

**CICLO DE GESTIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL
DE TUNJA**

ESTUDIANTES

**DIANA LORENA GRAJALES ZAPATA
NORMA ISABEL CAMARGO BONILLA**

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TUNJA-BOYACÁ
2018**

**CICLO DE GESTIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL
DE TUNJA**

ESTUDIANTES

**DIANA LORENA GRAJALES ZAPATA
NORMA ISABEL CAMARGO BONILLA**

**Informe final presentado al Comité evaluador de Internado de la Facultad de
Ciencias de la salud, del programa de Enfermería**

Asesora

MONICA LILIANA LÓPEZ TORRES

**Enfermera, Magister en Enfermería y especialista en Administración en
Salud, Docente adscrita Programa de enfermería Universidad
Pedagógica y Tecnológica de Colombia**

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TUNJA-BOYACÁ
2018**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
1. JUSTIFICACIÓN.....	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3. ESTADO DEL ARTE	11
4. MARCO TEORICO	24
4.1 POLITICA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	24
4.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	26
4.3 CICLO DE GESTION DE RIESGO	30
4.4 MODELO DE EFECTIVIDAD DEL ROL DE IRVINE Y SIDANI	34
5. MARCO CONCEPTUAL.....	39
6. MARCO METODOLÓGICO	43
6.1 MÉTODO	43
6.2 PARTICIPANTES.....	43
6.3 INSTRUMENTOS	43
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	46
10. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.....	46
11. RESULTADOS.....	49
12. DISCUSION.....	56
13. PRODUCTOS ENTREGABLES.....	58
14. CONCLUSIONES.....	61
15. RECOMENDACIONES	62
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS.....	68
ANEXO 1. CA-F-75 Matriz de riesgos relacionados con la seguridad del paciente	68
ANEXO 2. Escala de riesgo de caídas.....	68
ANEXO 3. Curso virtual de protocolo de prevención de caídas; presentación power point.....	69

ANEXO 4. Curso virtual de protocolo de prevención de caídas; Formato Word de presentación.....	70
ANEXO 5. Poster de educación sobre prevención de riesgo de caídas para población adulto	70
ANEXO 6. Poster de educación sobre prevención de riesgo de caídas para población pediátrica.....	71
ANEXO 7. Sugerencias a protocolo ENF-PT-17	71
ANEXO 8. Presentación (power point) para unidad de análisis de caídas HSRT... 	71

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Plan de acción proyectado	35
Tabla 2. Plan de acción ejecutado	36
Tabla 3. Categorías de riesgos identificados.	39
Tabla 4. Factores contributivos	41

INTRODUCCIÓN

La participación en este proyecto de gestión, se realizó con el interés profesional de trabajar desde diferentes roles de enfermería, como lo propone la teoría de mediano rango de Irvine, en donde el cuidado es latente en las acciones del enfermero(a), en este caso la identificación del riesgo en la seguridad del paciente y en la planeación de respuesta a los mismos, aunque la interacción convencional enfermera – paciente no es externamente aparente.

La característica principal del ciclo de gestión del riesgo es la identificación de los riesgos de forma preventiva, en este caso el análisis se realizó con riesgos materializados en donde se buscó en retrospectiva las causas de los mismos, si eran o no prevenible y el factor determinante de su materialización.

El presente proyecto de gestión, muestra el desarrollo de los cuatro primeros elementos del ciclo de gestión del riesgo de caídas, de la siguiente manera: 1. Análisis de la situación y contexto por medio de los reportes de caídas realizados por el personal de la institución objetivo desde abril del año 2017 hasta agosto del 2018, 2. La identificación de los riesgos a través de la categorización de la descripción de cada evento de caída reportado, 3 y 4. Análisis, evaluación y planificación de la respuesta al riesgo, por medio de la matriz multifactorial de riesgos basada en el modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos, finalmente el inicio de la fase 5 que es el despliegue del plan de respuesta.

Por otro lado, el ciclo de gestión del riesgo es un proceso que requiere continuidad, evaluando la aplicación de los planes de mejoramiento y su impacto real en la disminución del riesgo, además es posible encontrar que los riesgos cambian con

el transcurso del tiempo por lo que los planes de respuesta también necesitaran modificaciones y nuevas evaluaciones.

Es primordial fortalecer las diversas áreas y el cuerpo de conocimientos de enfermería, tal y como se desarrolla en esta intervención, romper estereotipos y paradigmas del que hacer de la profesión sin alejarse del sujeto de estudio, el cuidado.

1. JUSTIFICACIÓN

La seguridad de los pacientes se ha convertido en un tema importante para los Sistemas de Salud a nivel mundial; por tal motivo, en octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con líderes mundiales de Salud, presentó una alianza para reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes derivadas de errores en la atención de salud. A nivel mundial no existe un rango permitido de caídas en las instituciones de salud, pero es un problema real que requiere intervención para minimizarlo. (1)

Las caídas intrahospitalarias son catalogadas como un evento adverso de gran impacto, por su atribución en las complicaciones del estado de salud del paciente, en la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y en los costos que representan para los centros de atención. Aunque estas caídas no causan de forma directa la muerte están relacionadas con consecuencias que afectan la calidad de vida de los pacientes como las fracturas, lesiones cerebrales y el síndrome poscaída. Este síndrome se relaciona con la restricción de la movilidad, el miedo a volver a caerse y la pérdida de confianza en las propias capacidades.(2)

El riesgo de sufrir una caída es latente en todo proceso de hospitalización de los pacientes, sin tener en cuenta la condición patológica de ingreso, por ello es necesario tomar medidas preventivas ante potenciales víctimas de caídas.

En las últimas seis décadas, las caídas de pacientes han sido el foco de diversos estudios, los cuales han sido publicados, estos han tenido como objetivo buscar las medidas preventivas de implementación en centros de atención de salud para convertirse en entornos más seguros.

¿por qué la gran cantidad de estudios epidemiológicos de caídas de pacientes no ha llevado a que disminuya el número significativamente de estos incidentes? Y ¿por el contrario aumentan? Esto se debe principalmente porque el sistema de

reporte ha mejorado notablemente a nivel global, con tecnologías virtuales y la disminución de acciones punitivas hacia los profesionales de salud por realizar los reportes.

Con la premisa anterior como hecho irrefutable, se consideran algunas circunstancias que aumentan el riesgo, dentro de estas se encuentran los trastornos mentales ya que generalmente además del componente propio del trastorno, el tratamiento con antipsicóticos y sus efectos secundarios hacen de estos pacientes grandes candidatos para caídas. (3)

Aun así, las caídas hospitalarias no deben ser asumidas como accidentes inevitables, para la creación de un plan de prevención es fundamental que las instituciones tengan identificadas sus causas de caídas, identificar los factores contributivos, comenzando con los intrínsecos es decir propios de cada paciente ya que son los factores fuera del alcance de cambio de la institución pero tienen un gran porcentaje de predicción del impacto de la caída en el paciente, los factores ambientales, organizacionales y del personal de atención en salud para así tomar todas las medidas preventivas necesarias para la aparición de este evento adverso. (4)

Actualmente la ESE Hospital San Rafael de Tunja cuenta con la escala de valoración de riesgo de caídas, la cual se aplica a los pacientes que ingresan a la institución al servicio de urgencias y hospitalización, donde se realiza la primera valoración; la segunda valoración se realiza en el momento que cambie la condición clínica del paciente o en pacientes con estancias prolongadas.

Por otro lado, desde agosto del año 2017 se implementó el sistema de reporte de evento adverso DARUMA, con el cual se pretende realizar el análisis de los eventos, pero aún es necesario realizar un ejercicio de mayor profundidad para lograr identificar los factores de riesgo y su ciclo de gestión.

Este proyecto busca no solo construir el ciclo de gestión del riesgo de las caídas intrahospitalarias sino también sugerir un plan de respuesta y mejoramiento para la ESE Hospital San Rafael de Tunja, satisfaciendo la necesidad requerida para la disminución y prevención de las caídas como evento e incidente adverso.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Construir el ciclo de gestión del riesgo de caídas en la E.S.E hospital san Rafael de Tunja hasta el inicio de su quinta etapa (despliegue) mediante el análisis de los reportes de caídas realizados durante el segundo semestre del año 2017 y el primer semestre del año 2018 realizados en el sistema DARUMA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el análisis de la situación y contexto del programa de seguridad del paciente y los eventos adversos relacionados con caídas en el Hospital San Rafael de Tunja, por medio de la base de reportes de eventos adversos DARUMA.
- Identificar los riesgos detonantes de la materialización de los eventos de caídas intrahospitalarias y determinar los factores causales que condicionan un incremento en los mismos.
- Planificar y construir una respuesta de intervención para los riesgos identificados como más relevantes o repetitivos, dirigido al personal relacionado, pacientes y familiares.
- Iniciar el despliegue de la gestión de los riesgos según el plan de trabajo realizado.

3. ESTADO DEL ARTE

Saturno, P. (2009) en el estudio, Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica, menciona que las estrategias enfocadas a la participación del paciente en la mejora de la calidad, sea de forma activa o a instancias del sistema, han experimentado un gran desarrollo en los últimos años, de la mano del enfoque en el usuario como una de las dimensiones clave de la calidad y, últimamente, por el énfasis en la seguridad, para la cual el papel del paciente no puede ser ignorado. Sin embargo, su incorporación plena a los sistemas de gestión de la calidad sigue siendo, en gran medida, una tarea pendiente. El objetivo de este artículo es contribuir a esta incorporación, facilitando la selección de las estrategias y acciones más adecuadas para cada entorno. Con este fin se describen las tres estrategias principales existentes en la actualidad (la movilización de los pacientes para su seguridad; promover la participación activa del paciente en la prevención de incidentes de seguridad; solicitar y utilizar la información relevante que pueden aportar los pacientes), se señalan ejemplos y, en su caso, barreras para su implementación.(5)

Villanueva L, Rodríguez J, Lucero J. (2012) En su estudio, análisis por edad y genero de eventos adversos hospitalarios, Identifican las características relacionadas a eventos adversos hospitalarios permitiendo establecer medidas preventivas eficientes y de alto impacto. El objetivo de este estudio fue describir la distribución de los eventos adversos más frecuentes por género y por edad, así como identificar las diferencias entre los grupos. con una muestra de 246 casos provenientes de 18 hospitales públicos que contaron con la información completa en el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIIS) para su análisis por género y por edad, se obtuvo como resultados que la mayor proporción de incidentes registrados fueron los relacionados a un proceso clínico o procedimientos (35.37%), seguidos por las caídas (22.76%). Al comparar la distribución de los incidentes entre los grupos etáreos se demostró que la mayor

frecuencia de incidentes está relacionados a intervenciones terapéuticas en adultos mayores y no se identificaron diferencias significativas por género. (6)

Pérez, J. Castillo J. Rueda, A. Jiménez, I y Domínguez de la Peña M. (2012) en el trabajo; Los pequeños grandes detalles de la seguridad del paciente, se realiza una revisión general del estado de los programas de seguridad del paciente a nivel mundial: manos limpias una atención segura, cirugía segura salva vidas y bacteriemia cero, mencionando algunas particularidades como el sistema de reporte de incidentes. Se revisan algunas acciones relacionadas en seguridad del paciente: enfoque de riesgo en las acciones directivas, uso de diagrama de causa efecto en el análisis de incidentes, cuidados en la calibración de equipos electrónicos, el uso de punzo cortantes y de celulares en la sala de operaciones, como muestra de momentos que son trascendentes a pesar de no estar contempladas como una línea de acción específica. (7)

Cynthia A. Korzelius, Lien Le. (2014) hacen un informe para intentar responder a la pregunta: ¿Qué define a un paciente mayor y cómo los efectos del envejecimiento y las comorbilidades crean vulnerabilidades para los pacientes mayores que se caen? Este documento se presenta como un informe de datos epidemiológicos; los hallazgos muestran que las caídas son la principal causa de lesiones y muerte por lesiones entre los adultos mayores. Los pacientes mayores son ahora la población demográfica de más rápido crecimiento en la presentación de traumas. Una persona mayor de 65 años se enfrenta a un 27% de probabilidades de caer cada año y las tres cuartas partes del trauma en este grupo de edad. La caída desde su propia altura como causa de muerte en una revisión retrospectiva del registro de traumas fue 10 veces más común en pacientes mayores que en pacientes jóvenes (25% frente a 2.5%). Una caída en un paciente mayor suele ser un evento centinela costoso que predice el riesgo de La mortalidad, la morbilidad, la pérdida de independencia y el reingreso hospitalario, los escollos comunes en la evaluación y el tratamiento de los pacientes ancianos admitidos por caídas, fueron una

subestimación del riesgo de lesiones debidas a mecanismos aparentemente menores, particularmente caídas a nivel del suelo.(4)

Ferreira A, Chiminelli V. (2014) En el estudio, aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud, que tuvo como objetivo; conocer los aspectos significativos para las enfermeras sobre su experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud, estudio cualitativo exploratorio, con el enfoque de la hermenéutica dialéctica con una muestra constituida por doce enfermeras que tuvieron al menos una experiencia de responsabilidad ante un evento adverso con un paciente, y por cuatro supervisores de enfermería con responsabilidad de supervisión al ocurrir el evento adverso. Como resultados se obtuvo que, bajo el enfoque de la hermenéutica dialéctica, el análisis de los datos permitió construir las siguientes categorías relacionadas con la organización de salud y los recursos humanos: el contexto organizacional, el desconocimiento del proceso de notificación, la sobrecarga de trabajo, la ausencia de descanso, es necesario profundizar en el tema mediante investigaciones y desarrollo de intervenciones que promuevan la cultura de seguridad en la atención sanitaria, con implicaciones en la práctica y para la formación de las enfermeras.(8)

Guerra M. Et al. (2016) En el estudio, descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad, que tuvo como objetivo evaluar el grado en que los sucesos adversos (SA) ligados a la asistencia sanitaria alcanzan al paciente y su severidad y analizar los factores contribuyentes a la aparición de SA, la relación con el daño provocado y el grado de evitabilidad. Estudio descriptivo retrospectivo. Emplazamiento: Servicio de Atención Primaria de Porriño desde enero de 2014 a abril de 2016. Participantes y/o contexto: Se incluyeron notificaciones de SA en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para Seguridad del Paciente (SiNASP), Se obtuvo como resultados que se registraron 166 SA (50,0% hombres, 46,4% mujeres; edad media: 60,80 años). El 62,7% alcanzaron al paciente. EA: 45,8% produjeron daño mínimo y 2,4%, daño crítico. Los profesionales fueron factor contribuyente en el 71,7% de los EA, encontrándose

tendencia a la asociación entre deficiente comunicación y ausencia de protocolos con el daño producido. Grado de evitabilidad: 96,4%.(9)

Thomas P. Weil. (2015) realizan un recuento histórico del riesgo de caídas de pacientes en hospitales, que muestran un aumento (se estima que es del 46% por cada 1000 pacientes por día en el número de caídas de pacientes en hospitales y otros centros de atención médica). El sitio de caída suele ser junto a la cama o en el baño, en los pacientes con discapacidad física o mentalmente confundidos, y con frecuencia involucran aquellos con mayor cantidad de comorbilidades. Las razones por las que los hospitales durante el último medio siglo han demostrado un aumento significativo en las caídas de pacientes por alta o por día son numerosas, no es sorprendente, y ciertamente está interrelacionada con: sistemas mejorados de notificación de accidentes, en el promedio de pacientes mayores, más discapacitados, más gravemente enfermos y más sedados. (10)

Lobo C. Et al. (2016) En el estudio, prevalencia de hiponatremia en pacientes mayores de 65 años que sufren una caída intrahospitalaria, tuvo como objetivo: Determinar si la hiponatremia es un factor relacionado con las caídas en ancianos hospitalizados. Método: Diseño observacional analítico de casos y controles. La muestra fue de 206 sujetos, pacientes mayores de 65 años que experimentaron una caída durante su ingreso en unidades de hospitalización del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Los controles fueron pacientes que no experimentaron caída, pareados según las variables: unidad, edad, periodo de ingreso, género y Downton, se realizó un análisis utilizando el test chi cuadrado, calculando la OR y un análisis multivariante con regresión logística. Dentro de los resultados se encontró que, de 103 casos, 61 eran hombres (50,4%) y 42 mujeres (49,4%). En 29 se detectó hiponatremia; la relación con las caídas fue p: 0,002. La OR ajustada fue de 3,708 (1,6-8,3), IC 95%. Se identificaron como factores de riesgo para las caídas: hiponatremia y déficits sensoriales en extremidades.(11)

Merino, M. Et al, (2017) en el estudio, Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente, que tuvo como objetivo; evaluar la relación

existente entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral en un hospital de media-larga estancia, fue un estudio transversal realizado en 2015, utilizando la Encuesta de Satisfacción Laboral del Servicio Vasco de Salud y la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety (Agency for Healthcare Research and Quality), se obtuvo como resultados que la satisfacción laboral media fue de 7,21 (desviación estándar [DE]: 2,01) y la seguridad percibida fue de 7,48 (DE: 1,98). El percentil 75 de la distribución en ambos casos fue 9. Las variables sociodemográficas presentaron escasa significación, mientras que una buena percepción de muchas de las dimensiones consideradas sí se asoció a las variables resultado. En el análisis de datos se obtuvieron múltiples correlaciones significativas y relaciones cruzadas entre las dimensiones que definen ambos constructos, así como entre el grado de satisfacción de las dimensiones consideradas y las variables resultado, concluyendo que existe relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad, y cuantifican el grado de asociación entre las variables estudiadas. La OR ajustada identifica las variables más fuertemente asociadas con el efecto y ayuda a seleccionar áreas de mejora.(12)

Aguilera N, Et al. (2017) En el estudio, aplicación de las actividades de la intervención de enfermería, Prevención de caídas en adultos hospitalizados, que tuvo como objetivo; Identificar qué actividades de las contempladas en la intervención de enfermería de Prevención de caídas se aplican en mayor y menor medida en pacientes adultos hospitalizados en medicina interna. Se realizó bajo la metodología de un estudio descriptivo cuantitativo. La muestra fue compuesta por 24 enfermeras del servicio de medicina interna de una unidad hospitalaria de segundo nivel, se utilizó una escala Likert con 5 opciones de respuesta, de no realizada hasta muchas veces realizada, como resultados se obtuvo que, de las 24 enfermeras, el 50% tenía una edad entre 31 y 40 años y el 95% eran del sexo femenino. Las actividades realizadas con mayor frecuencia fueron las relacionadas con la identificación de factores de riesgo, transferencia y educación del paciente. Se concluyó que la identificación de déficits cognitivos y factores de riesgo se encontraron entre las actividades que se realizan con mayor frecuencia por las

enfermeras en la práctica asistencial. La NIC como lenguaje estandarizado es útil en la práctica clínica de la enfermería mexicana, sus actividades pueden ser empleadas para proponer estrategias, programas de prevención de caídas o sugerencias para modificar el ambiente hospitalario.(13)

Aibar C, Et al. (2017) En el estudio, circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo, tuvo como objetivo valorar las diferencias entre necesidad e implementación de prácticas seguras recomendadas para la seguridad del paciente y utilidad del uso de señales de tráfico para promover su implementación. Estudio que constó de dos fases: 1) revisión de recomendaciones sobre prácticas seguras de diferentes organizaciones y 2) encuesta a una muestra de oportunidad de profesionales del ámbito asistencial, organizativo y académico de la seguridad del paciente de España y Latinoamérica para evaluar necesidad y la implementación percibida de las prácticas seguras y la utilidad de las señales para tal fin, dentro de los resultados todas las prácticas seguras identificadas fueron valoradas como necesarias (media y límite inferior del intervalo de confianza por encima de 3 sobre 5 puntos) las cuales fueron mejorar el cumplimiento de la higiene de manos, aplicación de precauciones de barrera, asegurar la identificación correcta de los pacientes y utilizar listados de verificación fueron las cuatro prácticas en las que más del 75% de los encuestados encuentran mayor grado de consenso sobre la utilidad para mejorar su implementación. Se concluyó que las diferencias entre necesidad percibida e implementación real de las prácticas seguras consideradas indican áreas de mejora. El lenguaje común de las señales de tráfico es un instrumento sencillo para mejorar su cumplimiento.(14)

Ramírez M y González A. (2017) En el estudio, cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel, que tuvo como objetivo; Identificar la percepción sobre clima y cultura de seguridad, y determinar la prevalencia de eventos adversos en el personal de enfermería de una clínica de primer nivel. Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, desarrollado en una clínica de medicina familiar del sur de la ciudad de México. Se aplicó el cuestionario Hospital

survey on patient safety culture. Se utilizó estadística descriptiva. Los datos se capturaron y analizaron en el programa estadístico SPSS versión 22. Se obtuvo como resultados la participación de 27 profesionales de enfermería. El promedio de edad fue de 44.7 años. Cerca del 15% refirió percibir un clima de seguridad del paciente entre excelente y muy bueno. El 66.7% del personal de enfermería describió no haber notificado ningún evento adverso. La dimensión retroalimentación y comunicación sobre errores con 75.3% aparece globalmente como fortaleza. En las debilidades percibidas, destacan 2 dimensiones: respuesta no punitiva a los errores con 61.7% y dotación de personal con 62%, ambas corresponden al área o rubro de cultura de seguridad en el nivel servicio, se concluyó que cerca de la tercera parte de los entrevistados no habían reportado ningún evento adverso en los últimos años, además de que solo un poco más de la mitad refirió percibir un clima de seguridad del paciente entre aceptable y superior.(15)

Aibar C, Et al. (2017) En el estudio, cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud, que tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en personas directivas/gestoras, estudio descriptivo transversal efectuado entre febrero y junio de 2011 en personal directivo/gestor del Servicio Aragonés de Salud mediante entrevistas semiestructuradas. Se obtuvo como resultados la realización de 12 entrevistas, todos/as admitieron la existencia de diversidad de problemas de seguridad del paciente y coincidieron en reconocerla como prioritaria de forma más teórica que práctica. La excesiva rotación de directivos/as se consideró como una importante barrera que dificulta establecer estrategias a largo plazo y dar continuidad a medio plazo. Como conclusiones se describe que este trabajo recogió las percepciones sobre cultura de seguridad del paciente en directivos/as, hecho esencial para mejorar la cultura de seguridad del paciente en este colectivo y en las organizaciones que dirigen.(16)

Portela M, Bugarín R y Rodríguez M. (2017) En el artículo; Error Humano, Seguridad del paciente y formación en medicina, expresa que a pesar de que se tiene la expectativa de que los médicos deben de tener una fiabilidad diagnóstica y terapéutica del 100%, lo cierto es que la condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción, esto no quiere decir que no se pueda hacer nada para disminuir la frecuencia y mitigar las consecuencias de los errores médicos. La complejidad de las organizaciones sanitarias y de los procesos de salud ha llevado a considerar que, para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes, son necesarios nuevos modelos de entrenamiento de los profesionales sanitarios. En la situación actual, la seguridad del paciente es uno de los nuevos desafíos que debe afrontar la educación médica tanto en el pregrado como en el posgrado. Esto pasa por incorporar la cultura de la seguridad del paciente a los planes de formación de los médicos residentes en particular y de otras profesiones sanitarias en general.(17)

Gatica, C. Dri, J. Cortesi, V. Miranda, D. Ubeda, C. Waisman, I. (2017) En el estudio; Opiniones, prácticas y conocimientos de pediatras sobre la prevención de lesiones no intencionales, que tuvo como objetivo, describir opiniones, prácticas y conocimientos de pediatras sobre prevención de lesiones no intencionales (LNI), estudio descriptivo y analítico por encuesta anónima y auto-administrada a pediatras, en Mendoza, en 2015. Como resultados: N: 210. La edad media de los pediatras fue 44,55 años, 65,2% mujeres. Doscientos (95,22%) realizan prevención de lesiones, 76% lo hace en la mayoría de las consultas, usando método verbal principalmente. El 94,29% (198) opinaron que la prevención mejora la seguridad en el hogar y 185 (88,1%) que debiera hacerse en todas las consultas. Entre pediatras con menos de 10 años de antigüedad (N= 84), el 79,6% respondió correctamente sobre sillitas, ahogamiento, andador y caídas; entre los de mayor antigüedad (N= 126) hubo 61,9% de respuestas correctas ($p= 0,007$). (18)

Portela A. Et al (2017) realizó su estudio titulado, Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia, fue un estudio cualitativo en donde describe que las enfermeras están en una posición clave en la mejora de la calidad de la atención, tuvo como objetivo explorar la percepción de enfermeras sobre seguridad del paciente. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo con 13 enfermeras en una sala de emergencia en un hospital del noreste de Brasil. Un análisis de contenido convencional fue utilizado y el análisis se llevó a cabo sin imponer clases preconcebidas, los resultados fueron agrupados en tres categorías: Barreras y facilitadores para la adopción de prácticas de seguridad del paciente, Problemas en la formación en seguridad del paciente y Papel de la enfermera en la calidad de las prácticas de seguridad del paciente. Las enfermeras informaron que los factores que afectan la seguridad del paciente incluyen: deficiencia de recursos, hacinamiento, sobrecarga de trabajo, mala formación y comunicación ineficaz. Los resultados sugieren que la seguridad de los pacientes se puede mejorar mediante el desarrollo y fortalecimiento de la cultura de seguridad y la provisión de infraestructura y mecanismos de apoyo. (19)

Rocco C. y Garrido A. (2017) en el estudio, Seguridad del paciente y cultura de seguridad, mencionan que la Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria. Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas: 1. La teoría del error de Reason y 2. La cultura de seguridad (CS). La cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir. Este artículo explora las definiciones, procesos y estrategias encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores

de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.(20)

Lex D et all. (2017) hablan sobre el alto riesgo de caídas en pacientes mayores en hospitales, su objetivo principal era explorar la capacidad de prevención de caídas de los cuidadores de pacientes, la autoeficacia y las barreras y facilidades que percibían que influían en su capacidad para cuidar a los pacientes durante sus turnos, fue una encuesta piloto exploratoria descriptiva, los hallazgos de la encuesta piloto mostraron que las razones más frecuentes de las caídas identificadas fueron relacionadas con el paciente (n = 91, 64%), que incluyeron predominantemente subcategorías médicas y cognitivas, tales como pacientes "confundidos" o utilizando diferentes "medicamentos", pero las respuestas más frecuentes que identificaron, a las cuales eran aplicables estrategias preventivas fueron relacionadas con el medio ambiente (n = 54, 64%), incluida la presencia de peligros como un "piso mojado" y el desorden, y problemas con ayudas como no poder "acceder a caminar" ayudas ", sugiriendo que la capacidad de los cuidadores era limitada. Las principales barreras identificadas para mantener a los pacientes a salvo de caídas fueron las relacionadas con el paciente (n = 36, 62%), las oportunidades que les permitirían a los cuidadores hacer su trabajo correctamente se clasificaron con mayor frecuencia como relacionadas con el personal (n = 20, 83%), lo que sugiere que los asistentes tienen una capacidad limitada para abordar las barreras encontradas.(21)

Silva, A. Et al. (2018) en el estudio, Seguridad del paciente y la actuación del enfermero en hospital, que tuvo como objetivo analizar la actuación de enfermeros en la seguridad del paciente en institución hospitalaria, estudio cualitativo, descriptivo, realizado con 42 enfermeros de una institución hospitalaria. Los datos fueron reunidos a partir de la entrevista semiestructurada y sometidos a la técnica de la hermenéutica dialéctica, identificando las categorías: "Calidad: base para una praxis segura"; "Seguridad del paciente" y "Los caminos para la humanización de la asistencia y actuación del enfermero en el ambiente hospitalario", como resultados

se obtuvo que la utilización de estrategias, como la comunicación, la educación permanente y la participación del acompañante, fue esencial para el fortalecimiento de la seguridad del paciente en la institución. Ya la superpoblación y la sobrecarga de trabajo fueron presentadas como perjudiciales para su actuación. Como conclusión se estableció que la actuación del enfermero está pautada en las legislaciones y en el ejercicio de la gerencia y de la asistencia, contribuyendo para mejorar la asistencia, la calidad y el avance del conocimiento científico.(22)

De Medeiros R. Buriti J. y Dos Santos J. (2018) plantean el estudio, evaluación del riesgo de caídas en ancianos hospitalizados, que tuvo como objetivo; evaluar el riesgo de caídas de los pacientes ancianos hospitalizados en un hospital público de enseñanza, estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, que será desarrollado con ancianos hospitalizados en las unidades de internación Clínica, Quirúrgica y de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, de un hospital público de enseñanza. Para la recolección de datos, se utilizarán un guion estructurado para la obtención de las informaciones personales, sociales y el estado de salud de los ancianos hospitalizados, el Mine Examen del Estado Mental para evaluar la función cognitiva y la Morse Fall Scale, traducida y adaptada de forma transcultural al portugués, para evaluar el riesgo de caídas. Los datos serán analizados presentando las frecuencias absolutas y porcentuales, razón de prevalencia y su respectivo intervalo de confianza para los factores de estudio que puedan influenciar en el riesgo de caídas. Resultados esperados: se espera que los resultados vengán a auxiliar al equipo de Enfermería en la identificación de los pacientes ancianos con riesgo de caídas, priorizando aquellos con clasificación de alto riesgo, por la aplicación de la escala de Morse.(23)

Ayodeji E. Sotimehin et all. (2018) su estudio tiene como propósito caracterizar las ubicaciones, circunstancias y resultados de caídas en pacientes con diversos grados de glaucoma, un estudio de cohorte prospectivo que utiliza como método el informe de los pacientes con glaucoma sospechado o diagnosticado, se administró un cuestionario para determinar la ubicación de la caída, las circunstancias y las

lesiones, según los resultados Ciento cuarenta y dos pacientes experimentaron 330 caídas. Las caídas fueron más probables alrededor del hogar (71%), las circunstancias de caída más comúnmente citadas fueron tropiezos (43.6%), resbalones (31.3%), pisos irregulares (23.5%) y mala visión (15.9%), el cuarenta y tres por ciento de las caídas causó algunas lesiones; Las caídas en personas con glaucoma más grave tuvieron más probabilidades de resultar en una fractura (9,4%) o en una visita a la sala de emergencia (18,8%), aunque estas asociaciones no persistieron en los modelos multivariantes.(24)

Rebecca J. Kamil et al. (2018) en su estudio, intentaron hacer un seguimiento de las caídas en adultos mayores, un estudio piloto prospectivo evaluó la viabilidad de un programa de mensajes de texto para rastrear las caídas entre los pacientes con demencia. También se comparó esta técnica con el método del calendario de recolección de datos de caídas. Hubo una tasa de finalización del 96% de mensajería de texto y 100% de calendarios; Sin embargo, los datos recogidos en el texto fueron más precisos. (25)

Ming-Tsun Tsai, Shin-Min Lee, Hsing-Kang Chen, (2018), El objetivo del estudio fue evaluar la capacidad predictiva de la fragilidad y sus componentes individuales para el riesgo de caídas en pacientes con esquizofrenia crónica. El estado de fragilidad se evaluó al inicio utilizando los criterios de fragilidad de Fried después de la inscripción de 561 pacientes con esquizofrenia crónica. Los pacientes fueron seguidos durante 18 meses y el resultado del estudio fue la incidencia de caídas. La edad media de los pacientes fue de 53,8 años, y un total de 35,3% eran mujeres. Una cuarta parte (25,3%) de los pacientes recibieron antipsicóticos típicos. La prevalencia de fragilidad fue de 10.2% al inicio. Durante el seguimiento, 40 pacientes (7,1%) experimentaron caídas. El estado de fragilidad se asoció con una mayor susceptibilidad a caer con una relación de riesgo no ajustada de 5.27 (intervalo de confianza del 95%: 2.75-10.10) y una relación de riesgo de 4.65 (intervalo de confianza del 95%: 1.88–11.54) después del ajuste multivariado. Entre los componentes de la fragilidad, la asociación más significativa se observó entre la

baja actividad física y las caídas ($p < 0.05$). En conclusión, la fragilidad es altamente prevalente en pacientes con esquizofrenia crónica y se asocia con el riesgo de eventos clínicos adversos. Se necesitan más estudios para explorar los mecanismos subyacentes a la relación entre la esquizofrenia y la fragilidad en un intento por desarrollar un plan de tratamiento adecuado para mejorar los resultados clínicos de estos pacientes.(3)

4. MARCO TEORICO

El marco teórico de este proyecto de gestión se basa en el eje central de seguridad del paciente y la construcción del ciclo de gestión de riesgo en caídas, ambos son inherentes entre sí, por lo que se hace necesario presentar las generalidades del programa de seguridad del paciente, ciclo de gestión de riesgo e incorporar el componente teórico de enfermería a través de la teoría de Irvine y Sidani en el modelo de efectividad del rol de enfermería.

4.1 POLITICA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (26)

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. (27)

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que

orienten todas las acciones a implementar, estos principios son:

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente

3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

5. Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

7. Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.(27)

4.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

El Programa de Seguridad del paciente es una estrategia de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja encaminada a contribuir al abordaje de los principales problemas de seguridad del paciente, estableciendo objetivos y acciones tendientes a reducir las situaciones de riesgo que conlleven a la ocurrencia de eventos adversos a través de la implementación del enfoque de riesgo clínico, la gestión del evento adverso, la identificación de las barreras y defensas (prácticas seguras), para evitar su reincidencia, durante la prestación del servicio de salud, fomentando la cultura justa de seguridad, la alianza con el equipo de salud y participación del paciente y su familia.(28)

Las metas del programa de seguridad del paciente de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja son:

- Implementar la matriz de riesgos en cada uno de los servicios.
- Gestionar y monitorear los riesgos identificados en cada uno de los procesos involucrados en la prestación del servicio con el fin de evitar lesión en el paciente durante la atención en la institución.
- Alcanzar el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos a través de un Sistema de Reporte y gestión de eventos que promueve el auto-reporte voluntario, de carácter anónimo, confidencial, que conlleve a análisis y con enfoque educativo no punitivo.
- Alinear el comportamiento, experiencias, valores y actitudes de los colaboradores de la institución entorno a la seguridad del paciente, para tener una institución que entrega seguridad a sus pacientes.

- Contar con un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución, manteniendo una cobertura del 90% del personal asistencial.
- Involucrar al paciente y su familia en su seguridad para lograr que este se comprometa con su salud y ayude a prevenir eventos adversos. (28)

Dentro de los ejes conductores para efectuar las actividades del programa seguridad del paciente se encuentra el Eje gestión del riesgo en seguridad del paciente:

Es el segundo de los ejes conductores del Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja. El objetivo de este eje es identificar y controlar los riesgos asociados a los procesos misionales con el fin de evitar lesión en el paciente durante la atención en la institución.

La gestión del riesgo refleja la necesidad de trabajar en las instituciones de salud de pasar de lo reactivo (evento adverso) o materialización del riesgo, en el cual se está en el día a día trabajando por intervenir o gestionar los eventos adversos que ocurren (apagando incendios) a un enfoque proactivo estableciendo acciones de prevención de la ocurrencia de los eventos con la identificación e intervención de los riesgos potenciales (mejora continua).

La gestión del riesgo identifica y aprovecha oportunidades para mejorar el desempeño, emprender acciones para evitar o reducir el riesgo inherente a las actividades de los procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos conduciendo al aprendizaje organizacional y a la mejora continua.

La gestión del riesgo es un ciclo de mejora continua en el cual se evalúa el cumplimiento de los objetivos propuestos, se monitorea la aparición de nuevos riesgos, se monitorea la frecuencia de eventos, se evalúan los resultados de las

medidas de control instauradas, se incorporan las lecciones aprendidas en los procesos, se gestiona y controlan los cambios derivados del aprendizaje.

La implementación de un sistema de gestión del riesgo va de la mano con el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, en el cual los diferentes actores del sistema de salud de una institución alineen sus pensamientos, comportamientos, conocimientos y actuaciones enfocadas a trabajar por una atención segura, considerando cada posible riesgo detectado en el actuar del día a día como un potencial para generar daño en el paciente.(28)

Para registrar las fases del plan de gestión del riesgo se ha tomado una versión creada para el análisis de lesiones de piel del programa de seguridad del paciente: **MATRIZ DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**, (figura 4) la cual se aplica para las fases de gestión del riesgo de caídas, la matriz contiene las siguientes columnas:

- **FASE DE ATENCIÓN:** Se refiere al momento de la atención en la cual se puede generar el riesgo: Durante la atención, Posterior al egreso.
- **AMBITO DE OCURRENCIA:** Se refiere al ámbito en el cual se presenta el riesgo ambulatorio, hospitalización, urgencias.
- **DESCRIPCION DEL RIESGO:** En esta casilla se describe en esta columna el riesgo identificado relacionado con la atención del paciente.
- **CONTEXTO (CAUSAS):** Se refiere a las condiciones que predisponen al riesgo durante la atención del paciente. Como son: individuo, equipo de trabajo, tarea y tecnología, ambiente, paciente.

- **EFFECTO – CONSECUENCIA:** se refiere a los posibles efectos o consecuencias que generarían la materialización del riesgo.
- **CONTROLES EXISTENTES:** En esta casilla se registra con una X SI: se cuenta con algún control del riesgo. NO: no se cuenta con controles de ese riesgo. En general los controles se refieren la existencia de documentos que soportan la ejecución de actividades que se realizan para un procedimiento y que mitigan la ocurrencia del riesgo.
- **DESCRIPCION DE LOS CONTROLES:** Se describe en este los controles existentes para mitigar el riesgo. (protocolos o guías u otro documento).
- **EVALUACIÓN O VALORACION DEL RIESGO:** Establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo.
- **ZONA DE RIESGO:** Los valores determinados para la probabilidad y el impacto o consecuencias se cruzan, con el fin de determinar la zona de riesgo en la cual se ubica el riesgo identificado. Se obtiene a través de la determinación de la probabilidad y el impacto que puede causar la materialización del riesgo. Son zona de riesgo EXTREMO, ALTO, MODERADO, BAJO.
- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:** En esta casilla se formula y registra las acciones de mejora encaminadas a controlar el riesgo o mitigar sus efectos: prevención y/o minimización.
- **INDICADOR:** Registrar en esta columna los indicadores de medición de la efectividad del control del riesgo, encaminadas a evitar que el riesgo se materialice, hay que identificar cuáles son los controles para los posibles riesgos.

- **SEGUIMIENTO:** lo realizaremos a través del planteamiento y medición de los indicadores que nos permitan evaluar la efectividad de los controles propuestos en la fase anterior. Las tres (03) líneas de seguimiento de la ejecución del plan de gestión del riesgo serán:

Línea 1 Autocontrol: Sera efectuado por el líder del programa

Línea 2. Será efectuado por la Líder del Programa Seguridad del paciente

Línea 3. Seguimiento efectuado por la oficina control interno. (28)

4.3 CICLO DE GESTION DE RIESGO

La gestión eficaz de los riesgos implica una combinación entre el aprendizaje de aquellas cosas que han ido mal (reactivo) y la prevención ante riesgos potenciales para evitar que impacten en el servicio que nuestra organización presta (proactivo). (29)

Esta combinación es un proceso tan efectivo como costoso de implementar. Bajo este enfoque combinado proactivo y reactivo, este tema aborda de forma progresiva las fases, técnicas y herramientas con las que se lleva a cabo la gestión de riesgos en la actualidad.(29)

El proceso de gestión de riesgos puede visualizarse como una secuencia cíclica de fases. Consecuentemente, nos referiremos a la gestión de riesgos como «aquella actividad de identificación, análisis y respuesta a los riesgos acaecidos o que puedan llegar a producirse, con el objetivo de prevenir que ocurran en el futuro o minimizar sus consecuencias.(29)

Fase 1: Análisis de situación y contexto

Para poder conocer los «puntos débiles» de una estructura (por ejemplo, un puente), debemos conocer a fondo sobre qué bases se asentará, los elementos que la componen y de qué forma están conectados unos con otros. Del mismo modo, para poder gestionar los riesgos de una organización sanitaria debemos previamente conocer en profundidad nuestro servicio, nuestras actividades, nuestros clientes (aquellos cuya necesidad ha determinado la existencia de nuestro servicio, los pacientes) y su entorno o contexto.(29)

Fase 2: Identificación de riesgos

Una vez conocido en profundidad nuestro servicio, nuestros procesos, nuestros clientes y nuestro entorno, estamos en disposición de abordar la identificación de los riesgos de nuestra organización, área o proceso de la misma.

Una identificación de riesgos exclusivamente reactiva, post-evento adverso, no es suficiente y deberá complementarse con una identificación de riesgos potenciales, a priori, a fin de prevenir que estos originen finalmente eventos adversos.

Las fuentes de información habituales en esta fase serán: profesionales con experiencia en las diferentes funciones y procesos de nuestra organización sanitaria, otros expertos externos, documentos, informes, protocolos, encuestas a pacientes, reclamaciones, auditorías, etc.

Los tipos de riesgos que deberán identificarse son tan variados como lo son los procesos, agentes y recursos que constituyen la prestación de un servicio sanitario. Una forma eficaz de plantear el proceso de identificación de riesgos es proponer un conjunto de categorías o ámbitos de riesgos, claramente definidas, y proporcionar algunos ejemplos tipo que puedan servir de referente inicial.

Las herramientas de uso más frecuente en esta fase de identificación de riesgos son:

- Lluvia de ideas (oral o por escrito).
- Técnica del grupo nominal.
- Espina de pescado.(29)

Fase 3: Análisis y evaluación de riesgos

Una vez identificados los riesgos de nuestra organización, área o proceso, y dado que nuestros recursos para gestionarlos son limitados, nos preguntaremos: ¿cuáles de ellos son los más relevantes? De nuevo en esta fase, el enfoque será una combinación de análisis reactivo (análisis de causa raíz posterior a un evento adverso) y proactivo (a priori).

Los tipos de herramienta utilizados según el análisis:

Análisis Proactivo:

- AMFE (Análisis de Modos de Fallo y Efectos).
- Matriz de riesgos.
- Evaluación de impacto económico.
- Análisis de barreras (proactivo).

Análisis Reactivo

- Espina de pescado.
- Análisis de barreras (reactivo).
- Preguntas «¿por qué?» en cascada.
- Análisis de cambios.(29)

Fase 4: Planificación de respuestas

Conocemos qué riesgos afectan a los servicios que proporciona nuestra organización y, tras analizarlos, también sabemos cuáles de ellos son los más relevantes, cuáles son sus causas y qué factores tienen influencia. Nos disponemos en esta fase a planificar nuestra respuesta a estos riesgos, conscientes de que no podemos afrontar el 100 % de ellos y tratando de responder a preguntas como: ¿cómo podemos prevenirlos o minimizarlos?, ¿qué nivel de riesgo aceptamos?, ¿cómo vamos a reaccionar si suceden?

La respuesta a estas preguntas va a depender de múltiples factores de cada organización o área como: su estrategia y objetivos, sus recursos disponibles, su cultura de gestionar los riesgos, su tipo de cliente, y no se podría establecer una guía que recomendase una única respuesta para cada riesgo.(29)

Fase 5: Despliegue de la gestión de riesgos

En ocasiones la gestión de riesgos se entiende como una labor meramente burocrática. De esta manera, no se saca provecho alguno para mejorar la forma en que hacemos las cosas y los problemas y riesgos se convierten en crónicos. Si hemos trabajado para conocer y analizar nuestros puntos débiles, es una buena idea sacar partido de ello y robustecer nuestro servicio.

Entendemos por despliegue del proceso de comunicación, asignación y delegación de responsabilidades, tareas, procedimientos e indicadores relacionados con el plan de gestión de riesgos, trabajando en equipo e involucrando a las personas y grupos que, en primera línea, se encargarán de su gestión y seguimiento.

En esta fase, cada área/ unidad de la organización se encargará de: comunicar todo lo relacionado con los riesgos que involucran al área/ unidad, habilitar procesos de detección e información de riesgos, detallar procedimientos y designar

responsables para cada plan de respuesta (a priori y a posteriori) y dotarse de los recursos necesarios para gestionarlos.(29)

Fase 6: Implementación y seguimiento

En esta fase la organización o área aborda la gestión de riesgos como parte del desempeño de sus funciones y de su trabajo diario. Lleva a cabo un seguimiento y gestiona sus riesgos e incorpora las «lecciones aprendidas» a sus procesos con el fin de robustecerlos. El papel de la comunicación y el respaldo a una cultura de gestión de riesgos y mejora continua en esta fase es crítico («no matar al mensajero»).(29)

4.4 MODELO DE EFECTIVIDAD DEL ROL DE IRVINE Y SIDANI

El Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería, fue propuesto por Irvine y colaboradores, presentado en 1998. Este modelo incluye los roles ejercidos por el profesional de enfermería en el acto del cuidado, los cuales se ven afectados por variables estructurales, que influyen directamente en los resultados de la atención.(30)

El componente de proceso ofrece una categorización de actividades de enfermería interrelacionadas agrupando las funciones de las enfermeras bajo tres roles: interdependiente, dependiente e independiente. Este componente “representa la naturaleza compleja del cuidado de enfermería al proponer relaciones específicas entre los diferentes roles que asume la enfermera y los resultados esperados del cuidado de enfermería, al delinear la influencia de las estructuras sobre los roles de la enfermera y los resultados”.(30)

En el modelo la Estructura afecta la ejecución del rol, y a su vez, impacta los resultados. Tres tipos de variables se miden en el componente de estructura: variables de las enfermeras, del paciente y de la organización. Las variables de las enfermeras se clasifican en dos categorías: profesionales y psicosociales. Las

características profesionales involucran el nivel de educación, el área de especialidad y los años de experiencia en el rol. Las variables psicológicas involucran la competencia percibida en el rol, tensión del rol, satisfacción con el rol, habilidades interpersonales y de comunicación. Nótese cómo para las autoras, el diseño de la organización en términos de los roles es un componente de estructura.(30)

Con respecto a las variables del paciente, son aquellas relacionadas con las características demográficas (edad, el género y la etnia), características salud/enfermedad (consisten en variables que indican la severidad de la enfermedad, tales como el diagnóstico médico y el número de co-morbilidades, así como aquellas que reflejan las prácticas de salud tales como los comportamientos y creencias, y recursos. (30)

Las variables de estructura a nivel organizacional, se centran en las medidas de dotación de personal que afectan la calidad y cantidad de la atención prestada por las enfermeras, incluidas las medidas de la disponibilidad y la asignación del personal de Enfermería.(30)

El Proceso se caracteriza por los diferentes roles que desempeña la enfermera en el cuidado, a saber; roles dependiente, interdependiente e independiente, que asumen las enfermeras en diferentes momentos para brindar el cuidado.(30)

El rol independiente consiste en las funciones y responsabilidades para las cuales solo las enfermeras deben rendir cuentas. Estos incluyen actividades iniciadas por enfermeras profesionales que no requieren la orden de un médico, tales como la valoración, planeación e implementación de tratamientos iniciados por enfermeras. Promover el confort físico, facilitar el auto cuidado y manejar la inmovilidad son ejemplos de este tipo de tratamientos. (30)

El rol interdependiente consiste en actividades que las enfermeras adelantan y dependen parcial o totalmente de las funciones de otro profesional del cuidado en salud para su cumplimiento. Reportar los cambios en la salud de un paciente, y coordinar los servicios de salud son ejemplos de este rol.(30)

El rol dependiente consiste en las funciones y responsabilidades asociadas con las órdenes médicas, tales como dar medicamentos o canalizar vena para reemplazar fluidos.(30)

El profesional de enfermería desarrolla actividades en diferentes escenarios como la docencia, investigación, administración del cuidado y la clínica, en donde ejerce los roles antes descritos: dependiente, interdependiente o independiente. Dentro del rol del área clínica o asistencial incluye actividades como: diagnóstico, planeación del cuidado, ejecución del cuidado, y actividades de coordinación, como comunicar los cambios en la condición del paciente, programar procedimientos y desarrollar e implementar un plan de egreso.(30)

El Resultado, desde este modelo, refleja la consecución de metas y objetivos, obteniéndose partir de las acciones de enfermería, relacionados con categorías como: prevención de complicaciones, resultados clínicos como el control de síntomas e indicadores del estado de salud del paciente, conocimiento de la enfermedad y su tratamiento por parte del paciente, resultados de salud funcional que abarcan el auto cuidado y el funcionamiento físico, mental, cognitivo y social, satisfacción del paciente con el cuidado, y costo del cuidado incurrido por el paciente y la organización.(30)

Para efectos de este trabajo es preciso examinar con mayor precisión el rol interdependiente de enfermería, del cual se ocupa este proyecto, y que se presenta a continuación.(30)

ROL INTERDEPENDIENTE

“El papel interdependiente de enfermería se refiere a las actividades y funciones en las que las enfermeras son parcial o totalmente dependientes en las funciones de otros proveedores de atención en salud. Incluye actividades como el seguimiento y la notificación de los cambios el estado de salud del paciente, y la coordinación de los servicios de salud. Los resultados podrían ser afectados por la calidad del rol

interdependiente de enfermería con el equipo, la comunicación interprofesional y la coordinación del cuidado. La comunicación oportuna acerca de cambios en el estado de salud del podría, a su vez, conducir a la prevención y/o la gestión eficaz de las potenciales complicaciones”.(30)

“La función de rol interdependiente de enfermería puede afectar a la calidad de la comunicación y la coordinación interpersonal. La naturaleza de la comunicación y la coordinación entre profesionales puede influir en: resultados y los costos, duración de la estancia, las tasas de mortalidad, los excesivos costos de atención domiciliaria después del alta, visitas no programadas al médico o al departamento de urgencias y reingresos no planificados”.(30)

La calidad del desempeño de las enfermeras en el rol interdependiente, puede ser evaluada, por un lado, mediante la puntualidad, idoneidad, exactitud e integridad de la comunicación con sus pares y profesionales de otras disciplinas, además de la continuidad y la coordinación de la atención, mediante un enfoque dinámico y comprensible, como lo mencionan Irvine y Cols. Es por ello que se requiere comprender ampliamente cómo ocurren estos dos procesos.(30)

Por otro lado, se refiere a la medida en que las funciones y actividades tanto dentro de la unidad como entre las unidades son reunidas de tal manera que se promueva el cuidado y el costo-efectividad. Esto se hace mediante la interrelación médico – enfermera y otros profesionales, lo cual “implica que el rendimiento de las enfermeras en sus funciones de rol y las intervenciones que ellas suministran sean los mecanismos responsables para producir resultados favorables en los pacientes”.(30)

La comunicación “implica el intercambio de información entre el personal, que es necesaria para la planificación de la atención y para el ajuste de la atención a las variaciones imprevistas en la condición del paciente.”(30)



Gráfico 1: Modelo de calidad en salud de Donabedian y su articulación con el Modelo de Efectividad de Rol de Irvine y Sidani⁷⁶

5. MARCO CONCEPTUAL

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.(27)

ATENCIÓN EN SALUD

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.(27)

RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.(27)

EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento adverso prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.(27)

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.(27)

BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.(27)

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.(27)

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.(27)

FACTOR CONTRIBUYENTE

Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que este se produzca.(31)

GESTIÓN DEL RIESGO

Actividades coordinadas para dirigir y controlar el riesgo de una organización. Éste comprende: diseño, implementación, monitoreo, revisión y mejora continua.(31)

COMUNICACIÓN

Intercambio de información entre el personal, que es necesaria para la planificación de la atención y para el ajuste de la atención a las variaciones 23 Marco de Referencia imprevistas en la condición del paciente,”³⁴es medida mediante un número de diferentes dimensiones que incluyen la exactitud, la oportunidad, la comprensión y satisfacción.(30)

COORDINACION

La actividad consciente de montar y sincronizar esfuerzos diferenciados de trabajo para que funcionen armónicamente en la búsqueda de objetivos organizacionales “Grado en que las actividades de trabajo son coordinadas entre los grupos de enfermeras y médicos y entre los dos grupos con la unidad”.(30)

MECANISMOS DE COORDINACION

Hace referencia a las estrategias y procedimientos para coordinar las actividades de asistencia a los pacientes dentro de una unidad o servicio y con otras unidades, de tal manera que contribuyan efectivamente en la coordinación de las actividades del personal con la calidad asistencial que se les presta a los pacientes.(30)

ROL DE ENFERMERIA

Son componentes que están basados en estándares de práctica que han sido establecidos por reguladores externos y/o por normatividad que ha evolucionado a través del tiempo.(30)

ROL INTERDEPENDIENTE

Actividades que las enfermeras adelantan y dependen parcial o totalmente de las funciones de otro profesional del cuidado en salud para su cumplimiento. Reportar los cambios en la salud de un paciente, y coordinar los servicios de salud son ejemplos de este rol.(30)

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 MÉTODO

Proyecto de gestión, con enfoque cualitativo, descriptivo, retrospectivo con sistematización de la información, pues busca describir, comprender e interpretar los fenómenos relacionados con las caídas en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja en el periodo comprendido entre abril de 2017 y agosto de 2018.

6.2 PARTICIPANTES

La población de este proyecto está conformada por los pacientes de hospital san Rafael de Tunja quienes han estado hospitalizados durante el segundo semestre del año 2017 y octubre del año 2018.

La muestra está constituida por 44 reportes de pacientes hospitalizados quienes sufrieron una caída entre abril del año 2017 y agosto del año 2018 a través del sistema DARUMA.

DARUMA es el sistema virtual institucionalizado, en el que se realizan los reportes de todos los incidentes y eventos adversos desde abril del año 2017, en el se recolecta información sobre el evento, la fecha, el lugar y el cómo de su ocurrencia, también se agrega información de identificación de la víctima primaria, tal como su identificación, diagnósticos médicos al instante y EPS aseguradora.

6.3 INSTRUMENTOS

- CA-F-75 Matriz de riesgos relacionados con la seguridad del paciente. Ver anexo 1
- Escala de valoración de riesgo de caída intrahospitalaria. Ver anexo 2
- Protocolo ENF-PT-17 prevención de caídas en pacientes hospitalizados

ANALISIS DE LA INFORMACION

La información fue primero clasificada y organizada en la matriz de riesgos relacionados con la seguridad del paciente, en donde se identificó el riesgo detonante del evento de caída de todos los reportes.

A continuación, se realizó un análisis de la descripción de 13 reportes, logrando identificar los factores causales por categoría: relacionados al paciente, individuo, equipo de trabajo, tarea y tecnología y ambiente.

Seguidamente se realizó la categorización de la información obtenida.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de gestión acoge la normatividad de la resolución 8430 de 1993 creada por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, clasificándose como sin riesgo, debido a que no se realizará, manipulación biológica o psicológica a los participantes.(32)

8. PLAN DE ACCION PROYECTADO

Tabla 1. Plan de acción proyectado

FASE	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADOR
0.Consulta bibliográfica	Consultar bibliografía en bases de datos y revistas indexadas relacionadas con ciclo de gestión de riesgo en caídas.	Documento: Marco Referencial	1
1. Análisis de situación y contexto	Consulta y revisión de la política y programa de seguridad del paciente del Hospital San Rafael de Tunja.	Documento: Marco Teórico	1
	Consulta de protocolo de prevención de caídas.		
	Construcción de matriz DOFA	Documento	1
2. Fase de Identificación del riesgo	Consulta de información a través de lluvia de ideas basados en experiencias previas	Documento	1
	Consulta de Base de datos de unidad de análisis de evento adverso: caídas		
3. Fase de evaluación y análisis	Diligenciamiento matriz de riesgos	Documento: Matriz de riesgos	1
4. Fase de elaboración del plan de control	Planificación y elaboración del plan de control según los hallazgos realizados.	Documento	1
5. Fase de despliegue	Comunicar al personal pertinente para la ejecución del plan de control	Listas de Asistencia	Actores convocados/ asistentes

Fuente: Autoría de las estudiantes responsables del proyecto.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN SEMANAS													
	Mes 1		Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Revisión de la literatura	■	■	■											
Análisis de situación y contexto				■	■									
Identificación de los riesgos						■	■							
Análisis y evaluación de riesgos								■	■	■				
Planificar respuestas											■	■		
Despliegue													■	
Presentación de informe final														■

10. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Tabla 2. Plan de acción ejecutado.

FASE	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADOR
0.Consulta bibliográfica	Consulta de bibliografía relacionadas con ciclo de gestión de riesgo en caídas. en las bases de datos y revistas indexadas: Academic Search Premier, CINAHL Plus, Science Direct y Embase, en estas se encontraron 28 articulos que aportaron a la constuccion	Documento: Marco Investigativo	1

	teórica del proyecto y de estos 3 a las sugerencias de actualización al protocolo de prevención de caídas.		
1. Análisis de situación y contexto	Consulta y revisión de la política y programa de seguridad del paciente del Hospital San Rafael de Tunja.	Documento; informe final , Marco Teórico.	1
	Consulta de protocolo de prevención de caídas.		
	Consulta de escala de riesgo de caídas		
2. Fase de Identificación del riesgo	Consulta de eventos adversos reportados en el software DARUMA	Documento; informe final / Lista de riesgos identificados categorizados	1
	Consulta de Base de datos de unidad de análisis de evento adverso: caídas		
3. Fase de evaluación y análisis	Diligenciamiento matriz de riesgos relacionados con seguridad del paciente.	Documento: Matriz de riesgos	1
4. Fase de elaboración del plan de control	Planificación y elaboración del plan de control según los hallazgos realizados.	Documentos: -Actualización del curso virtual de prevención de caídas (formato imágenes, power point y Word) -Poster de educación (adultos) -Poster de educación(pediátrico)	6

		-Sugerencias de ajustes al protocolo de prevención de caídas.	
5. Fase de despliegue	Comunicar al personal pertinente para la ejecución del plan de control	Presentación y registro fotográfico, de la socialización realizada con personal asistencial y directiva del Hospital. Documento: Informe final ciclo de gestión del riesgo de caídas.	2

Fuente: Autoría de las estudiantes responsables del proyecto.

11.RESULTADOS

La E.S.E Hospital San Rafael cuenta con 4 espacios de atención al usuario, el servicio de consulta externa especializada, servicio de cirugía, servicio de urgencias y servicio de internación, en este último se encuentra dividido en general pediátrica, general adulto (medicina interna, neurocirugía y posoperatorios), cuidados intensivos adultos, pediátrico y neonatal, cuidados intermedios adultos y neonatal, obstetricia y cuidado básico neonatal.

Al ingreso de un paciente a cualquiera de los servicios de internación, añadiendo el servicio de urgencias, el personal de enfermería realiza la valoración del riesgo de caída, esta valoración debe realizarse nuevamente según la evolución del paciente o su traslado a otro servicio, esta valoración se realiza teniendo en cuenta los criterios establecidos en la escala de valoración de riesgo de caída disponible en la historia clínica sistematizada en los diferentes servicios, y en UCI adultos y UCI pediátrica en formato físico. Ver anexo 2.

Todo paciente con un puntaje de valoración mayor a 5 es considerado de alto riesgo para presentar caídas durante su estancia hospitalaria o hasta cambio de su evolución clínica.

Este riesgo es clasificado para adecuar medidas de seguridad y prevención según la necesidad, valorarlo es un trabajo diario por parte del personal de salud, debe realizarse en todos los pacientes, ya que su estado evoluciona con el tiempo, realizar esta valoración tiene en cuenta características multifactoriales, en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja se tiene en cuenta la edad del paciente, su condición intrahospitalaria con respecto a las características de su estadía, sus patologías y los medicamentos que se administran durante la hospitalización.

Desde abril del año 2017 se implementó en la institución el sistema virtual DARUMA para el reporte de los eventos adversos, entre ellos las caídas intrahospitalarias, siendo el segundo evento más reportado en el Hospital San Rafael de Tunja en 7 de sus servicios de hospitalización contando el servicio de urgencias.

Desde su implementación hasta el mes de agosto del 2018 se han realizado 43 reportes de caídas, de las cuales el 86% eran prevenibles y 16% de ellas causo algún daño al paciente, desde hematomas, fracturas o la complicación de su patología de ingreso.

Estos 43 reportes de caída fueron clasificados según su principal riesgo detonante de la materialización de la caída.

Tabla 3. Categorías de riesgos identificados

CATEGORIA	DESCRIPCION DEL RIESGO	EVENTOS
NO ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS: No se verifica la información brindada, corroborando su comprensión.	Subvaloración del riesgo de caída	10
	No aplicación de medidas de seguridad por parte del personal	7
	Cuidador no comprende o no aplica medidas de seguridad.	6
	Paciente no comprende o no aplica medidas de seguridad para la prevención de caídas	1
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS INSEGUROS	Uso de camillas en inadecuadas condiciones para la atención segura del paciente	1
	Uso de equipos de inmovilización inadecuados que no garantizan la seguridad del paciente	1
	Piso mojado del baño	1
RELACIONADOS AL CUIDADOR	Paciente que requiere acompañante se encuentra solo.	9
	No vigilancia del paciente por personal de ambulancia a paciente remitidos para toma de exámenes.	1
	Abandono del cuidador del paciente sin aviso al personal de atención.	1
CONDICION CLINICA DEL PACIENTE	Repentina alteración del estado clínico del paciente	1
NO CLASIFICABLES	No brinda información de los factores contribuyentes	4

--	--	--

Fuente: Autoría de las estudiantes responsables del proyecto.

Es notable como la subvaloración del riesgo tiene una implicación directa a la alta exposición de los pacientes a caídas, ya que dispone a una aplicación de medidas de prevención insuficientes, encontrándose ligado a un desconocimiento del protocolo institucional para la prevención de caídas por parte del personal de enfermería, quienes realizan la valoración, en este protocolo también se estipulan las medidas de seguridad que deben ser aplicadas según la clasificación del riesgo, una valoración adecuada pero sin aplicación de las medidas es igualmente una principal causa de la materialización del riesgo, implicando de forma directa una no adherencia al protocolo.

Así mismo el desconocimiento, incomprensión y no aplicación de estas medidas de seguridad tanto por el familiar como por el paciente pueden ser ligadas a una capacitación inadecuada, breve o la falta de retroalimentación de la información brindada para confirmar su comprensión por el oyente.

Los riesgos asociados a una incorrecta aplicación del protocolo institucional representan el 55,8% de los eventos de caídas.

Sin embargo, también se encuentran factores extrínsecos, tales como el piso del baño húmedo, el cual se relacionó directamente como causal de un evento, y en 3 más como un factor agregado desencadenante además del factor principal subvaloración del riesgo de caída, en total 7 de los eventos de caída ocurrieron en el baño.

Otro factor extrínseco, donde el personal de atención no logra una alta intervención, son aquellos pacientes que aun con una valoración adecuada y aplicación de medidas de seguridad, requieren cuidador permanente, pero por diversas razones se encuentra solos, caso presentado en el 20% de las caídas reportadas, esto

aumenta la carga laboral del personal y disminuye la calidad de la atención de los pacientes.

Es también relevante mencionar que cuatro de los eventos reportados no contaban con suficiente información para identificar el riesgo en el evento de caída, lo cual sugiere una baja cultura del reporte del evento, generalmente relacionada con el miedo del personal de salud, quienes son segundas víctimas, a la toma de represalias punitivas.

Esta problemática se ve abordada en el protocolo de actuación ante el evento adverso, pero indica un desconocimiento del mismo.

Por otro lado, se realizó el análisis de 13 eventos reportados, basado en la matrix de identificación de factores contributivos del modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos propuesto por el ministerio de salud y basados en el protocolo de Londres (33) Ver anexo 1.

Tabla 4. Factores contributivos

FACTORES CONTRIBUTIVOS		
Paciente	Ayuno prolongado de la paciente	1
	Estado neurológico alterado o patología neurológica o psiquiátrica.	8
	Uso de muletas, patología que disminuye la movilidad: artritis, celulitis en miembro inferior.	1
	No aplica	3
Ambiente	Infraestructura del baño de urgencias inseguro e inadecuado	2
	Camilla de la ambulancia no bajada a la menor altura posible.	1
	Camillas defectuosas	1
	Dificultad en el uso del botón de llamado.	1
	Habitación de doble unidad, en la cual una de ellas requiere desinfección.	1

	No se cuenta con suficientes sillas de rueda para el traslado del paciente.	1
	Silla sin adecuaciones para realizar inmovilización preventiva	1
	No aplica	5
Tarea y tecnología	Desconocimiento de la ruta de consulta del protocolo de prevención de caídas a través de Calidad Inflo. El protocolo no especifica los momentos de uso de la inmunización terapéutica como medida de prevención.	1
	El protocolo de prevención de caídas de la institución es desconocido para el personal de ambulancia.	1
	No aplica	11
Equipo de trabajo	Comunicación inefectiva entre el equipo de atención y el paciente o su cuidador.	2
	Comunicación inefectiva entre en equipo de enfermería y el equipo de mantenimiento.	1
	Comunicación inefectiva entre equipo de atención y el personal de ambulancia.	1
	comunicación inefectiva entre equipo enfermería y equipo medico	1
	Inefectiva comunicación entre el equipo de atención.	1
	Comunicación inefectiva entre el equipo de atención y la familia.	1
	No articulación de las acciones de atención y cuidado con el resultado de valoración del riesgo de caída del paciente.	1
	Sobrecarga laboral	1
	No aplica	3
Individuo	Sobrestimación de las capacidades del paciente	5
	Omisión en la adherencia a los protocolos institucionales para la inmovilización de los pacientes.	1
	Solicitud de retiro al cuidador durante la limpieza de la habitación	1
	Uso de equipos de inmovilización deteriorados.	1
	NA	5
Otros factores	Red de apoyo débil, único cuidador agotado.	1
	Familia no permite inmovilización preventiva.	1
	No uso de calzado apropiado	1

	Red de apoyo débil, sin acompañante.	3
	Paciente menor con múltiples cuidadores, quienes desconocen medidas de seguridad para la prevención de caídas.	1

Fuente: Autoría de las estudiantes responsables del proyecto.

Los factores contributivos considerados predisponentes para acciones inseguras en la atención en salud, son:

1. Paciente: se encuentran aquí los factores asociados al paciente que pueden contribuir al riesgo, principalmente la condición clínica o edad,
2. Individuo: son las condiciones que predisponen a la generación del riesgo desde el equipo de salud que atiende al paciente,
3. Equipo de trabajo: se encuentran las conductas de equipo de salud como, por ejemplo, bajo supervisión de subalternos o comunicación inefectiva,
4. Tarea y tecnología: apunta a los atribuidos a las conductas de equipo de salud, finalmente el
5. Ambiente describe aspectos referentes al ambiente físico que contribuye al riesgo, como la deficiente iluminación, hacinamiento, o deficiencias en infraestructura.

Es necesario aclarar que un evento de caída, no necesariamente debe presentar diferentes factores atribuidos a las 5 categorías.

En un 77% de los casos de caídas existieron factores atribuidos al paciente, El principal factor relacionado el cual se presentó en el 61,5% de los eventos, fue la alteración del estado neurológico o patología psiquiátrica.

Los factores ambientales fueron relacionados en un 61,5% de los casos, de estas, la mitad de los casos pudieron ser prevenidas.

El equipo de trabajo fue un factor contribuyente en el 77% de las caídas, de este, el 61% fue identificado como comunicación inefectiva, generalmente entre el equipo de atención, como lo es principalmente el equipo de enfermería, hacia otro personal, la familia y el paciente.

Aun cuando directamente solo el 15% de los casos reportó la tarea y tecnología como factor contribuyente a la caída, se puede apreciar como en la tabla 1. Categorías de riesgos identificados, las no adherencias al protocolo de prevención de caídas representan el 55,8% de los eventos de caídas, como en la sobrestimación de las capacidades del paciente, el cual se presentó en el 38% de los casos directamente ligado a la subvaloración del riesgo por lo cual la ineficiente aplicación de medidas de seguridad.

El cuidador o la red de apoyo débil se asociaron como otros de los factores adyacentes a la presentación del evento en un 53% de los casos, de estos principalmente los pacientes que necesitan cuidador permanente y se encuentran solos fueron víctimas de caídas, también se encuentran aquellos pacientes que cuentan con un único cuidador quien termina desarrollando síndrome de agotamiento y no logra brindar cuidados de prevención.

12. DISCUSION

La aplicación del ciclo de gestión del riesgo implica un compromiso institucional de continuidad para la visualización de resultados reales.

En esta primera instancia se hizo un análisis retrospectivo de los riesgo materializados en eventos de caída reportados en un sistema virtual con poco tiempo de implementación, por lo que se debe esperar sin miedo un aumento en la incidencia de caídas intrahospitalarias debido al mejoramiento en el sistema de reportes de eventos adversos.(10)

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que las personas ya tienen un riesgo de caída antes de ingresar hospitalizados, este riesgo es medido con los criterios de fragilidad los cuales son pérdida de peso, agotamiento, baja actividad física, lentitud y debilidad, estos factores deben tenerse en cuenta para encausar la valoración del riesgo de caída intrahospitalario, siendo coherentes y nunca el riesgo intrahospitalario ser inferior al riesgo de caída en el hogar. (34)

En total 7 de los eventos de caída ocurrieron en el baño, concordando con los estudios que demuestran que los lugares más comunes para las caídas intrahospitalarias son el baño y bajando de la cama, por lo que son zonas de vital importancia que deben conservar una adecuado mantenimiento.(10)

Aun cuando el análisis de los eventos es eficiente en cuanto a la cantidad de información clasificada e identificación del riesgo, este puede ser más exhaustivo con la implementación de información específica, tal como el mecanismo corporal del paciente en el momento de caída, como: tropiezo y el obstáculo que ocasiono el mimo: piso a desnivel, escalerilla, atril, pobre visión o resbalón por piso húmedo con agua, sustancias o comida.(24)

También se identifica un vacío en la participación del cuidador y del propio paciente en su seguridad, la utilización de estrategias, como la comunicación, la educación permanente y la participación del acompañante, es esencial para el fortalecimiento de la seguridad del paciente en la institución, ya que la situación de superpoblación y la sobrecarga de trabajo fueron presentadas como perjudiciales para su actuación.(22)

13. PRODUCTOS ENTREGABLES

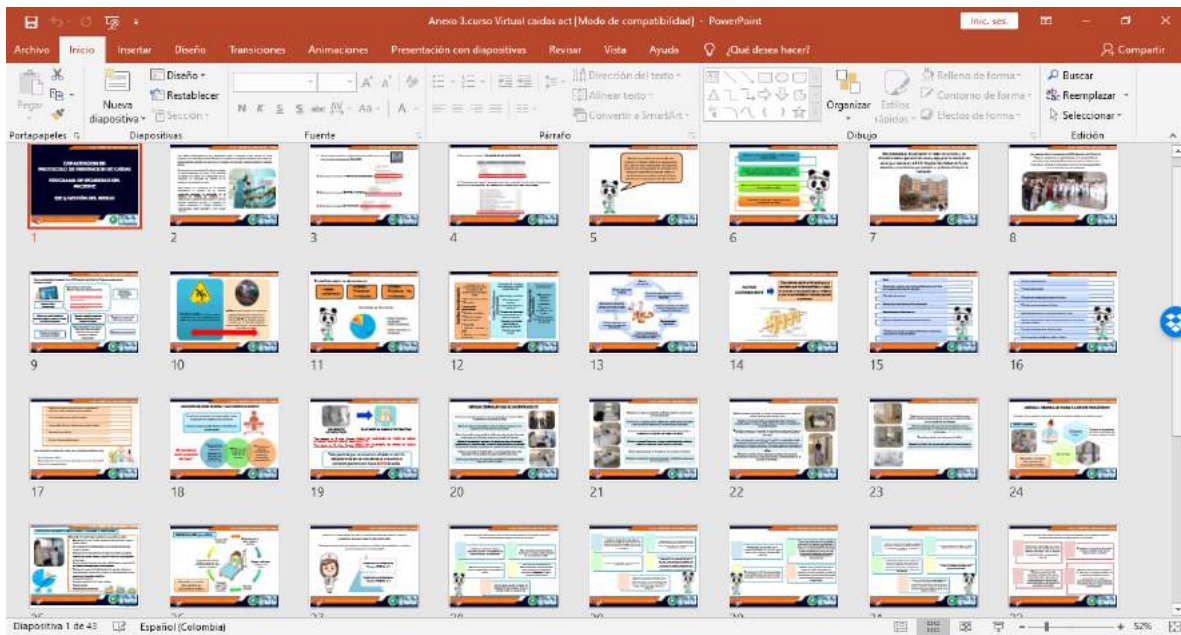
Los cuidadores son una pieza clave en el cuidado de la persona hospitalizada, ya que se encuentran en el entorno directo del paciente y son quienes podrían en muchos casos identificar las acciones o ambientes inseguros, pero para ello es necesario capacitarlos en seguridad del paciente, meta que encuentra límites debido a que un paciente tiene varios cuidadores y la sobrecarga laboral de la enfermera no permite un intercambio de información efectiva.(21)

Con los resultados anteriores se decide tomar como plan de mejoramiento la capacitación del personal de atención en el protocolo de prevención de caídas, del cual su última capacitación fecha del 2015, este protocolo ha sido actualizado el año 2017.

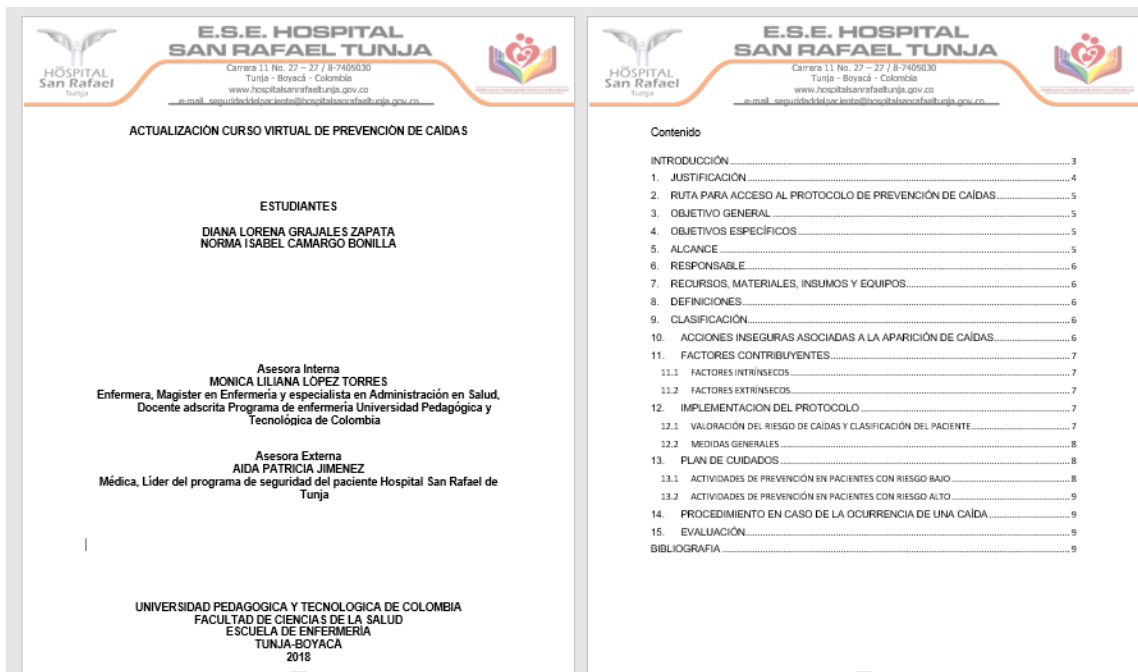
Además de haberse modificado el sistema de reporte de evento adverso el año 2016, por lo cual es necesario promover el correcto reporte del evento, ya que se encontraron en 4 casos información escasa para la realización del análisis del mismo.

Se realizó la actualización del curso virtual de capacitación en prevención de caídas según la última versión del protocolo institucional. Ver anexo 3 y 4.

Pantalla Anexo 3.



Pantalla Anexo 4



Por otro lado, la identificación de una capacitación insuficiente a cuidadores y pacientes junto a la sobrecarga laboral del personal, saca a flote la necesidad de

implementar métodos de fácil comunicación de la información, por lo cual se plantea un poster para cada habitación con la información principal de las medidas de seguridad en pacientes adultos y pediátricos.

Se realizaron 2 posters de información relacionada con la prevención de caídas dirigida a familiares y acompañantes, una para población adulta y otra para población pediátrica. Ver anexo 5 y 6.

14. CONCLUSIONES

La importancia de enfermería como actor principal en el ámbito de la seguridad del paciente no es desconocido y como tal debe ser partícipe del proceso de la implementación de los mecanismos necesarios para disminuir la presentación de riesgo a los que son expuestos los pacientes.

A través de la interdisciplinariedad, tal como lo plantea la teoría de eficacia del rol de enfermería, puede materializarse la gestión del cuidado, tanto en asistencia sanitaria como en el fortalecimiento de roles ya establecidos, pero por los que aún no se reconoce al profesional de enfermería, resaltando siempre que la capacidad de liderazgo y la formación profesional, es el estandarte de enfermería para aportar a la calidad en la atención.

La materialización del riesgo de caída conlleva un gran impacto en todos los implicados, en el paciente se encontrarán lesiones desde hematomas hasta múltiples fracturas o la muerte, complicación de la patología de ingreso, aumento de la estancia hospitalaria, en la institución un aumento en los gastos de tratamiento: imágenes diagnósticas, tratamiento de la lesión, y la desconfianza hacia el equipo de salud e institución.

Es necesario seguir ejecutando el ciclo de gestión del riesgo, ya que el entorno y los dispositivos están en constante evolución, y la aplicación de los planes de respuesta al riesgo debe ser ajustada a estos.

La conciencia social de los profesionales de la salud debe tener el objetivo de reportar los incidentes, ya que el análisis no debe estar únicamente basados en la materialización del evento donde ya existe un compromiso físico del paciente, esta cultura del reporte ha de ser reforzada constantemente.

Es importante fortalecer la interdisciplinariedad en trabajos de investigación para ampliar la visión y la formación integral de los estudiantes de enfermería quienes se

verán en un panorama laboral con equipos de profesionales de todas las ramas en la salud, desdibujando el concepto de enfermería con el único objetivo de la asistencia.

15.RECOMENDACIONES

- La redacción general del protocolo de prevención de caídas, se enfoca en el personal de enfermería, incluso en la “enfermera”, consideramos pertinente que se enfoque a todo el personal de salud puesto que la seguridad del paciente y en particular la prevención de caídas son compromiso y responsabilidad de todo el personal involucrado.
- La actualización del curso virtual de caídas debe ir dirigido a todo el personal no solo al área de enfermería, como se mencionó anteriormente todos deben conocer las medidas de prevención y ser parte proactiva del enfoque de calidad y seguridad del paciente.
- Se sugiere la disponibilidad del protocolo de prevención de caídas no solo en la subcarpeta de enfermería en la gestión misional, es pertinente que corresponda a un proceso transversal aplicado a todo el personal involucrado en la atención en salud.
- Según las condiciones y variables especificadas para la revaloración en riesgo de caídas en estancia prolongado, sugerimos una frecuencia de valoración más corta al mes que recomienda el protocolo pues en un mes de estancia existen muchas condiciones del ambiente físico y/o entorno del paciente que pueden variar.

- Deben prevenirse las barreras de acceso en la información: El protocolo debe contar con los formatos de valoración, ya sean como anexos o directamente en donde se le menciona, de esta forma se elimina el nuevo proceso de búsqueda del formato.
- La cultura del reporte debe ser fortalecida, para aumentar la cantidad y calidad de los mismos, se sugiere realizar el reporte teniendo en cuenta los factores a analizar en las matrices y unidades de análisis desde el primer momento, es decir que la plataforma DARUMA incorpore como pestañas en el módulo de eventos los factores objeto de análisis en cada evento adverso y a través de los cuales se identifican los riesgos, modificación que por supuesto requiere un proceso de capacitación en todo el personal, pero que sin duda contribuye a disminuir múltiples procesos que impactan en costos para la institución.
- Dentro del reporte debería describirse el mecanismo corporal de caída.
- Sería recomendable para disminuir la subvaloración del riesgo de caída, añadir la valoración de riesgo de caída en casa del paciente, aunque requiere de una anamnesis más profunda, lograría orientar las medidas mínimas requeridas para cada paciente.
- Se recomienda un estudio más minucioso en cuanto a la ponderación asignada al ítem de estado neurológico de los pacientes, pues como se evidencio en los resultados del análisis de riesgos esta condición tiene un alto porcentaje de frecuencia en los factores contributivos al momento de presentarse las caídas.
- Las actualizaciones realizadas al protocolo de prevención de caídas, y en general a los protocolos de manejo, deben ser socializado al personal de

salud que interviene en la atención, debido a que, en ocasiones, estas actualizaciones no son conocidas por el personal.

- El mantenimiento preventivo de camillas y camas debe ser un proceso prioritario en la institución, pues el mal estado de estas repercute directamente en riesgos potenciales para los pacientes.
- Se recomienda que el ciclo de gestión de riesgo de caídas sea incorporado como un proceso continuo, que dé como resultado la finalización de este proceso inicial y un seguimiento que permita nuevamente realizar actualizaciones y nueva identificación de riesgos, así como las respectivas intervenciones de control, proceso que sin duda contribuirá a el objetivo planteado por el programa brindando atención segura y de calidad a sus usuarios.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud OMdl. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Francia 2008.
2. Salud OMdl. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. 2010.
3. Tsai ML, Shin. Chen, Hsing. Wu, Bo Jian. Association between frailty and its individual components with the risk of falls in patients with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Research [Internet]. 2018; 197:[138-43 pp.].
4. Korzelius CL, Lien. Consequences of Falls in Older Patients Hosp Med Clin [Internet]. 2017; 6:[316-29 pp.].
5. Saturno P. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2009; 24:[93-134 pp.]. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estrategias-participacion-del-paciente-mejora-S11342>.
6. Villanueva LR, J. Lucero, J. Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas. Conamed [Internet]. 2012 04 de septiembre de 2018 17:[109-13 pp.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4062769.pdf>.
7. Perez JC, Carlos. Rueda, Arturo. Jiménez, Isay. Domínguez de la Peña Mario. Los pequeños grandes detalles de la seguridad del paciente. Rev CONAMED [Internet]. 2012 04 de septiembre de 2018; 17:[130-5 pp.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4062824>.
8. Ferreira AC, Virginia. **Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud**. Aquichan [Internet]. 2014; 14:[294-302 pp.]. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2919/3667>.
9. Guerra MC, Beatriz. Sanmarful, Alexandra. Vírseda, Alicia. Dorrego, Aránzazu. Charle, Ángeles. Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. Atención Primaria [Internet]. 2016 04 de septiembre de 2018. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-descripcion-factores-contribuyentes-sucesos-adversos-S0212656716303079>.
10. Weil T. Patient falls in hospitals: An increasing problem. Geriatric Nursing [Internet]. 2015; 36:[342-7 pp.].
11. Lobo CG, Ana. Gadea, Carmen. Nieves, María. Pedraz, Marcos. Tejedor, Alberto. Grupo corporativo PRECAHI. Prevalencia de hiponatremia en pacientes mayores de 65 años que sufren una caída intrahospitalaria. Revista de la Sociedad Española de Nefrología [Internet]. 2016 04 de septiembre de 2018; 36:[292-8 pp.]. Available from: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-prevalencia-hiponatremia-pacientes-mayores-65-anos-que-sufren-una-caida-S0211699516300170>.
12. Merino MC, Francisco. Roca, María. Morro María. Martínez, Amparo. Fikri, Narjis. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2017 04 de septiembre de 2018; 32(4):[352-61 pp.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301024>.
13. Hernández DA, N. Vega, M. González, N. Castañeda, H. Isasi, L. Aplicación de las actividades de la intervención de

enfermería *Prevención de caídas* en adultos hospitalizados Enfermería Universitaria [Internet]. 2017 28 de septiembre de 2018 14:[7 -142 pp.]. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-aplicacion-las-actividades-intervencion-enfermeria-S1665706317300222>.

14. Remón CB, Ignacio. Moliner, Javier. Gutierrez, Isabel. Aibar, Laura. Obón, Blanca. Mareca, Rosa. Ríos, David. Circulando hacia la seguridad del paciente. realidad y deseo. Gaceta Sanitaria [Internet]. 04 de septiembre de 2018. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111730314X>.

15. Ramírez MGA. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. Enfermería Universitaria [Internet]. 2017 28 de agosto de 2018; 14:[111-7 pp.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300210>.

16. Giménez TH, Ignacio. Aibar, Carlos. Gutiérrez, Isabel. Cultura de la seguridad de paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2017 04 de septiembre de 2018; 13:[423-6 pp.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300687>.

17. Portela MB, Rosendo. Rodríguez, Maria Sol. Error Humano, seguridad del paciente y formación en medicina 2017 04 de septiembre de 2018. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301651>.

18. Gatica CD, Jimena. Cortesi, Vanina. Miranda, Daniel. Ubeda, Clotilde. Waisman, Ingrid. Opiniones, Prácticas y Conocimientos de pediatras sobre la prevención de lesiones no intencionales. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2017 04 de septiembre de 2018; 115:[601-7 pp.]. Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n6a35.pdf>.

19. Portela AdCO, Márcia. Ponte, Michelle. Santos, Francisco. Paiva, Alicequel. Sousa, Vanessa. Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: Un estudio cualitativo. Cultura de los cuidados [Internet]. 2017; 21:[25-34 pp.]. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/72908>.

20. Rocco CG, Alejandro. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 04 de septiembre de 2018; 28(5):[785-95 pp.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>.

21. De Jong LK, Su. Hill, Anne. Exploring falls prevention capabilities, barriers and training needs among patient sitters in a hospital setting: A pilot survey Geriatric Nursing [Internet]. 2018; 39:[263-70 pp.].

22. Silva aH, Silvia. De Souza, Fabio. Rezende, Eliza. Seron, Roberta. Rodrigues, Marilda. Seguridad del paciente y la actuación del enfermero en Hospital. Journal of Nursing [Internet]. 2018; 12:[1532- 8 pp.].

23. De Medeiros RB, Josilene. Dos santos, Jacira. Evaluación del riesgo de caídas en ancianos hospitalizados. Journal of Nursing [Internet]. 2018; 12:[812-5 pp.].

24. Sotimehin AY, Andrea. Mihailovic, Aleksandra. West, Sheila. Friedman, David. Gitlin, Laura. Ramulu, Pradeep. Locations, Circumstances, and Outcomes of Falls in Patients With Glaucoma 2018; 192:[131-41 pp.].

25. Kamil RB, Dara. Ehrenburg, Matthew. Frankenthaler, Scott. Wei, Eric. Anson, Eric. Oh, Esther. Agrawal, Yuri. "Text It" program to track falls in patients with Alzheimer's disease and dementia Alzheimer's & Dementia [Internet]. 2018; 4:[137-40 pp.]. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

26. Social MdSyP. Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente

en la atención en salud”

27. Social MdLP. Lineamientos para la implementación de

la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.2008.

28. Tunja ESEHSRd. Programa de Seguridad del Paciente 2017 [Available from: http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/es/nuestros-servicios/programas-de-salud/programa-seguridad-del-paciente1].

29. (UNIR) UIDIR. La Gestión del Riesgo Clínico y el Impacto Social de los Eventos Adversos.

30. Bejarano Ramirez DF. Comunicación y coordinación en el

rol interdependiente de enfermería en una Ips con servicios de alta complejidad

de Bogotá, en el primer semestre de 2014 [Tesis de Maestría]. Bogota Colombia Universidad Nacional de Colombia 2015.

31. Tunja HSRd. Diccionario de Seguridad del Paciente. p. 34.

32. Resolución Número 8430 de 1993, (1993).

33. Social MdSyP. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Guía técnica

“buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.

34. Landi FO, G. Cesari, M. Barillaro, C. Bernabei, R. Psychotropic medications and risk for falls among community-dwelling frail older people: an observational study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]. 2005; 60:[622-6 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15972615>.

ANEXOS

ANEXO 1. CA-F-75 Matriz de riesgos relacionados con la seguridad del paciente
 Disponible en formato Excel en CD anexo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FASE DE ATENCIÓN	AMBITO DE OCURRENCIA	DESCRIPCION DEL RIESGO	INDIVIDUO	EQUIPO DE TRABAJO	TAREA Y TECNOLOGIA	AMBIENTE	PACIENTE	EFECTO - CONSECUENCIA	CONTROLES EXISTENTES	SI	NO	DESCRIPCION DE LOS CONTROLES	EVALUACIÓN O VALORACION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	PONDERACION	IMPACTO	PONDERACION	RESULTADO	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
EVALUACIÓN O VALORACION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	PONDERACION	IMPACTO	PONDERACION	RESULTADO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE CONTROL	EVITAR RIESGO	CONTROLAR RIESGO	TRANSFERIR RIESGO	ACEPTAR RIESGO	PLAN DE CONTINGENCIA	INDICADOR	NIVELES DE SEGUIMIENTO	NIVEL 1. AUTOCONTROL (LIDER DEL PROGRAMA)	NIVEL 2. LIDER SEGUIMIENTO DEL PACIENTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

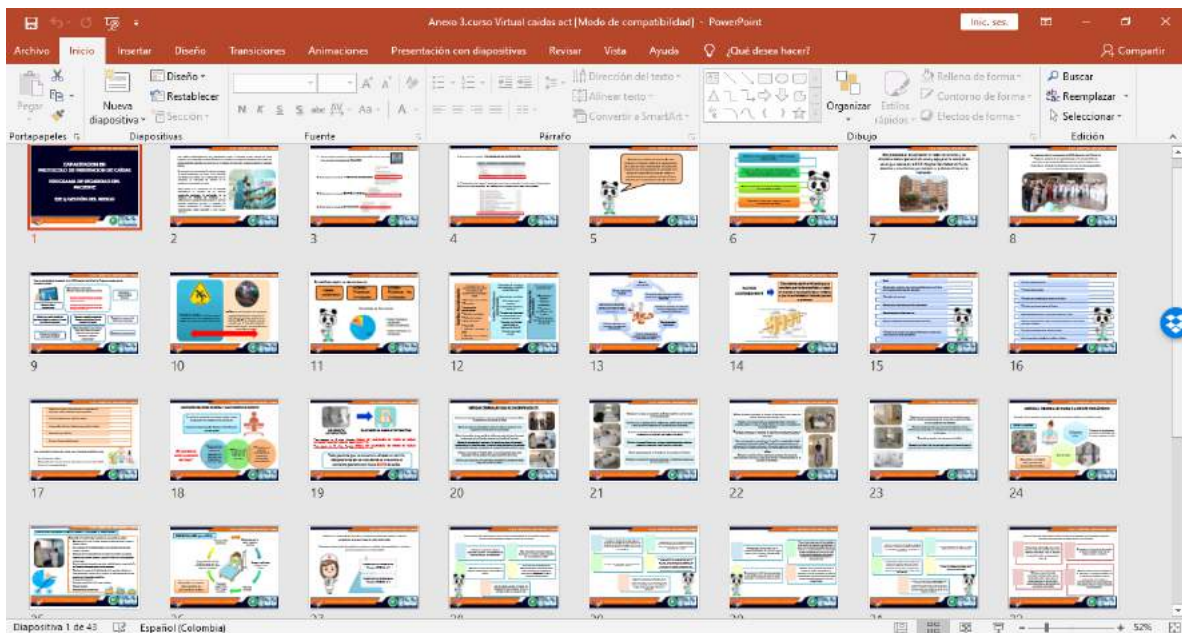
ANEXO 2. Escala de riesgo de caídas.

ESCALA RIESGO DE CAÍDA		
ITEM	CONDICION	SI
Edad	edad entre 18 y 59 años	1
	edad mayor de 60 años	2
Condición del paciente	alteración auditiva y/o visual	1
	paciente desorientado	1
	paciente requiere acompañante para moverse (silla - cama, cambios de posición)	1
	paciente requiere acompañante para deambular (necesita aparatos o personas para caminar)	1
	medre/hijo (a) en alojamiento conjunto	1
	paciente tiene un ayuno mayor a 8 horas	1
	paciente tiene para su tratamiento equipos de uso permanente tales como: venoclisis, oxigenoterapia, sondas, tubo a tórax, drenajes, monitoreos.	1
	paciente en camilla	5
Patologías del paciente	alteración neurológica	1
	alteración psiquiátrica	1
	fracturas y/o traumas	1
	síndrome convulsivo	1
	alteraciones hidroelectrolíticas, hemodinámicas y/o metabólicas	1

	obesidad o desnutrición severa	1
	paciente post-intervencionismo	1
	paciente quirúrgica (pre y posquirúrgico)	1
Medicamentos	Inotrópicos: vasopresores y vasodilatadores	1
	diureticos: furosemida, espirinolactona, hidroclorotiazida	1
	hipoglicemiantes: glibenclamida, metformina, insulina	1
	antihipertensivos: enalapril, losartan, amlodipino, verapamilo, clinidina, menoxidil	1
	anticonvulsivantes: fenitoina, fenobarbital, clonazepam, carbamazepina	1
	sedantes, relantes, anestésicos: diazepam, midazolam, alprazolam, propofol, fentanyl, dexmetomidina	1
	antiparkinsonianos: levodopa, carbidopa, biperideno	1
	medios de contraste hidrosoluble/ intratecal	1

ANEXO 3. Curso virtual de protocolo de prevención de caídas; presentación power point

Disponible en formato Excel en CD anexo.



ANEXO 4. Curso virtual de protocolo de prevención de caídas; Formato Word de presentación.


Disponible en formato Excel en CD anexo.

ANEXO 5. Poster de educación sobre prevención de riesgo de caídas para población adulto.

AYUDANOS A PREVENIR CAIDAS
Hospital San Rafael de Tunja


Las siguientes acciones son de gran importancia para prevenir las caídas durante la hospitalización, con su cooperación y compromiso garantizamos una atención segura y de calidad.

BARANDAS ARRIBA




La cama debe permanecer lo más baja posible y siempre con las 4 barandas de la cama arriba cuando el paciente este acostado.

USO DEL TIMBRE




En cada cama y en el baño de las habitaciones encontrará un timbre de llamado, úselo si necesita ayuda del personal de salud.

CALZADO ADECUADO




El paciente debe usar zapatos con suelas antideslizantes para caminar y para ducharse, acompañelo en ambas actividades si lo necesita.

ACOMPANANTE PERMANENTE




Si el paciente debe estar siempre acompañado y usted necesita salir, por favor informe al personal, el cambio de acompañante también se hará en la habitación.

MOVER AL PACIENTE



Si el paciente tiene dificultades para moverse y requiere ir al baño, debe usar la silla pato.

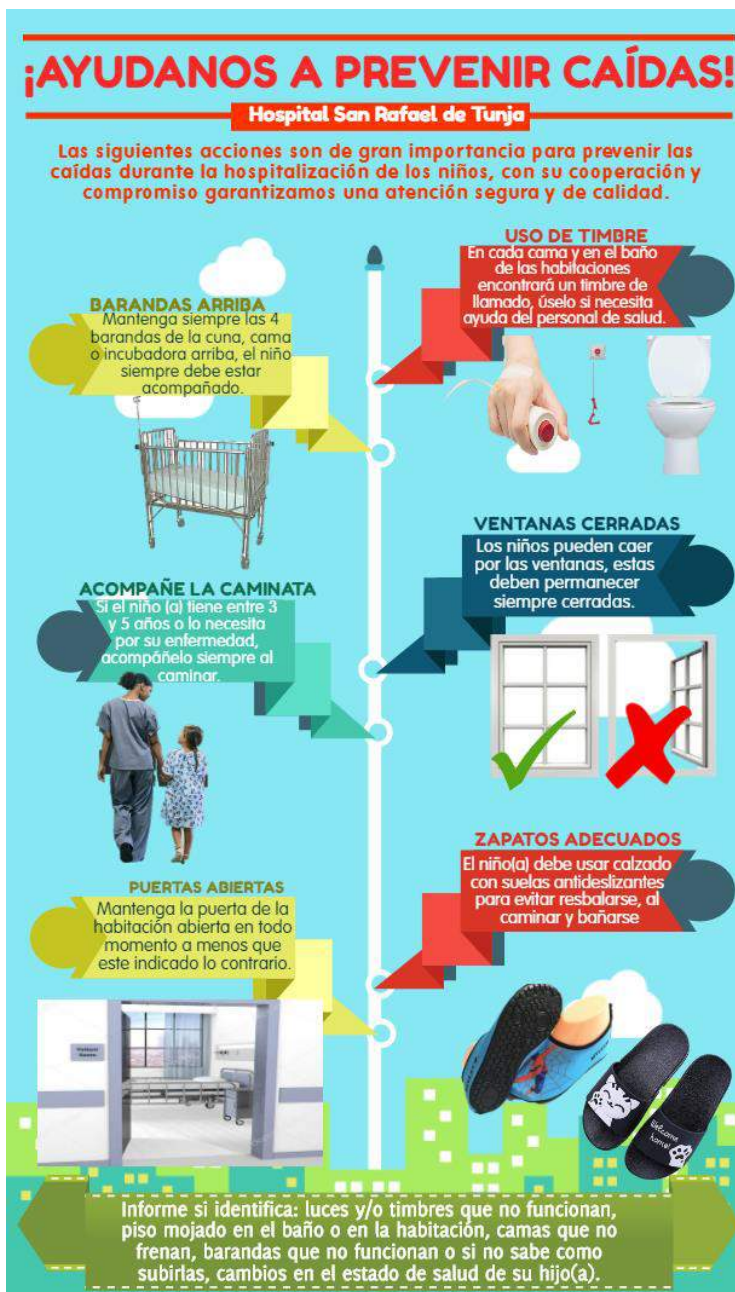
INFORMESE



Pregunte al personal si el riesgo de que su familiar se caiga es alto o bajo, si requiere de algún cuidado en particular o cualquier duda sobre la prevención de caídas.

Informe si identifica: luces y/o timbres que no funcionan, piso mojado en el baño o en la habitación, camas que no frenan, barandas que no funcionan o si no sabe como subir las, cambios en el estado de salud del paciente.

ANEXO 6. Poster de educación sobre prevención de riesgo de caídas para población pediátrica.



ANEXO 7. Sugerencias a protocolo ENF-PT-17

Disponible en formato Excel en CD anexo.

ANEXO 8. Presentación (power point) para unidad de análisis de caídas HSRT

Disponible en formato Excel en CD anexo.