

**SEGURIDAD DEL PACIENTE ENFOCADA A LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

**ANGIE ANDREA LEYTON ARCINIEGAS**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
FACULTAD DE ECONOMÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD  
BOGOTÁ D.C. 2017**

# **SEGURIDAD DEL PACIENTE ENFOCADA A LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

**ANGIE ANDREA LEYTON ARCINIEGAS**

**Monografía presentada para obtener el título de especialista en Auditoría en salud**

**Asesora: Alejandra Valenzuela. Mg. Salud Pública.  
Docente de Posgrado en Seguridad Social y Salud Pública**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
FACULTAD DE ECONOMÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD  
BOGOTÁ D.C. 2017**

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>1. PROBLEMA</b> .....	3
1.1 Descripción del problema .....	3
1.2 Pregunta de investigación.....	4
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	5
2.1 Objetivo general .....	5
2.2 Objetivos específicos .....	5
<b>3. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b> .....	7
<b>5. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	8
5.1 Glosario .....	8
5.2 Antecedentes históricos.....	9
5.3 Antecedentes Legales.....	12
5.3 Principios de la política de seguridad del paciente.....	15
<b>6. CONCEPTOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> .....	16
6.1 Seguridad del paciente.....	16
6.2 Prevención de caídas .....	18
<b>7. METODOLOGÍA</b> .....	21
7.1 Tipo de investigación .....	21
7.1.1 Criterios de inclusión .....	21
7.1.2 Criterios de exclusión .....	22
<b>8. RESULTADOS</b> .....	23
<b>9. CONCLUSIONES</b> .....	27
<b>10. RECOMENDACIONES</b> .....	28
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	29

## RESUMEN

TITULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE ENFOCADA A LA PREVENCION DE CAIDAS.

AUTORES: Leyton Arciniegas Angie Andrea

PALABRAS CLAVES: Seguridad, paciente, prevención, caídas.

### DESCRIPCIÓN:

La investigación se basó en un estudio de tipo documental descriptivo, sobre conocimientos, actitudes y prácticas hospitalarias acerca de la seguridad del paciente enfocado a la prevención de caídas, teniendo como objetivo Identificar los lineamientos en Colombia de la política de la seguridad del paciente y la relación con la guía que tiene el ministerio de protección social enfocada hacia la prevención de caídas. La metodología que se implementó se basó mediante la búsqueda de artículos científicos, libros y normas disponibles en diferentes bases de datos como ministerio de salud, ministerio de protección social, scielo, Ebsco, Scielo, revista iberoamericana, realyc, oms y codamedever mediante la aplicación de búsqueda de palabras mesh en medio magnético, la cual proyecta los resultados para cada una de las variables, de ahí se parte a realizar análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones de las cuales se destacó la falta de conocimientos por parte de todo el personal de salud para el reporte de eventos adversos, se evidencia que la infraestructura genera gran impacto para la seguridad del paciente entre ello las caídas y se identifica que la población más vulnerable a presentar riesgo de caídas es el adulto mayor .

# 1. PROBLEMA

Todos los acontecimientos presentados durante la estancia hospitalaria en el proceso de atención de salud en el paciente están direccionados con directrices de seguridad del paciente a fin de prevenir situaciones que pongan en riesgo la integridad del usuario. Aunque se evidencia que no siempre estos programas son del todo efectivos presentándose problemáticas como caídas durante la hospitalización.

A continuación, se expone las características relacionadas con la problemática, se aborda la descripción del problema, la justificación, los objetivos y propósito.

## 1.1 Descripción del problema

La seguridad del paciente se desarrolla con el objetivo de garantizar una atención en salud con los estándares más altos de calidad, aunque en ocasiones estas acciones no son suficientes para minimizar la existencia del riesgo. Esto significa que para avanzar en la seguridad del paciente es necesario fortalecer los mecanismos que permitan identificación de errores humanos y fallas del sistema desde diferentes perspectivas. Como la visión política, en la cual se desarrollan políticas que incurran en la forma preventiva y no punitivo de la identificación de efectos adversos con la cultura del reporte por parte del personal de salud. En segundo lugar, en el ámbito intrahospitalario por medio de la creación y desarrollo de programas enfocados hacia la gestión de riesgos y la implementación de tecnología correcta con el propósito de detectar las problemáticas y adoptar los adecuados correctivos<sup>1</sup>.

Según lo describe el ministerio de salud en el paquete instruccional buenas prácticas para la atención en salud “Entre un 4 y un 17 % de los pacientes que ingresan en un hospital, sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención en los servicios de

salud y no de su enfermedad de base'' son cifras bastantes alarmantes debido a que el resultado debería mantenerse en cero; sabemos que estos accidentes traen consecuencias en su salud y pueden prolongar el proceso de recuperación y en el peor de los casos los errores pueden provocar la muerte. En Estados Unidos se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo.

Esto relacionado con la implementación de nuevas tecnologías cada vez más sofisticadas para realizar más prestación de servicios, la variedad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas; es así como recibir atención en salud cada vez expone a más riesgos potenciales tanto para el paciente como para el personal de salud, incluso cuando cada hoy en día millones de usuarios son atendidos con éxito y de forma segura.

La curiosidad y el impacto por investigar y minimizar los riesgos de la atención en salud es algo que se ha estudiado desde 1956 Moser donde nombro "las enfermedades del progreso de la medicina"<sup>2</sup>.

## **1.2 Pregunta de investigación**

¿Cómo afectan las malas prácticas al usuario durante la atención de salud, relacionadas con la seguridad del paciente en la línea de prevención de caídas y ¿qué lineamientos y políticas se han identificado para prevenir, minimizar y eliminar estas problemáticas?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Identificar los lineamientos en Colombia de la política de la seguridad del paciente, y la relación con la guía que tiene el ministerio de protección social enfocada hacia la prevención de caídas.

### **2.2 Objetivos específicos**

Analizar literatura de la política de seguridad del paciente implementada en Colombia.

Conocer los procesos implementados por el ministerio de salud para prevenir caídas y reducir el riesgo de caídas.

Identificar estudios científicos que relacionen la seguridad del paciente y la relación que tienen para prevenir caídas.

Adoptar una posición de análisis de conclusiones y recomendaciones mediante los artículos científicos y documentos recopilados.

### 3. INTRODUCCIÓN

Este proyecto de investigación se realiza con el fin de señalar la importancia que tiene la seguridad de la paciente determinada como una problemática de salud pública a nivel mundial. Hoy en día en las instituciones prestadoras de servicios de salud se habla de prácticas seguras que llevan a reducir las situaciones intencionales y de eventos adversos. El propósito de identificar acciones inseguras generadas durante la atención de salud se sitúa con el fin de implementar medidas correctivas que eviten su recurrencia y con ello repercusiones en las personas como la muerte. La prolongación de la estancia hospitalaria y pérdidas económicas dependen de los protocolos utilizados en la seguridad del paciente para favorecer la estancia de los usuarios dentro de la entidad prestadora. Estos sistemas de cuidados utilizados para la atención del paciente permiten reconocer la capacidad que tiene una entidad de salud la importancia de preservar la salud de los pacientes.

De esta manera se indica que todo paciente que ingresa a una entidad prestadora de salud se enfrenta a una serie de riesgos potenciales durante el tiempo de su estancia, en donde se pueden presentar incidentes entre estas las caídas, cortadas infecciones entre otros; considerado como un indicador relevante para evaluar la calidad del cuidado de enfermería, motivo por el cual el personal a cargo debe tomar conciencia para adoptar programas enfocados a la seguridad del paciente y disminución de riesgo en las caídas.

Esta investigación corresponde a una revisión bibliográfica y análisis de literatura del tema seguridad del paciente y prevención de caídas en la prestación de servicios de salud, para lo cual se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos, revistas, artículos, documentos etc.



## 4. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años la seguridad del paciente ha jugado un papel importante en la prestación de servicios de salud, ya que los errores sobre el usuario desencadenan eventos adversos con implicaciones para el usuario y el prestador del servicio de salud; la (OMS) y la alianza mundial buscan estandarizar en los sistemas de salud prácticas seguras para la atención.

Esta investigación se desarrolla con el propósito de determinar la importancia de los sistemas de protocolos dentro de una entidad prestadora de salud, también con dar a dar a conocer el análisis hecho a través de revisión exhaustiva de información entorno a la seguridad del paciente enfocado hacia la prevención de caídas. se evidencia que la información es limitada, manifestando la carencia que se debe tener en torno al tema. En general son mayores los estudios en seguridad del paciente y prevención de caídas de manera unitaria. Es importante abarcar mayor interés a estudios en instituciones prestadoras de salud en Colombia para de esta manera identificar y comparar como se encuentra actualmente la calidad de atención en salud.

En su mayoría muchas de estas investigaciones han sido desarrolladas por diferentes especialistas del ministerio de salud y protección social, profesionales de otros países, mientras que no se reportan investigaciones realizadas por profesionales de enfermería en la ciudad de Bogotá en torno a la problemática. Es de esta manera importante que los profesionales de enfermería tengan la capacidad de investigar para dar solución a las problemáticas en torno a la salud en Colombia, es significativo generar conciencia sobre la importancia de la investigación en los futuros profesionales de enfermería.

Con lo anterior expuesto, es esencial esta investigación debido a que busca actualizar conocimiento frente al tema de seguridad del paciente y el contexto de la prevención de caídas; además genera el fomento de este tipo de estudios por parte de los profesionales de enfermería.

## 5. MARCO CONCEPTUAL

### 5.1 Glosario

Cabe aclarar que en este apartado y para efectos de la presente investigación se tendrán en cuenta conceptos dados por ministerio de salud y protección social, (OMS).

1. **SEGURIDAD:** Se define como “ la seguridad como la ausencia de peligro, daño o riesgo. También es la sensación de confianza que se tiene en algo o alguien”<sup>3</sup>.
2. **PACIENTE:** Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica<sup>4</sup>.
3. **RIESGO:** El riesgo es la posibilidad o probabilidad de que un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado. Por lo tanto, mientras mayor sea la probabilidad y la pérdida potencial, mayor será el riesgo<sup>5</sup>.
4. **CAIDAS:** Las caídas Son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son<sup>6</sup>.
5. **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que

propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias<sup>7</sup>.

6. ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud<sup>8</sup>.

## **5.2 Antecedentes históricos**

Correspondiente a la historia de la seguridad del paciente cuenta con tres etapas importantes: primera era de la infalibilidad absoluta que constaba del diagnóstico incuestionable del médico, estos casos mayoritariamente se veían desde el siglo XV hasta el siglo XVII, donde los médicos eran un poco toscos y no aceptaban otras formas o actividades que no estuvieran aprobadas por sus conocimientos.

La segunda etapa es la infalibilidad relativa se demostró según estudios que los pacientes podrían infectarse por quienes los atendían, esta etapa es de la actualidad o de la era moderna donde estudios comprueban estas situaciones en los pacientes y uno de los grandes problemas es la poca financiación de los hospitales en algunos países y esto conlleva a la reutilización de implementos quirúrgicos y demás.

La tercera y última es la falibilidad expuesta llamada así por la publicación del libro “errar es humano” en el año 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, en este libro construyendo un sistema de salud más seguro donde se evidencia claramente la presencia frecuente de eventos adversos en la presentación de salud

Se vivió la primera etapa nombrada anteriormente como lo es la infalibilidad absoluta, donde los doctores tenían un pronóstico y diagnóstico casi irrefutable, algunas veces cuando estos estaban equivocados y se comprobó estos fueron llevados a juicios púnicos donde ponían en juego su reputación, pero con los avances tecnológicos que hubieron en esos siglos como “la teoría microbiana aunque fue muy controvertida en sus inicios,

hoy en día es fundamental en la medicina moderna y la microbiología clínica, condujo a innovaciones tan importantes como el desarrollo de vacunas, los antibióticos, la esterilización y la higiene como métodos efectivos de cura y prevención contra la propagación de las enfermedades infecciosas.”<sup>9</sup> Circunstancias como la anteriormente nombrada llevaron a la medicina y especialmente a la seguridad del paciente a evolucionar y a pasar a la segunda etapa nombrada la infalibilidad relativa caracterizada por el reconocimiento de que se cometen errores, de que pueden ocurrir sin pensarlo siquiera, y de que pueden ser prevenidos, aunque, como se pudo haber supuesto desde entonces, la posibilidad de ocurrencia hubiese sido muy baja en condiciones normales y no de guerra. Durante todo este periodo la imagen de los médicos permaneció en un alto nivel de reconocimiento y respeto social, lo cual, aunado a los incipientes avances científicos del siglo XIX y a la deslumbrante explosión científico-tecnológica del siglo XX.<sup>10</sup> Inicialmente por el siglo XIX con Florence Nightingale la precursora de la enfermería moderna, como una práctica con técnicas especializadas para la atención a los pacientes. “Sostenía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz) componentes que siguen teniendo vigencia al día de la fecha.” (Young, Finn, Chambi, Smith, 2010)<sup>11</sup>.pero antes de esta ayudar a la creación de los parámetros de Florence Nightingale que fueron las bases en la seguridad del paciente. En las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, o las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Esta fue una de las etapas

más importantes en la seguridad del paciente como punto importante de desarrollo en varios aspectos no solo en el de salud.

Los avances tecnológicos en el campo de la salud tienden a producirse en los tiempos de guerra, como en la primera guerra mundial se vieron varios avances novedosos en el campo médico tuvieron lugar en el marco de esta confrontación. Aunque se ha sobrevalorado el papel de la Gran Guerra en los progresos de la cirugía, es claro que se presentaron logros significativos los cuales encontraron utilidad en la práctica médica civil de los siguientes años. En un contexto donde el uso de proyectiles de mayor calibre y explosivos hizo que las heridas fueran terribles, la cirugía plástica reconstructiva, sobre todo de la cara, ofreció importantes respuestas. (Vega, 2015)<sup>12</sup> la capacidad que tiene el ser humano de ayudar crece en estos tiempos puesto que se ve influenciado con las situaciones que ocurren en las guerras, hasta tiempo después de estas como la creación de la ONU y con esta se creó paralelamente la (OMS) un ente regulador en la salud mundial actualmente.

Tras los grandes avances en la medicina y en el campo de la seguridad del paciente sobre todo en el siglo XX, no fue sino hasta finales de este que se dieron nuevos estudios y como el hecho por el Instituto de medicina de los Estados Unidos con el libro “errar es humano” donde daban a conocer la última etapa trabajada en el campo de la seguridad del paciente, el cual es la factibilidad expuesta, esta se reconoce de manera explícita que los errores son mucho más frecuentes de lo que podría haberse pensado y que incluso llegan a producir muertes evitables en cantidades insospechadas. No se trata de un descubrimiento súbito, sino de la acumulación de datos provenientes de casos y estudios realizados algunos años atrás, pero que se van sumando y adquieren una enorme visibilidad<sup>10</sup>. esta época en la cual estamos, se ven fenómenos bastante insólitos en los hospitales, las muertes por bacterias y demás actores que propician la inseguridad en pacientes.

Una organización como la (OMS) ha sido de gran ayuda para guiar a los países, para que estos creen una regulación para la seguridad del paciente, como el día 27 de octubre de

2004 se puso en marcha el proyecto de alianza mundial para la seguridad del paciente de la (OMS) este fue uno de los grandes hitos en la actualidad en el campo de la seguridad del paciente con el lema “ante todo no hacer daño” la alianza fue creada con el propósito de regular, propagar y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la (OMS); expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.

### **5.3 Antecedentes Legales**

Los siguientes antecedentes son de gran relevancia debido a que indican aquellas políticas que protegen y promueven hacia un adecuado desarrollo en la calidad de la atención de salud, generando una guía de apoyo que ayuda al lector a obtener conocimientos sobre las leyes que han protegido al paciente en relación con la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud y la relación que tiene con la prevención de caídas.

Resolución 1446 de 2006 mediante la cual establece el sistema de información para la calidad y se adopta indicadores del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, incluyendo la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos evaluando la atención de salud generada por IPSs o EAPB para alcanzar los resultados centrados en el usuario.

En relación con lo estipulado en el sistema único de habilitación la ocurrencia de eventos adversos, deben correlacionarse con las causas que lo originan e implementar la prevención de riesgos hacia los cuales apuntan en los estándares de SOGCS<sup>13</sup>.

Según lo estipulado por SOGCS en el decreto 1011 de 2006 en el párrafo 1 artículo número 4 el ministerio de salud y protección social debe acomodar periódicamente y de modo continuo los estándares que conforman el sistema obligatorio de garantía de

calidad de la atención de salud. Para brindar al usuario seguridad frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.

Motivo por el cual se apoya con la resolución 1441 de 2013 en donde define procedimientos y las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios para habilitar los servicios y las condiciones para adoptar el manual en ips y eps.

Se entiende como estándar de habilitación las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud para prestar sus servicios de salud, los estándares de habilitación conformada por un principio básico de beneficios con el objetivo de superar los riesgos para defender la vida, la salud del paciente y la dignidad.

Es de carácter obligatorio el cumplimiento de los estándares de habilitación, debido a que son esenciales, la no obligatoriedad involucra la aceptación del estado en la prestación de servicios de salud a conciencia y con inminente riesgo.

De esta manera se debe asegurar al usuario la calidad mediante planes de cumplimiento, en donde los estándares sean efectivos con requisitos de relación directa de la seguridad a los usuarios, entendido como ausencia de riesgos que atenten contra la vida y la salud.

Por esto los estándares buscan atender la seguridad del paciente, mediante elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas evidenciadas tendientes a disminuir el riesgo de presentar un evento adverso y amortiguar las consecuencias del mismo<sup>14</sup>.

Es importante implementar la política nacional de seguridad del paciente, impartida a partir del 11 de junio 2008 la cual nace impulsada con el objetivo de prevenir situaciones que afecten la seguridad del paciente o la ocurrencia de eventos adversos para lograr instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; lo cual incrementa el riesgo; la labor de la medicina se ha convertido en simple, poco efectivo, de ser seguro a ser complejo y de efectivo a potencialmente peligroso esto si no se adoptan los adecuados controles y barreras.

Actualmente los procesos de atención en salud son complejos, debido a que cuentan con tecnologías y técnicas cada vez más sofisticadas. Generando una atención de salud más simple por parte del profesional. De esta manera es importante certificar que los resultados sean efectivos para el usuario mejorando la salud.

En sistemas tan complejos, los métodos no siempre salen bien esto esta atribuido a la negligencia, y en otros casos otorgado a la concurrencia de errores de planeación o de ejecución en el desarrollo de la atención en salud, marcando perjudicialmente el paciente y ocasionando los conocidos eventos adversos.

Para brindar un sistema de salud seguro es importante que los actores involucrados tengan la cultura de responsabilidad, se evidencia que al ocurrir un evento adverso el paciente sufre un daño y el personal de salud también debido que se puede señalar como culpable sin tener la intención de generar daño al paciente. Es así como la seguridad del paciente incluye la evaluación permanente y activa de los riesgos durante la atención de salud para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias.

La Política de Seguridad del Paciente es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La alineación hacia la prestación de servicios de salud más segura necesita de información de seguridad del paciente integrada expansión, extensión y reproducción de conocimiento con el propósito de fomentar el desarrollo de acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.



### **5.3 Principios de la política de seguridad del paciente**

Enfoque de atención centrado en el usuario. Encontrando que los resultados generados en el usuario y la seguridad del paciente giran en torno a unas acciones confiables

Cultura de Seguridad. Los ambientes de las acciones de seguridad del paciente deben estar en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de todos los anteriormente nombrados facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Es esencial que La política de seguridad del paciente sea integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y debe ser transversal a todos los componentes.

Multicausalidad. Los inconvenientes generados de la seguridad del paciente son sistémica y multicausal en la cual deben incluir las diferentes áreas organizacionales y todos diferentes actores.

Validez. Para generar sensación de impresión se deben implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica.

Alianza con el paciente y su familia. Se debe involucrar acciones para el mejoramiento continuo en compañía de familiares, pacientes y el personal de salud.

Alianza con el profesional de la salud. Debe tener reconocimiento ético de la atención brindada por el profesional de la salud y los procesos generados de la atención de la misma, en donde debe contar con la participación y esforzarse por intentar defenderlo de señalamientos injustificados<sup>15</sup>.

## **6. CONCEPTOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

### **6.1 Seguridad del paciente**

Es determinante conocer cuáles son los fundamentos necesarios que comprenden la atención de la seguridad del paciente, de esta manera es indispensable contar con una serie de elementos, metodologías, instrumentos y procedimientos legítimos que manifiesten y garanticen científicamente la seguridad del paciente dentro de una entidad prestadora de servicios de salud. La gestión de estos procedimientos de la atención en salud están guiados por directrices del sistema obligatorio de garantía de calidad con el propósito de prevenir la incidencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir e incluso eliminar por completo la presencia de eventos adversos, para lograr instituciones seguras competitivas internacionalmente enfocadas en la atención en salud propia y acorde a lo que el usuario busca.

De esta manera la política institucional de Seguridad del paciente debe estar dirigida por líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios en donde se desarrollara mediante acciones reguladas por líneas de acción, agrupadas en cinco estrategias inicialmente se encuentra la educativa, seguido por promoción de herramientas organizacionales, coordinación de actores, y de información<sup>15</sup>.

#### **Indicio de atención insegura**

Son sucesos o incidentes que generan hechos adversos y acrecientan el peligro para el usuario por no atender a protocolos de cuidado dentro de una organización prestadora de salud

#### **Falla de la atención en salud**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla

de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

### **Riesgo**

Son las consecuencias de no seguir con un protocolo de contingencias o de eventos que presentan durante la estancia del usuario en una entidad prestadora de servicios de salud

### **Evento adverso**

Situaciones que presentan de una u otra manera intencionalmente durante la estancia hospitalaria.

### **Evento adverso prevenible**

Son situaciones en donde hay un estándar anteriormente ya expuesto en donde se previene de una forma adecuada la ejecución de los estándares de la atención asistencial disponibles en una situación concreta.

### **Evento adverso no prevenible**

Consecuencias no deseadas y no intencionales que se sitúan a pesar de que hace el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial del paciente

### **Incidente**

Riesgo latente no intencional que se presenta en el usuario, pero que a su vez no representa ningún peligro de causa de muerte.

### **Complicación**

Son circunstancias inesperadas que presentan en la salud clínica del paciente y que no se debe a la atención prestada por el personal encargado

### **Barrera de seguridad**

Situaciones o acciones que presentan fortuitamente en donde la prestación de asistencia se imposibilita o restringe por medio de un evento adverso.

### **Sistema de gestión del evento adverso**

Son una serie de procedimientos, mecanismos y acciones determinadas con el fin de gestionar la prevención en cuanto hecho adversos, con la función de informar consecuencias y situaciones que han sucedido para que en un futuro no generen consecuencias

### **Acciones de reducción de riesgo**

Son procesos en donde se busca modificar, reducir las situaciones de riesgo existentes<sup>15</sup>.

## **6.2 Prevención de caídas**

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud. Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte.

Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras.

Según 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 ésta por secuelas asociadas a la discapacidad<sup>16</sup>.

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.

Para prevenir esto se tienen que identificar los errores cometidos por los doctores y enfermeras y hasta por el paciente, con esto el siguiente paso sería generar estrategias donde se implemente capacitaciones administrativas y asistenciales entorno a la seguridad del paciente en las caídas. Las caídas son un factor costoso para las clínicas en el mundo, si se crean estrategias las cuales ayuden a bajar los costos generados por las caídas se recibirá un beneficio mancomunado inicialmente para el paciente que no sufrirá lesiones y segundo para el sistema de salud ya que este se escatimara en costos.

La tasa de pacientes que tiene una caída durante su estadía en el hospital ronda entre el 2% y el 12%, es una gran cifra en comparación con la cantidad de población que se atiende en un hospital, pero en su mayoría las caídas se presentan en personas con bastante edad, una de las razones puede ser: con el paso del tiempo el cuerpo pierde vitalidad y con esto pierde fuerza en los músculos y los huesos tienden a ser más frágiles especialmente en las mujeres. Las consecuencias directas de la caída pueden variar de lesiones menores a pequeños hematomas 28%, a severas lesiones de tejido blando 11.4% y fracturas de huesos 5%. La fractura de cadera es la complicación más seria, en 20% de los casos esta fractura lleva a inmovilidad, y de 14 a 36% de los casos lleva a muerte en un año.

Existen unas prácticas para que el paciente tenga menor riesgo a una caída, aunque el seguimiento de estos consejos no garantiza que el paciente no valla tener una caída, pero si es menos probable que este la sufra una:

- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto, por turno.
- 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.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente

(bastones, andador, gafas, audífonos, etc.). Revisar cada 12 horas.

- 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.

- Evitar deambular cuando el piso esté mojado (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.

El hospital, personal y las organizaciones deben ser conscientes de las limitaciones de las herramientas para evaluar riesgos, sin dejarse seducir de lo atractivo que puede ser la solución del problema de caídas, a través de éstas. Hay estrategias innovadoras que ayudan a la atención en caso de caídas como una identificación como un brazalete para identificar fácilmente los pacientes en riesgo de caídas y un sistema de alarma en la cama, conectado al centro de enfermería el cual se activa cuando un paciente en riesgo de caída se sienta en la cama. 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.

En conclusión, el trabajo de evitar las caídas debe tener un apoyo mancomunado iniciando desde la gerencia y directivas del hospital, estos inicialmente deben crear estrategias para disminuir las caídas, y generar un ambiente donde se tengan menos posibilidades de adquirir una caída seguidamente el trabajo con el personal médico que se encarga del bienestar de los pacientes y de los pacientes los cuales deben ayudar en su cuidado para que se puedan beneficiar todos<sup>16</sup>.

## **7. METODOLOGÍA**

A continuación se da a conocer el tipo de investigación, los criterios de inclusión y exclusión, además de las características que cumplen los estudios científicos para ser elegidos en el presente trabajo. Igualmente se describen las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el trabajo de campo, las técnicas para el análisis de la información y los aspectos éticos sobre el tema de seguridad de paciente enfocado a la prevención de caídas.

### **7.1 Tipo de investigación**

El presente trabajo es un estudio de tipo documental descriptivo. Documental debido a que se seleccionaron artículos científicos y documentos en bases teóricas, relacionadas con información basada en las prácticas de atención de salud seguridad del paciente y la relación que tiene con la prevención de caídas; con enfoque descriptivo debido a que esta investigación tuvo como objeto establecer cómo se manifiesta un determinado fenómeno que atrae la atención de tal manera que se limitó a identificar sus características o propiedades en un momento determinado.

De esta manera se define como la relación de artículos científicos que permite exponer el tema de modo concreto y profundo, para finalmente llegar a un análisis de los factores que generan caídas durante la atención de salud y la relación que tiene con la seguridad del paciente.

#### **7.1.1 Criterios de inclusión**

Correspondieron a las características que debió cumplir los artículos científicos para ser elegidos en la siguiente investigación.

Artículos científicos entre el año 2000 hasta el año 2018

Artículos científicos de cualquier parte de américa artículos científicos en inglés y español

Artículos que trabajen temas de seguridad del paciente y manejo de caídas

### **7.1.2 Criterios de exclusión**

Corresponde a las características que determinaron no incluir a un sujeto como elemento de estudio en la presente investigación.

Artículos que se encontraban antes del año 2000

Artículos científicos que manejaban temas de seguridad del paciente enfocados a temas diferentes a caídas

Artículos que no se encontraban en el contexto americano

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos, Ebsco, Scielo, revista iberoamericana, realyc, (OMS) y codamedever; haciendo uso de las palabras Mesh seguridad del paciente y prevención de caídas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Para luego clasificar cada artículo de acuerdo a los criterios de inclusión, y así iniciar el análisis, planteamiento de los resultados y la discusión del presente trabajo.



## **8. RESULTADOS**

### **Análisis y discusión de resultados**

#### **Descripción de resultados**

En el presente capítulo se presenta el análisis e interpretación de los resultados de la documentación encontrada en las diferentes bases de datos, que permitió analizar y adquirir conocimientos en el tema de seguridad del paciente enfocada a la prevención de caídas, evaluando de esta manera el objetivo de del presente trabajo, así mismo se da cumplimiento a los objetivos específicos planteados en la investigación.

Es así como se determina que la seguridad del paciente presenta gran impacto en la atención de salud, el sistema permite minimizar la incidencia de eventos adversos y en especial la prevención de caídas. La (OMS) ha trabajado por la alianza clínica del paciente con el objetivo de disminuir los errores que se cometen a diario en ámbitos hospitalarios desde el área asistencial hasta el área administrativa, en la cual ocasiona eventos adversos con consecuencias que provocan daños letales, en 2002 la (OMS) en su 55a Asamblea Mundial indico tasas muy altas de eventos adversos para diferentes países desarrollados que oscilaron entre 3.2% y 16.6%<sup>6</sup> evidenciado con la problemática actual a nivel mundial<sup>17</sup>.

La estrategia de seguridad del paciente se basa en dos ejes el primero en estudiar la magnitud del problema y el segundo eje el cómo disminuir la incidencia a partir de los eventos presentados.

De esta manera como se están obteniendo y que tan confiable es la información de los eventos adversos, según Barbosa Ramirez y compañía indica que el sistema de reporte de eventos adversos no es conocido por todo el personal que está en contacto con los pacientes, otros consideran que no es obligatorio y que solo deben reportarse aquellos

eventos que causan daño al paciente, en otras oportunidades el informe se hace verbal y no quedan registros y quienes más reportan son las enfermeras el resto de personal no lo hace.

Así mismo en este estudio los trabajadores destacan que hacen siempre lo mejor para lograr la seguridad del paciente, mediante el trabajo en equipo recomendando el estar atentos para evitar el error a pesar del tiempo trabajado; seguido por la descripción de las causas del error, quienes indican que la carga laboral y la falta de personal hace que aumente el margen de error esto provocado porque aumentan las funciones, lo que ocasiona un tiempo más corto para brindar atención con calidad en las actividades asignadas. Considerando que los servicios que mayor riesgo tienen por falta de personal y aumento de la demanda es urgencias y unidad de cuidados intensivos.

Algunas medidas efectivas para minimizar el margen de error son ubicar avisos referentes de medidas de seguridad, autorizar acompañante permanente para pacientes en situación de riesgo como lo son niños, adultos mayores, o personas en estado crítico, dar información y educación al paciente y familiares para que entiendan los temas seguridad durante la atención de salud<sup>18</sup>.

La seguridad del paciente cuenta con diferentes áreas que requieren manejo y atención oportuna, para así mejorar la calidad del servicio con actitud proactiva en los diferentes lineamientos como lo es la prevención de caídas.

Para que se dé cumplimiento a las estrategias de prevención de caídas y sea efectiva es necesario que todo el personal de salud en especial enfermería, tienen como responsabilidad identificar los pacientes con riesgo potencial de presentar riesgo de caídas y los riesgos que propician los mismos para de este modo conseguir un entorno seguro según los resultados obtenidos en el estudio realizado en el hospital Ignacio Chávez de México se evidencia que de 4,842 pacientes que ingresaron al hospital 23 presentaron caídas durante la hospitalización analizando como un resultado bajo más

sin embargo estas caídas representan un aumento en los costos hospitalarios debido a que se prolonga la estancia hospitalaria.

Según este estudio, para eliminar dicha problemática implementan un sistema de auditoria que evalúe y detecte las actividades del personal de enfermería para prevenir las caídas y así medir el nivel de efectividad actual, por medio de indicadores y estándares del cuidado del enfermero en la prevención de caídas calculando la calidad del mismo.

De lo descrito por Raz y Baretich mencionan que las caídas representan un 29 al 89% de los incidentes hospitalarios esto relacionado con la edad y el sexo. Con mayor constancia en los ancianos vinculado con los cambios fisiológicos o enfermedades crónicas; también se evidencia que las mujeres son más susceptibles a presentar algún tipo de caídas con una relación del 40% en relación con los hombres en un 28%. Aun así se describe que después de los 75 años se iguala el riesgo de caída en los dos géneros.

Los factores que más predominan para que se presenten las caídas son las enfermedades crónicas, agudas, el consumo de ciertos fármacos, la escasa iluminación, baños sin medidas de seguridad, el mal diseño de las barandas, timbres fuera del alcance del paciente o en el caso máximo dañados.

Es necesario que el personal de salud y los familiares identifiquen estos factores, para que de esta manera disminuyan el riesgo y la incidencia de que se generen caídas hospitalarias según el estudio aplicado en el hospital de Mexico se logra evidenciar que la enfermera quien se encuentra de manera constante con el paciente tiene la cultura de identificar y asegurar que los pacientes con alteración neurológica cuente con acompañante permanente con un valor de eficiencia de 80.92% en la primera fase de la investigación aumentando la adherencia en la segunda fase con un resultado del 96.71% la cual garantiza que la enfermera acude de manera oportuna al llamado del paciente<sup>19</sup>. Esto demuestra que la enfermera condiciona un papel importante durante el proceso de atención de salud del paciente, y que para que se logren procesos de recuperación y tratamiento con calidad se deben garantizar procesos de formación y comunicación

permanentes que impacten hacia una cultura de seguridad, compromiso y responsabilidad en la profesión.

## 9. CONCLUSIONES

Se identificó que en general la población hospitalaria tiene escasos conocimientos sobre la cultura de reporte de eventos e incidentes. Se percibe que la práctica de informar el error y discutirlo existe en unas áreas más que en otras, se evidencia que los profesionales que tienen mayor cultura de reporte son los enfermeros y se puede diferir que el no reporte está ligado al temor de represarías legales.

Con el reporte de los eventos adversos se logra un aprendizaje organizacional estudiando la falla y las causas de la misma, para así dar inicio al mejoramiento continuo que tiene como objetivo generar cambios positivos en la atención de salud.

La infraestructura tiene gran impacto en la seguridad del paciente y la relación con las caídas, es así que se deben implementar medidas de identificación de riesgo que favorezcan ambientes seguros educando el paciente, familiares y personal de salud en general.

Con la implementación de la ley 100 se ha dejado de lado la esencia del cuidado, y se ha buscado aumentar la productividad en las instituciones de salud; negándole al usuario el derecho a la necesidad de la atención con calidad.

## **10. RECOMENDACIONES**

Incentivar a los trabajadores de salud a investigar en temas relacionados con la seguridad del paciente y la relación que tienen con las caídas, debido a que no se encuentran estudios que manejen este tema bajo un enfoque único.

Se debe sensibilizar al personal de salud en cuanto al reporte de eventos adversos y su obligatoriedad en el hospital, aclarando que con el informe se busca encontrar un riesgo para la prestación del servicio y no como un problema ético y de ineficiencia técnica.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio De Salud Y De protección Social. Prevalencia De Eventos Adversos En Hospitales De Latinoamerica 11 junio 2008.; [Internet]. Consultado 13 diciembre 2017. Disponible en:

<http://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/D%20ESTUDIO%20IBEAS%20Y%20LA%20PSP.pdf>

2. MIN SALUD.Editor; Ministerio De Salud;[Internet]. [Internet].[Consultado 15 diciembre 2017]. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia\\_promocion\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf)

3. Foro de Seguridad. Editor; Foro de Profesionales Latino Americanos En seguridad; [Internet]. Consultado 06 diciembre 2017. Disponible en:

<http://www.forodeseguridad.com/artic/discipl/4163.htm>

4. RAE [Internet]. Madrid-España: RAE [fecha de última actualización 2017; [Internet]. fecha de nuestra consulta 06 diciembre 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=RPix2Mn>

5.MSc. Belkis Echemendía Tocabens. Definiciones Acerca Del Riesgo y Sus Implicaciones. Rev cubana Hig Epidemiol vol.49 no.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2011. [Consultado 06 diciembre 2017]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf>

6. OMS. Editor; OMS; foro de prensa [tomado última actualización agosto 2017. [Consultado 06 diciembre 2017]. [Internet]. Disponible en: URL de la web <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

7. MIN SALUD... [Internet]. Editor; Ministerio De Salud; [Consultado 06 diciembre 2017]. [Internet]. Disponible en: URL de la web

<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

8. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. A complexity science primer. In Edge Ware., Insights from science for healthcare leaders. VHA, 2001, Pages 3-20

9.Madigan M, Martinko J (editores). (2005). Brock Biology of Microorganisms (11th ed. edición). Prentice Hall. ISBN 0131443291

10· Enrique Ruelas Barajas, Odet Sarabia González, Walter Tovar Vera, Seguridad del paciente hospitalizado. pág. 2. ; [Consultado 06 diciembre 2017]. [Internet]. Disponible

en:

<https://books.google.com.co/books?id=UVF5RIKZwUMC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=infallibilidad+relativa&source=bl&ots=CglfgUA6N5&sig=RV4oSKbK8caKelwlaweXQNtIJu4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjV-oua8IvYAhUFMSYKHdDvAWgQ6AEINzAD#v=onepage&q&f=false>

11. Pablo Young, Verónica Hortis De Smitha, María C. Chambib, Bárbara C. Finn.” Historia de la medicina, Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento”. Rev. méd. Chile, jun. 2011, vol.139 no.6 Santiago ; [Consultado 06 diciembre 2017]. [Internet]. Disponible en: URL de la web [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017)

12. VEGA VARGAS; Manuel. La Salud Y La Medicina Durante La Primera Guerra Mundial. [Internet]. [Consultado 15 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.revistacredencial.com/credencial/historia/temas/la-salud-y-la-medicina-durante-la-primera-guerra-mundial>

13. Ministerio De La Protección Social. Resolución Número 1446 -08 mayo 2006. [Internet]. [Citado 7 de diciembre 2017]. Disponible en: [Lhttps://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf)

14. Ministerio De Salud Y Protección Social. [Internet]. 28 mayo 2017.; [13 diciembre 2017]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

15. Ministerio De Salud Y De protección Social. Lineamientos Para La Implementación De La Política De Seguridad Del Paciente En La República De Colombia. 11 junio 2008.; [Internet]. [Consultado 13 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

16. Min, Salud; Procesos Par a La Prevención Reducción De La Frecuencia De Caídas. . [Internet]. [Consultado 15 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

17. Franco, Astolfo La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema Colombia Médica, vol. 36, núm. 2, abril-junio, 2005, pp. 130-133 Universidad del Valle Cali, Colombia, [Internet]. [Consultado 26 enero 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28336211>



18. BARBOSA R, Lucia. CÁRDENAS C, Elizabeth, GARCÍA C, MORE P, Liliana, MUÑOZ O Liliانا. Establecimiento De Una Línea De Base De La Cultura De La Seguridad De Los Pacientes En Un Hospital Universitario En Bogota.2008. Revista Iberoamericana De Psicología: Ciencia Y Tecnología (1): 19-28, [Internet]. [Consultado 26 enero 2018]. Disponible en:  
<http://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/140/112>

19. TAPIA VILLANUEVA; María, SALAZAR CAFERINO; MARIA C, TAPIA COLEX; LORENZA, OLIVAEZ RAMIREZ ; CLARA. Prevención De Caídas. Indicador De Calidad Del Cuidado Enfermero. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Vol. 11, Núm. 2 Mayo-Agosto 2003 pp 51-57 [Internet]. [Consultado 26 enero 2018]. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032b.pdf>