



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
LAS INSTITUCIONES DE SALUD
PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

ANA JACQUELIN MENDOZA MARTINEZ
Enfermera Jefe

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
ESPECIALIZACIÓN
GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
BOGOTÁ D.C
2018

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
LAS INSTITUCIONES DE SALUD
PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

ANA JACQUELIN MENDOZA MARTINEZ
Enfermera Jefe

ASESOR: Edson Jair Ospina Lozano

PROFESOR POSGRADO EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA:

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
ESPECIALIZACIÓN
GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
BOGOTÁ D.C
2018**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
MARCO HISTÓRICO	12
<i>Primer Tiempo</i>	12
<i>Segundo Tiempo</i>	12
<i>Tercer Tiempo</i>	12
<i>Cuarto Tiempo</i>	13
MARCO LEGAL	15
A. LEY 100 DE 1993 EN COLOMBIA	15
B. RESOLUCIÓN 2003 DE 2014.	15
C. RESOLUCIÓN 1446 DE 2006.	16
D. DECRETO 1011 DE 2006:	16
E. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006:	16
F. RESOLUCIÓN 0256 DE 2006:	16
MARCO CONCEPTUAL.....	17
<i>Seguridad Del Paciente</i>	17
<i>Riesgo</i>	17
<i>Evento Adverso</i>	17
<i>Incidente</i>	17
<i>Complicación</i>	18
<i>Barrera De Seguridad</i>	18
<i>Caída</i>	18
<i>Riesgo De Caída</i>	18
ESTADÍSTICAS DE CAÍDAS “HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ”	18
NRO EVENTOS VS MES (TABLA:1)	18
ANÁLISIS DE CAIDAS EN EL AÑO 2017	20
ANÁLISIS DE DATOS.....	25
RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS	25
FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE QUE AUMENTAN EL RIESGO DE CAÍDA.....	27
RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA	27
RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIARES	28
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS.	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31

BIBLIOGRAFÍA	33
--------------------	----

TABLAS Y GRÁFICAS

NRO EVENTOS VS MES (TABLA:1)	18
GRAFICA 1. CAUSAS DE CAIDAS	20
GRAFICA 2 GENERACION DEL DAÑO	21
GRÁFICA 3 GRAVEDAD DEL DAÑO	22
GRÁFICA 4 EVENTOS POR TURNO.....	22
GRÁFICA 5 DETALLE DE EVENTOS POR SERVICIO	22
GRÁFICA 6 EVENTOS SEGÚN GÉNERO (MASCULINO FEMENINO)	23
GRÁFICA 7 CAIDAS SEGÚN LA EDAD	24

RESUMEN

Se presentara una revisión bibliográfica sobre seguridad del paciente, en relación a las caídas que presentan en los pacientes hospitalizados, debido a que este tema gran importancia, y en Colombia representa gran relevancia dentro de la gestión de las instituciones de salud para mejora de la calidad de la atención.

El objetivo es brindar estrategias y recomendaciones de prevención para evitar que este evento se presente y ponga en riesgo la calidad de vida del paciente.

La OMS, instituyó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual inicio sus actividades en octubre de 2004, con el objetivo de organizar, implementar, dar a conocer gestiones para optimizar la seguridad del paciente y prevenir que ocurran eventos adversos en la atención hospitalaria.

La investigación se realizó mediante el método observacional utilizando como referencia la normatividad vigente en Colombia con respecto a las caídas que presentan en los pacientes internados y tomando como base empírica las estadísticas de caídas presentadas en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Bogotá.

En conclusión esta monografía se realizó con el propósito de generar estrategias que generen la reducción de caídas en los pacientes institucionalizados mediante la implementación de un programa de seguridad y creación de una cultura de seguridad del paciente.

PALABRA CLAVE: Paciente, Seguridad del paciente, factores de riesgo, riesgo, prevención.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente debe ser una prioridad en las instituciones de salud en todo el mundo, debido al aumento de los eventos adversos lo cual ocasiona daños en el paciente la muerte, situación que prolonga el período de hospitalización y aumentan los costos que deben ser asumidos por las instituciones.

Según estadísticas de los llamados países desarrollados, de diez pacientes hospitalizados, uno de ellos se le ocasiona daño durante el tiempo de hospitalización.

En la actualidad, la seguridad del paciente y la calidad de la atención representan una parte esencial en los procesos de atención del paciente, posterior a la reglamentación de la “RESOLUCIÓN WAH55.18” en el 2002 por la OMS sobre la seguridad del paciente. (4)

La literatura plantea múltiples conceptos para establecer estrategias una cultura sobre seguridad del paciente con una perspectiva integral y que brinda herramientas a las instituciones de salud para identificar los errores y establecer las causas, con la intención de planear acciones de mejora de manera acertada para evitar que vuelvan a ocurrir eventos adversos que afecten la salud de los pacientes.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los aspectos principales, concernientes con la seguridad del paciente, iniciando por un repaso histórico su evolución y definición de conceptos y particularidades más importantes en la actualidad, incluyendo una revisión del marco legal, incluyendo las actividades que se pueden implementar en las instituciones de salud, con el fin de ofrecer un cuidado con calidad para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.

Colombia impulsó una Política de Seguridad del Paciente, establecida por el SOGCS, con el objetivo de prevenir que sucedan eventos que vulneren la seguridad del paciente y disminuir o suprimir la ocurrencia de eventos adversos, y

obtener como resultado que las instituciones se conviertan en sitios seguros de atención para el paciente, satisfaciendo sus necesidades y expectativas en el transcurso de la atención.

La seguridad del Paciente del paciente debe buscar la implementación de protocolos, guías y procedimientos, además la investigación, análisis y evaluación de los incidentes, eventos adversos que se presenten y notificarlos al personal con que cuenta la institución para establecer medidas encaminadas a la prevención de eventos adversos que puedan afectar la salud del paciente; cuando ocurran incidentes o eventos adversos y además poder evaluar ¿porque ocurrieron?, ¿cuáles fueron los errores?, ¿Cómo controlarlos? Con el fin de plantear acciones y planes de mejora, que involucren el seguimiento de las acciones planteadas.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

“Las caídas son la segunda causa accidental no intencional a nivel mundial, la OMS en 2012 notificó que estos casos son derivados de la atención en las instituciones sanitarias. En este informe registro que 37,3 millones de caídas que se presentan cada año, 424.000 provocan la muerte de los pacientes, incluso secuelas como discapacidad leve o permanente que generan la necesidad de hospitalizaciones prolongadas, en algunas ocasiones esta situación deriva en demandas multimillonarias todos estos costos deben ser pagados por las instituciones”(4) Para muchos países evitar la ocurrencia de caídas es en una meta de gran relevancia en el entorno de la salud; por ejemplo Estados Unidos tiene como intención disminuir el riesgo de lesiones del paciente como causa de las caídas.

Las caídas suelen ocurrir por no detectar de manera oportuna el riesgo del paciente, debido a que no se realiza una valoración completa desde el ingreso del paciente a la institución, identificando las alteraciones, factores de riesgo, así mismo se cometen errores como instaurar y evaluar de forma permanente las medidas de prevención adecuadas evitar que ocurran estos eventos.

Con el fin de lograrla las instituciones deben implementar un programa de seguridad que incluya la valoración y clasificación del riesgo de caídas del paciente, de igual forma establecer estrategias para reducir el riesgo de lesiones en caso que se presente una caída, se debe evaluar de forma constante la eficiencia de las acciones establecidas en el programa de reducción de caídas.

En la actualidad Colombia tiene una política de seguridad del paciente, cuya finalidad es de prevenir que sucedan situaciones que generen daños al paciente y disminuir o suprimir la ocurrencia de Eventos adversos, y obtener como resultado la reducción de los casos, para garantizar instituciones seguras para el paciente.

El Ministerio de Protección Social instauró los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”(1) y la “Guía técnica “Buenas de Prácticas Para la Seguridad del Paciente”(5); estos documentos aportan temas relevantes en materia de seguridad que las instituciones sanitarias deben tener en cuenta para poner en práctica e incorporar en la atención que se brinda al paciente y su familia.

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta la relevancia de la seguridad del paciente, existe en Colombia una reglamentación que está incluida dentro de la Resolución 256 del 2016 y en la Resolución 2003 de 2014 que tuvo una reforma o modificación con la 2003 de 2016 en la cual se brindan las herramientas necesarias para que tengan en cuenta en las entidades de salud y se tomen medidas, se creen instrumentos, procesos y procedimientos que estén encaminados a minimizar los riesgos que puedan ocurrir al paciente cuando se le brinda un proceso de atención en salud y prevenir que se generen complicaciones o daños o situaciones que aumenten los tiempos de estancia hospitalaria o hasta le puedan causar lesiones que puedan alterar su estado de salud de manera parcial o total y en ocasiones la muerte.

Estos incidentes o eventos adversos son evidencia de la calidad con que prestan los procesos de atención en salud en las instituciones.

El objetivo de este trabajo es mediante la revisar la literatura mundial y nacional sobre seguridad y prevención de riesgos de caída en las instituciones de salud, además de indicar la importancia de la construcción de una programa de seguridad del paciente y la implementación de un comité de seguridad institucional que se encargue de realizar análisis, de los eventos adversos, seguimiento y verificación de la adherencia a las guías de seguridad y protocolos institucionales, como también los planes de mejora que se propongan para impedir que se sucedan eventos adversos y disminuir sus consecuencias.

OBJETIVO GENERAL

- Dar a conocer la política de seguridad del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enunciar una cultura institucional sobre la ejecución de un programa de seguridad del paciente.
- Sugerir estrategias de participación activa del paciente y su familia alrededor de la prevención de las caídas y las acciones de mejora.

MARCO HISTÓRICO

7.1. Antecedentes Históricos

El daño involuntario a los pacientes, es una situación de la cual existen registros desde el siglo XVII A.C. Durante este tiempo la solución de estos actos era punitiva, se le quitaba la mano al galeno que ocasionaba el daño.

Durante el progreso de la medicina se pueden establecer varias etapas.

Primer Tiempo

Existen escritos como el del “Código de Hammurabi” (1692 a.C.) El cual habla sobre calidad iniciar cualquier disertación sobre la calidad asistencial en el cual trata de abordar conceptos seguridad del paciente.(2)

Segundo Tiempo

Etapas hipocráticas (460 a.C.), se tiene en cuenta que se la importancia de ayudar al paciente o por lo menos no causarle, daño, así mismo la importancia de la colaboración del paciente y el entorno para ofrecer una atención más segura en contribución con el médico. (2)

Tercer Tiempo

Posteriormente se presentaron varias publicaciones como la de Ambroise Paré (1509-1590), se conoce como el padre de la cirugía quien reconoció su error y lo público. En dicha publicación menciona que cauterizaba las heridas con aceite de sauco el cual se le termino, por este motivo cambió la mezcla por otros productos como yema de huevo, aceite de rosas y trementina, evidenciando posteriormente que al ser utilizada esta mezcla, los pacientes no prestaban fiebre inflamación en la herida y poco dolor, al contrario que los paciente que cauterizaba presentaban mucho dolor e inflamación. ante este hecho no volvió a cauterizar la heridas que fueron producidas con armas de fuego.(2)

En 1825, Pierre Charles Alexandre Louis, evidencio el valor de conocer los síntomas además del tiempo de evolución de las enfermedades y la duración, a las cuales se les debería asignar un grado según gravedad, además de expresar la importancia del método cuantitativo en la medicina, es decir que aplicando la estadística se podría evaluar la efectividad de los tratamientos ejecutados a los pacientes.

Florence Nightingale (1820-1910), reconoció que aplicar medidas higiénicas en para atender a los enfermos se podrían reducir riesgos en la atención; de igual forma planteo la importancia de la educación a los pacientes y sus familiares mediante la cual se podría apoyar en el cuidado al paciente.(2)

Ignaz Phillipp Semmelweis (1818-1865) hablo sobre las medidas de prevención para prevenir la infección puerperal, argumentando que todo instrumento que se utilizara con la materna debería ser limpiado con agua y jabón además del uso del cloro.(2)

Ernest Codman (1869-1940) se conoce como el padre de la calidad de la atención en los hospitales el cual menciona la importancia que los hospitales conozcan los resultado generados del proceso de atención, reconozcan los errores los analicen y los informen; con el objetivo de establecer cuáles son sus debilidades fortalezas mejorarlas para verificar la calidad con que proporcionan los servicios de atención a los pacientes.(2)

Cuarto Tiempo

En el año de 1999 se publicó en Estados Unidos el libro “Errar es humano: Construyendo un sistema de salud seguro”, en el cual evidencia que los errores se presentan a menudo, y en algunos casos provocan la muerte de los pacientes. (2)

En la Asamblea Mundial de la Salud “55” celebrada en ginebra en el 2002, después de analizar un informe sobre calidad de la atención en cuanto a la seguridad del paciente del paciente, se evidencio que la atención puede mejorarse evitando que se presentes eventos adversos, optimizando las medidas de seguridad implementadas con en todos los procesos de atención que se le brinden.(3)

Estímulo a los colaboradores de la asamblea a prestar importancia a promover la vigilancia de los eventos adversos para consolidar la información, además de la vigilancia la tecnología, de los medicamentos utilizados con el paciente.(3)

En el 2005, la OMS realizó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, con la intención de promover la investigación, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y prevenir daños ocasionados por la atención(3)

En Latinoamérica el estudio IBEAS fue el primero que analizó el tema de la seguridad del paciente en donde se reunieron 5 países, México, Costa Rica, Argentina, Colombia, y Perú, donde se evidenció que de la muestra tomada en el estudio, de cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos, 7 pacientes fallecieron, 2 fueron consecuencia del incidente. (4)

7.2. Antecedentes de seguridad del paciente en Colombia

En el 2008 Colombia se creó el primer documento "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" el cual fue difundido por el Ministerio de la Protección Social.(5)

Posteriormente en el año 2009 se creó la Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"(5)

MARCO LEGAL

A. LEY 100 DE 1993 EN COLOMBIA

“El SGSS en Colombia es un conjunto de instituciones, procedimientos y normas de que disponen la persona y la sociedad para disfrutar de una calidad de vida, por medio del cumplimiento de acciones y programas que el Estado implemente para proporcionar la cobertura integral de las contingencias”(6)

En el artículo 1 dispone: “la garantía de los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde a la dignidad humana”(6)

“El SOGCS establece que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las deberán tener en cuenta los siguientes requisitos señalados de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad”.(7)

Enuncia los estándares mínimos de calidad que corresponde instaurar en las instituciones para habilitarse y poder prestar la atención en salud con calidad, además de establecer sistemas de auditoría interno y externo, efectuar análisis de indicadores, y establecer gestiones de mejora en la institución.(7)

B. RESOLUCIÓN 2003 DE 2014.

“En esta se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de Servicios de Salud, al igual que la adopción del Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud”. (8)

Así mismo adopta el Manual de inscripción de prestadores y Habilitación de servicios de salud. Con el objetivo de establecer normas que benefician al paciente durante el proceso de atención en salud. Para este fin el Ministerio de salud dispuso unos paquetes instructivos que deben acoger los prestadores de salud además de los entes territoriales.(8)

C. RESOLUCIÓN 1446 DE 2006.

" Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud"(9)

"Establecer los procedimientos y condiciones para el manejar la información, y realizar seguimiento, control y evaluación de la calidad de la atención". (9)

D. DECRETO 1011 de 2006:

Se establece la "Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud, determina que se deben establecer evaluaciones mediciones y seguimiento de la calidad de la atención observada y la esperada que se brinda a los usuarios mediante la elaboración de guías y la implementación de normas técnico- científicas y administrativas con el propósito de mejorar la satisfacción de los usuarios" (7)

E. RESOLUCIÓN 1043 de 2006:

"estableció las condiciones que deben cumplir la Prestadores de Servicios Salud para habilitar sus servicios además de la implementación del PAMEC" (12)

F. RESOLUCIÓN 0256 DE 2006:

"instituye las disposiciones del sistema de información de la calidad, teniendo en cuenta el SOGCS, estableciendo los indicadores para monitorear la calidad de la atención en las instituciones" (11)

MARCO CONCEPTUAL

Para esta investigación se tomó los siguientes conceptos como base para el desarrollo del trabajo dentro de un revisión bibliográfica de Ministerio de Salud , los “lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia y la Guía de " buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud"(1)

Seguridad Del Paciente

“Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.(1)

Riesgo

“Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra”.(1)

Evento Adverso

“Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Se puede clasificar en:

- Evento Adverso Prevenible: “Resultado no intencional, que se pudo evitar con el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención.”(1)
- Evento Adverso No Prevenible: “Resultado, no intencional, que ocurre independiente a que se hayan dado cumplimiento de los estándares de calidad de la atención”.(1)

Incidente

“Es un evento o circunstancia que sucede en la atención del paciente que no le genera ningún daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención”. (1)

Complicación

“Es el daño o resultado clínico no esperado que no es atribuido a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente”.(1)

Barrera De Seguridad

“Una acción que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso”. (1)

Caída

“La consecuencia de cualquier situación que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”.(10)

Riesgo De Caída

“Se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico”.(10)

ESTADÍSTICAS DE CAÍDAS “HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ”

NRO EVENTOS VS MES (TABLA:1)

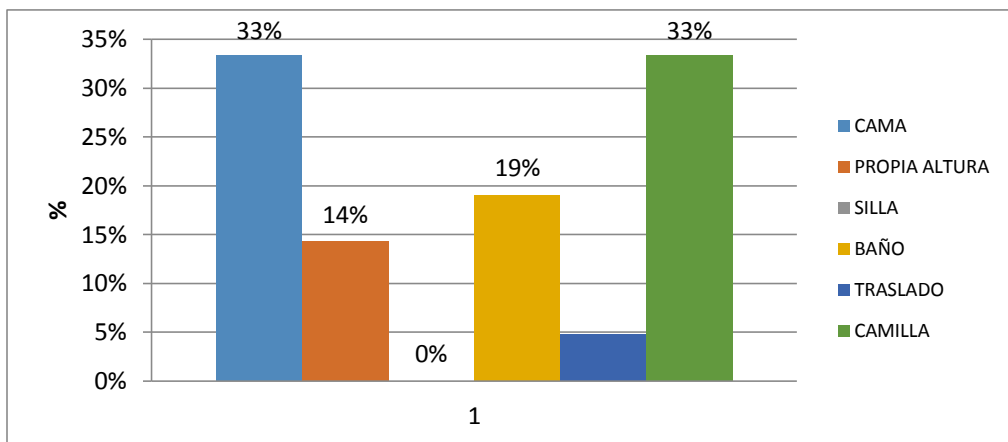
VENTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
No de CAIDAS													21	100%
CAUSA CAIDA	0	0	2	2	3	1	1	5	2	1	4	0	21	100%
CAMA	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	1	0	6	29%
PROPIA ALTURA	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	14%
SILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
BAÑO	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	4	19%
TRASLADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5%
CAMILLA	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	1	0	7	33%
GENERACION DE DAÑO	0	0	2	2	3	1	2	5	1	1	4	0	21	100%
EA SIN DAÑO	0	0	1	0	0	0	0	3	1	0	3	0	8	38%
EA CON DAÑO	0	0	1	2	3	1	2	2	0	1	1	0	13	62%

GRAVEDAD DEL DAÑO	0	0	2	2	3	1	2	5	1	1	4	0	21	100%
LEVE: hematoma, golpe, laceración	0	0	1	1	0	0	1	3	1	0	1	0	8	38%
MODERADO: herida, sutura, gran hematoma	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	6	29%
SEVERO :fractura, muerte, alteración neurológica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5%
SIN DAÑO	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	3	0	6	29%
DETALLE POR SERVICIO	0	0	2	2	3	1	2	5	1	1	4	0	21	100%
URG. ADULTOS	0	0	1	1	2	0	1	0	0	1	2	0	8	38%
URG.PEDIATRICAS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5%
HOSP.ADULTOS	0	0	1	1	1	1	0	4	1	0	2	0	11	53%
HOSP. PEDIATRICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
SALA DE PARTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
UCI A	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5%
URN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
CONSULTA EXTERNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
APOYO DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TURNO DEL EVENTO	0	0	2	2	3	1	2	5	1	1	4	0	21	100%
MAÑANA	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	2	0	8	38%
TARDE	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0		0	3	14%
NOCHE	0	0	2	1	2	0	1	0	1	1	2	0	10	49%
SEXO	0	0	2	2	3	1	2	5	1	1	4	0	21	100%
FEMENINO	0	0	1	0	1	0	0	3	0	1	3	0	9	43%
MASCULINO	0	0	1	2	2	1	2	2	1	0	1	0	12	57%

POR EDAD ADULTOS	0	0	2	2	3	1	2	5	1	1	4	0	21	100%
> DE 70 AÑOS	0	0	1	0	2	0	1	2	0	0	2	0	8	38%
< DE 70 AÑOS	0	0	1	2	1	1	1	3	1	1	2	0	13	62%
PEDIATRICOS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	100%
> DE UN AÑO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	100%
< DE UN AÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
PROCEDIMIENTOS GENERADOS	0	0	0	3	3	1	1	4	1	1	3	0	17	0%
Exams: Tac, Rx, Labs, Proced: Sutura	0	0	0	3	3	1	1	4	1	1	3	0	17	0%
No de CAIDAS	0	0	2	2	3	1	2	5	1	1	4	0	21	100%
ADHERENCIA A PROTOCOLO	0	0	1	0	2	1	2	2	1	0	2	0	12	57%
NO CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE CAIDAS	0	0	1	1	1	0	0	3	0	1	2	0	9	43%
CAIDAS PRESENTADAS	0	0	2	2	3	1	2	5	1	1	4	0	21	100%
CAIDAS PREVENIBLE	0	0	2	1	2	0	1	2	0	1	2	0	11	52%
CAIDAS NO PREVENIBLE	0	0	0	1	1	1	1	3	1	0	2	0	10	48%

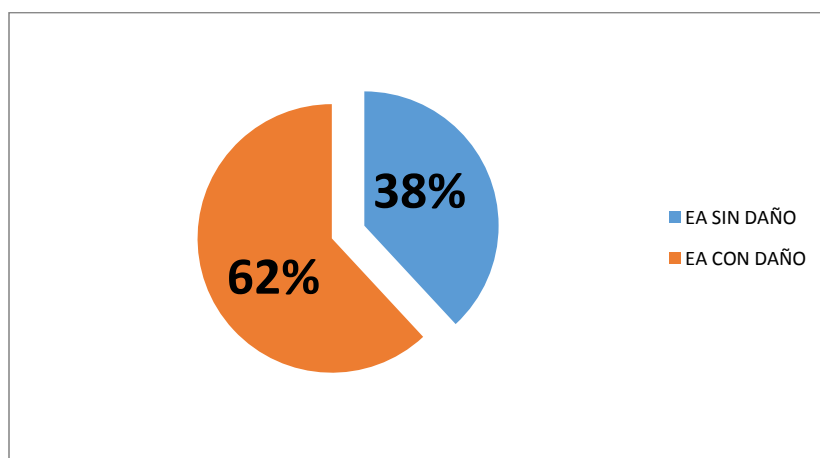
ANALISIS DE CAIDAS EN EL AÑO 2017

GRAFICA 1. CAUSAS DE CAIDAS



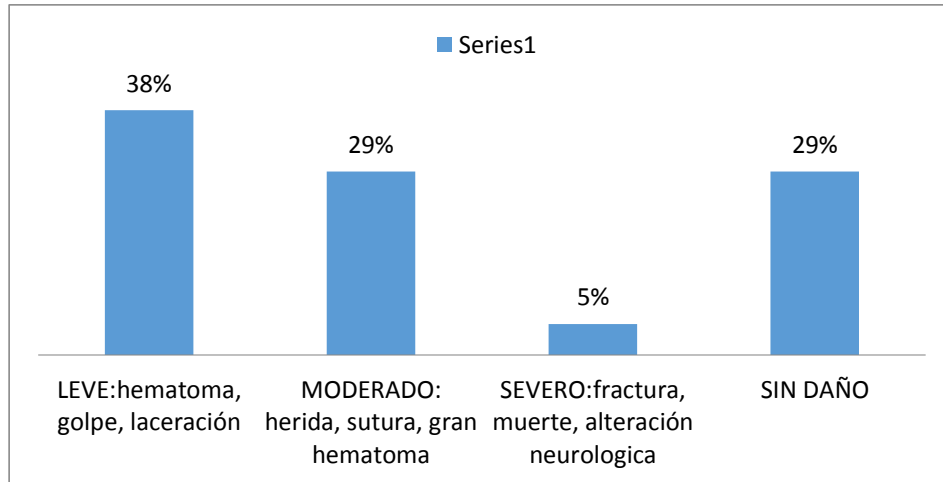
Se evidencia que el 33% de los pacientes se caen de la cama y de la camilla, seguido de un 19% en el baño y un 14% de su propia altura.

GRAFICA 2 GENERACION DEL DAÑO



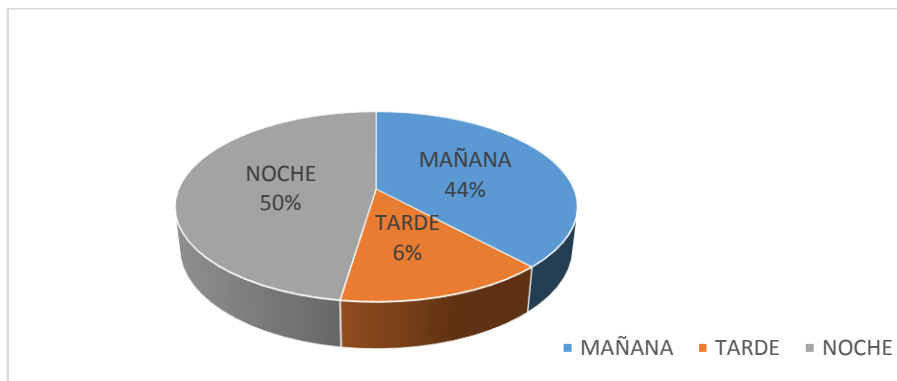
De los pacientes que presentaron caídas, el 62% presentaron un evento adverso con daño y el 38 % evento adverso sin daño.

GRÁFICA 3 GRAVEDAD DEL DAÑO



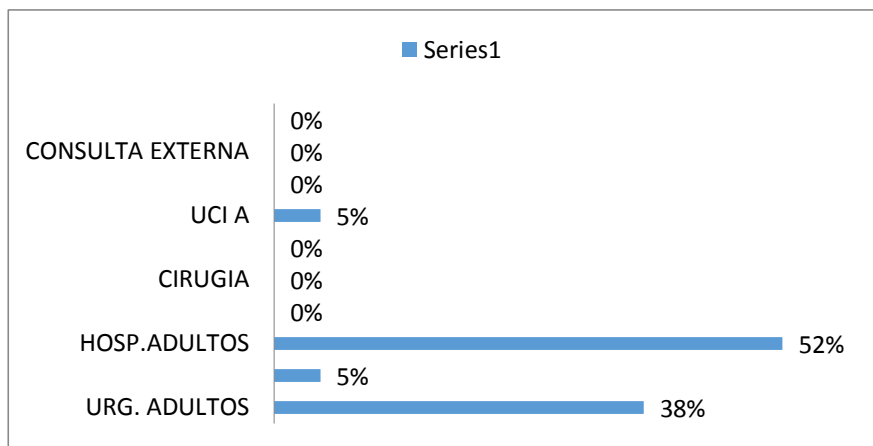
De los pacientes que presentaron caídas, el 38% presentaron leves lesiones, hematomas golpes, laceraciones, el 29% presentó daño moderado y el 5% presentó daño severo fractura, alteración neurológica.

GRÁFICA 4 EVENTOS POR TURNO



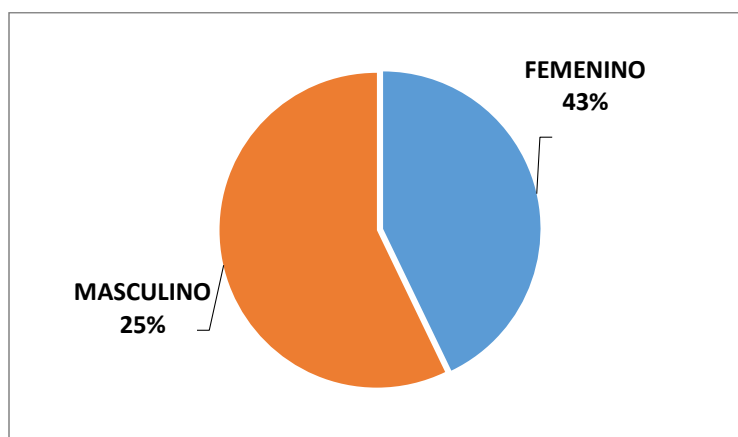
Se evidencia que el turno donde más se presentan caídas es en el turno de la noche, con un 50% seguido del turno de la mañana con 44%.

GRÁFICA 5 DETALLE DE EVENTOS POR SERVICIO



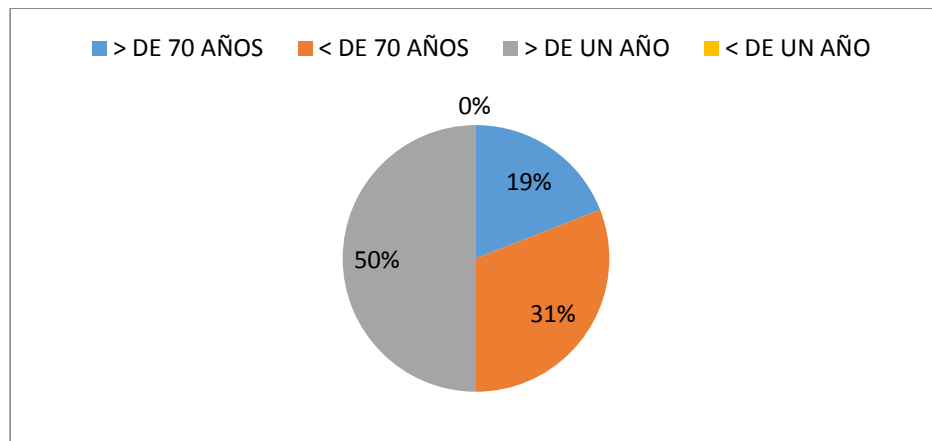
El servicio donde más se caen los pacientes es en hospitalización correspondiente al 52% seguido de urgencias con un 38%.

GRÁFICA 6 EVENTOS SEGÚN GÉNERO (MASCULINO FEMENINO)



Según el Género Las mujeres se caen más un 43% que los hombres con 25%

GRÁFICA 7 CAIDAS SEGÚN LA EDAD



Los pacientes adultos menores de 70 años son los que más se caen con un 31%. Los pacientes pediátricos las caídas se presentan con mayor frecuencia en los mayores de un año con 50%.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDA

La valoración de riesgo de caída de los pacientes se realizó mediante la aplicación de la escala de "DOWNTOW", la cual se debe efectuar en cada turno para identificar situaciones o cambios que presente el paciente y poder realizar las acciones preventivas para evitar que el paciente presente una caída.

GRAFICA 8 ESCALA DE DOWNTOW

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE		
Factores de riesgo		Puntos
Limitación física		2
Estado mental alterado		3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos		2
Problemas de idioma o socioculturales		2
Paciente sin factores de riesgo evidentes		1
Total de puntos		10

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS		
Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 – 10	Rojo
Mediano riesgo	2 – 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde

ANÁLISIS DE DATOS

Con estas estadísticas presentadas en el año 2017 en una institución hospitalaria de Bogotá, podemos concluir:

- La causa frecuente de caídas corresponde a las caídas de la cama, seguido las caídas de la camilla, de estos pacientes el 62% se le generó un evento adverso con daño, el 5% de los pacientes tuvieron daños severos.
- En el turno que más se presentaron caídas fue en el turno de la noche en los servicios de hospitalización seguido de urgencias.
- Según el Género las mujeres son las que más presentan caídas correspondientes al 43%.
- Los pacientes adultos menores de 70 años son los que más presentan caídas en adultos con un 31%.
- Los pacientes pediátricos que más sufren caídas son los mayores de un año con 50%.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Establecer en las instituciones sanitarias la creación de un programa de seguridad del paciente enfocado en la prevención de caídas; Incorporándolo como indicador de calidad en la prestación de los servicios de atención.

Establecer medidas para proteger al paciente hospitalizado de eventos adversos que pueden ponerlo en riesgo dentro de las cuales se pueden enfatizar las siguientes:

1. Implementar una cultura de seguridad del paciente con el equipo multidisciplinario de la institución, brindando educación de manera permanente al personal de salud, con el objetivo de cumplir de manera responsable las medidas de seguridad instauradas para la reducción de caídas que puedan prevenir daños al paciente, lesiones incluso la muerte.
2. En las instituciones se debe implementar una buena comunicación y coordinación con el equipo multidisciplinario para promover y garantizar la comodidad y seguridad de los pacientes durante el período de estancia hospitalaria.
3. Las entidades deberán crear un programa de prevención de caídas, para reducir o eliminar la presencia eventos o incidentes relacionados con las caídas en los pacientes hospitalizados.
4. Informar a los familiares del paciente las medidas instauradas según el riesgo de caída, además dar conocer que se deben continuar durante la estancia en la institución.
5. Se debe contar con documentos en la historia clínica para realizar el registro de clasificación del riesgo de caída, la información que se brinde al paciente y la familia y las medidas de seguridad que se instauren con el paciente.
6. Los reportes de las acciones inseguras, eventos adversos, complicaciones se documentar en el formato estipulado en la institución para tal fin, con el propósito de establecer acciones de mejora y evitar ocurran nuevamente.
7. Establecer un plan de actividades de enfermería para realizar con el paciente y prevenir que ocurran caídas.

8. Verificar el funcionamiento de equipos y elementos utilizados, para la prevención de caídas.
9. Verificar los factores de riesgo del paciente entre los cuales se encuentran:

FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE QUE AUMENTAN EL RIESGO DE CAÍDA

- Edad: pacientes mayores de 65 años y menores de 5 años.
- Patologías: pacientes psiquiátricos, ansiosos, con agitación psicomotora, desorientación, neurológicos, con epilepsia, dificultad para la marcha, problemas cardiacos, discapacidad visual, auditiva o motora.
- Caídas previas.
- Reposo prolongado
- Ayuno prolongado.
- Post-operatorio
- Medicamentos: reacciones adversas, hipotensión, sedación, mareo,
- Hipotensión ortostática.
- Aumento del dolor.
- Pacientes con incontinencia urinaria o urgencia miccional.
- Uso de prótesis, aparatos ortopédicos, ortesis.

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

- Evaluación del riesgo del paciente, en cada turno con escalas de valoración de enfermería para determinar este tipo de riesgo como “Norton, Morse, Downton”
- Identificar los factores de riesgo de caídas del paciente, según su estado y condición
- Utilizar la manilla de identificación del paciente según el color instaurado por la institución.

- Registrar en las notas de enfermería del riesgo de caída del paciente.
- Brindar información al paciente y su familia sobre las medidas de seguridad instauradas para evitar caídas, como la manilla de identificación, timbre cerca y del uso de las barandas de manera permanente, o cualquier cambio que presente el paciente y realizar el correspondiente registro en historia clínica.
- Mantener la camilla o la cama a nivel del piso, verificar que siempre el freno funcione adecuadamente
- Registrar el riesgo de caída del paciente en el tablero de identificación y modificarlo según las condiciones del paciente.
- Mantener elevadas las barandas de la cama o camilla.
- Mantener cerca el timbre del paciente y verificar su funcionamiento.
- Informar al paciente y la familia cómo utilizar de manera adecuada la escalerilla para que el paciente pueda subir o bajar de la cama o camilla.
- Informar a la familia cuando el paciente necesite compañía permanente para mantener una vigilancia estricta y prevenir caídas.
- Asistir al paciente durante el baño y nunca dejarlo solo.
- Atender de manera oportuna el timbre cuando el paciente llame.
- Educar al paciente sobre la manera correcta de levantarse de la silla, cama o camilla, de forma paulatina y prevenir que se caiga debido a la presencia mareo, hipotensión ortostática.
- Efectué rondas permanentes en el turno, verifique el estado del paciente y las medidas de seguridad instauradas según la necesidad o el riesgo del paciente.

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIARES

- conocer las medidas de prevención instauradas en la institución para evitar caídas.

- Conocer que deben permanecer siempre las barandas elevadas de la camilla o de la cama.
- Acompañar al permanentemente al paciente; en caso de retirarse informar al personal de enfermería a cargo.
- Informar cualquier cambio en el estado o alteración del paciente.
- El paciente debe utilizar zapatos adecuados cómodos con suela antideslizante.
- Evite caminar cuando el piso este mojado

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS.

1. Establecer un protocolo para identificar y clasificar el riesgo de caída del paciente los pacientes:
 - Establecer las estrategias de seguridad que se implementaran en la institución para prevenir caídas en los pacientes hospitalizados.
 - Establecer comunicación tanto verbal, escrita, visual, con el propósito de informar al personal de salud de la institución, al paciente y los familiares, sobre el riesgo de caída identificado en el paciente además de las estrategias de seguridad instauradas en la institución para prevenir las caídas de los pacientes.
 - El paciente debe deambular o movilizarse siempre en compañía del personal de enfermería, el familiar o acompañante,
 - El baño de paciente deber asistido y vigilado por la enfermera o el acompañante.
 - Si es necesario instaurar la sujeción al paciente, se debe realizar posterior a una orden médica, el familiar o acompañante debe ser informado.
 - Comunicar al paciente y a los familiares o acompañantes la forma para como la institución identifica el riesgo, manilla de identificación, tablero de identificación.
 - Mantener elevadas las barandas de la camilla o la cama.
 - Informar al paciente, familiares sobre la relevancia de cumplir con las medidas de seguridad instauradas.
 - Dejar cerca elementos de uso frecuente para el paciente, timbre, teléfono, pato, pisingo.

- Pedir la ayuda de la familia para brindar una atención segura al paciente.
 - Mantener comunicación estrecha con el paciente y/o familiar.
2. Utilizar los elementos de seguridad implementados para la prevención de caídas:
- Mantener elevadas las barandas de la cama o camilla,
 - Trasladar al paciente en camilla con las barandas elevadas. En caso necesario, inmovilizar al paciente con el cinturón de seguridad
 - Poner el timbre, el botón de encender de luz y al cerca del paciente.
 - Colocar la escalerilla cerca al paciente para que pueda utilizarla con facilidad
 - Poner un asiento en el baño del paciente para que se utilice durante la higiene en la ducha.
 - aproximar los objetos de ayuda para la movilización del paciente como caminadores, bastón, silla de ruedas, comprobar que las llantas estén libres de cualquier elemento que impida su movimiento, que los de frenos funcionen de forma correctamente.
3. Informar sobre las fallas de los equipos elementos, dispositivos según el protocolo de la institución al jefe o encargado del área de mantenimiento.
- Reportar sobre el daño o mal funcionamiento de sillas de ruedas, cama, camillas barandas, timbre o cualquier dispositivo utilizado para prevenir las caídas de los pacientes durante su estancia hospitalaria.
 - Mantener buena iluminación en la habitación del paciente, verificar el funcionamiento de focos, bombillos, lámparas.
4. Documentar las tareas relacionadas con la prevención o los incidentes o eventos que se sucedan durante la hospitalización del paciente.
- Realizar registro en las notas de enfermería la valoración, clasificación y evaluación del riesgo, incluyendo las actividades instauradas, los cambios o alteraciones en el estado del paciente.
 - Realizar el informe según el procedimiento de la institución los eventos adversos o acciones inseguras de las caídas que sufran los pacientes dentro durante la hospitalización.
 - Establecer un comité de seguridad en el cual se analicen los casos que ocurrieron relacionados con caídas de los pacientes, con el propósito de establecer las fallas y plantear acciones de mejora

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las caídas son situaciones de gran importancia en las instituciones de salud, debido a que generan un daño para el paciente y en ocasiones incrementado los tiempos en estancia hospitalaria y los costos en la atención que deben ser asumidos por las instituciones de salud.

Teniendo en cuenta que las caídas son un incidente o evento ocasionado por la atención en salud en las instituciones hospitalarias, la efectividad de las medidas de

prevención está directamente relacionada con la calidad de la prestación del servicio que se brinda a los pacientes.

En la investigación que se realizó en un hospital de la ciudad de Bogotá se evidencio que de mayor riesgo de presentar caídas está en los mayores de 65 años sin ignorar que los pacientes pediátricos tiene igual o mayor factores de riesgo, de igual forma las estadísticas a nivel mundial muestra la misma tendencia.

Es fundamental que los procesos de seguridad del paciente sean implementados a través de una política institucional además de la creación de protocolos y guías de prevención de caídas, con el objetivo de generar una cultura organizacional de seguridad, en la cual el paciente sea siempre el más importante y satisfacer sus necesidades y expectativas, con los mínimos riesgos.

Las acciones que se adopten para la mejorar la seguridad del paciente inciden en minimizar la ocurrencia de incidentes o de eventos adversos, Y por ende cualquier daño que se le pueda ocasionar al paciente.

En Colombia el SOGCS, proporciona herramientas indispensables para implementar y promover procesos que impacten en la salud de la población y que mejoren la calidad en la prestación de los servicios bajo el cumplimiento de estándares de calidad.

Es significativo el reporte de eventos adversos de caídas que ocurren en las instituciones representa una parte fundamental para realizar un análisis de los indicadores, para proponer acciones de mejora que contribuyan a minimizar y evitar que vuelvan a ocurrir, y mejorar los procesos de atención.

Por otro lado las instituciones sanitarias deben establecer una cultura de seguridad del paciente, promoviendo iniciativas para fortalecer la inclusión del paciente y su familia haciéndolos partícipes de su propio autocuidado, y en todas las actividades, para minimizar o disminuir el riesgo de caídas, brindándole educación sobre las medidas de seguridad, y recomendaciones implementadas en institución, para

evitar que ocurran eventos adversos que puedan disminuir la calidad de vida del paciente, o producir la muerte.

Es de gran relevancia la participación del paciente en todos los procesos, actividades, planes de mejora y auditorias que se establezcan dentro de la implementación de la política de seguridad y de calidad de las instituciones sanitarias, con el objetivo de mejorar los indicadores de calidad teniendo en cuenta la normatividad vigente en Colombia.

Otra parte fundamental es la vinculación en este proceso del personal asistencial tanto medico como de enfermería, proporcionando de manera permanente capacitación sobre la implementación de la política de seguridad y los procedimientos establecidos en la institución para la prevención de caídas, así mismo comunicarles sobre los eventos adversos ocurridos, además de las medidas de prevención, los planes de mejora instaurados para evitar que estos eventos vuelvan a ocurrir y mejorar la calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA.pdf [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>.
2. JSEMDECultura_de_la_Seguridad_Aranaz_2010.pdf [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en:

http://lmentalana.net/admin/archivosboletin/JSEMDECultura_de_la_Seguridad_Aranaz_2010.pdf.

3. OMS | «Pacientes en Defensa de su Seguridad» – Información general [Internet]. WHO. [citado 25 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/.
4. ibeas_report_es.pdf [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf.
5. Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
6. Ley 100 de 1993 Nivel Nacional [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>.
7. DECRETO 1011 DE 2006.pdf [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.
8. Resolución 2003 de 2014.pdf [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20003%20de%202014.pdf.
9. Resolución 1446 de 2006 Ministerio de la Protección Social [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>.
10. prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf [Internet]. [citado 2018 Jun 8]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>.
11. Resolución 0256 de 2016 SinfCalidad.pdf [Internet]. [citado 25 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>.

12. Resolución 1043 de 2006 Ministerio de la Protección Social [Internet].
[citado 24 de junio de 2018]. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>