

**ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE RIESGO DE CAÍDAS POR PARTE DE LAS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UNA IPS
DE LA CIUDAD DE PALMIRA, AÑO 2018.**

Nini Johana Castilla Yate

Diana María Mancilla Cortez

Nidia Isabel López Ramírez

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD

PEREIRA

2018

**ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE RIESGO DE CAÍDAS POR PARTE DE LAS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UNA IPS
DE LA CIUDAD DE PALMIRA, AÑO 2018.**

Nini Johana Castilla Yate

Diana María Mancilla Cortez

Nidia Isabel López Ramírez

Trabajo de grado en la Especialización de Auditoria en Servicios de Salud.

Tutor Metodológico: Alejandro Pérez y Soto Domínguez

Tutor Temático: Carlos Holmes Hernández Chaves

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD

PEREIRA

2018

LISTA DE CONTENIDO

1. Páginas preliminares	Pág.
Portada.....	1
Contraportada.....	2
Lista de contenido.....	3
2. Capítulos del trabajo	
1. Problema.....	5
1.1. Planteamiento del problema.....	5
1.2. Formulación del problema.....	9
2. Justificación.....	10
3. Objetivos.....	12
3.1. Objetivo general.....	12
3.2. Objetivos específicos.....	12
4. Marco teórico.....	13
4.1. Marco de antecedentes.....	13
4.2. Marco institucional.....	24
4.3. Marco de referencia.....	27
4.4. Marco conceptual.....	31
4.4.1. Glosario.....	36
4.5. Marco jurídico.....	38
4.6. Consideraciones éticas.....	43

5. Metodología.....	49
5.1. Tipo de estudio.....	49
5.2. Población.....	49
5.3. Tamaño de la población.....	49
5.4. Marco muestral.....	49
5.5. Criterios de inclusión.....	49
5.6. Criterios de exclusión.....	49
5.7. Variables.....	50
5.8. Plan de análisis.....	51
5.8.1. Recolección de la información.....	52
5.8.2. Tabulación de los datos.....	52
5.9. Análisis de datos.....	52
5.10. Resultados esperado.....	52
5.11. Población beneficiada.....	52
5.12. Componentes o compromiso Bioético.....	52
5.13. Compromiso medioambiental.....	53
5.14. Responsabilidad social.....	53
5.15. Aspectos administrativos.....	54
5.15.1. Cronogramas.....	54
5.15.2. Presupuesto.....	55
6. Resultados, de acuerdo a los objetivos.....	56
7. Conclusiones.....	57
8. Recomendaciones.....	58
9. Bibliografía.....	59

1. PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud *“Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años”*¹.

Al tomar como referencia a la Organización mundial de la salud facilita la identificación de la población objeto a investigar, como también en qué rango de edad aplicar el instrumento..

En las instituciones prestadoras de servicios de salud cada día se está trabajando en la seguridad del paciente ya que se presentan muchos eventos adversos por caídas de los pacientes generando complicaciones, prolongación de las estancias hospitalarias, e incluso eventos centinelas.

Es evidente según la organización panamericana de la salud que *“El riesgo de caídas aumenta de manera importante y progresiva a medida que aumenta la edad. Además de las consecuencias físicas, como el trauma inmediato, heridas, contusiones, hematomas, fracturas y reducción de la movilidad. Las caídas tienen importantes consecuencias psicológicas y sociales como: Depresión o el miedo a una nueva caída, cambios del comportamiento y actitudes que pueden observarse*

¹ Organización Mundial de la Salud centro de prensa. *Caídas* [internet]. (2018) [consultado 16 jul. 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

en los cuidadores y en su entorno familiar que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales. Las caídas también tienen consecuencias económicas, ya que en los casos de hospitalización o institucionalización hay aumento de costos y con el aumento de la dependencia, la necesidad de un cuidador.

Es un problema frecuentemente ignorado por los pacientes, la familia y los mismos médicos, por lo que es muy importante preguntarlo en forma directa, sin embargo, cuando el paciente o la familia lo mencionan se describen como caídas accidentales, desmayos, pérdidas repentinas del estado de conciencia o como pérdida súbita de la fuerza en las piernas”²

Se puede observar que las personas desconocen los riesgos a los que están expuestos los pacientes para sufrir una caída y sus posibles complicaciones.

Se estipula según Cruz Esteban, et al que *“En América Latina, como en el resto del mundo, está cobrando relevancia la obtención de información alrededor del tema de la salud de los adultos mayores. Dicho interés es impulsado por el envejecimiento acelerado que enfrenta la región y que dará por resultado un incremento en la necesidad de servicios especializados para este grupo de edad. En este caso en específico, las caídas ameritan intervenciones multidisciplinarias, que en ocasiones se concretan en las llamadas unidades de orto geriatría”³*

No obstante, Según el ministerio de salud *“Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que*

² Organización panamericana de la salud. Guía de diagnóstico y manejo. Organización Panamericana de la Salud. 2018; p. 165-79.

³ Cruz Esteban, González Mariana, López Miriam, Godoyl Ilythia D. y Ulises Mario. Caídas: revisión de nuevos conceptos. Revista hupe. 2014: volumen 13(2):1-14

*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.”*⁴ Siendo de gran importancia para generar planes de mejoramiento continuo y reducir las caídas al máximo, en estas instituciones de salud.

Rubenstein L, et al (1), Healey F, et al (2), citado por ministerio de la protección social (p 8) descubrió que *“Las caídas, generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte”*⁴.

Guideline for the prevention of falls in older persons (3), Oliver D (4), citado por ministerio de la protección social (p 8) *tienen diferentes repercusiones como 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”*⁴. Generando pérdidas económicas imposibilidad para el individuo continuar con una vida normal.

*Cualquier persona presenta el riesgo de sufrir una caída, pero es el grupo de los ancianos en el que la incidencia es mayor. De acuerdo a Padhi D, et al (9), Michelson JD et al (10), citado por Delgado J, et al. (p 42) “Numerosos estudios nos muestran cómo las enfermedades que pueden modificar el nivel de conciencia son causa de caídas, así como la toma incontrolada de fármacos del tipo hipnótico o sedante que disminuye el nivel de alerta.”*⁵ Debido a esto es fundamental realizar la aplicación de la escala del riesgo de caídas a todo paciente.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social; 2009. versión 1,0: p. 1-46.

⁵ Delgado, J., Estive, A., Castillo Mayra, V. and Miñoso Madelyn, C. *Osteoporosis, caídas y fractura de cadera. Tres eventos de repercusión en el anciano.* Scielo.sld.cu. 2013: volumen 15(1):41-46.

Body J-J, et al (11), Salica D et al (12), citado por Delgado J, et al “La institucionalización del anciano también se muestra como un factor de riesgo de caída y fractura de cadera.”⁵

Por todo lo anterior es muy importante que en las instituciones prestadoras de servicios de la salud tengan un protocolo establecido, una escala de riesgo de caída, la cual se aplique a cada paciente que ingrese, para minimizar los riesgos que pueden ocasionar una caída y así prevenir eventos adversos o centinelas, siendo de gran importancia en la seguridad del paciente. Cabe resaltar que los protocolos son de obligatorio cumplimiento por parte del personal de salud.

En el hospital del valle están comprometidos con la calidad y la seguridad en la atención de los pacientes, razón por la cual se promueve y se educa sobre la prevención de caídas y la reducción de las lesiones asociadas a ello. La campaña institucional está orientada a incrementar el conocimiento sobre la importancia de la prevención de las caídas al punto de evitarlas. Los colaboradores son capacitados en: Mantener las áreas hospitalarias seguras, identificación de pacientes con riesgos de posibles caídas, implementar el plan de prevención de caídas (desarrollado para evitar caídas de paciente y familiares), incrementar la concientización de los pacientes y familiares sobre la seguridad en sus casas de habitación.⁶ Atención domiciliaria es uno de los servicios con un mayor riesgo para presentar eventos adversos, debido al tipo de patología que maneja, en su mayoría crónicas como (hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, infarto agudo de miocardio), pacientes con accidente cerebrovascular, que requieren manejo con gastrostomía y traqueostomía, la edad de los pacientes ya que gran parte de la población

⁶ hospital del Valle. Prevención de riesgo de caída. [internet].(2018)[consultado 8 de agosto del 2018] recuperado a partir de: <http://www.hospitaldelvalle.com/article/prevencion-del-riesgo-de-caidas>.

atendida en este servicio son adultos mayores, se pierden reflejos, hay problemas de la marcha y el equilibrio, lo que genera factores predisponentes para que se presente una caída ; los medicamentos que se manejan para estas patologías producen alteración del sistema nervioso y límbico, causando mareos, hipotensión y somnolencia, generando mayor riesgo de presentar una caída.

De acuerdo a los informes presentados lo que va corrido del año 2018, las caídas son el evento adverso más frecuente en atención domiciliaria ocupando el segundo lugar en los casos de reporte, por esta razón se hará un seguimiento en este servicio enfocado a monitorear las intervenciones o barreras implementadas para minimizar el riesgo de caídas.

Es de interés para los auditores apoyar el programa de seguridad del paciente realizando monitorización de algunas variables de seguridad e intervenciones enfocadas a prevención de caídas.

Para iniciar la auditoría propone la siguiente pregunta:

1.2 Formulación de la pregunta del problema de investigación

¿Cuál es la adherencia al protocolo de riesgo de caídas por parte de las auxiliares de enfermería en la atención domiciliaria en una IPS de la ciudad de Palmira, año 2018?

2. JUSTIFICACIÓN

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud, Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.⁷

Es muy importante la capacitación que se debe realizar sobre el riesgo de caída al cuidador, como la socialización de protocolos al personal de salud y de esta manera crear un ambiente seguro que minimice los riesgos.

De acuerdo a Lima Fabiane et al. *“La aplicación del término seguridad en la asistencia a la salud se justifica debido a la complejidad de la práctica clínica y la organización de la asistencia; su aplicación está fundamentada en las consecuencias que repercuten en la salud y en el bienestar de las personas que utilizan la asistencia para la salud”*⁸

Para Mondragón Álvaro, Rojas Johana *“Se ha demostrado que la investigación y la identificación temprana de los principales riesgos que desencadenan efectos adversos podrían convertirse en una fuente primaria para establecer medidas administrativas que los prevengan La seguridad del paciente se refuerza entonces a partir de la identificación de los eventos adversos resultantes de la práctica clínica cotidiana, los cuales pueden (y suelen) provocar más morbilidad, aumento en la estancia hospitalaria, mayor demanda de servicios de salud, incapacidad o*

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social; 2010. versión 2,0: p. 1-101.

⁸ Prieto M, et al (4) (P.33-8) Lima Severino, Pimentel Natalia, Freire de Vasconcelos Patricia, Aires de Freitas Consuelo, Bessa Maria Salete, De Souza Oliveira Adriana. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enferm. glob.* 2014 Jul; volumen 13(35): 293-309.

*muerte, así como también conflictos relacionados con sobre costos entre los entes prestadores de salud. La gran proporción de efectos adversos es multifactorial, producto de procesos multicausales propios de la atención clínica, es decir que no son situaciones aisladas o repentinas, sino más bien en la mayoría de los casos- condiciones realmente prevenibles”*⁹

Se puede observar desde la práctica clínica cotidiana para la identificación de eventos adversos y de esta manera establecer principales causa de caídas, para plantear medidas preventivas desde la parte administrativa que reduzca tanto el costo como las consecuencias para las instituciones como para el paciente.

En Colombia, El Ministerio de la Protección Social a través del observatorio nacional de la calidad, vigila la presencia de eventos adversos en la atención en salud, como las caídas, que conforman un riesgo potencial para el paciente, y define la obligatoriedad de la vigilancia y el reporte de eventos adversos.¹⁰

Según la Organización Mundial de la Salud *“La seguridad del paciente (SP) constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia considerándose en la actualidad, un derecho del paciente.”*⁶

Las caídas generan un impacto negativo en cuanto al bienestar del individuo ya que se ve afectado a nivel físico, psicológico, laboral y económico; incluyendo a su familia quienes son los que tienen que prestar el cuidado ya sea en la casa o en el hospital, generando un cambio en sus hábitos de vida.

⁹ Ramos Dominguez (3) (P. 1-3) Mondragón Álvaro, Rojas Johana. La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. Revista Panamericana de Salud Publica. 2014; 531-32

¹⁰ López Ernesto. Tesis para optar al título de Master en Administración en salud 2013-2014. En: Gutiérrez Sergio. Conocimiento del personal de salud sobre prevención de caídas del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila bolaños año 2014. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua; 2014. 1-51.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la adherencia al protocolo de riesgo de caídas por parte de las auxiliares de enfermería en la atención domiciliaria en un instituto prestador de salud de la ciudad de Palmira.

3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar demográficamente la población
2. Aplicar una lista de chequeo acerca de la adherencia al protocolo de riesgo de caídas a las auxiliares de enfermería.
3. Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el riesgo de caídas en la seguridad del paciente.
4. Establecer recomendaciones según los hallazgos encontrados.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE

Según la organización Mundial de la salud (OMS), cada año más de un 30% de personas mayores de 65 años sufren una caída. En los mayores de 85 años 5% sufren fracturas y un 10% sufren luxaciones o lesiones vasculares.

El conocimiento de la valoración del riesgo de caídas es importante ya que ayuda al equipo de atención a orientar las intervenciones que han demostrado que reducen el mismo. Es necesario identificar a los pacientes al ingreso a los servicios o áreas en emergencia, ya que el ingreso hospitalario en sí mismo es un factor extrínseco de riesgo de caídas.

Montorio I, Izal M (11) citado por López E (p13) *“Además, se debe hacer una reevaluación de los factores de riesgo de caídas del paciente tras una caída y siempre que se produzca un cambio de estado a lo largo de su estancia hospitalaria”*⁹. Entendiendo por cambio de estado un cambio en el estado mental del paciente. La valoración del riesgo es responsabilidad del personal de salud del área de ingreso del paciente (primeras 24h) y tras una caída, a través del formulario específico existente e informará al resto del equipo multidisciplinar si el resultado indica que el paciente es de riesgo.⁶

Da Costa B.R. (16) citado por el ministerio de salud (p 31). *“Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados, son el 32% de los reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Las caídas son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional. El 20% de las personas mayores que sufren de fractura de cadera se mueren en un año.”*⁶

Deandrea S, et al, (17) citado por el ministerio de salud (p31). *“Las lesiones son la quinta causa de muerte en los adultos mayores de 65 o más, después de*

enfermedades cardiovasculares, cáncer, infarto, y causas respiratorias. Las caídas causan 2/3 de estas muertes. La mayoría de caídas no causan la muerte, pero del cinco al 10% de estas caídas resultan en serias lesiones, como fracturas o lesiones de cráneo”⁶.

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. Otros 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.

Organización Mundial de la Salud (20) citado por el ministerio de salud (p32). *“En el Reino Unido se estima que las caídas de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo (UCI) cuestan alrededor de 92 millones de libras por año.”⁶*

Da Costa B.R. (21) citado por el ministerio de salud (p33) *“Según estudios, aproximadamente del dos al 12% de pacientes experimentan una caída durante su estadía en el hospital.”⁶*

Al confrontar los aportes estadísticos del estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica, observamos que el 61,2% de los eventos adversos aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 10,4 días; un 8,9% de los eventos adversos causaron el reingreso del paciente. También, cabe resaltar que los eventos adversos identificados durante el estudio IBEAS, estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%. Por último y refiriéndonos al estudio señalado, el 65% de los eventos adversos se consideraron evitable. La tasa de prevalencia de caídas en los hospitales que atienden casos

agudos es del dos al seis por ciento, en el área de rehabilitación general es del 12%, y en los hospitales de rehabilitación geriátrica es del 24 al 30%.

Organización Mundial de la Salud (22) citado por el ministerio de salud y protección social (p 33). *“La alta prevalencia de caídas en los hospitales geriátricos, puede explicarse por el hecho de que los pacientes ancianos son más frágiles, están más expuestos a factores de riesgo de caerse que los jóvenes y son animados en el área de rehabilitación a ser activos físicamente e independientes e involucrarse en las actividades de rehabilitación.”*⁶

Según una muestra de 50 trabajadores socio sanitarios Antúnez (2015) respecto a la incidencia de caídas, el análisis obtenido mostró que en el año 2013, la incidencia en el número de residentes con caída respecto al número de residentes con caída respecto al número total de residentes que están hospitalizados en la institución fue de un 37.17%, aumentando esta cifra en el año 2014 hasta en un 50%; se puede deducir mediante la comparación con el nivel de escolaridad de las trabajadoras de salud de la institución; siendo 92,1% personal con estudios secundarios (11,7%) de grado medio (44, 6%) o bien enseñanzas profesionales superiores (33,5%), existiendo tan sólo un 7,9% con estudios universitarios, por lo tanto esto se debe a que va correlacionado, las medidas implementadas para fomentar la prevención de caídas con la forma de interpretación de la información para así implementar las estrategias de prevención requeridas, dependiendo los factores tanto intrínsecos como extrínsecos de cada paciente que esté en el servicio de hospitalización. Se realizó un análisis del cuestionario que se le realizó al personal de salud; mediante este se midió el cumplimiento, y respecto a los conocimientos en materia de estrategias para la prevención de caídas, el 77% de los trabajadores son conscientes, ya que consideran que las caídas son un problema de Salud Pública. En relación a los resultados obtenidos tras la misma pregunta por categoría profesional del centro, es llamativo observar cómo el personal auxiliar de cuidados (auxiliar de enfermería, auxiliar de geriatría y

gerocultoras), sólo lo consideran en un 69% frente al 89% de los demás profesionales. En relación al conocimiento sobre modelos valorativos de predicción de caídas, sólo un 38% del personal auxiliar de cuidados conoce algún indicador frente al 78% de los demás profesionales; por ello es importante la realización de la capacitación continua al personal auxiliar de enfermería ya que por estar con un sin número de funciones durante la realización de su turno y aspecto tan importante como este en ocasiones se pasan por alto, no viendo las complicaciones que se podrían generar a futuro una caída. ¹¹

Aranaz J, et al, (2) citado por Aramburu C (p 8) “Tanto la calidad como la seguridad en la atención se consideran una prioridad a nivel mundial, situando a los profesionales de salud la responsabilidad y el deber de proporcionar y garantizar a los usuarios estándares que los protejan de riesgos inherentes al sistema de salud, siendo un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados. Según señala el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la calidad de la atención a los usuarios ha sido amenazada como consecuencia de un número insuficiente de recursos humanos adecuadamente formados, por lo

Que la mejora en cuanto a la seguridad del paciente requiere de una amplia gama de medidas tanto en la incorporación como en la formación de las/os profesionales de la enfermería hospitalaria.” ¹²

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería, cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los

¹¹ Delgado Juliana, Forero Melanie, Mejía Paola. Trabajo de grado de grado presentado como requisito optar al título de Enfermera. En: Hernández Álvaro. Intervenciones de enfermería en pacientes hospitalizados con riesgo de caídas: revisión sistémica. Universidad de Santander UDES Bucaramanga, Santander: 2017. 1-74.

¹² Aramburu Clàudia. Facultad de enfermería y fisioterapia. En: Nuín Carmen. Valoración y prevención del riesgo de caídas en Cataluña (España) y Temuco (Chile): descripción y análisis. Universidad de Lleida: 2017. 1-66.

distintos hospitales. A su vez, las caídas tienen efectos adversos que se presentan diariamente en el ámbito hospitalario.

Ministerio de Sanidad et al, (17) citado por Aramburu C (p 9) *“En relación a la prevalencia de caídas en el hospital, los datos son dispares, oscilando entre un 12 y un 32%. La tasa de prevalencia de caídas en los hospitales que atienden casos agudos es del 2 al 6%, en el área de rehabilitación general es del 12%, y en los hospitales de rehabilitación geriátrica es del 24 al 30%. La alta prevalencia de caídas en los hospitales geriátricos puede explicarse por el hecho de que los pacientes ancianos son más frágiles, están más expuestos a factores de riesgo de caerse que los jóvenes, y son animados en el área de rehabilitación a ser activos físicamente e independientes, e involucrarse en las actividades de rehabilitación”*

11

MSc. Cruz P, et al. En la habana, en el 2014, realizó un estudio sobre *“Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor”*, el objetivo fue *“identificar algunas causales responsables en las caídas en el adulto mayor en el hogar”*. Las conclusiones fueron las siguientes: *“En la distribución de la muestra de 632 pacientes por edad y sexo, hubo un predominio de las caídas en el sexo femenino, en el grupo etario de 60 a 69 años. Se observa que en los factores de riesgos de causas extrínsecas se destaca un predominio de caídas en baños peligrosos. En relación a las causas intrínsecas hubo un predominio de caídas en pacientes con afecciones y alteraciones visuales. En la distribución de la muestra por secuelas de caídas se encontró predominio de las fracturas de cadera en el sexo femenino, con 260 casos (41,1 %). La presencia de barreras arquitectónicas dentro del hogar constituyó el factor más importante que inició las caídas en edades comprendidas entre los 60 y 69 años, lo que representó un 33 %. Se encontró que en ambos sexos la mayoría no realizaba actividad física.”*¹³

¹³ MSc. Cruz P, Pérez A, Piloto A, Díaz D, Morales A, Reyes Y. Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014; 31(1):35-41.

Marques K, et al. En Brasilia, en el 2014, realizó un estudio sobre *“Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermería”*, el objetivo fue *“identificar los aspectos que participan en las caídas de ancianos residentes en instituciones de larga permanencia en el Distrito Federal en cuanto a los factores de riesgo, a partir de la aplicación de escalas y de la Taxonomía II de la NANDA-I”*. Las conclusiones fueron las siguientes: *“Existe una alta incidencia de caídas entre los ancianos institucionalizados, la ocurrencia de este evento está asociada a los siguientes aspectos: presencia de marcha, secuelas del accidente vascular encefálico (AVE), poli patología, histórico de caída y problema en los pies. Este estudio mostró que es posible identificar a los ancianos, que son susceptibles de sufrir caídas, al explorar y detectar la presencia de factores asociados a ese evento, a partir del instrumento diagnóstico de enfermería. La sistematización del cuidado, a partir de la organización de la asistencia de enfermería a la población anciana es un gran desafío. De esa forma, es necesario que los equipos, dentro de las instituciones de larga permanencia, se califiquen en la prestación del cuidado, maximizando, así, la detección y prevención de la caída. Entre las variables relacionadas al evento caída, algunas pueden ser abordadas a través de tratamiento o rehabilitación; consecuentemente, su identificación puede ser el primer paso promisorio en el desarrollo de programas de prevención de caídas dirigidas a los ancianos. Considerando los factores asociados a la ocurrencia de caídas, encontrados en este estudio, algunas intervenciones pueden contribuir para la disminución de la incidencia de caída y sus consecuencias. Entre las intervenciones están la mejor evaluación de la marcha del anciano, principalmente aquellos con secuela de AVE, proporcionando mejor equilibrio en sus actividades del día a día, por medio de ejercicios de fortalecimiento muscular o auxilio de locomoción, como, también, el estímulo al uso de calzados cerrados y confortables adaptados a los problemas en los pies. La prevención de las caídas y sus consecuencias es un gran desafío, ya que la implementación de*

*medidas necesarias para su control depende de la participación de varios agentes. Por tanto, los profesionales de la salud deben ser formados y sensibilizados para esta cuestión, instrumentalizados en la evaluación y conducción de las intervenciones, con especial atención a la promoción de la salud y educación del anciano”.*¹⁴

Pruneda L. en 2018, realizó un resumen comentado del “*documento de práctica clínica basada en la evidencia*” sobre “*Efectividad de las intervenciones centradas en el paciente sobre las caídas en el ámbito de la atención de agudos en comparación con la atención habitual: revisión sistemática*”, el objetivo fue “*Evaluar la efectividad de las intervenciones centradas en el paciente sobre la prevención de caídas en el ámbito de cuidados agudos.*” Las conclusiones fueron las siguientes: “*la revisión sistemática de Avanecean y co, nos presenta la mejor evidencia disponible y llega a la conclusión de que las intervenciones centradas en el paciente en los hospitales de agudos son efectivas para reducir la tasa de caídas, aunque el escaso número de estudios válidos y su heterogeneidad dificulten la predicción de un modelo mejor que el actual*”.¹⁵

Gómez L, et al, en Toledo España, en el 2017, realizó un estudio sobre “*Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción*”, el objetivo fue “*Conocer la prevalencia y características de las caídas ocurridas durante el año 2015 en los ancianos institucionalizados en una residencia sociosanitaria pública de la provincia de Toledo, que estuviesen presentes en ella en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 5*

¹⁴ Marques K, Costa A. Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(6):1130-8.

¹⁵ Pruneda L. Efectividad de las intervenciones centradas en el paciente sobre las caídas en el ámbito de la atención de agudos en comparación con la atención habitual: revisión sistemática. Revista de enfermería. 2018; 12 (1).

de enero de 2016”. Las conclusiones fueron las siguientes: *“Las caídas tienen todavía una alta prevalencia en los ancianos que residen en el medio socio sanitario. El porcentaje de caídos fue del 37,04%, el 82,4% de los ancianos de esta residencia presentaron alto riesgo de caídas. Hemos encontrado tendencias muy diferentes entre los ancianos que presentaron caídas y los que no, en cuanto a las variables caídas y: movilidad, funcionalidad, poli medicación y estado cognitivo (en este último caso, además, existiendo relación significativamente estadística); estos resultados nos deben ayudar y servir como guía a la hora de elaborar intervenciones y estrategias específicas de prevención”*.¹⁶

Martín I, et al, en Portugal, en el 2013, realizo un estudio sobre *“Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años”*, las conclusiones fueron *“reiteran la prevalencia de las caídas y del temor a caer en la población muy anciana, corrobora evidencias que relatan la asociación entre Historial de las Caídas y el Temor a Caer. A su vez, atendiendo a la interferencia de la consecuencia de ese miedo en la vida cotidiana, del total de los participantes con Temor a Caer el 58,6 % (n = 89) mencionaron haber restringido su actividad con base en ese temor. Los resultados obtenidos refuerzan también la fuerte asociación entre la manifestación del Temor a Caer y la vivencia de situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia (como causa o consecuencia de ese temor a caer) y, por consiguiente, a un reducido concepto de sí mismo y a la disminución de la calidad de vida del anciano”*.¹⁷

Sebben T, et al, en Brasil, en el 2017, realizó un estudio sobre *“Evaluación del*

¹⁶ Gómez L, Aragón S, Calvo B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos. 2017; 28(1):2-8.

¹⁷ Martín I, Ribeiro O, Almeida R, Santos A. Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años. Gerokomos. 2013; 24 (4): 158-163.

riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados”. Las conclusiones fueron “*Se identificó tasa de incidencia de caídas del 1,68% y se verificó que mayor porcentaje de los pacientes que cayeron estaban clasificados en la categoría riesgo elevado para caídas. La tasa de incidencia de caídas detectada en este estudio, aunque parezca baja, indica la necesidad de sensibilizar los profesionales de salud sobre la ocurrencia de ese incidente en los hospitales. Como está más cercano al paciente, el equipo de enfermería es un importante aliado en la prevención de caídas. Esta proximidad permite la identificación precoz de situaciones de riesgo y favorece la planificación de acciones por el enfermero, junto con el equipo multidisciplinar, con vistas a reducir ese incidente que interfiere en la continuidad del cuidado y en la seguridad del paciente*”.¹⁸

Alves V, et al, en Brasil, en el 2017, realizó un estudio sobre “*Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería*”. Las conclusiones fueron “*La validación del mapeo mostró que las acciones contenidas en el protocolo prevención de caídas fueron consideradas más específicas y detalladas, con todo, la NIC (Nursing Interventions Classification) contempla mayor número de intervenciones, lo que posibilita concluir que el protocolo es pasible de ampliación de nuevas intervenciones para la reducción del riesgo de caídas, incluyendo, por ejemplo: mejoría del sueño, mejoría de la comunicación: déficit visual y control del dolor. Así como las acciones del protocolo que no fueron mapeadas sean propuestas para NIC, una vez que tales intervenciones y acciones pueden contribuir para la*

¹⁸ Sebben T, Solange T, De Souza J, Meneghetti M, Xavier B, Baldissera J. Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2862.

*prevención de caídas, de forma a mejorar la calidad y la seguridad en la asistencia a la salud”.*¹⁹

Freitas M, et al, en Brasil, en el 2014, realizó un estudio sobre *“Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados”*. Las conclusiones fueron *“El análisis del diagnóstico de enfermería (DE) Riesgo de caídas en pacientes hospitalizados en unidades clínicas y quirúrgicas demostró una baja prevalencia del mismo en la institución investigada. Se sabe que en el período del estudio no era utilizado en la institución un protocolo de evaluación del riesgo de caída, lo que pudo haber influenciado en la baja prevalencia del DE. En lo que se refiere al perfil de los pacientes con el DE Riesgo de caídas se encontró una mayoría de ancianos, del género masculino, con internación prolongada y la mayoría de las veces, en unidades clínicas. Eran principalmente, pacientes con enfermedades neurológicas, cardiovasculares y con varias enfermedades concomitantes, de lo que se concluye que estaban bastante vulnerables al evento adverso de caída. Los principales factores de riesgo identificados para el DE Riesgo de caídas fueron Alteración neurológica, Movilidad perjudicada y Extremos de edad, lo que corrobora esa vulnerabilidad de los pacientes, asociada a su condición física y de salud perjudicada”.*²⁰

García P, et al, en España en el 2015, realizó una revisión sistemática sobre *“Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada”*. Las conclusiones fueron *“Se puede confirmar que la*

¹⁹ Alves V, Junior de Freitas W, Silva J, Rodrigues S, Chagas S, Azevedo C, Ferreira L. Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2986.

²⁰ Freitas M, Goes M, Lucena A. Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(2):262-8.

*prevalencia de caídas en la población anciana española es elevada, por lo que se aprecia la necesidad de nuevas investigaciones”.*²¹

Beas E, et al, en Perú en el 2015, realizó una tesis sobre *“Efectividad del programa educativo “protegiendo mi salud física” en el nivel de conocimiento sobre prevención de caídas en el adulto mayor, puesto de salud “villa maria”. Nuevo chimbote, 2015”*. Las conclusiones fueron *“El 60% de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento medio sobre prevención de caídas, el 33% bajo y el 7% alto antes de aplicar el Programa educativo “Protegiendo mi salud física”, El 93% de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento alto sobre prevención de caídas después de aplicar el Programa educativo “Protegiendo mi salud física”, el Programa Educativo “Protegiendo mi salud física”, obtuvo una efectividad altamente significativa, al incrementar el nivel de conocimiento sobre prevención de caídas”.*²²

Giner A, et al, en España, en el 2017, realizó un estudio sobre *“Detección de riesgo de caídas en una muestra de personas mayores en la población de Vallada”*. Las conclusiones fueron *“La edad elevada, la dependencia y el deterioro cognitivo forman parte del perfil de la persona mayor vulnerable a padecer caídas. La disponibilidad de herramientas que pueden detectar factores de riesgo de caídas permite a los profesionales sanitarios reconocer a la población de riesgo, y planificar cuidados enfocados a disminuir la morbimortalidad”.*²³

²¹ García P, Vela J, Carrasco G, Portillo G, García S. Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada. Revisión sistemática 2014. Revista Rol de Enfermería. 2015; 38(11): 760-765.

²² Beas Stefany, Lorenzo Karen. Efectividad del programa educativo “protegiendo mi salud física” en el nivel de conocimiento sobre prevención de caídas en el adulto mayor, puesto de salud “villa maria”. Nuevo chimbote, 2015: Perú: universidad nacional de santa; 2015. 87p.

²³ Giner A, Burguete M. Detección de riesgo de caídas en una muestra de personas mayores en la población de Vallada. Revista ICUE. 2017; 2(2): 2445-3846.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

Institución Prestadora de Servicios de Salud, SALUDCOM Fundada en 1996 en Palmira, Clínica de complejidad primaria y complementaria en consulta externa su misión es mantener la salud de las personas y de las comunidades en estándares óptimos de calidad y oportunidad, mediante la prestación de los servicios médicos humanizados que permitan la educación y promoción de la salud, la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Para ello se incorpora desarrollo de tecnologías en salud de alta calidad y talento humano competitivo para contribuir con el mejoramiento continuo del índice de desarrollo humano.

Productos

Atención Consulta Ambulatoria.

Atención Medica Especialista.

Programa de Atención Domiciliaria.

Suministro de Medicamentos POS.

Atención Promoción y Prevención.

Programa de Salud Mental Integral Ambulatoria.

Programa de Atención Integral escolar.

Programa de Atención Primaria Domiciliaria.

Programa de atención domiciliaria

OBJETIVO Integrar las políticas y procedimientos en SALUDCOM para la prestación de servicios domiciliarios a los usuarios que tengan indicación para recibirlo y unificar los criterios en su prestación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Brindar servicios de atención domiciliaria con calidad y eficiencia a los pacientes que cumplan los requerimientos para tal fin.
2. Lograr una utilización más eficiente de los recursos, disminuyendo los promedios de estancia, permitiendo la reorientación de los recursos al mejoramiento de los servicios ofrecidos.
3. Disminuir la posibilidad de Infección Intrahospitalaria.
4. Permitir la participación activa de la familia en la recuperación del paciente mediante su adecuada capacitación.
5. Reincorporar rápidamente al paciente a su entorno habitual: su hogar y su familia, aumentando su comodidad y bienestar.
6. Evitar el impacto psíquico del paciente hospitalizado.
7. Restituir precozmente la dinámica del grupo familiar.
8. Permitir la integración, compromiso y responsabilidad de la familia en el proceso de manejo del paciente.
9. Evitar desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo.
10. Fomentar la Autonomía y la Independencia del paciente.
11. Facilitar la comunicación entre el personal de salud y los familiares.
12. Facilitar el proceso de educación para la salud y el autocuidado.
13. Prevenir de desinserción social y hospitalismo psíquico.
14. Constituir un puente entre el hospital y/o clínica y el equipo de atención de primer nivel

Política de calidad

La salud y la seguridad de nuestros usuarios son nuestro compromiso fundamental, por lo cual definimos una atención integral de acuerdo a los requerimientos y focalización de la población, políticas del Sistema de Seguridad Social en Salud, centrados en una excelente relación médico – paciente,

propiciando la detección temprana de factores de riesgo , y a través de un Sistema de Gestión de la Calidad, que conduzca al desarrollo de una cultura organizacional, de Seguridad del Paciente, a un claro y oportuno sistema de información, un portafolio de servicios que proporcione una relación costo beneficio, identificando y evaluando la viabilidad financiera de proyectos para mantener y mejorar continuamente los servicios, incrementando la satisfacción de las partes interesadas.

Política de seguridad del paciente

SALUDCOM IPS tendrá como política de seguridad del paciente: Desarrollar una cultura institucional enfocada en la prevención del riesgo mediante estrategias educativas que fomenten la detección oportuna, el establecimiento de medidas correctivas y el seguimiento de situaciones que evidencien problemas o fallas relacionadas con eventos que pongan en peligro la integridad del paciente y su familia, garantizando un entorno seguro y humano de la atención.

Protocolo de seguridad del paciente

SALUDCOM IPS tendrá como política de seguridad del paciente: Desarrollar una cultura institucional enfocada en la prevención del riesgo mediante estrategias educativas que fomenten la detección oportuna, el establecimiento de medidas correctivas y el seguimiento de situaciones que evidencien problemas o fallas relacionadas con eventos que pongan en peligro la integridad del paciente y su familia, garantizando un entorno seguro y humano de la atención

4.3 MARCO REFERENCIAL

Seguridad del paciente:

La seguridad del paciente es un tema que preocupa instituciones de salud en el orden mundial, en Colombia el Ministerio de Salud ha recogido los lineamientos expedidos desde la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y ha creado políticas públicas para que dentro de las instituciones se tenga modelos de gestión del riesgo y de aseguramiento de la calidad Ejemplo de esto es el Decreto 2309 (15, octubre, 2002). (Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud) ²⁴. *“En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está emergiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, a través de la gestión del riesgo en el que los profesionales comunican los errores y actúan de forma proactiva en el rediseño de los procesos para evitar nuevos incidentes”*.²⁵

Con la realización de este trabajo se contribuye al tema, desde la óptica de analizar el costo económico que tiene la no calidad, particularmente los eventos adversos, un aspecto que está presente en diversas instituciones de salud en el país ²⁶ Desde las políticas públicas de salud en Colombia, lideradas por el Ministerio de Salud se ha venido trabajando en el tema de la seguridad del paciente, en tal sentido se ha trabajado en temas de la gestión de calidad, lo que

²⁴ Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura. Ediciones de la OMS; 2008. p. 1-12.

²⁵ Camargo G, Queiroz A, Silvestre N, Camargo A. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Enfermería. Global. 2014; 13(33): 1695-6141

²⁶ Rodríguez LF L, Sánchez AF A, Zamora PA P, Araya LA. L. Análisis comparado de los procesos de calidad en fisioterapia / kinesiólogía de Colombia y Chile. Ciencias de la Salud. 2015; 13(2):193-214.

implica un registro y gestión de los eventos adversos, relacionados directamente con la no calidad presente en las instituciones de salud ²⁷

Según la resolución 1446 del 2006 (expedida por el Ministerio de Protección Social, actual Ministerio Salud) establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos, este aspecto se encuentra regulado e incluso se cuenta con metodologías definidas.

La definición del Ministerio de Salud (2007) contiene varios elementos asociados a la calidad, le concede una gran importancia a la accesibilidad y la equidad como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. ²⁸ El concepto de nivel profesional óptimo, debe entenderse, según el Ministerio como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientadas a la obtención de un resultado. Igualmente se incluyen en este concepto, la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible. ²⁹

Calidad y seguridad de la atención

“Para lograr el reto de la calidad y la seguridad de la atención se requiere un compromiso institucional, multidisciplinario, interdisciplinario y a nivel individual tanto por parte de los proveedores como por el propio usuario receptor de la atención. La contribución de todos y cada uno de los actores sociales involucrados

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2008. p. 9-41.

²⁸ Paranaguá TT, de Brito, Braga QdP, Bezerra ALQ, e Silva, Ana Bauer, de Camargo, Filho FMdA, de Sousa M, Regina Gomes. Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Enfermería Global 2014 04;13(2):206-218.

²⁹ Maslow A. El hombre autorrealizado hacia una psicología del ser. 12th ed. Barcelona, España: Kairos; 2012. p. 1-343

*en el ámbito de la salud permitirá garantizar que la atención que se proporcione cumpla con los estándares de calidad y sea libre de riesgo para todos los usuarios; la co-responsabilidad de todos es fundamental. Existe evidencia de múltiples avances, a nivel local, nacional e internacional; sin embargo, las diferencias en la calidad y seguridad que se proporciona en las diversas instituciones siguen siendo notorias, se requiere un mayor esfuerzo para afirmar que la atención que se proporciona a todo usuario independientemente del tipo de institución a la que acuda a solicitar atención, es de calidad y libre de riesgo”.*³⁰

PREVENCIÓN CAÍDAS

La prevención de las caídas y sus complicaciones es una labor multidisciplinar, ya que no sólo depende de su estado de salud y antecedentes clínicos, sino de muchas causas, como la alimentación, apoyo familiar, condiciones de la vivienda que deben de ser abordados por los profesionales de la salud.

“La intervención de un trabajador social debe ir encaminada al seguimiento y solución de problemas cercanos a una inadecuada perspectiva de recuperación. Así que es fundamental conocer el entorno de esa persona, sus familiares, amigos y vecinos, si dispone o no de alguna valoración o recursos social e institucional, la existencia o no de barreras arquitectónicas y problemas de accesibilidad y diseño universal del entorno, etc. Dado que el trabajador social realiza en los diferentes programas y procesos, las correspondientes visitas a domicilio, puede intervenir en la prevención de caídas con información y orientaciones tanto a los mayores como a sus hijos, resto de familiares y vecinos cercanos, que generalmente se interesan y preocupan mucho por ellos. En definitiva, podríamos decir que la intervención social se sustentará principalmente desde el punto de vista del desarrollo de actividades preventivas y de promoción de salud, con una

³⁰ Moreno M. Calidad y seguridad de la atención. Revista abril Cienc. enferm. 2013; 19 (1): 0717 – 2079.

*adecuación de los recursos sociales y con diversas intervenciones sobre el entorno familiar y comunitario de la persona usuaria mayor, sin olvidar a las personas cuidadoras”.*³¹

Costo Beneficio

Los costos de las lesiones relacionadas con caídas a menudo se muestran en términos de costes directos.

Los costos directos son lo que los pacientes y compañías de seguros pagan por el tratamiento de lesiones relacionadas con caídas. Estos costos incluyen los honorarios para el hospital y el hogar de cuidados de enfermería, médicos y otros servicios profesionales, la rehabilitación, los servicios basados en la comunidad, el uso de equipos médicos, medicamentos recetados, los cambios realizados en el hogar, y el procesamiento de seguros.

Los costos directos no tienen en cuenta los efectos a largo plazo de estas lesiones, como la discapacidad, la dependencia de los demás, la pérdida de tiempo de trabajo y las tareas del hogar, y la calidad de vida reducida, que seguramente es lo más importante de todo lo anterior si pretendemos tener mayores sanos e independientes en el futuro.

Un estudio longitudinal halló que el 68% de las personas que sufrieron caídas reportó algún daño; en el 24% de los casos se requirió la atención de la salud, el 35% experimentó deterioro funcional y las actividades sociales y físicas se vieron afectadas en más del 15%. Cerca del 95% de todas las fracturas de cadera tiene como causa una caída; el 95% de los pacientes con fractura de cadera son internados en hogares de ancianos (casi el 40% de las admisiones en esos hogares está relacionado con las caídas), y el 20% de los pacientes con fractura de cadera muere dentro del año.

³¹ Calero M, López G, Ortega A, Cruz A. Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. *European j investiga.*2016; 6 (2): 71-82.

A nivel mundial, las caídas generan grandes costos económicos. Las caídas y el miedo a las caídas también reducen notablemente la calidad de vida. Más del 60% de los cuidadores familiares teme que su familiar de edad avanzada se vuelva a caer. El nivel bajo de autoeficacia en las caídas (una medida del miedo a las caídas) se asocia con un riesgo mayor de caídas posteriores, disminución de las actividades de la vida diaria y reducción de la calidad de vida.

Las caídas pueden desencadenar un ciclo de miedo a las caídas (>25% de los casos), reducción de la actividad física, pérdida de la condición física, deterioro funcional, deterioro de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, aislamiento social, menor calidad de vida, depresión, aumento del riesgo de caídas posteriores, institucionalización. Después de una primera caída, las personas tienen un 66% de probabilidad de tener otra caída dentro del año.³²

³² Intramed. Prevención de las caídas. [Internet]. (2016) [consultado el 14 de agosto del 2018]. disponible en: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=89060>.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

Adherencia

*"El concepto adherencia es considerado como un proceso de cambio de conductas por parte del profesional de enfermería, que puede declararse o manifestarse, y sobre la cual se intervendrá con capacitación como tratamiento experimental, donde es posible identificar tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación y c) Etapa de incorporación"*³³

Protocolo

*"Es un documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de "acuerdo a cumplir" y se adapta al entorno y a los medios disponibles".*³⁴

Caída

Organización Mundial de la Salud (3) citado por Cruz E, et al (p 87). *"De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014), 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 detiene. Otra definición la refiere como la consecuencia de cualquier acontecimiento, que precipita al individuo generalmente al piso contra su voluntad, suele ser repentina, involuntaria e insospechada y*

³³ Bautista L, Vejar L, Pabón M, Moreno J, Fuentes L, León K, Bonilla J. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. Revista Cuidarte. 2016; 7(1): 1195-203.

³⁴ Guiasalud.es: ¿Qué diferencia a una Guía de Práctica Clínica (GPC) de un Protocolo o de una Vía Clínica?[internet].2018[citado 25 de agosto de 2018].recuperado a partir de : http://portal.guiasalud.es/web/guest/faq?p_p_id=EXT_8_INSTANCE_EHKZ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&_EXT_8_INSTANCE_EHKZ_struts_action=/ext/predisenyada/vista_Previa&_EXT_8_INSTANCE_EHKZ_contenidoId=15282&_EXT_8_INSTANCE_EHKZ_version=1.2

puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo. Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas: la edad, el sexo y el estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad”⁵

Romero C, et al, (5) citado por Cruz E, et al (p 87) *“La edad es uno de los principales factores de riesgo para caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas y el riesgo aumenta con la edad. Las caídas en pacientes de más de 60 años, cuya incidencia aumenta con la edad, constituyen un problema clínico importante por la morbilidad, la mortalidad y los costos para el individuo, su familia y la sociedad.”⁵*

Riesgo de caídas

Se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.³⁵ Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad.¹

Clasificación de las Caídas

Organización Mundial de la Salud, (3) citado por Cruz E, et al (p 87) *“Las caídas en los ancianos pueden englobarse bajo el nombre de "síndrome geriátrico de caídas", que de acuerdo con la OMS se define como la presencia de dos o más caídas durante un año. Así también, se considera que un paciente presenta caídas recurrentes cuando éstas se presentan en un número de tres o más episodios durante un mes.”⁵*

³⁵ Guía de prácticas clínicas: Percepción de la salud [internet]. 2018 [citado 16 de julio de 2018]. Recuperado a partir de: http://webs.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia_CD/Por%20cursos/Tercero/patron1/3_00155.htm

Calleja OJA, et al, (4) citado por Cruz E, et al (p 87) *“De acuerdo con criterios de causalidad y tiempo de permanencia en el piso, las caídas se pueden clasificar en tres.”*⁵

Caída accidental

Es aquella que se produce por una causa ajena al adulto(a) mayor, con origen en un entorno potencialmente peligroso, por ejemplo, un tropiezo con un objeto o barrera arquitectónica.

Caída de repetición

"No justificada": Es aquella donde se hace patente la persistencia de factores predisponentes como poli patología o polifarmacia. Un ejemplo lo constituyen la enfermedad de Parkinson y la sobredosificación con benzodiazepinas.

Caída prolongada

Es aquella en la que el adulto(a) mayor permanece en el suelo por más de 15 a 20 minutos con incapacidad de levantarse sin ayuda. Las caídas con permanencia prolongada en el piso son indicativas de un mal pronóstico para la vida y la función.

Las caídas con permanencia prolongada en el piso se consideran como indicadores de una reserva fisiológica disminuida en aquellas personas adultas mayores que las sufren, ya que pueden estar relacionadas con trastornos únicos o múltiples que acortan su supervivencia o alteran su funcionalidad general.

Hernández D, et al, (6) citado por Cruz E, et al (p88) ***“Otra clasificación divide a las caídas en dos grupos.”***⁵

Caídas accidentales

Ocurren cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona que está en estado de alerta y sin ninguna alteración para caminar, originando un tropezón o resbalón que termina en una caída. ⁵

Caídas no accidentales

Pueden ser de dos tipos, aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de la conciencia en un individuo activo y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia por su condición clínica, efectos de medicamentos o dificultad para la deambulaci3n. ⁵

Factores Intrínsecos

Factores relacionados con el propio sujeto que cae. ⁵

Factores Extrínsecos

Factores relacionados con la actividad que realiza o el ambiente en el que se encuentra. ⁵

FACTORES EXTRÍNSECOS POR TRATAMIENTO

Farmacológico: son aquellos relacionados con los medicamentos que consume el paciente que tienen efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la estabilidad o la marcha.

Prótesis: extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.

Multifactorial: debido a la interacci3n de varias causas

Deambulaci3n: se refiere a la forma como el paciente camina.

Hipotensión ortostática: se define como una reducción de presión arterial dentro de los tres minutos después de haber asumido la posición erecta o de pie después de haber estado en posición supina o acostada.

Síncope: es una pérdida de conocimiento repentina y por lo general breve y reversible.³⁶

4.4.1 GLOSARIO

Adherencia: cumplimiento

Actividad: Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa.

Autoeficacia: es la confianza en la propia capacidad para lograr los resultados pretendidos.

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud

Beneficio: es un bien que se hace o se recibe.

Caída: es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Calidad: Satisfacer los requerimientos del cliente

Costo: gasto económico

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

Eficacia: alcanzar las metas.

Efectividad: lograr las metas con los mínimos recursos.

³⁶ Observatori de Bietica i Dret. El informe Belmont. PARC Científic de Barcelona. USA:18 de abril de 1979. p. 1-11.

Evidencia científica: Es aquella evidencia que sirve al objetivo de apoyar u oponerse a una hipótesis o teoría científica.

Estándar: es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia.

Fractura: ruptura del hueso.

Guías: son modelos o algo que se debe seguir.

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Intervenciones: Participar o tomar parte en alguna situación.

Lesión: Una lesión es un daño que ocurre en el cuerpo.

Paciente: persona enferma.

Protocolo: Es un documento que contiene los pasos a seguir ante un problema asistencial específico.

Prevención: Se refiere a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso.

Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra

Rehabilitación: Recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad.

Usuario: persona que usa habitualmente un servicio.

PALABRAS CLAVES:

Seguridad, Paciente, Riesgo, Auxiliares de enfermería

4.5 MARCO JURÍDICO

LEY 100 DE 1993

La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”³⁷

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991

“Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

³⁷ Régimen legal de Bogotá D.C. Ley 100 de 1993. Bogotá: Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.”³⁸

LEY 266 DE 1996

“ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

ARTÍCULO 3o. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO. La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio en la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Fundamenta su

³⁸ Corte constitucional. Constitución política de Colombia del 1991. Corte constitucional; 2016. p. 170

*práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin, dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; Ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.”*³⁹

LEY 1438 DE 2011

*“ARTÍCULO 1°. OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.”*⁴⁰

LEY NÚMERO 1122 DE 2007

“ARTÍCULO 1º: OBJETO. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación,

³⁹ El congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996; 1996. p. 8

⁴⁰ El congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. El congreso de Colombia; 2011. p. 51

*equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.”*⁴¹

LEY 1751 2015

*“ARTÍCULO 10. OBJETO. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.”*⁴²

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 3 ABR 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁴³ Es indispensable en cada institución que haya un programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (pamec).

RESPONSABILIDAD CIVIL

“El artículo 2341 del Código Civil prevé, que aquel que ha cometido con culpa un daño a otro está obligado a indemnizar los perjuicios que se deriven de ello, estableciendo así el régimen de responsabilidad extracontractual. Por su parte, la responsabilidad civil puede ser considerada contractual o extracontractual dependiendo de: i) la relación jurídica entre las partes de la cual se deriva el daño – si es o no preexistente al daño –, ii) la acción que ejerce el demandante/victima y/o la familia perjudicada, para reclamar la indemnización de perjuicios. Por su

⁴¹ El congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007. El congreso de Colombia; 2007. p.18.

⁴² El congreso de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015. El congreso de Colombia; 2015. p. 13.

⁴³ Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006. Ministerio de la protección social; 2006. p. 17.

parte, la responsabilidad médica deviene de la obligación, en principio contractual, del médico, EPS o IPS de cuidar la integridad corporal del paciente para devolverlo sano y salvo al concluir la relación prestación de un servicio médico, esta relación puede surgir, generalmente, como consecuencia de una convención.” ⁴⁴ Por este motivo se debe tener conocimiento y cumplir con el protocolo de riesgo de caídas de la institución ya que el desconocimiento de este no lo exonera de cualquier responsabilidad con el paciente en caso de presentar un evento adverso o centinela derivado de una caída.

⁴⁴ Corte constitucional de Colombia: Sentencia T-118A/13 (Bogotá D.C., marzo 12) responsabilidad civil. [Internet]. 2018[citado 8 de agosto de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-118A-13.htm>

4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Principio de Beneficencia: Este principio tiene como base el no dañar, hacer el bien, pero fundamentalmente los valores éticos están dados en el comprender, significa buscar el bien del paciente en términos terapéuticos.

Principio de la No - Maleficencia: En la praxis significa evitar hacer daño, evitar la impedancia, la imprudencia, la negligencia. Este se refiere a la inocuidad de la medicina y procede de la ética médica hipocrática.

Principio de la Justicia: Este significa atender primero al más necesitado de los posibles a atender, exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad, jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar, hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falte cuando más se necesite.

Principio de Autonomía: Bacallao Gallestey J, (6) citado por porra J (p 3) *“Refleja que la prioridad en la toma de decisiones relacionado con la enfermedad es del paciente, el cual decide lo que es conveniente para él durante el proceso de salud enfermedad. La toma de decisiones es un derecho que requiere de información adecuada, conocida esta práctica como el consentimiento informado. El consentimiento informado es la elección voluntaria hecha por el individuo, libre de coerción del médico, del pesquisador, de otros profesionales de la salud, de los familiares, amigos o de la propia sociedad.”*⁴⁵ El consentimiento informado como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación enfermero – paciente garantiza que la información ha sido ofrecida por el personal de enfermería y

⁴⁵ Porra Casals Juana Mirtha. Aplicación de los principios bioéticos en la calidad de la atención de enfermería. España; 2013. p. 1-6.

recibida por el paciente. Es fácil caer en la desinformación cuando esta es contradictoria y el intercambio de información es irregular.

Asegurar la validez, integridad y seguridad de la misma es necesario no sólo para el equipo de trabajo, sino también para los usuarios del servicio, bien sea el paciente y/o su acompañante.

La aplicación y conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos, conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional y nos permiten a su vez elevar el nivel de la calidad en la atención al individuo.²⁶

CÓDIGO DE NUREMBERG

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.⁴⁶

⁴⁶ Traducción adaptada de Mainetti, J. A. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg. Núremberg; 1947. p. 1-2

DECLARACIÓN DE HELSINKI

Según este estudio, La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.⁴⁷

INFORME DE BELMONT

Esta declaración contiene una distinción entre investigación y práctica, una discusión de los tres principios éticos básicos, y observaciones sobre la aplicación de estos principios.

Es importante distinguir de una parte la investigación biomédica y de conducta y de otra la aplicación de una terapia aceptada, a fin de averiguar qué actividades deberían ser revisadas a fin de proteger a los sujetos de investigación. La distinción entre investigación y práctica es borrosa en parte porque con frecuencia se dan simultáneamente (como en la investigación diseñada para la valoración de una terapia) y en parte porque notables desviaciones de la práctica comúnmente aceptada reciben con frecuencia el nombre de "experimentales" cuando los términos "experimental" e "investigación" no son definidos cuidadosamente.

La investigación y la práctica pueden ser llevadas a cabo conjuntamente cuando la investigación va encaminada a la valoración de la seguridad y eficacia de un tratamiento. Esto no debería confundirse con la necesidad de revisión que una

⁴⁷ Asociación Médica Mundial. Declaración de helsinki de la asociación médica mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asamblea Médica Mundial Helsinki. Finlandia; junio 1964. p. 1-5

actividad pueda o no tener; la regla general es que en cualquier actividad donde haya un elemento de investigación, esta actividad debería someterse a revisión para la protección de los sujetos humanos. Principios éticos básicos:

RESPETO

El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerrequisitos morales distintos: el prerrequisito que reconoce la autonomía, y el prerrequisito que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida.

BENEFICENCIA

Beneficencia Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndose de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: 1. No causar ningún daño, y 2. maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

JUSTICIA

¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el

principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación ¿Quién es igual y quién es desigual? ¹⁸

RESOLUCIÓN 8430

DE LAS INVESTIGACIONES EN GRUPOS SUBORDINADOS.

ARTICULO 45. Se entiende por grupos subordinados los siguientes: estudiantes, trabajadores de los laboratorios y hospitales, empleados y miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el Consentimiento Informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

ARTICULO 46. Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en el Comité de Ética en Investigación, deberá participar uno o más miembros de la población de estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar: a) Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieren sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia del caso. b) Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes. c) Que la institución investigadora y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias perjudiciales de la investigación. ⁴⁸

DECLARACIÓN DE SINGAPUR

El valor y los beneficios de la investigación dependen sustancialmente de la integridad con la que esta se lleva a cabo. Aunque existan diferencias entre países

⁴⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 8430 de 1993. Bogotá D.C: Ministerio de Salud; 1993. p. 1-19.

y entre disciplinas en el modo de organizar y llevar a cabo las investigaciones, existen también principios y responsabilidades profesionales que son fundamentales para la integridad en la investigación, donde sea que esta se Realice.⁴⁹

⁴⁹ Declaración de Singapur. Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación. 2a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación. Singapur; 21-24 de julio de 2010. p. 1-2

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de enfoque cuantitativo de tipo observacional descriptivo transversal, en el cual se aplicará el instrumento del protocolo sobre riesgo de caídas al personal auxiliar de enfermería para verificar el nivel de adherencia que tienen al protocolo establecido.

5.2 POBLACIÓN

Personal auxiliar de enfermería del servicio de atención domiciliaria en una IPS de Palmira.

5.3 TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

30 auxiliares de enfermería que trabajan en una IPS de la ciudad de Palmira en el servicio de atención domiciliaria a las cuales se les aplicará el instrumento

5.4 MARCO MUESTRAL

Instrumento de evaluación que será aplicado a las auxiliares de enfermería de atención domiciliaria de la IPS

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal auxiliar de enfermería que labora actualmente con la empresa en el servicio de atención domiciliaria.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No existen criterios de exclusión, pues se va a trabajar con todo el personal auxiliar de enfermería.

Unidad de análisis

5.7 VARIABLES

OBJETIVO	CONCEPTO	DEFINICION	VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	PREGUNTA
Caracterizar demográficamente la población	Aspectos socio demográficos	Aspectos relacionado con las condiciones de vida del individuo como: edad, género, etnia, estrato	Edad	Años cumplidos según documento de identidad		NOMINAL	% del personal por grupo etario	EDAD
			Género	Clasificación fenotípica de la persona hombre o mujer	FEMENINO MASCULINO	NOMINAL	% del personal por genero	GENERO M/F
			Tiempo de vinculación en la empresa	tiempo en años o meses que lleva una persona prestando servicios bajo un contrato en una empresa		NOMINAL		TIEMPO DE SERVICIO
Identificar el nivel del cumplimiento del protocolo de riesgo de caídas por parte de las auxiliares	Servicio de atención domiciliario	Es el tipo de asistencia o cuidados que se presta en el domicilio a personas que, debido a su estado de salud o a otros	talento humano	Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.	protocolo Riesgo de caída	NOMINAL	% de cumplimiento del protocolo riesgo de caídas	<ol style="list-style-type: none"> 1. La auxiliar de enfermería conoce el protocolo de riesgo de caídas 2. La auxiliar de enfermería conoce la clasificación del semáforo 3. La auxiliar de enfermería identifica en que caso es riesgo alto 4. La auxiliar de enfermería identifica en que caso es riesgo medio 5. La auxiliar de enfermería identifica en que caso es riesgo bajo

de enfermería en la atención domiciliar		criterios previamente establecidos no pueden desplazarse al centro de salud.							6. La auxiliar brinda información clara a paciente y/o familiar sobre el riesgo de caídas. 7. clasificación del semáforo en la cabecera de la cama 8. El riesgo está bien semaforizado (valore el paciente según escala) 9. La escala diligenciada en física coincide con el semáforo 10. El paciente y/o familia conoce el semáforo, para que sirva 11. Tiene barandas o barreras puestas 12. la familia conoce la importancia de seguir recomendaciones 13. Tiene inmovilización preventiva 14. la familia conoce para que se utiliza la inmovilización preventiva
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

Comprende 3 fases:

Primera fase: Se realiza reconocimiento de protocolo institucional sobre clasificación del riesgo de caída.

Se realizó un diagrama de causa y efecto (espina de pescado) (Anexo 1 y 2) para identificar los factores contributivos relacionados con la prevención del riesgo de caídas y las causas de la no adherencia al protocolo.

Segunda fase: se realiza prueba piloto con la lista de chequeo propia de la institución, para evaluar sobre prevención del riesgo de caídas de acuerdo al protocolo institucional y fortalecer la información ya suministrada por el programa de seguridad del paciente al personal asistencial.

Tercera fase: se aplicó la lista de chequeo ofrecida por la Institución Prestadora de Servicio sobre conocimiento e intervención del riesgo de caídas, (**Anexo 1**) por

el grupo de auditores, esta actividad se realizó durante las 2 primeras semanas del mes de agosto.

5.8.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

La información será recolectada mediante la lista de chequeo de la institución, durante la ronda de seguridad por el grupo auditor durante el segundo semestre del 2018.

5.8.2 TABULACIÓN DE DATOS

Se crea base de datos en Excel y posterior es cargado en EPIINFO 7.

5.9 ANÁLISIS DE DATOS

Se aplicará estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión.

5.10 RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la adherencia que tienen las auxiliares de enfermería de atención domiciliaria con respecto al protocolo de riesgo de caídas de la Institución Prestadora de Servicios SALUDCOM Palmira, en el segundo semestre de 2018, y proponer un plan de mejora según los hallazgos.

5.11 POBLACIÓN BENEFICIADA

Pacientes de atención domiciliaria de la Institución Prestadora de Servicios SALUDCOM Palmira

5.12 COMPROMISO O REFERENTE BIOÉTICO

El grupo auditor se comprometen a cumplir con lo establecido en el consentimiento informado de la Institución Prestadora de Servicios SALUDCOM

(Anexo 3) , con el tratado de Helsinki, los principios éticos de Belmont, y además de la normatividad nacional Resolución 8430 de 1993.

5.13 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

El grupo auditor se compromete a cumplir con las normas medio ambientales nacionales e internacionales, haciendo mínimo uso de papel y utilizando medios magnéticos para la recolección de la información, al igual que cuidar el entorno.

5.14 RESPONSABILIDAD SOCIAL

Con esta investigación realizada por un grupo de estudiantes de Auditoria en Salud, se pretende mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud por parte de las auxiliares de enfermería, frente al riesgo de caídas de seguridad del paciente, en el servicio de atención domiciliaria de la Institución Prestadora de Servicios SALUDCOM Palmira.

5.15 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.15.1 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7
	JULIO			AGOSTO			
Lectura de artículos y pregunta problema							
Objetivo general , específicos, planteamiento del problema y justificación							
Elaboración del marco teórico , reconocimiento de protocolo institucional sobre clasificación del riesgo de caídas y validación del instrumento a utilizar							
Se aplica lista de chequeo (Anexo 1) conocimiento e intervención del riesgo de caídas, se realiza diagrama de causa efecto (

espina de pescado)							
Tabulación de la información, Resultados y recomendaciones							
Entrega del proyecto de investigación							
Preparación y Sustentación del proyecto							

5.15.1 PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	PRESUPUESTO
Gastos del personal	\$2.000.000
Materiales y suministros	\$200.000
Transporte	\$1.000.000
TOTAL	\$3.200.000

6. RESULTADOS

Participaron en esta investigación 30 auxiliares de enfermería de una IPS del servicio de atención domiciliaria en el municipio de Palmira valle que por medio de una estadística descriptiva, se encontraron algunas variables con prevalencia como el 27 (90%) de los auxiliares de enfermería auditados fueron de sexo femenino y masculino 3 (10%). Entre los 18 y 42 años de edad.

Un total de 4 participantes (13%) informan que llevan más de 10 años de experiencia laboral en la profesión actual; y 25(83%) menos de 5 años.

5 auxiliares de enfermería no conocen la clasificación del semáforo de riesgo de caídas y 25 lo conocen.

Por otra parte 20 (67%) auxiliares de enfermería conocen el protocolo de riesgo de caídas y 10(33%) no lo conocen.

Al aplicar el instrumento se encontró que un 70% del total de población analizada (30 auxiliares de enfermería) se adhieren al protocolo de riesgo de caídas. Y el otro 30% tienen acceso al protocolo, pero el 27% Lo aplica parcialmente y el 3% no lo aplican. Por lo cual genera un alto riesgo que atenta con la seguridad del paciente.

7. CONCLUSIONES

1. se puede determinar que la falta en adherencia en la institución se puede lograr mejorando la información y/o capacitación al personal que ingresa nuevo a la institución. Información que debe ser desde el momento de ingreso y por parte de las directivas de la empresa ya que el personal de auxiliares de enfermería entre si no tienen mucho contacto, debido a que la atención es en domicilios diferentes.
2. Realizar cronogramas de evaluaciones para medir sus conocimientos e intervenciones del riesgo de caída en la seguridad del paciente
3. Se recomienda implementar y aplicar lo aprendido durante el plan de mejora, para obtener resultados positivos y así evitar que se presenten eventos adversos.

8. RECOMENDACIONES

Realizar capacitaciones por medio de ayudas audiovisuales, folletos y charlas educativas con cronograma de evaluación y así lograr el 100% de adherencia a protocolo de riesgo de caídas de la institución.

Es necesario elaborar rondas de seguridad del paciente cada mes para lograr identificar las falencias con mayor oportunidad y lograr la calidad esperada

Elaborar indicadores de cumplimiento del protocolo de riesgo de caídas mensual.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social; 2010. Versión 2,0: p. 1-101.
- ² Organización Mundial de la Salud centro de prensa. *Caídas* [internet]. (2018) [consultado 16 jul. 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- ³ Organización panamericana de la salud. Guía de diagnóstico y manejo. Organización Panamericana de la Salud. 2018; p. 165-79.
- ⁴ Cruz Esteban, González Mariana, López Miriam, Godoyl Ilythia D. y Ulises Mario. Caídas: revisión de nuevos conceptos. Revista hupe. 2014: volumen 13(2):1-14
- ⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social; 2009. Versión 1,0: p. 1-46.
- ⁶ Delgado, J., Estive, A., Castillo Mayra, V. and Miñoso Madelyn, C. *Osteoporosis, caídas y fractura de cadera. Tres eventos de repercusión en el anciano*. Scielo.sld.cu. 2013: volumen 15(1):41-46.
- ⁷ hospitales del Valle. Prevención de riesgo de caída. [internet].(2018)[consultado 8 de agosto del 2018] recuperado a partir de: <http://www.hospitaldelvalle.com/article/prevencion-del-riesgo-de-caidas>.
- ⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social; 2010. versión 2,0: p. 1-101.
- ⁹ Prieto M, et al (4) (P.33-8) Lima Severino, Pimentel Natalia, Freire de Vasconcelos Patricia, Aires de Freitas Consuelo, Bessa Maria Salete, De Souza

Oliveira Adriana. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enferm. glob.* 2014 Jul; volumen 13(35): 293-309.

¹⁰ Ramos Dominguez (3) (P. 1-3) Mondragón Álvaro, Rojas Johana. La seguridad del paciente: un componente de la políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 2014; 531-32

¹¹ López Ernesto. Tesis para optar al título de Master en Administración en salud 2013-2014. En: Gutiérrez Sergio. Conocimiento del personal de salud sobre prevención de caídas del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila bolaños año 2014. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua; 2014. 1-51.

¹² Delgado Juliana, Forero Melanie, Mejía Paola. Trabajo de grado de grado presentado como requisito optar al título de Enfermera. En: Hernández Álvaro. Intervenciones de enfermería en pacientes hospitalizados con riesgo de caídas: revisión sistémica. Universidad de Santander UDES Bucaramanga, Santander: 2017. 1-74.

¹³ Aramburu Clàudia. Facultad de enfermería y fisioterapia. En: Nuín Carmen. Valoración y prevención del riesgo de caídas en Cataluña (España) y Temuco (Chile): descripción y análisis. Universidad de Lleida: 2017. 1-66.

¹⁴ MSc. Cruz P, Pérez A, Piloto A, Díaz D, Morales A, Reyes Y. Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2014; 31(1):35-41.

¹⁵ Marques K, Costa A. Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(6):1130-8.

¹⁶ Pruneda L. Efectividad de las intervenciones centradas en el paciente sobre las caídas en el ámbito de la atención de agudos en comparación con la atención habitual: revisión sistemática. *Revista de enfermería.* 2018; 12 (1).

¹⁷ Gómez L, Aragón S, Calvo B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. *Gerokomos.* 2017; 28(1):2-8.

- ¹⁸ Martín I, Ribeiro O, Almeida R, Santos A. Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años. *Gerokomos*. 2013; 24 (4): 158-163.
- ¹⁹ Sebben T, Solange T, De Souza J, Meneghetti M, Xavier B, Baldissera J. Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:e2862.
- ²⁰ Alves V, Junior de Freitas W, Silva J, Rodrigues S, Chagas S, Azevedo C, Ferreira L. Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:e2986.
- ²¹ Freitas M, Goes M, Lucena A. Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(2):262-8.
- ²² García P, Vela J, Carrasco G, Portillo G, García S. Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada. Revisión sistemática 2014. *Revista Rol de Enfermería*. 2015; 38(11): 760-765.
- ²³ Beas Estefani, Lorenzo Karen. Efectividad del programa educativo “protegiendo mi salud física” en el nivel de conocimiento sobre prevención de caídas en el adulto mayor, puesto de salud “villa maria”. Nuevo chimbote, 2015: Perú: universidad nacional de santa; 2015. 87p.
- ²⁴ Giner A, Burguete M. Detección de riesgo de caídas en una muestra de personas mayores en la población de Vallada. *Revista ICUE*. 2017; 2(2): 2445-3846.
- ²⁵ Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura. Ediciones de la OMS; 2008. p. 1-12.
- ²⁶ Camargo G, Queiroz A, Silvestre N, Camargo A. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería. Global*. 2014; 13(33): 1695-6141

- ²⁷ Rodríguez LF L, Sánchez AF A, Zamora PA P, Araya LA. L. Análisis comparado de los procesos de calidad en fisioterapia / kinesiólogía de Colombia y Chile. *Ciencias de la Salud*. 2015; 13(2):193-214.
- ²⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2008. p. 9-41.
- ²⁹ Paranaguá TT, de Brito, Braga QdP, Bezerra ALQ, e Silva, Ana Bauer, de Camargo, Filho FMdA, de Sousa M, Regina Gomes. Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. *Enfermería Global* 2014 04;13(2):206-218.
- ³⁰ Maslow A. El hombre autorrealizado hacia una psicología del ser. 12th ed. Barcelona, España: Kairos; 2012. p. 1-343
- ³¹ Moreno M. Calidad y seguridad de la atención. *Revista abril Cienc. enferm.* 2013; 19 (1): 0717 – 2079.
- ³² Calero M, López G, Ortega A, Cruz A. Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. *European j investiga.* 2016; 6 (2): 71-82.
- ³³ Bautista L, Vejar L, Pabón M, Moreno J, Fuentes L, León K, Bonilla J. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Revista Cuidarte.* 2016; 7(1): 1195-203.
- ³⁴ Guiasalud.es: ¿Qué diferencia a una Guía de Práctica Clínica (GPC) de un Protocolo o de una Vía Clínica?[internet].2018[citado 25 de agosto de 2018].recuperado a partir de : http://portal.guiasalud.es/web/guest/faq?p_p_id=EXT_8_INSTANCE_EHKZ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&EXT_8_INSTANCE_EHKZ_struts_action=/ext/predisenyada/vista_Previa&EXT_8_INSTANCE_EHKZ_contenidoId=15282&EXT_8_INSTANCE_EHKZ_version=1.2

- ³⁵ Intramed.Prevenion de las caídas.[Internet].(2016)[consultado el 14 de agosto del 2018].disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=89060>.
- ³⁶ Guía de prácticas clínicas: Percepción de la salud [internet]. 2018 [citado 16 de julio de 2018]. Recuperado a partir de: http://webs.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia_CD/Por%20cursos/Tercero/patron1/3_00_155.htm
- ³⁷ .Observatori de Bietica i Dret. El informe Belmont. PARC Cientific de Barcelona. USA:18 de abril de 1979. p. 1-11.
- ³⁸ Régimen legal de Bogotá D.C. Ley 100 de 1993. Bogotá: Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- ³⁹ Corte constitucional. Constitución política de Colombia del 1991. Corte constitucional; 2016. p. 170
- ⁴⁰ El congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996; 1996. p. 8
- ⁴¹ El congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. El congreso de Colombia; 2011. p. 51
- ⁴² El congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007. El congreso de Colombia; 2007. p.18.
- ⁴³ El congreso de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015. El congreso de Colombia; 2015. p. 13.
- ⁴⁴ Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006. Ministerio de la protección social; 2006. p. 17.
- ⁴⁵ Corte constitucional de Colombia: Sentencia T-118A/13 (Bogotá D.C., marzo 12) responsabilidad civil. [Internet]. 2018[citado 8 de agosto de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-118A-13.htm>
- ⁴⁶ Porra Casals Juana Mirtha. Aplicación de los principios bioéticos en la calidad de la atención de enfermería. España; 2013. p. 1-6.

⁴⁷ Traducción adaptada de Mainetti, J. A. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg. Núremberg; 1947. p. 1-2

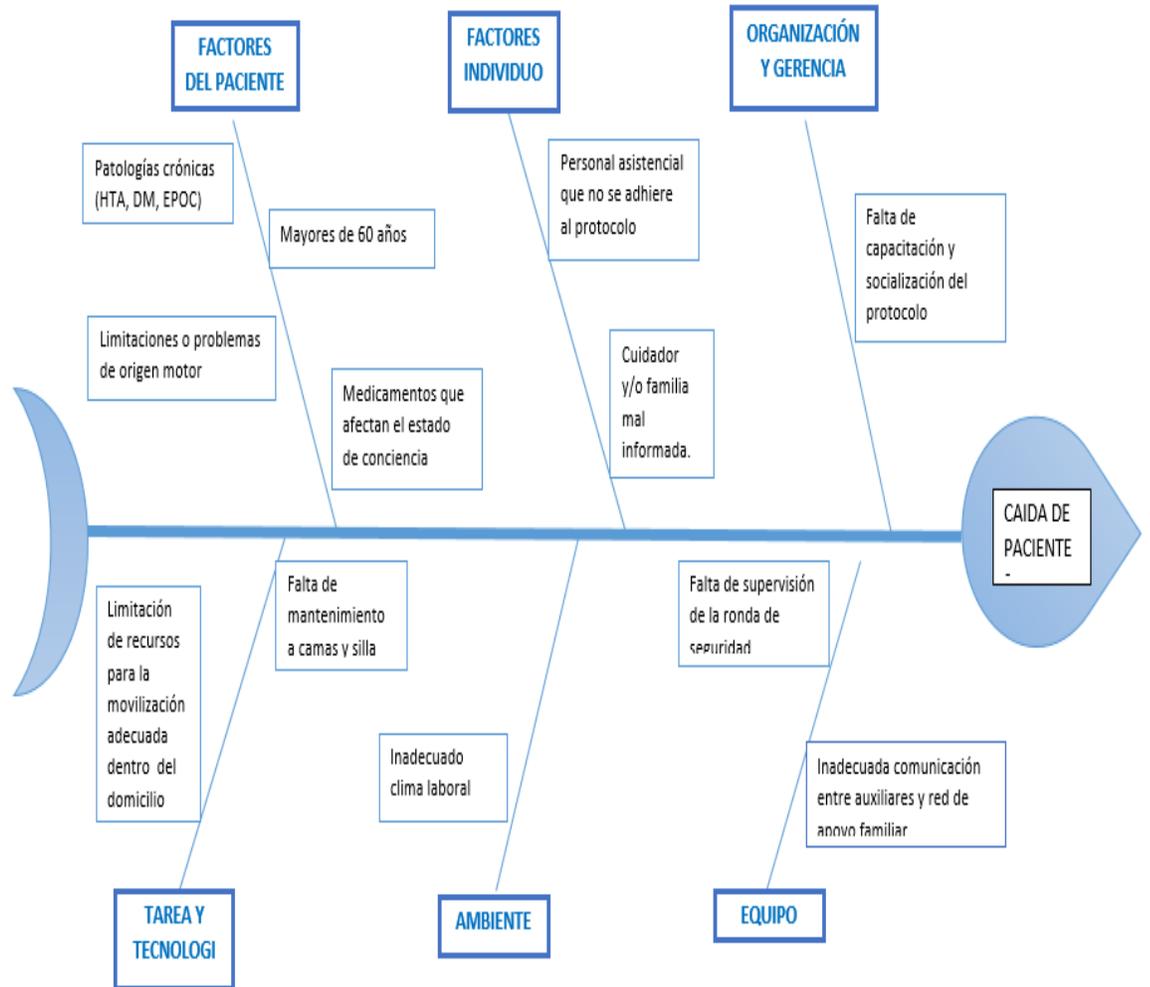
⁴⁸ Asociación Médica Mundial. Declaración de helsinki de la asociación médica mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asamblea Médica Mundial Helsinki. Finlandia; junio 1964. p. 1-5

⁴⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 8430 de 1993. Bogotá D.C: Ministerio de Salud; 1993. p. 1-19.

⁵⁰ Declaración de Singapur. Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación. 2a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación. Singapur; 21-24 de julio de 2010. p. 1-2

ANEXOS

ANEXO.1. DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO PARA CAÍDAS EN SALUDCOM IPS



ANEXO 2. DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO EN ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CAIDAS SALUDCOM IPS.

