad permanente (lesión medular, cuadriplejia).
- Pacientes con cuidador permanente.
- Pacientes con efectos residuales de anestesia y sedación que comprometen el ánimo vigilante.

Recolección de datos

La recolección de datos se realizará por medio de un formulario, que permitirá determinar la adherencia a las recomendaciones dadas por enfermería a los pacientes de dichas unidades. Sera diligenciado por los investigadores principales, las cuales realizarán por medio de observación y entrevista auto - dirigida a los pacientes.

El formulario contará de 4 partes: Primera se evaluarán factores relacionadas con el individuo, segunda factores relacionados con la enfermedad, tercera factores relacionados con la adherencia y cuarto factores relacionados con el equipo asistencial.

Variables

Tabla 1: Variables

Variable	Definición	Tipo Variable	Escala Medición	Unidades
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Años
Sexo	Género	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Escolaridad	Último año, grado o nivel de enseñanza que aprobó o curso completo	Cualitativa	Ordinal	Ninguna Primaria completa Secundaria completa Técnico o tecnólogo Universitario Postgrado Maestría Doctorado
Diagnostico	Indica la o las patologías diagnosticadas.	Cualitativa	Nominal	Nombre de la patología o diagnóstico.
Antecedentes personales	Enfermedades previas a la hospitalización actual	Cualitativa	Ordinal	Nombre de las patologías preexistentes
Riesgo de caídas	Medición del riesgo utilizando escala de Morse	Cualitativa	Ordinal	Riesgo bajo Riesgo Moderado Riesgo Alto
Atiende la recomendación del personal de enfermería sobre el llamado.	Utiliza timbre de llamado para solicita asistencia de enfermería	Cualitativa	Nominal	Cumple No Cumple
Mantiene barandas elevadas durante su estancia en	Paciente cumple con la indicación de permanecer con las barandas levantadas	Cualitativa	Nominal	Cumple No Cumple

cama	(cuando se encuentre en la cama)			
Tiene y utiliza calzado antideslizante	Usa calzado adecuado (antideslizante) para la movilización en la habitación o servicio	Cualitativa	Nominal	Cumple No Cumple
Iluminación adecuada dentro del entorno del paciente	La habitación cuenta con iluminación adecuada	Cualitativa	Nominal	Cumple No Cumple
Solicita asistencia del personal de enfermería para el consumo de la vía oral	Personal de enfermería asiste la alimentación del paciente	Cualitativa	Nominal	Cumple No Cumple
Solicita asistencia del personal de enfermería para el desplazamiento en la habitación (Baño, cama – silla, silla – cama)	Personal de enfermería asiste el desplazamiento del paciente	Cualitativa	Nominal	Cumple No Cumple
Paciente usa elementos de ayuda según su condición	Uso de lentes, audífonos, caminador, bastón según la condición del paciente.	Cualitativa	Nominal	Cumple No Cumple
Paciente cuenta con los objetos personales cerca	Personal de enfermería deja a fácil alcance elementos personales como lente, teléfono, agua, control de TV	Cualitativa	Nominal	Cumple No Cumple
Entendió las indicaciones que le brindó el personal de enfermería	El paciente comprende las indicaciones y las pone en práctica	Cualitativa	Nominal	Si No

Utiliza términos comprensibles	Cualitativa	Nominal	Si
			No
Realizó retroalimentación al terminar la educación	Cualitativa	Nominal	Si
			No
La enfermera se centró en la educación sin realizar otra actividad	Cualitativa	Nominal	Si
			No

Fuente: Ramírez y Ramírez (2020)

Procedimiento

Primera fase

Se realizará durante un periodo de 1 mes; se realizará reconocimiento de los protocolos institucionales, se identificarán los factores contributivos relacionados con la prevención del riesgo de caídas y las causas de la no adherencia al protocolo.

Segunda fase

Esta fase se realizará en por lo menos 6 meses o hasta completar la muestra. Se recolectará la información con el formulario (anexo 1) realizado por las investigadoras de forma observacional que permite evaluar la adherencia de los pacientes. Se utilizarán recursos propios de las investigadoras, se realizará en el tiempo que las instituciones destinen para tal labor, y dentro de los turnos laborales.

Tercera fase

Se analizará la información recolectada en las fases anteriores según el plan de análisis, se darán recomendaciones a las instituciones según la información obtenida.

Plan de Análisis

Se obtendrán tablas de frecuencia, por medio de los datos encontrados en el formulario, en donde se describa el cumplimiento que permite evaluar la adherencia de los pacientes la educación brindada por enfermería. La información será insertada en diagramas que permitirán el análisis contextual de los servicios y la formulación de conclusiones.

El análisis estadístico descriptivo se realizará a partir de la construcción de tablas de frecuencia en Excel, a partir de la agrupación de los datos por nivel de medición: nominal, ordinal y de razón.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se determina bajo la Resolución No. 008430 de 1993, del 4 de octubre emanada por el Ministerio de Salud, la cual cita la investigación sin riesgo, según Salud (2020):

Dada que es un estudio que no realizara ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (p. 3)

Los investigadores se comprometen a cumplir los principios éticos de beneficencia, justicia y dignidad humana, por lo tanto, no utilizaran los datos encontrados en el estudio en contra de los participantes, se garantizará el anonimato de cada uno de ellos, se respetará la libertad que tienen los investigados para negar o aceptar su participación en el estudio, o retirarse del mismo cuando lo deseen.

La realización de la recolección de la información sea realizada por Lady Diana Ramírez, enfermera de la corporación universitaria adventista, actualmente trabaja como enfermería de la unidad de cuidados intensivos de la institución I, Sara Cristina Ramírez, enfermera de la universidad pontificia bolivariana, desempeñándose como enfermera asistencial de la unidad de cuidados especiales II, ambas estudiantes de la especialización en seguridad del paciente de la universidad el Bosque.

Los investigadores se comprometen ante la institución donde se realizará la investigación a que los datos hallados solo serán utilizados con fines investigativos,

docentes y asistenciales y a que se elaborará consentimiento informado para ser firmado por parte de cada uno de los participantes en el estudio.

Los investigadores garantizan salvaguardar el buen nombre de las Institución y sus pacientes, en cualquiera de las publicaciones, ponencias o algún otro tipo de divulgación de la información obtenida a través de esta investigación, siempre se hará referencia a ella como "Dos instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín".

En el formulario se indaga sobre la adherencia de los pacientes sobre la educación brindada por el personal de enfermería sobre el riesgo de caídas, y algunas variables sociodemográficas. Se indica que los investigadores principales tienen conocimientos suficientes y experiencia en este tipo de evaluación, y que los participantes no tendrán riesgo de daños. Es de aclarar que el participante tiene la libertad de negarse a contestar las preguntas que no desee.

El investigador principal y los coinvestigadores se comprometen a acatar las recomendaciones que hacen la OMS y el código de Nuremberg y evitarán que durante esta investigación se ocasione sufrimiento físico o mental a los participantes. Los investigadores conocen que las personas que se estudiarán pertenecen a los grupos que la OMS declara altamente vulnerables de los que hacen parte, las embarazadas, los lactantes, los menores de edad, los pobres, los enfermos con trastornos psíquicos y los subordinados a la autoridad. Para aminorar este evento será obligatorio:

1. Solicitar la firma del consentimiento informado por parte de cada uno de los participantes en el estudio antes de ser incluidos en el mismo.
2. Solicitar el permiso respectivo por parte de la institución.

Tabla 2: Solicitud de permiso

Requiere aval ético	SI	NO	Nivel de riesgo ético	Investigación sin riesgo
	x		<i>Clasificación acorde con la resolución 8430 de 1993. Ver anexo 13 de esta convocatoria.</i>	Investigación con riesgo mínimo
				Investigación con riesgo mayor que el mínimo

Fuente: Ramírez y Ramírez (2020)

Cronograma

Tabla 3: Cronograma

Actividad	Meses											
	Junio 2020 – Julio 2021											
	1 ^{er} periodo académico				2 ^{do} periodo académico				3 ^{er} periodo académico			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Creación de pregunta de investigación	x	x										
2. Elaboración de los objetivos			x									
3. Elaboración del planteamiento del problema				x	X							
4. Elaboración de marco teórico y estado del Arte					X	x	x					
5. Creación de instrumento (Encuesta)							x					
6. Aplicación de encuestas								x	x			
7. Tabulación y análisis de la información									x	x		
8. Entrega de resultados											x	x

Fuente: Ramírez y Ramírez (2020)

Presupuesto del Proyecto

Tabla 4: Presupuesto

Rubro	Desembolso nuevo (\$)	Desembolso normal (\$)	Contrapartida otra institución (Si aplica)		Total (\$)
			Contra partida efectivo (\$)	Contrapartida especie (\$)	
1. Personal	5.000.000				5.000.000
2. Equipos especializados					
2.1. Equipos propios	4.000.000				4.000.000
3. Materiales y reactivos	250.000				250.000
4. Refrigerios	100.000				100.000
5. Servicios técnicos	200.000				200.000
6. Capacitaciones	100.000				100.000
7. Adquisición o actualización de software	250.000				250.000
8. Internet	250.000				250.000
Total	9.800.000				10.150.000

Fuente: Ramírez y Ramírez (2020)

Dificultades técnicas / metodológicas

Durante todo el proceso de la investigación se identifican dificultades relacionadas con los investigadores como el tiempo destinado para la recolección de la información, los pacientes a los que les apliquen el formulario no deben ser pacientes asignados a su cargo durante ese turno.

Bibliografía

- Agency for Healthcare. (2020). *Agency for Healthcare Research and Quality*. Obtenido de <https://www.ahrq.gov/>
- Alves, V., De-Freitas, W., Silva, J., Rodrigues, S., Azevedo, C., & Ferreira, L. (2017). Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería. *RLAE. Revista Latino-Americana Enfermagem*. Obtenido de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2986.pdf
- Angel-Jiménez, A., López, F., & Restrepo, D. (2013). La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.*, 15(22), 9-29.
doi:<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803002.pdf>
- ANMC. (2019). *Academia Nacional de Medicina en Colombia*. Obtenido de <https://anmdecolombia.org.co/factores-de-adherencia-al-tratamiento/#:~:text=La%20adherencia%20al%20tratamiento%20incluye,llevar%20un%20seguimiento%20adecuado%20y>
- Balbás, V., & Gómez, A. (2017). *Proceso de atención de enfermería en las caídas del paciente geriátrico. (Manual)*. Cantabria. Obtenido de http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO_2.pdf
- Bañares, J., Cavero, E., López, L., Orrego, C., & Suñol, R. (s.f.). *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Bogotá. Colombia.: MinSalud.

- Boulding, E., Andersen, E., Dunton, N., Simon, M., Waters, T., Lui, M., . . . Shorr, R. (2013). Caídas entre pacientes adultos hospitalizados en Estados Unidos: prevalencia y tendencias. *PubMed*, 9(1). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23143749/>
- Castro, M. (2005). *Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. Factores asociados. (Tesis doctoral)*. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.
- Christiansen, T., Lipstiz, S., & Scalan, M. (2020). Activación del paciente relacionada con la prevención de caídas: un estudio en varios sitios. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.*, 46(3). Obtenido de [https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(19\)30482-9/fulltext](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(19)30482-9/fulltext)
- Chu, R. (2017). Prevenir las caídas de pacientes hospitalizados: el papel central de la enfermera. *Nursing*, 34(6). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538217301796>
- Da-Silva, Z., Gómez, A., & Sobral, M. (2007). Epidemiología de caídas de ancianos en España. *Revista Española de Salud Pública.*, 82(43).
- Domínguez, S. (2013). El papel de la enfermería en la adherencia terapéutica. *El Sevier*. Obtenido de <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-adherencia-terapeutica#:~:text=Podemos%20definir%20la%20adherencia%20como,en%20su%20estilo%20de%20vida%E2%80%9D>.
- Durán, E., Rodríguez, G., & Martínez, E. (2017). Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios en Barcelona. *Gerokomos*, 28(2).

Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-78.pdf>

Gaviria, A., Ruíz, F., Muñoz, N., Burgos, G., Arias, J., & García, S. (2013). *Procesos para la prevención y reducción de frecuencia de caídas*. Bogotá, Colombia.: MinSalud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 2(5), 102-108.
doi:<https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>

Grajales, D., & Camargo, N. (2018). *Ciclo de gestión de riesgo de caídas del hospital San Rafael de Tunja. (Informe final)*. Tunja, Colombia.: Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia. Facultad de ciencias de la salud. Obtenido de https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/images/INFORME_FINAL_GESTION_DEL_CICLO_DE_CAIDAS_E.S.E_HSRT.pdf

IABPG. (2017). *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas. (Guía Práctica)*. Madrid.: RNAO. Obtenido de https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf

Knobel, H., Codina, C., Miró, J., Carmona, A., García, B., Antela, A., . . . Viciano, P. (1999). *Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Obtenido de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/adherencia/adherencia99.pdf>

- Laguna, J., Arrabal, J., Zafra, F., García, F., Carrascosa, R., Carrascosa, M., . . . Alejo, J. (2011). Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. *Gerokomos*, 22(4). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400004
- López, F., Ángel, G., & Restrepo, D. (2013). La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.*, 15(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803002.pdf>
- Macias, C., & Solarte, M. (2018). *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. (Tesis)*. Bogotá. Colombia.: Universidad Santo Tomás de Aquino. Obtenido de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/12437/2018claudiamacias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Méndez, Y. (2010). *Factores de riesgo de caídas intrahospitalarias en pacientes de 65 años o mayores en la fundación cardiolinfantil*. Universidad del Rosario, Fundación Cardiolinfantil Instituto de Cardiología., Bogotá. Colombia. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/86444108.pdf>
- Mesas, A., Caballero, M., Jiménez, P., Ruiz, M., Gómez, V., Florez, A., . . . Luengo, C. (2019). *Recomendaciones para la prevención de caídas en usuarios del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (Informe)*. España: Asociación

- Profesional de Enfermeras de Ontario. Obtenido de <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e16faaeec77d5e943d6515699ca107e3.pdf>
- MinSalud. (2019). *Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas*. Bogotá: MinSalud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>
- MSSSI. (2014). *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*. Informes, estudios e investigación., Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., España. Obtenido de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
- Ocampo, J., Chacón, J., Gómez, J., Curcio, C., & Tamayo, F. (2008). Reacciones y eventos adversos por medicamentos en ancianos que consultan un servicio de urgencias. *Colombia Médica*, 39(2). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n2/v39n2a2.pdf>
- OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQjwtZH7BRDzARIsAGjbK2YMQaGb3018Yq-d5ISBK3ejvY6qtyS8foH77DqkmOAqObGvPmGvaTlaAsxgEALw_wcB

- Pages, N., & Valvede, M. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(4).
doi:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es&nrm=iso
- Parra, D., Camargo, F., & Rey, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*, 11(28).
Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010
- Pretel, F., Navarro, B., Párraga, I., De-la-Torre, M., Del-Campo, J., & López, J. (2010). Adherencia a las recomendaciones para evitar caídas en personas mayores de 64 años Albacete, 2009. *Revista Española de Salud Pública.*, 84(4). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400008
- PSNet. (2020). *Patient Safety Network*. Obtenido de <https://psnet.ahrq.gov/primers>
- Radecki, B., & Reynolds, S. (2018). Prevención de caídas hospitalarias desde la perspectiva del paciente: un estudio cualitativo. *Investigación de enfermería aplicada*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189718301757?via%3Dihub>
- RAE. (2020). *Real Academia Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n>
- Resolución-8430. (1993). *Resolución 8430 de 1993*. Bogotá. Colombia.: Ministerio de Salud. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A., & Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: Conceptos, Determinantes y Nuevas estrategias. *Revista Médica Hondur*, 84(3).

doi:<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

Rodríguez, A., & Ortega, L. (2018). *Indicadores en seguridad del paciente en Colombia*. Universidad Santo Tomás, Bogotá. Colombia. Obtenido de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10408/Rodr%C3%ADguezandrea2018.pdf?sequence=1>

Saiz, M., Muñoz, E., Muñoz, T., Córcoles, M., Ruiz, M., Fernández, P., . . . Calero, F. (2016). Implantación de una guía de buenas prácticas para la prevención de caídas: percepción de los pacientes hospitalizados y sus cuidadores. *Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 31(6). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X1630063X>

Sampieri, H., Collado, F., & Lucio, B. (2014). *Metodología de investigación*. México.: McGraw-Hill.

Sánchez, E., Gutieras, P., Llanes, J., Bustos, A., Beneyto, V., & Gaju, R. (2004). Falls in the elderly: knowing to act. *Aten Primaria*. *Aten Primaria*, 34(18).

Sebben, T., Bosi, T., De-Souza, J., Meneghetti, M., Morais, B., & Baldissera, J. (2017). Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Obtenido de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-2862.pdf

- Silva, J., Ramón, S., Vergaray, S., Palacios, V., & Partezani, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria.*, 12(2). Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-7063-eu-12-02-00080.pdf>
- Soto, P., Masalan, P., & Barrios, S. (2018). La educación en la salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica CONDES*, 29(3). Obtenido de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2018/06/La-educaci%C3%B3n-en-salud-un-elemento-central-del-cuidado-de-Enfermer%C3%ADa.-Rev.-Med.-Clin.-Condes-2018.pdf>
- Stevens, J., Sleet, D., & Rubenstein, L. (2018). La influencia de las creencias y actitudes de los adultos mayores en la adopción de comportamientos de prevención de caídas. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(4). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6993092/>
- Susilowati, I., Nugraha, S., Sabarinah, S., Peltzer, K., & Hasiholan, B. (2020). Prevalencia y factores de riesgo asociados con caídas entre adultos mayores institucionalizados y que viven en la comunidad en Indonesia. *Malaysian Family Physician*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136678/>
- Villalobos, M., Villalobos, P., & Leguía, J. (2017). La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Médica Herediana*, 218-219. doi:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2017000300016

Anexos

Anexo 1: Formulario Tipo Test (Primera Versión)

Instrumento recolección de información:

Adherencia de los pacientes a las recomendaciones brindadas por enfermería para prevenir el riesgo de caída en dos servicios de cuidados especiales

Objetivo:

Evaluar el nivel de adherencia de los pacientes a las recomendaciones brindadas por enfermería para prevenir caídas, en dos servicios de cuidados especiales de la Ciudad de Medellín.

Los datos de la encuesta son anónimos, tanto el contenido como los resultados serán tratados con la máxima confidencialidad.

Factores relacionados con el individuo:

1. Edad: _____ Años
2. Sexo: Masculino _____
Femenino _____
3. Nivel de escolaridad:
 - Ninguna: ____
 - Primaria completa: ____
 - Secundaria Completa: ____
 - Universitario: ____
 - Técnico o tecnólogo _____
 - Postgrado: ____
 - Maestría: ____
 - Doctorado: ____

Factores relacionados con la enfermedad:

4. Diagnostico: _____
5. Antecedentes personales: _____

6. ¿Usa usted elementos de ayuda para la marcha (bastón, caminador)? Si su respuesta es sí, indique cual: Si: _____

No: _____

Cuál: _____

7. Riesgo de caídas (Según la escala de Morse): Riesgo Bajo _____

Riesgo Moderado _____

Riesgo Alto _____

Factores relacionados con la adherencia

	ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE
8	Atiende la recomendación del personal de enfermería sobre el llamado. (toca el timbre)		
9	Mantiene barandas elevadas durante su estancia en cama.		
10	Tiene y utiliza calzado antideslizante		
11	Iluminación adecuada dentro del entorno del paciente		
12	Solicita asistencia del personal de enfermería para el consumo de la vía oral		
13	Solicita asistencia del personal de enfermería para el desplazamiento en la habitación (Baño, cama – silla, silla – cama)		
14	Paciente usa elementos de ayuda según su condición		
15	Paciente cuenta con los objetos personales cerca		

Factores relacionados con el equipo asistencial:

	ITEM	SI	NO
16	Entendió las indicaciones que le brindó el personal de enfermería		
17	El personal de enfermería que dio educación utilizó términos comprensibles		
18	El personal de enfermería realizó retroalimentación al terminar la educación		
19	La enfermera se centró en la educación sin realizar otra actividad		

Anexo 2: Consentimiento Informado

Nivel de adherencia de los pacientes a las recomendaciones brindadas por enfermería para reducir el riesgo de caída en dos servicios de cuidados Especiales de la ciudad de Medellín

INVESTIGADOR PRINCIPAL: _____

Tel: _____

OBJETIVO

Evaluar el nivel de adherencia de los pacientes a las recomendaciones brindadas por enfermería para prevenir caídas, en dos servicios de cuidados especiales de la Ciudad de Medellín.

INTRODUCCIÓN

Al usted señor (a) _____ le estamos solicitando su autorización para que participe en una investigación, cuyo objetivo es evaluar la adherencia de los pacientes a las recomendaciones brindadas por enfermería para reducir el riesgo de caída en dos servicios de cuidados especiales de la ciudad de Medellín.

Los investigadores queremos que usted conozca que:

Los datos hallados solo serán utilizados con fines investigativos, docentes y asistenciales.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Si usted lo desea puede negarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Se mantendrá el anonimato del participante.

La publicación de los datos no tendrá nombres propios.

La información es de carácter confidencial sólo tendrá acceso a ella el equipo investigativo, dando cumplimiento al respeto a la confidencialidad.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Los estudios de investigación como éste sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados para ayudar a mejorar el cuidado de los pacientes. Para más claridad a continuación daremos más información

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se hará una descripción del proyecto, lea usted antes de firmar la autorización para hacer parte de este proyecto. Si tiene alguna duda puede consultar a los investigadores.

RIESGOS INCONVENIENTES

Según la Resolución No. 008430 de 1993 emanada del Ministerio de Salud de Colombia, el presente estudio sin riesgo para la salud, ya que, que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre

los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos.

RESERVA DE LA INFORMACIÓN Y SECRETO

Los investigadores garantizan salvaguardar el buen nombre de las Instituciones y sus pacientes, ya que en cualquiera de las publicaciones, ponencias o algún otro tipo de divulgación de la información obtenida a través de esta investigación, siempre se hará referencia a ellas como "Dos instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín".

Firma: _____

CC: _____