

Causas de Caídas en Pacientes Hospitalizados en una Institución de Salud del Municipio de Girardot

Realizado por:

Rosa Fernanda Díaz Ruiz

Ivonne Maritza Espinosa Rodríguez

Adriana Constanza Pedroza Herrada

José Iván Vera Olivero

Universidad EAN

Escuela de Formación en Investigación

Especialización de Auditoría y Garantía de Calidad en Servicios de Salud

2021

Causas de Caídas en Pacientes Hospitalizados en una Institución de Salud del Municipio de Girardot

Elaborado por:

Rosa Fernanda Díaz Ruiz

Ivonne Maritza Espinosa Rodríguez

Adriana Constanza Pedroza Herrada

José Iván Vera Olivero

Tutora:

Katherine de Consuelo Camargo Hernández

Universidad EAN

Escuela de Formación en Investigación

Especialización de Auditoría y Garantía de Calidad en Servicios de Salud

2021

Resumen

Las caídas intrahospitalarias son los eventos adversos de mayor frecuencia e impacto en la atención en salud. El objetivo de esta investigación fue determinar las causas de las caídas de los pacientes hospitalizados en una institución de salud del municipio de Girardot, durante el periodo de enero de 2020 y junio de 2021. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que el 70% de los pacientes que sufrieron caídas no presentaban limitaciones para la marcha. Las fallas que se encontraron en la atención de los pacientes y que repercuten en las caídas fue el no tener barandas elevadas de las camas, ni contar con llamado de enfermería, ni con las medidas de sujeción, ni contar con pisos antideslizantes.

Palabras clave: Caídas, Adulto Mayor, Factores intrínsecos, Factores extrínsecos, Causas, Paciente.

Tabla de Contenido

1.	Problema de Investigación	7
2.	Objetivos	9
2.1	Objetivo General	9
2.2	Objetivos Específicos	9
3.	Justificación	10
4.	Marco Teórico	11
5.	Marco Institucional	16
6.	Metodología	17
6.1.	Enfoque	17
6.2.	Diseño	17
6.3.	Alcance	17
6.4.	Definición de variables	17
6.4.1.	Definición conceptual	17
6.4.2.	Definición Operacional	19
6.4.3.	Población y Muestra	21
6.4.4.	Instrumentos para Recolección de Información	22
6.4.5.	Selección de Métodos o Instrumentos para Recolección de Información	23
6.4.6.	Técnicas de análisis de datos	25
7.	Análisis y Discusión de los Resultados	25
8.	Conclusiones	44
9.	Recomendaciones	45
10.	Referencias	46

Lista de Tablas

Tabla 1 Definición de variables	20
Tabla 2 Escala de Downton	22
Tabla 3 Escala de Morse	23
Tabla 4 Escala de Downton	24
Tabla 5 Escala de Morse	24

Lista de Graficas

Grafica 1 Edad	26
Grafica 2 Genero	26
Grafica 3 Estado civil	28
Grafica 4 Ocupación	29
Grafica 5 Afiliación al SGSSS	29
Grafica 6 Diagnostico	29
Grafica 7 Estado de conciencia	30
Grafica 8 Deambulaci3n	32
Grafica 9 Antecedente de caída	33
Grafica 10 Paciente colaborador	33
Grafica 11 Patologías asociadas	34
Grafica 12 Lugar donde ocurrio la caída	35
Grafica 13 Estancia hospitalaria	36
Grafica 14 Barandas elevadas	36
Grafica 15 Sistema de llamado a enfermería	38
Grafica 16 Identificaci3n del riesgo en historia clinica	38
Grafica 17 Medidas de sujeci3n	40
Grafica 18 Pisos con antideslizantes	41
Grafica 19 Uso de medicamentos	42
Grafica 20 Uso de dispositivos medicos (invasivos)	42

1. Problema de Investigación

La seguridad del paciente es considerado como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias (OMS, s.f.).

Es considerado uno de los principios básicos de atención a los usuarios, la seguridad de los pacientes en los establecimientos de salud es uno de los pilares de la atención. El riesgo de caídas se considera un evento que frecuentemente afecta a las instituciones prestadoras de servicios sanitarios por ello se convierten en un grave problema producto de las demandas por los daños causados; así mismo se considera uno de los eventos adversos más comunes, las cuales son consideradas un indicador de calidad asistencial. La Joint Commission International (JCI) las reporta como el tercer evento más notificado, lo cual quiere decir que tienen un impacto tanto social como sanitario (Olvera-Arreola SS, et al, 2013); por ende, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió las caídas como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad (Gaviria A, et al , 2012).

Las caídas en los pacientes durante la hospitalización además de generar daño directamente en el individuo, generan un impacto económico para las instituciones de salud, los costos dirigidos a las lesiones asociadas a las caídas han presentado un aumento en diversas instituciones, ya que la estancia hospitalaria puede llegar a prolongarse y el manejo de las repercusiones debe ser integral con el fin de minimizar el daño ocasionado.

Dentro de las lesiones no fatales más frecuentes derivadas de las caídas se encontraron las fracturas, consideradas como las que generan mayor aumento en los costos de asistencia médica, se consideró que el 10% de las caídas que se presentan en pacientes institucionalizados resultan en heridas serias como hematoma subdural, fracturas, laceraciones, entre otros traumas (Vítolo F., 2012), con base a lo anterior las caídas se consideran un problema de salud pública, el cual genera un impacto en las instituciones de salud, como también en el paciente y su familia.

Adicionalmente todos los pacientes que ingresaron a las unidades de hospitalización psiquiátrica se encontraban en alto grado de vulnerabilidad, cobrando mayor relevancia en aquellas personas que presentaban síntomas y signos de psicopatología aguda como la agitación psicomotora o las ideas suicidas estructuradas. El riesgo de sufrir caídas en pacientes con patología psiquiátrica se derivó de su propia enfermedad, del comportamiento de otros pacientes, de los procedimientos y cuidados que reciben por parte del personal de salud o las limitaciones asistenciales para el cubrimiento de sus necesidades, a pesar de que en un servicio de psiquiatría el evento más temido y que tiene más implicaciones negativas es el suicidio consumado o el intento de suicidio, existen otros igualmente graves que pueden dejar secuelas importantes tanto para el paciente como para el equipo asistencial, entre los que se encontraron las caídas, reacciones adversas a psicofármacos, agresiones, fugas, entre otros (Powell, et al, 2000).

Por tanto, fue necesario asumir como objetivo minimizar los riesgos inherentes a la asistencia. En un contexto de tan alta complejidad asistencial y tal grado de expectativas en la sociedad respecto a los resultados de las intervenciones sanitarias, la seguridad del paciente no pudo dejarse librada a intervenciones dictadas por la fuerza de la costumbre, las buenas intenciones o la confianza pasiva. La preocupación por la seguridad del paciente nos obligó a determinar cuáles son los procedimientos más eficaces, eficientes y seguros, aceptables para los pacientes y la sociedad, que vayan más allá de los hábitos, la intuición y las costumbres, todo ello en un contexto donde el paciente debe ser un sujeto activo en su proceso asistencial, de acuerdo a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las causas de caídas en pacientes hospitalizados en una institución de salud del municipio de Girardot?

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar las causas de las caídas de los pacientes hospitalizados en una institución de salud del municipio de Girardot, durante el periodo de enero de 2020 y junio de 2021.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar los riesgos asociados con las caídas en una institución de salud del municipio de Girardot, a través del indicador denominado “Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización”.
- Detectar las fallas q se presentan en la atención de los pacientes que pueden repercutir en las caídas.
- Supervisar el cumplimiento del protocolo de prevención de caídas de pacientes guardando la objetividad del proceso en la institución.
- Recomendar estrategias para minimizar las caídas teniendo en cuenta el riesgo de cada paciente.

3. Justificación

La salud de los pacientes debe ser el factor primordial para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Cada error que se presente y que perjudique al paciente debe preocupar a las entidades prestadoras de servicios de salud.

Si una entidad prestadora de salud cuenta con protocolos de seguridad del paciente, estos deben ser estrictamente cumplidos como garantía tanto para los usuarios como para la misma entidad, teniendo en cuenta que en las instituciones prestadoras de salud (IPS), se pueden presentar inesperadamente percances que compliquen la salud del paciente como es el caso de las caídas las cuales pueden desencadenar en fracturas, o en el peor de los casos la muerte del paciente, también desatando demandas judiciales que se pueden derivar en pagos millonarios a causa de las lesiones causadas al paciente sin contar también que se eleva la estancia hospitalaria incrementando el costo médico.

Ningún centro asistencial está exento de enfrentar alguna situación grave, ocasionada por la caída de un paciente. Por lo tanto, es indispensable contar con la suficiente información para enfrentar y tratar de manera inmediata cualquier accidente traumático, que ocurren generalmente en personas de la tercera edad y que puede entorpecer su tratamiento.

Esta investigación aporta beneficios relacionados con la disminución de las causas de las caídas de los pacientes hospitalizados en una institución de salud de Girardot, en el periodo de enero de 2020 a junio de 2021, dejando así mismo fundamentos de ayuda y soporte para distintas instituciones que quieran seguir el modelo y continuar con el estudio llevándolo a un nivel investigativo.

Además, busca darle solución a un problema, que a pesar de las acciones emprendidas continúa sucediendo y para prevenir el aumento de casos de esta índole, es importante poner en práctica las recomendaciones como el tener las barandas de las camas arriba, según edad del paciente el acompañamiento permanente, manejar programas efectivos de prevención de caídas, implementar un sistema para pedir ayuda,

alarmas de cama y sillas, mejoras en el entorno ambiental como una buena iluminación, orden, suelos resbaladizos entre otros.

El resultado de este estudio, que se realizara desde el mes de agosto del año en curso hasta el mes de noviembre de 2021, dependerá de la aplicación y análisis de un instrumento que permita obtener información verídica que originan las caídas en la institución de salud examinada.

Las entidades prestadoras de salud deben estar preparadas para solucionar cualquier eventualidad a nivel intrínseco y extrínseco pensando en la prevención de las caídas y la pronta recuperación de sus usuarios.

4. Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud definió las caídas como sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga, o también son la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad (OMS, 2012), además es importante hacer referencia a la enfermedad mental, la cual es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje el lenguaje entre otras. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y de alguna forma crea malestar subjetivo (Avifes, s.f.)

Por su parte, las caídas intrahospitalarias son los eventos adversos de mayor frecuencia e impacto en la atención en salud; de hecho, a nivel mundial representan el 32% de los reportes de eventos adversos (Da Costa BR, Rutjes AW, Mendy A, Freund-Heritage R, Vieira ER, 2012), tienen una prevalencia que va desde el 26% hasta el 40% (Siqueira FV, et al., 2011), (Malta DC, et al., 2012) y se registran con una frecuencia que varía entre 1.4 y 13 caídas por cada 1 000 pacientes al día (Severo IM, et al., 2014), lo cual genera costos de hasta 37.3 millones de dólares al año (Avifes, s.f.).

Entre las causas relacionadas de las caídas se encontraron factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos. Entre los factores intrínsecos se incluyen características propias del individuo, como por ejemplo la edad y sus

condiciones clínicas, como la presencia de una enfermedad, alteración en la marcha, discapacidad auditiva, cognitiva o visual, el uso de dispositivos y el presentar antecedentes de caídas. Los factores extrínsecos se relacionan principalmente con las condiciones del entorno del paciente y aquellas situaciones implicadas con el cuidado brindado por el equipo de salud o un cuidador, entre estos encuentran obstáculos a la marcha, piso resbaladizo, escaleras inseguras, calzado e iluminación inadecuada (Bittencourt VLL, et al., 2017).

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario-RNAO (2017), en la cuarta edición de la guía de buenas prácticas clínicas de prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas, señalo los factores de riesgo por diferentes grupos como lo son: I. Conductuales o psicológicos (relativos a la actividad), II. Biológicos (a veces denominados intrínsecos), III. Ambientales o situacionales (a veces denominados extrínsecos), IV. Socio-económicos.

Para identificar los factores de riesgo de caídas en pacientes adultos hospitalizados y en sus hallazgos se enfatizó en la ausencia del cuidador que contribuye significativamente a la ocurrencia del evento. (Severo, et al., 2018).

Además de los factores antes mencionados no se dejaron atrás aquellos relacionados con los pacientes con enfermedad mental que incluyen las condiciones de salud en estados depresivos, agitación psicomotriz, ideas de muerte, pacientes sin conciencia de su enfermedad mental, uso de psicofármacos, anticonvulsivos y laxantes, efectos secundarios de las benzodiacepinas, como parte del tratamiento, manifestándose como somnolencia, hipotensión ortostática y rigidez muscular (Gallegos, A & Yolanda, G., 2018).

En Colombia en junio del 2021 se identificaron que los factores de riesgo asociados a caídas intrahospitalarias, son tener catéter venoso periférico, contar con medidas de sujeción o sedación tener una estancia hospitalaria mayor a ocho, estar en tratamiento con medicamentos de alto riesgo, no contar con acompañante permanente y por último, ser un paciente no colaborador (Pérez Álvarez C, et al., 2017).

Los principales factores de riesgo asociados a caídas intrahospitalarias identificados fueron; las medidas de sujeción o sedación, tener catéter venoso periférico, tener una estancia hospitalaria mayor a 8 días, no ser un paciente colaborador, no tener acompañante permanente y usar medicamentos de altos riesgos como diuréticos, hipnóticos y sedantes. (Gallegos Arévalo, 2018). En otro estudio se evidencio que en el servicio de emergencia los factores asociados más comunes que intervienen en las caídas de los pacientes son el estado de conciencia y la deambulacion en su hospitalización. (Cerpa Coterá & Hurtado Ataucusi, Cristhy Magaly Verasqegui Monzon, 2018)

Los factores de caídas en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía e infectología se evidencio la falta de conocimiento en la prevención de caídas por no conocer la escala y la clasificación de riesgo de caídas. (Pusarico Rodríguez, 2021). También se identificó que las causas asociadas a caídas de paciente adulto en el área de hospitalización, dentro de las más significativas se evidenció que existe mayor probabilidad en los adultos mayores, pacientes sin acompañante y el sitio de la habitación donde más se produce la caída es en el baño y la cama. (Martínez, Ardila, 2020). Desde otra perspectiva, (Aliaga, et al., 2018) se enuncio que el porcentaje de pacientes de alto riesgo de caídas en los servicios médico-quirúrgicos de baja complejidad se relacionó al déficit sensorial (88,7%), marcha inestable (96,2%) y al uso de fármacos de riesgo (98,1%) por lo cual se debieron aplicar herramientas de prevención.

La relación entre el riesgo de caídas y los factores sociodemográficos en pacientes geriátricos, se concluyó que el principal factor está relacionado con la edad del paciente mayor a 76 años, de sexo femenino y que viva en zona rural. (Espinosa Vento, Tinoco Segura. 2017), deterioro cognitivo y la dependencia para realizar actividades diarias. (Ríos-Fraustro, et al., 2021). Para (Varela Silva. 2018) las principales causas de caídas de los usuarios hospitalizados del servicio de cardiología eran la atrofia muscular, la degeneración articular, el enlentecimiento de los reflejos. Desde otro punto de vista la (Revista Gaucha de Enfermería. 2019) expreso que las características de las caídas con lesión en pacientes hospitalizados, representaron el 43% de los eventos reportados en el período de estudio. Las más frecuentes fueron los de su propia estatura y en la habitación del paciente, afectando principalmente mujeres, con edad avanzada, alteración de la marcha / movilidad física,

alteración del nivel de conciencia y en tratamiento clínico. La mayoría de las lesiones se clasificaron como leves (80%) y la tasa de mortalidad fue asociada en el 1,9% de los casos.

Por lo anterior, el (Ministerio de Salud y Protección social. 2012) propuso la implementación de la escala de valoración del riesgo Morse al ingreso de los pacientes en la institución, cada vez que se presenten cambios en su condición de salud, ésta escala se fundamentó en algunos factores de riesgo y permitió determinar el nivel de riesgo en el que se encuentra la persona. Adicional la escala de Morse es utilizada no solo para identificar el riesgo de caídas, sino también consiste en establecer actividades que disminuyan el riesgo encontrado (MINSALUD, s.f.), así mismo, en el estudio “Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia.” realizado por (García, et al., 2016) implementaron la valoración del riesgo de caída para cada ingreso del paciente permitiendo identificar factores de riesgo a cada uno de ellos, también aplicaron recordatorios y alarmas que servirán al personal de enfermería para convertir en un acto del quehacer diario el tomar medidas de prevención con mayor atención a los pacientes con alto índice de riesgo (Malambo, 2008). Otra herramienta utilizada para determinar el nivel de riesgo también se ha adoptado la escala de riesgo de caídas de J.H. Downton de 1993 con el fin de determinar el riesgo de sufrir una caída y poder determinar la causa y prevenirlas (Noble, B. V. 2012). En el momento del ingreso hospitalario se evalúa el riesgo de caídas aplicando diferentes escalas, siendo este susceptible al incremento en el transcurso de la estancia hasta el egreso. (Pasa, et al., 2017).

Como se ha mencionado anteriormente, las caídas durante la hospitalización son un problema frecuente especialmente en la población adulta mayor y población psiquiátrica, debido a esto es necesario implementar medidas preventivas. Por ende, En Colombia, en la Ley 100 de 1993 se contempló la calidad como un atributo indispensable en las instituciones que prestan servicios de salud por lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social inició la creación de la Política de Seguridad del Paciente la cual se encuentra concebida en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad implementado en el año 2006. Su objetivo es vigilar las condiciones de calidad y garantizar la notificación de los eventos adversos presentados en la atención en salud, en donde se

incluyen aquellos eventos trazadores como las caídas en pacientes hospitalizados. Implementar un cuidado integral para aquellos pacientes con alteraciones en su estado de salud en donde se involucre su integridad psicológica y física, requiere formalizar intervenciones que impliquen valoraciones clínicas y planeación de cuidados por parte de los profesionales de salud a cargo (Minsalud, s.f.).

En la actualidad, nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente además de una guía de buenas prácticas, mediante las cuales se implementaron acciones que incrementan la seguridad en la atención de las IPS, por tanto, deben definir procesos asistenciales seguros para reducir al máximo la presencia de eventos adversos. Uno de los roles importantes en la prevención de caídas hospitalarias corresponde al personal de enfermería, quienes en su plan de gestión del cuidado debieron incluir la prevención de todos los eventos adversos. (Minsalud, s.f.).

Fue necesario planificar estrategias que adopten medidas preventivas, en donde se consideren las condiciones intrínsecas y extrínsecas del medio ambiente. (Pizzi. 2020). (Pastrana Orejuela. 2019) , enuncia que la efectividad de la intervención educativa a los adultos mayores es fundamental para prevenir caídas, porque mejora los conocimientos, disminuyendo el riesgo y temor de caer, permitiéndoles vivir en un entorno saludable. Además, (Rodríguez Retamozo. 2018), indicó que las Intervenciones eficaces para la prevención contra caídas en adultos mayores, se tuvieron en cuenta que el ejercicio físico disminuye el riesgo de caídas, fortalece el equilibrio y brinda educación al núcleo familiar, brindar educación en prevención de caídas durante su estancia hospitalaria. (Martínez Obando, Ardila Rendón y Castro Arieta. 2020).

Con base en lo anterior se pretendió implementar programas de prevención de caídas y recomendaciones para modificar el ambiente hospitalario. (Hernández Herrera, et al., 2017)

5. Marco Institucional

La institución analizada está constituida como una sociedad por acciones simplificadas, es una institución prestadora de servicios de salud, especializada en la atención integral de patologías crónicas y complejas, que contribuye a disminuir los riesgos de la atención en salud para el paciente al priorizar los procesos, con el objetivo de optimizar el tratamiento y seguimiento mediante el uso de tecnología de punta y manejo de costos razonables; con participación activa de un grupo interdisciplinario de especialistas y profesionales de la salud, garantizando al paciente una mejor calidad de vida y al prestador una solución de servicios eficiente, inmediata y económicamente favorable” (NP Medical IPS SAS, 2020).

Su actividad económica se centra en las actividades de hospitales y clínicas con internación, sus principales productos y procesos son Consulta externa, hospitalización, atención domiciliaria, tele consulta y dispensación de medicamentos. Cuenta además con dos unidades de atención a pacientes con alteraciones mentales ubicadas en la ciudad de Bogotá que tiene como misión brindar servicios de medicina especializada, cirugía, hospitalización, apoyo diagnóstico y servicio farmacéutico desarrollados en un ambiente seguro, amable y oportuno; con altos estándares de calidad, equipo humano multidisciplinario, ético y calificado, tecnología de vanguardia, capacidad técnico- científica, administrativa y financiera contribuyendo a mejorar las condiciones de salud de la población con responsabilidad social, garantizando la protección de sus derechos, el cuidado del medio ambiente y el desarrollo integral de nuestros colaboradores.

Su visión para el año 2025 es ser reconocida a nivel nacional como una institución competitiva y segura en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, cumpliendo con estándares de calidad superiores que faciliten y garanticen el acceso a los servicios ofertados con oportunidad en la atención de nuestros usuarios.

Al mando de su estructura organizacional se encuentra conformado por el gerente, seguido de un área de aseguramiento de la calidad, de la cual se desprenden los departamentos de tecnología, finanzas, compras, comercial, talento humano y asistencial.

6. Metodología

6.1. *Enfoque*

El enfoque de este estudio fue cuantitativo, puesto que utilizo medidas estadísticas para calcular la asociación entre los diferentes tipos de variables ya sean de carácter extrínseco o intrínseco, además se dedicó a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos sobre variables previamente determinadas. Esto ya le da una connotación que va más allá de un mero listado de datos organizados como resultado; pues estos datos que se mostraron en el informe final, estuvieron en total consonancia con las variables que se declararon desde el principio y los resultados obtenidos van a brindar una realidad específica a la que estos están sujetos.

6.2. *Diseño*

Este diseño fue de corte transversal ya que se analizaron datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra

6.3. *Alcance*

El estudio fue correlacional, puesto que concernió sobre los riesgos de las caídas de los pacientes hospitalizados en cuanto a los principales factores extrínsecos e intrínsecos que se tomaron en cuenta en el trabajo.

6.4. *Definición de variables*

6.4.1. *Definición conceptual*

- **Factores sociodemográficos**

Son todas aquellas características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia. Esto se hace para cada miembro de la población.

(Organización Panamericana de la Salud. 2018).

Edad: Edad de un individuo expresada como el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento. (Hancourt, S.A. 2010).

Género: Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.

(Wikipedia. 2017).

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. (*Ocupación*, n.d.).

Afiliación al SGSS: Es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios y su núcleo familiar se vinculan al sistema general de seguridad social en salud. (MINSALUD, n.d.).

- **Factores intrínsecos**

Se relacionan con el estado funcional y de salud del individuo (comorbilidades, incapacidad funcional, alteraciones del equilibrio, movilidad y problemas para realizar actividades de la vida diaria. (Ríos-Fraustro, Galván-Plata, Gómez-Galicia, Giraldo-Rodríguez, Agudelo-Botero, Mino-León, et al., 2021).

Diagnóstico: Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad. (Wikipedia, n.d.-a).

Estado de conciencia: Es aquel en que se encuentran activas las funciones neurocognitivas superiores. El estado de conciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodea. (Wikipedia, n.d.-b).

Deambulación: Movilizarse sin rumbo ni dirección. (Ortopedicas. 2018).

Antecedentes de caída: Aquello que antecede, que precede o que es anterior a una cosa. (Significados. 2021).

Paciente colaborador: Persona que está siempre dispuesta a colaborar con otros. (Sesame, 2021).

Patologías asociadas: Es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. (Drogas, 2021).

- **Factores extrínsecos**

Cuando se habla de factores extrínsecos que afectan a la salud de una persona se hace referencia a factores no propios al sujeto. (Elika, 2021).

Lugar donde ocurrió la caída: Superficie cuyos puntos tienen alguna propiedad común. (Definición, 2021).

Estancia hospitalaria: Indica el tiempo en el que un paciente utilizó un servicio. (Estadística, 2021).

Barandas elevadas: Barras ajustables, normalmente de madera, metálicas o de plástico rígido, que se fijan a la cama, en uno o ambos lados, y que para lograr su fin han de quedar a una altura superior a la del colchón. (Definición.DE, 2021a).

Timbre de enfermería: sistema que tiene como objetivo el que un grupo grande de pacientes sea atendido.

Identificación del riesgo en historia clínica: Proceso para determinar lo que puede suceder, por qué y cómo consecuencia resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, como por ejemplo una pérdida, lesión, desventaja o ganancia. Puede haber una serie de resultados posibles asociados con un evento. (Ingetronik, 2021).

Medidas de sujeción: Hace referencia al uso de procedimientos físicos, mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos en forma parcial o total en un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de autoagresiones o de lesionar a otras personas. (Nomina, 2021).

Pisos con antideslizantes: son creados con materiales que sus propiedades ayudan a reducir el deslizamiento e incrementan la fricción. (Stonhard, 2021).

Medicamento: Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico. (Wikipedia, 2019).

Uso de dispositivos médicos (invasivos): El que penetra parcial o completamente en el interior del cuerpo, bien por un orificio corporal o bien a través de la superficie corporal. (ACMS., 2021).

6.4.2. Definición Operacional

En la tabla 1, se define cada una de las variables de forma operacional.

Tabla 1. Definición de variables

Variable	Nombre de la variable	Tipo	Naturaleza	Medida
Factores sociodemográficos	Edad	Razón	Cuantitativa	18 a 29 30 a 49 50 a 70 Mayores de 70
	Género	Nominal	Cualitativa	Femenino Masculino
	Estado civil	Nominal	Cualitativa	Soltero Casado Unión libre Viudo
	Ocupación	Nominal	Cualitativa	Empleado Desempleado Pensionado
	Afiliación al SGSS	Nominal	Cualitativa	Contributivo Subsidiado Prepagada Particular Otros
	Factores intrínsecos	Diagnóstico	Nominal	Cualitativa
Estado de conciencia		Nominal	Cualitativa	Ansiedad y depresión Otros Orientado Confuso Desorientado
Deambulación		Nominal	Cualitativa	Reposo en cama Asistencia de enfermería Bastón/muletas/andador Se apoya en los muebles
Antecedentes de caída		Nominal	Cualitativa	Si No
Paciente colaborador		Nominal	Cualitativa	Colabora No colabora
Patologías asociadas		Nominal	Cualitativa	Si No
Lugar donde ocurrió la caída		Nominal	Cualitativa	Habitación Área social

Factores extrínsecos	Estancia hospitalaria	Nominal	Cuantitativa	Baños Escaleras Cocina Lavandería Menor de 8 días Mayor de 8 días Mayor de 15 días Mayor de 30 días
	Barandas elevadas	Nominal	Cualitativa	Presentes Ausentes No aplica
	Cuenta con sistema de llamado a enfermería	Nominal	Cualitativa	Si No
	Identificación del riesgo en historia clínica	Nominal	Cualitativa	Si No
	Medidas de sujeción	Nominal	Cualitativa	Si No
Manejo hospitalario	Pisos con antideslizantes	Nominal	Cualitativa	Presentes Ausentes
	Uso de medicamentos	Nominal	Cualitativa	Ninguno
				Tranquilizantes- sedantes
				Diuréticos
				Hipotensores(no diuréticos)
Uso de dispositivos médicos (invasivos)	Nominal	Cualitativa	Antiparkinsonianos	
			Antidepresivos	
			Benzodiacepinas	
			Anticonvulsivantes	
			Hipoglicemiantes	
Uso de dispositivos médicos (invasivos)	Nominal	Cualitativa	Opiáceos	
			Líquidos endovenosos	
			Sonda vesical	
			Sonda nasogástrica	
			Ninguno	

Fuente: Elaboración propia

6.4.3. Población y Muestra

Los actores del estudio fueron pacientes hospitalizados de una IPS en Girardot, con una población y muestra de 20 personas, cuyo tipo de muestreo es no probabilístico por criterio.

Los actores que se definieron para este estudio fueron los pacientes que estuvieron hospitalizados en una IPS en la ciudad de Girardot en el periodo del 01 de enero del 2020 al 30 de junio del 2021, definido los actores, la

población que manejamos fueron todos los pacientes que presentaron caídas como evento adverso durante el mismo periodo.

Por otro lado, (Hernández. 2003), expresa que "si la población es menor a cincuenta (50) individuos, la población es igual a la muestra". Lo señalado por este autor permite inferir, que si se toma el total de la población entonces no se aplicará ningún criterio muestra (Metodología, 2016), con base a lo anterior podemos decir que la muestra son 20 pacientes que presentaron caídas durante la hospitalización.

6.4.4. Instrumentos para Recolección de Información

Con la intención de reducir los factores de riesgo de sufrir una caída, valorarlas, poder determinar la causa y prevenirlas, se ha adoptado para documentarlas la escala de riesgo de caídas de J.H. Downton de 1993. La que indica que una puntuación mayor de 2 es predictiva de alto riesgo. (Ministerio de la Protección Social, 2019).

La escala de J.H. Downton evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos, antidepresivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental (orientado, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65). Asigna calificaciones de 0 y 1, con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo.

Tabla 2. Escala de Downton

Caídas previas	Si	0
	No	1
Medicamentos	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
Déficit sensoriales	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado	1
	Confuso	1
	Normal	0

	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda y sin ayuda	1
Deambulaci3n	Imposible	1

Fuente: Calidad HOSLA

La escala de Morse se basa en factores de riesgo y es m1s que un puntaje total. Sirve para determinar factores de riesgo de ca3da y, en consecuencia, dise1nar intervenciones espec3ficas para reducirlos. Debe diligenciarse en el momento de la hospitalizaci3n y cuando haya cambios de condici3n. (Ministerio de la Protecci3n Social, 2019).

Tabla 3 Escala de Morse

Historia de ca3da	No	0
	Si	25
Diagn3sticos secundarios	No	0
	Si	25
Ayuda para deambular	Ninguna/reposo en cama/asistencia	0
	Bast3n, muletas, caminador	15
	Silla de ruedas	25
Venoclisis	No	0
	Si	25
Marcha	Normal/reposo en cama/silla de ruedas	0
	D3bil	10
	Limitada	20
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0
	Se sobrestima u olvida sus limitaciones	15

Fuente: SCRIBD

6.4.5. Selecci3n de M3todos o Instrumentos para Recolecci3n de Informaci3n

Se present3 la propuesta por escrito con la pregunta de investigaci3n a la direcci3n cient3fica de la IPS, despu3s de ser revisada y de tener el visto bueno para su realizaci3n fue emitida la respuesta por escrito con aprobaci3n y autorizaci3n por parte del departamento de calidad de la instituci3n. Consecutivamente se recib3 la informaci3n requerida con los reportes de los casos de ca3das que se presentaron en el periodo del 01 de enero del a1o 2020 al 30 de junio de 2021, donde solo se encontraron 20 ca3das durante este tiempo, finalmente se realiza verificaci3n de las historias cl3nicas y los formatos de reporte institucional de pacientes que presentaron ca3das los cuales fueron reportados.

Además de lo anterior, existen dos escalas de medición del riesgo de caídas, una de ellas es la escala de Morse la cual se basa en factores de riesgo igualmente sirve para determinar factores de riesgo de caída y en consecuencia, diseñar intervenciones específicas para reducirlos, esta debe diligenciarse en el momento de la hospitalización y cuando se presenten cambios de condición. Otra escala es la de Downton, esta es una herramienta que se utiliza para valorar el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones: caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos. (Ministerio de la Protección Social, 2019).

Por lo anteriormente descrito fueron utilizadas las dos tablas en mención como instrumento de recolección de la información.

Tabla 4 Escala de Downton

Caídas previas	Si	0
	No	1
Medicamentos	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado	1
	Confuso	1
	Normal	0
Deambulación	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda y sin ayuda	1
	Imposible	1

Fuente: Calidad HOSLA

Tabla 5 Escala de Morse

Historia de caída	No	0
	Si	25
Diagnósticos secundarios	No	0
	Si	25
Ayuda para deambular	Ninguna/reposo en cama/asistencia	0
	Bastón, muletas, caminador	15
	Silla de ruedas	25

Venoclisis	No	0
	Si	25
Marcha	Normal/reposo en cama/silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0
	Se sobrestima u olvida sus limitaciones	15

Fuente: SCRIBD

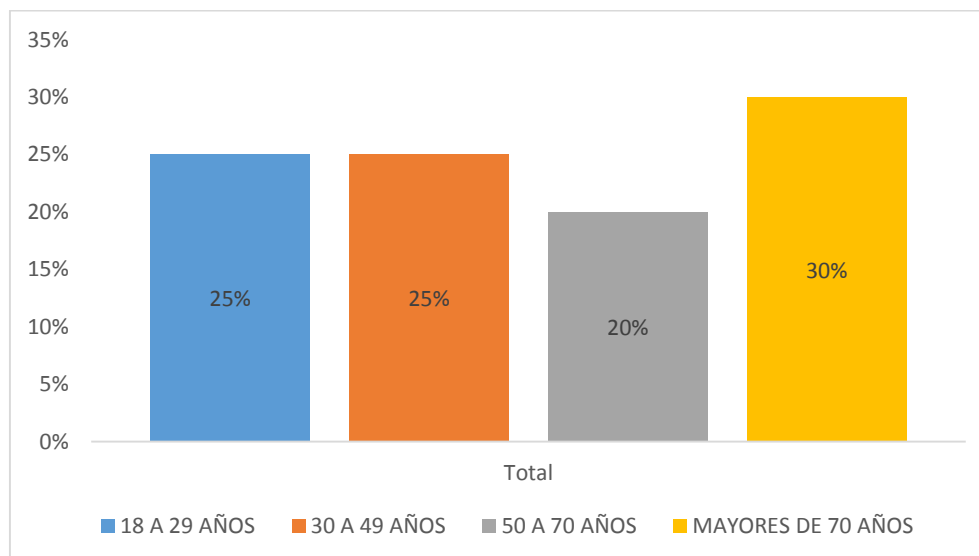
6.4.6. Técnicas de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2013 creándose para tal fin una plantilla en la cual todos los datos serán plasmados y posteriormente realizar un análisis descriptivo, teniendo en cuenta que en este se aplicaron diferentes variables a los datos para dar forma a la información y así asociarla para describir una tendencia o las características de la población (Cognodata, 2017), por otro lado, las variables cuantitativas (tabla de operacionalización de variables), fueron analizada empleando proporciones para variables categóricas puesto que estas son utilizadas en estadística para asignar una característica o propiedad no numérica o cualitativa a algún objeto, individuo, entidad, condición o procedimiento. (Hernandez et al., 2011)

7. Análisis y Discusión de los Resultados

Según el estudio realizado se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a las variables mencionadas en la Tabla 1.

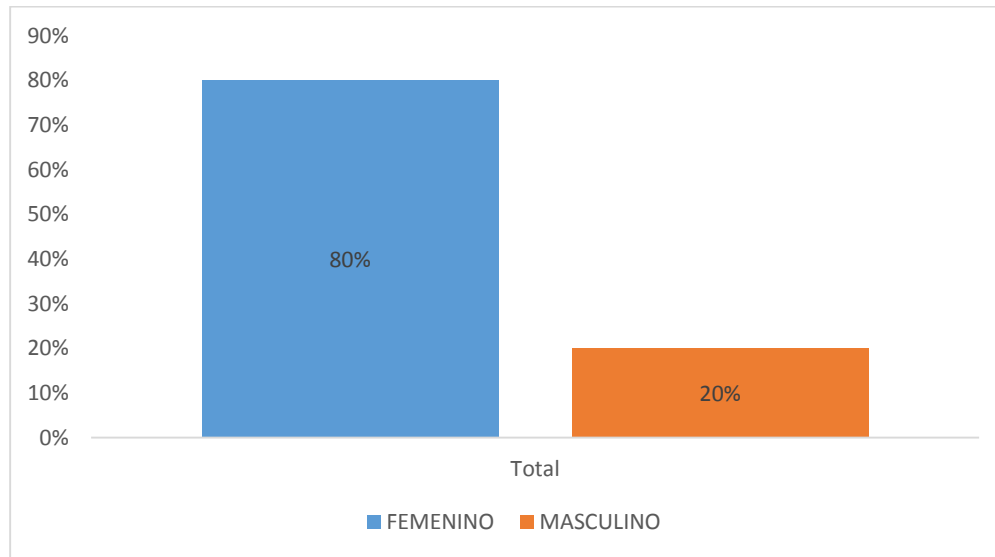
Grafica 1 Edad



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 1, el riesgo fue directamente proporcional conforme aumenta la misma, en el grupo de mayores de 70 años fue más frecuente las caídas con un 30 % lo que equivale a 6 pacientes del valor total de la muestra, esto lo podemos contrastar con un estudio realizado en el 2018 factores asociados con caídas en el adulto mayor, se estudiaron 94 adultos mayores, con una edad media de 70.4 ± 75.7 años, donde se concluye que los adultos mayores de 70 años sufren caídas en un 41% en relación al 22% que no se caen, y los adultos mayores de 71 años o más, el 30% se cae y el 5% no, lo cual obedece que entre más edad se tenga más probabilidades tiene el adulto mayor de caerse. (Maria Quintero, 2019)

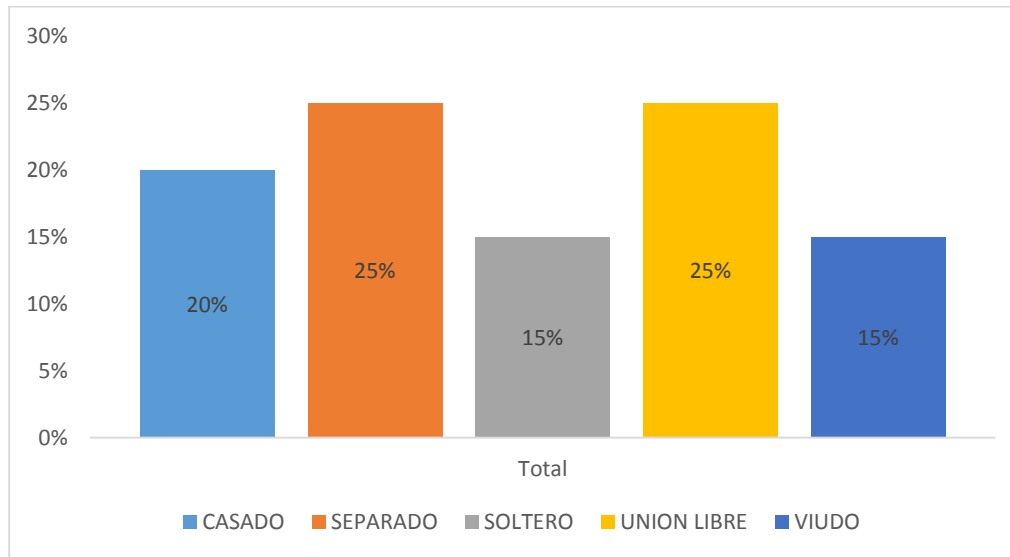
Grafica 2 Genero



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 2, se evidenció que son mucho más frecuentes las caídas entre las mujeres 80% (16) que los varones 20% (4), En concordancia con un estudio realizado en el 2019 (Diferencias de género en los factores de riesgo de caídas en las personas mayores) donde se seleccionó una muestra aleatoria y se recogieron datos sobre las características sociodemográficas, comorbilidades, exploración física, fragilidad según criterios de Fried, capacidad funcional según Barthel, estado nutricional, fuerza de agarre mediante dinamómetro y determinación de marcadores inflamatorios IL-6 y PCR. El cual concluyó que las mujeres presentan un mayor riesgo de caídas y que, aparte del sexo, la obesidad y la fragilidad son dos factores de riesgo de caídas independientes, la fragilidad es más prevalente en las mujeres, lo que contribuye a la mayor incidencia de caídas en el género femenino. (Rejón et al., 2019).

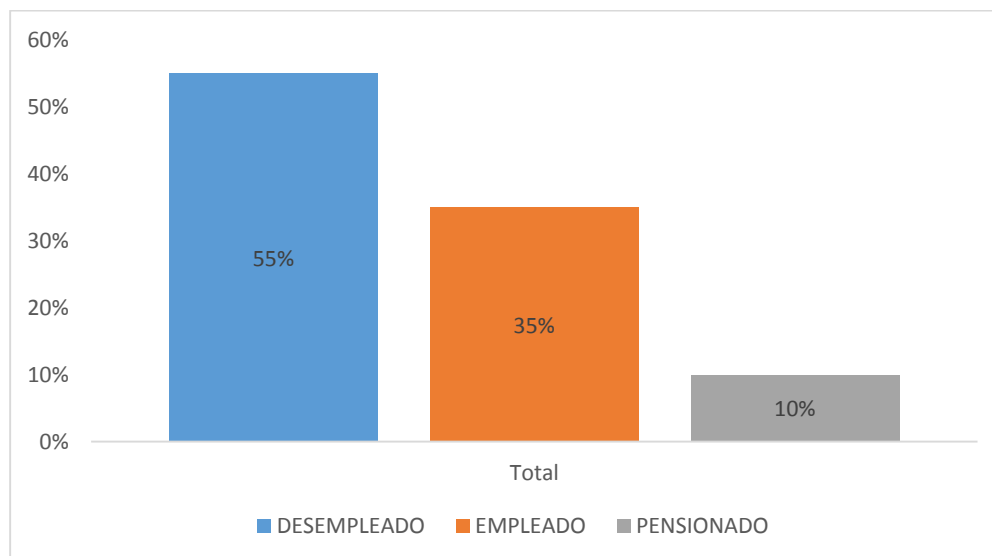
Grafica 3 Estado Civil



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 3, se evidenció que en gran proporción los separados corresponden al 25% y los que se encuentran en unión libre son el 25% donde muestran más incidencia de caídas por lo que se puede comparar con los estudios realizados por Perracini, Castro y Suelves, que muestran una asociación significativa entre el estado civil vivir sólo o con pareja y las caídas. En dichos estudios mencionan que los ancianos viudos, solteros y divorciados tienden más a menudo a vivir solos o en hogares y al realizar tareas complejas pueden estar asociadas con la inestabilidad funcional, generando situaciones de riesgo para las caídas. (Rodríguez Perracini & Ramos, 2002).

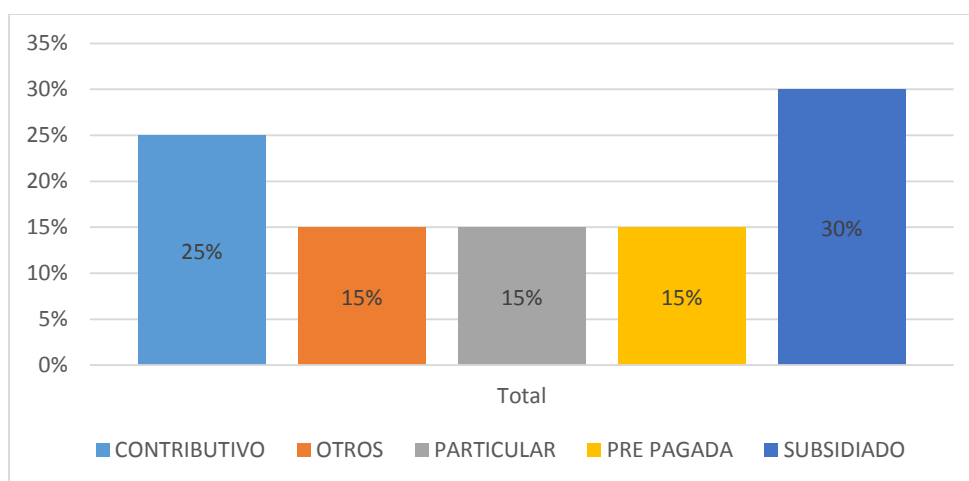
Grafica 4 Ocupación



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 4, los resultados señalaron que el mayor porcentaje se encuentran desempleados en un 55%, una cifra significativa comparado con el 35% de la población que se encuentra en algún tipo de empleo y el 13% restante que recibe pensión.

Grafica 5 Afiliación al SGSSS

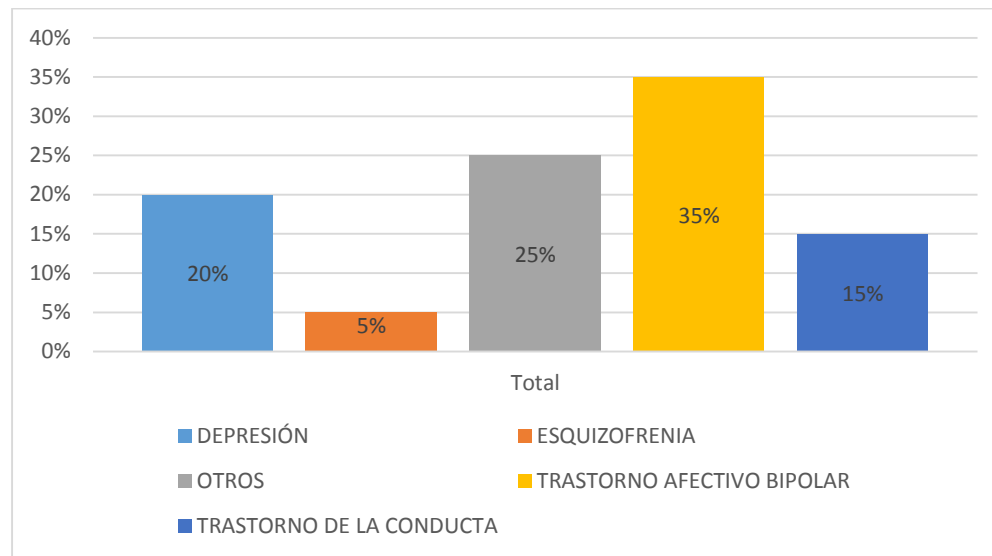


Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 5, se evidenció que los pacientes que más presentaron caídas son aquellos afiliados al régimen subsidiado con un 30%, seguido de un 25 % de los paciente afiliados al régimen contributivo, este resultado

es atribuible al hecho de que la mayoría de pacientes que ingresan al centro asistencial son de bajos recursos, pacientes en estado de abandono y pacientes que viven en la zona rural, así mismo, se cuenta con un porcentaje de pacientes que cotizan al sistema de seguridad social en salud.

Grafica 6 Diagnostico

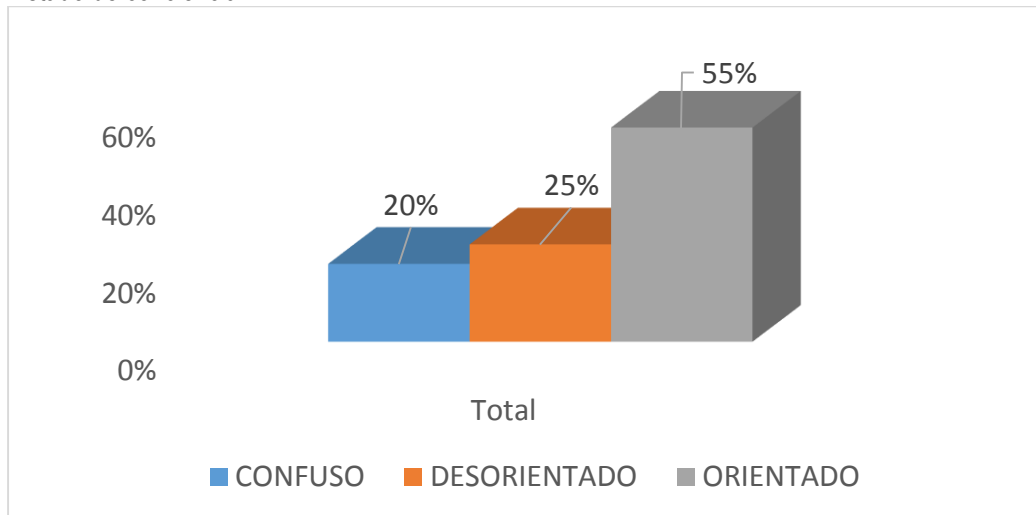


Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 6, el diagnóstico asociado a las caídas en su mayoría correspondió al trastorno afectivo bipolar 35%, seguido de otros diagnósticos con un 25% y depresión con el 20%, con esto se puede concluir que los pacientes ingresaron en fase maniaca o en episodios depresivos graves, lo cual conllevó a utilizar medicamentos como reguladores del ánimo, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, medicamentos que han podido contribuir a favorecer las caídas por los efectos secundarios que producen como la sedación, inestabilidad en la marcha o hipotensión. En un estudio realizado por Estrin, Goetz, Hellerstein, Bennett-Staub, Gretchen Seirmarco en el 2009 donde investigaron el riesgo de caídas en una población de pacientes con enfermedad psiquiátrica aguda, de un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados de 58 camas y una muestra de 148 pacientes. Los resultados mostraron que los diagnósticos clínicos incluyeron 50 pacientes 34% con trastornos bipolares, 24% con esquizofrenia o trastornos psicóticos, 18% con trastorno depresivo mayor, 18% con dependencia de opiáceos y 10% con trastornos alimenticios. La prevalencia de la caída, entre todos los pacientes con estos diagnósticos clínicos,

durante el período de cinco años de evaluación: trastorno bipolar un 7%, esquizofrenia 2%, trastorno depresivo mayor 3%, dependencia de opiáceos 4%, y el trastorno alimenticio 2%. (ARÉVALO, 2018).

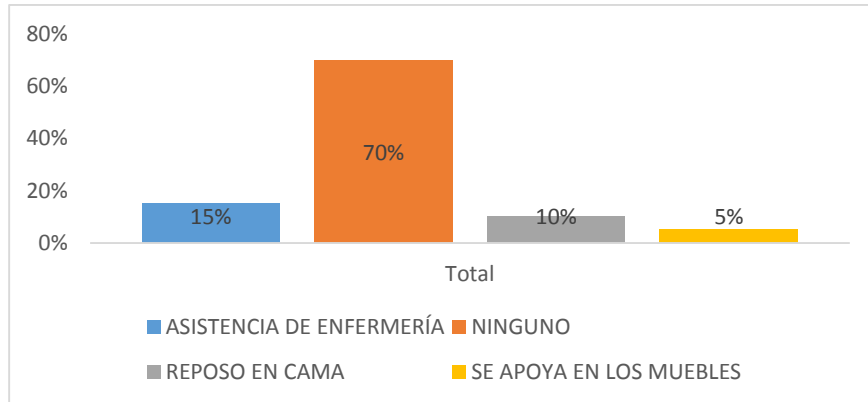
Grafica 7 Estado de conciencia



Fuente: Elaboración propia

Como se evidencia en la gráfica No. 7, se observó que el porcentaje más significativo en la población es aquella que se encontraba orientada con un 55%, seguido de los pacientes que se encontraban desorientados con un 25% y por último los pacientes con estado de conciencia confuso con un 20%, con base a lo anterior podemos deducir que los pacientes que estaban orientados y sufrieron caídas están asociadas a las actividades propias del servicio o talleres de hospitalización, además podemos contrastar la desorientación y confusión como principales causas de caída con un estudio de Cerpa Coterá, Hurtado Ataucusi y Verasqegui Monzón. 2018 en donde se evidenció que en el servicio de emergencia los factores asociados más comunes que intervienen en las caídas de los pacientes son el estado de conciencia y la deambulacion en su hospitalización, además encontramos otra investigación que evaluó el riesgo de caídas en pacientes adultos ingresados en unidades clínicas y quirúrgicas de un hospital universitario del Sur de Brasil, de una cohorte de 831 pacientes, se observó que entre los factores que se correlacionan independientemente con un mayor riesgo de caídas está la limitación para caminar, la micción frecuente y el cambio del estado mental por ejemplo, desorientación/confusión y somnolencia.

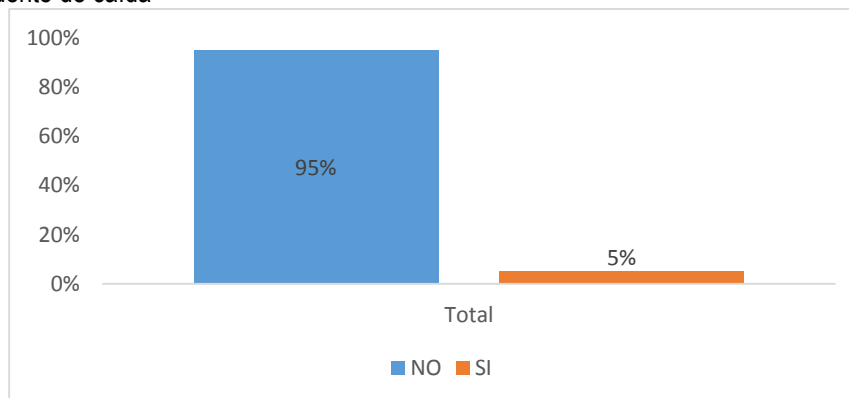
Grafica 8 Deambulaci3n



Fuente: Elaboraci3n propia

En la gráfica No. 8, Los datos obtenidos en esta tabla respecto al factor asociado con la deambulaci3n se encontr3 que un 70% de los pacientes que sufrieron caídas no presentaban limitaciones para la marcha y por ende ningún apoyo para la deambulaci3n, seguido de un 15% que requería ayuda por enfermería, un 10% que estaba en reposo en cama y un 5% que utiliza alg3n tipo de apoyo para caminar bast3n, andadera, ayuda familiar, silla de ruedas, con base a lo anterior se concluye que del 70% de los pacientes que presentaron caídas y no necesitaban apoyo para la deambulaci3n fueron caídas asociadas a otros factores no relacionados con limitaciones para la marcha, este estudio se compar3 con uno llamado alteraciones de la marcha, inestabilidad y caída donde se concluy3 que todas personas de avanzada edad experimentan cambios en su mecánica de marcha, el deterioro físico inherente al envejecimiento o incluso la prudencia que el temor a caer despierta en las personas mayores hace que éstos sean frecuentes y de muy diversa índole; no obstante, el más común a todos ellos es la disminuci3n de la velocidad, en general, como consecuencia de alteraciones en los distintos componentes de la deambulaci3n. (Villar San Pío et al., 2006).

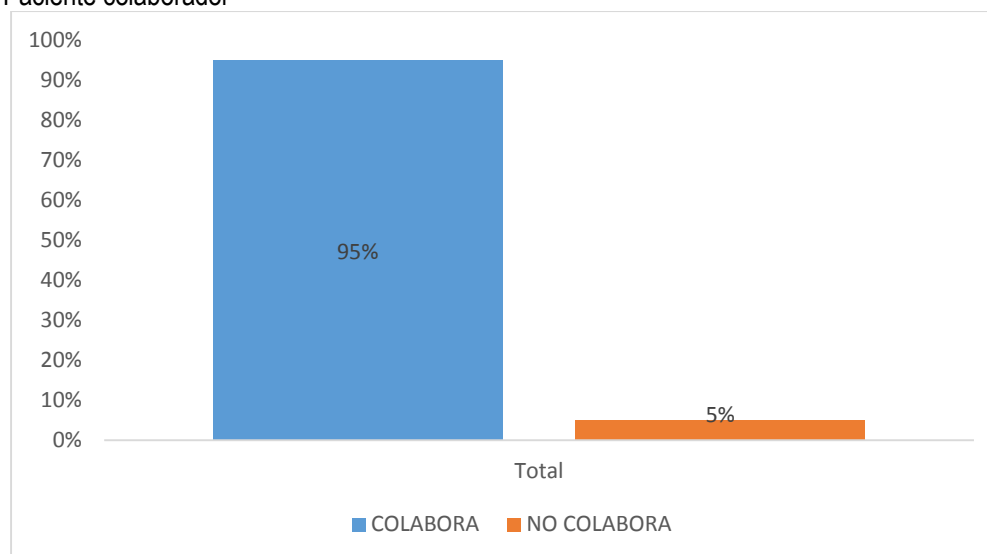
Grafica 9 Antecedente de caída



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 9, se evidencia que el 95 % de los pacientes que sufrieron caídas no presentaban antecedentes de caída y un 5% si presentaban antecedentes de caída, los hallazgos de este estudio con otros publicados se evidencia similitudes con un estudio descriptivo realizado sobre la incidencia de las caídas registradas en el Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ), se realizó un análisis de las posibles causas y efectos de las mismas durante el periodo del 1 de enero al 30 de septiembre de 2015, donde una variable de estudio fue el antecedente de caídas previas la cual la mayoría de los pacientes manifestaron no haberlas tenido en un 97,2%, y un 2,8% tenían antecedentes de caídas previas (Laguna-Parras et al., 2011).

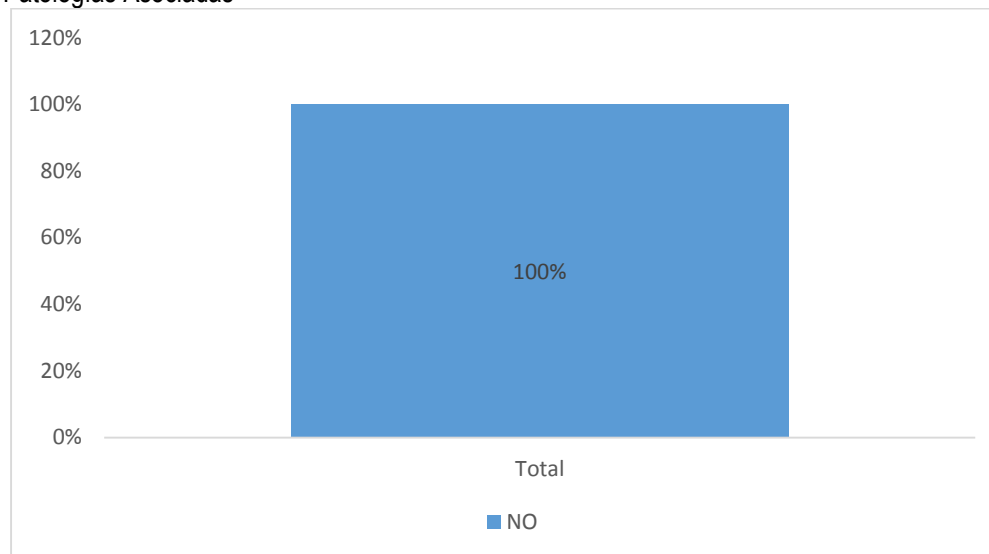
Grafica 10 Paciente colaborador



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 10, se evidenció que el 95 % de los pacientes que presentaron caídas eran pacientes colaboradores a la atención en salud a diferencia de un 5%, eran pacientes poco colaboradores asociado al cuidado de enfermería, es importante contrastar este trabajo con un estudio observacional analítico de casos y controles llamado factores de riesgo asociados a las caídas intrahospitalarias en tres instituciones de Colombia, donde se realizó un análisis descriptivo y se evidenció que esta variable de paciente colaborador se presentaba con mayor frecuencia en las caídas con un 93% del total de la muestra, lo que concluyó que estas dos variables no se encontraban asociadas a las caídas. (Viancha-Galindo et al., 2020).

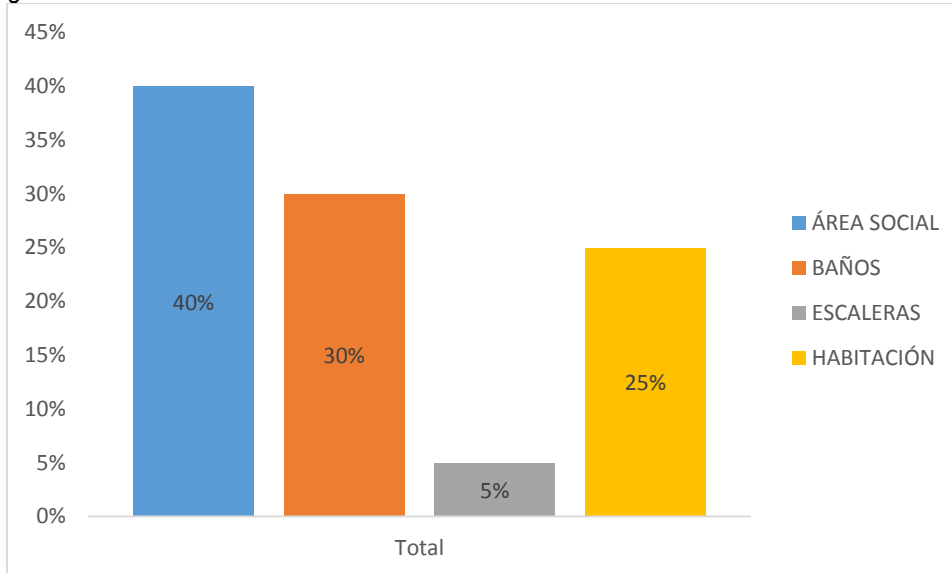
Gráfica 11 Patologías Asociadas



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 11, se evidenció que la totalidad 100% de los pacientes que presentaron caídas no tenían patologías asociadas diferentes a la del ingreso, comparando este estudio con la investigación de Petronila Gómez, et al., 2017 sobre las caídas en ancianos institucionalizados en una residencia pública de Toledo realizado en el 2018 en la ciudad de Barcelona, se observa que es un estudio observacional, descriptivo, donde una de las variables que se estudiaron fueron patologías asociadas diferentes a las del ingreso, la cual relaciona que un 78% de los pacientes que presentaron caídas no tuvieron ninguna patología asociada a las de su ingreso (Petronila Gómez et al., 2017) (Petronila Gómez et al., 2017) (Petronila Gómez et al., 2017).

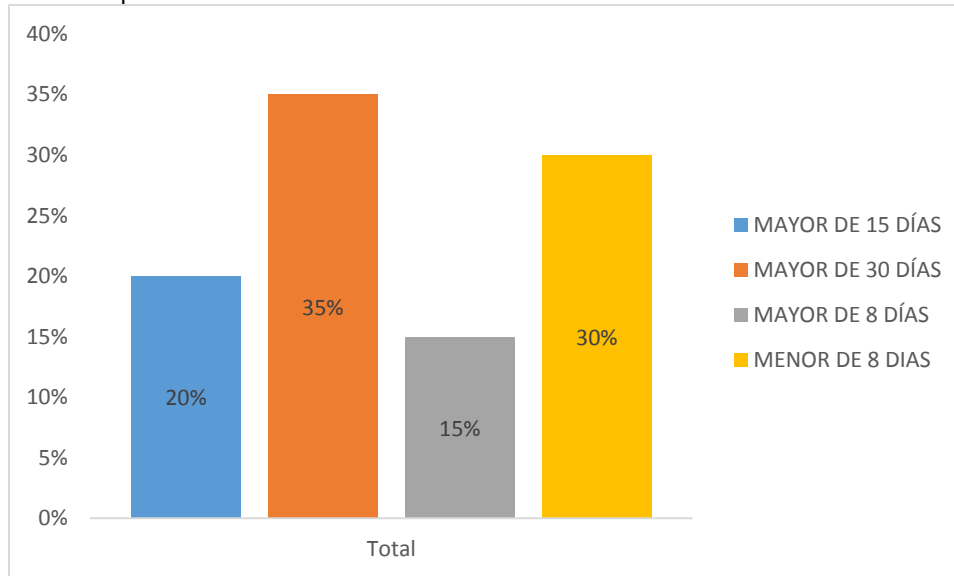
Grafica 12 Lugar donde ocurrió la caída



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 12, se evidenció que el lugar con mayor prevalencia donde ocurrieron las caídas de los pacientes es el área social representado en un 40%, seguido de los baños con un 30%, habitación 25% y por último las escaleras con el 5%. Comparado con un hospital de nivel 1, donde la habitación fue el lugar principal donde se produjo la caída 52,8%, seguido del pasillo 19,4% y el aseo 16,7%. Por lo anterior se concluyó que conforme al estudio de (Laguna-Parras et al., 2011)). Los lugares con mayor incidencia donde ocurren las caídas son el área social, el baño y la habitación.

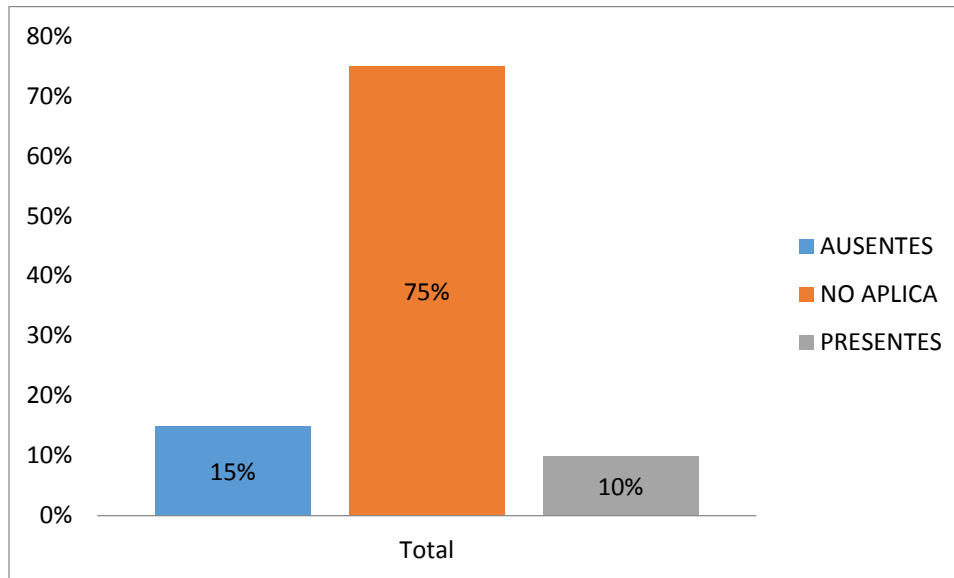
Grafica 13 Estancia hospitalaria



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 13, se obtuvo como resultado que la mayor prevalencia está representada en un 35% perteneciente a la estancia mayor de 30 días, seguido del 30% correspondiente a la estancia menor de 8 días, continuando con el 20% equivalente a la estancia mayor de 15 días y el 15% restante es equivalente a la estancia mayor de 8 días. Al comparar los factores de riesgo asociados a las caídas intrahospitalarias en tres instituciones de Colombia según Viancha-Galindo, et al., (2020) concluyó que el 70% de la muestra se relaciona con este factor de riesgo debido a que la estancia mayor a 8 días es un factor de riesgo predisponente.

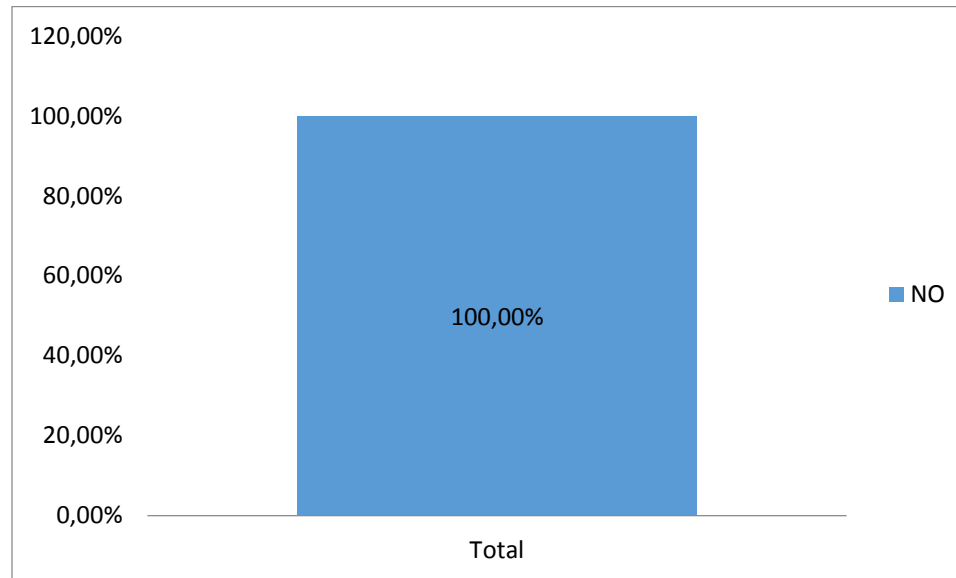
Grafica 14 Barandas elevadas



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la gráfica No. 14, el 75% de los pacientes que presentaron caída no se encontraban en la habitación por lo tanto no aplica la variable de barandas elevadas, así mismo del 25% de las caídas presentadas ocurrió en la habitación, el 15% no las tenían elevadas y el 10% restante tenían barandas elevadas. De esta forma el resultado se puede correlacionar con los factores de riesgo asociados a las caídas intrahospitalarias presentadas en tres instituciones de Colombia según el estudio de Viancha-Galindo, et al., 2020, donde se concluyó que el mantener las barandas arriba no es una variable con significancia estadística 0,96%. Por lo anterior se deduce que las barandas elevadas no representan un factor de riesgo para las caídas en los pacientes de NP Medical(Viancha-Galindo et al., 2020)(Viancha-Galindo et al., 2020)(Viancha-Galindo et al., 2020).

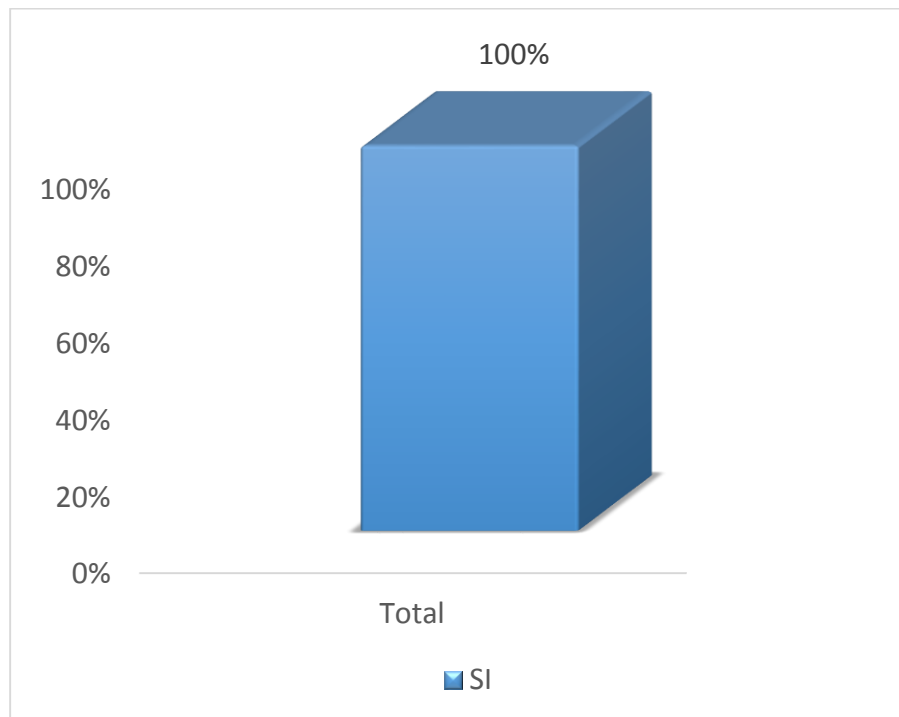
Grafica 15 Sistema de llamado a enfermería



Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la gráfica No. 15 que La institución no cuenta con sistema de llamado a enfermería, este resultado tiene relación con la investigación realizada por Viancha-Galindo, et al., (2020) realizada en tres instituciones de Colombia, donde se definió que el uso de timbre para el llamado de enfermería no se estableció como factor de riesgo asociados a las caídas intrahospitalarias 0,87%. Por lo anterior se concluyó que el uso del sistema de llamado a enfermería no es un factor de riesgo para las caídas.

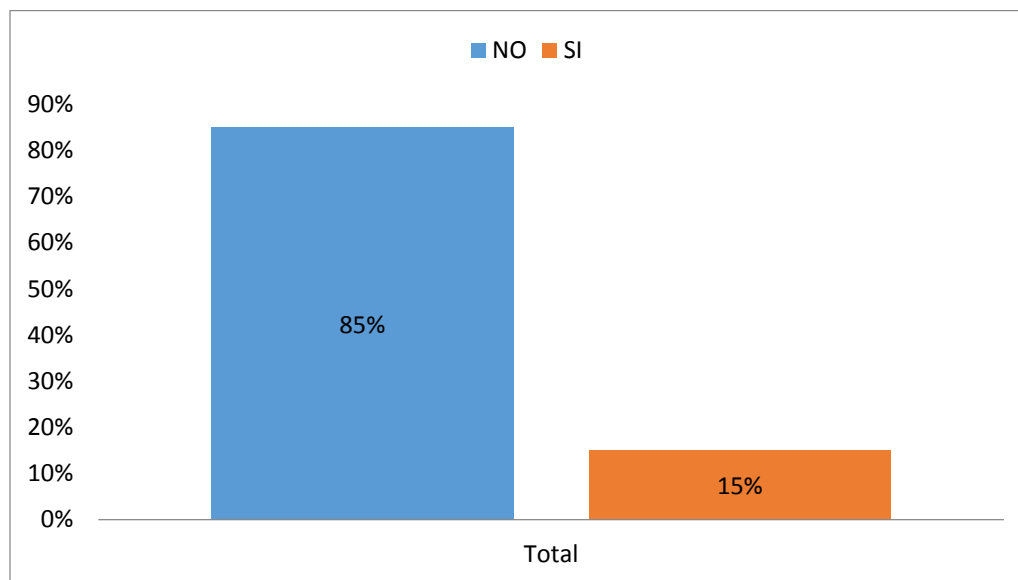
Grafica 16 Identificación del riesgo en historia clinica



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la gráfica No.16 En la historia clínica de los pacientes que presentaron caída se pudo evidenciar que el 100% de los pacientes se identificó el riesgo de caída. Al comparar este resultado con el estudio de Adrián, et al., (2014) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el año 2012, se evidenció que solo el 67,7% realizó valoración del riesgo de caída al ingreso en la historia clínica. Se pudo concluir que no identificar el riesgo de caída en la historia clínica es un factor de riesgo(Adrián et al., 2014)(Adrián et al., 2014)(Adrián et al., 2014).

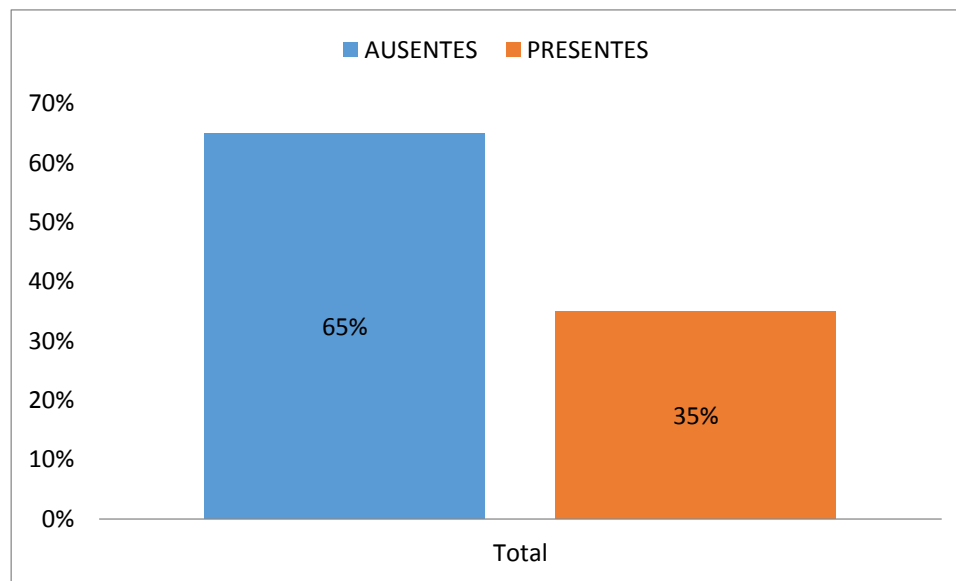
Grafica 17 Medidas de sujeción



Fuente: Elaboración propia.

Según grafica No.17, se evidenció en mayor prevalencia que el 85% de los pacientes que presentaron caídas no contaban con medidas de sujeción y el 15% restante si se encontraban con estas medidas. En relación con el estudio realizado por Viancha-Galindo, et al., (2020), los factores de riesgo asociados a las caídas intrahospitalarias en tres instituciones de Colombia, se identificó que uno de los principales factores de riesgo son las medidas de sujeción 5,18%. Por lo anterior se puede definir como un factor de riesgo predisponente(Viancha-Galindo et al., 2020)(Viancha-Galindo et al., 2020)(Viancha-Galindo et al., 2020).

Grafica 18 Pisos con antideslizantes

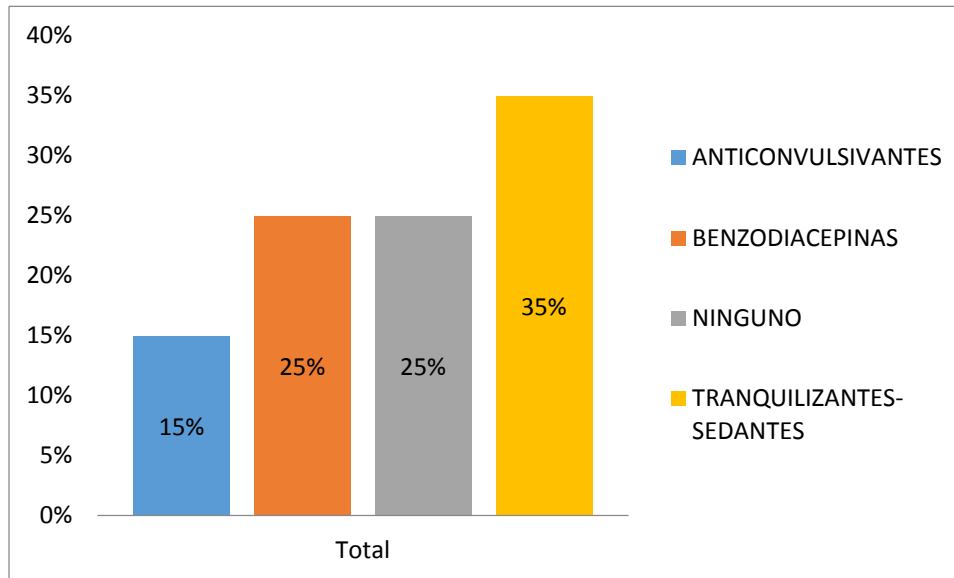


Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica No. 18, se observa que existe en mayor proporción representado en un 65% que los lugares donde se ocurrieron las caídas no se contaba con piso antideslizante y el 35% restante si los presentaba.

Comparado con el estudio del Dr. Fabián Vítolo (2012) donde definió que uno de los principales factores de riesgo intrínsecos es la falta de material antideslizante en rampas, piso de baño, ducha y bañeras. De esta forma se puede deducir que la ausencia de pisos antideslizantes es un factor de riesgo principal para producir caídas en los pacientes(Vítolo, 2012)(Vítolo, 2012)(Vítolo, 2012).

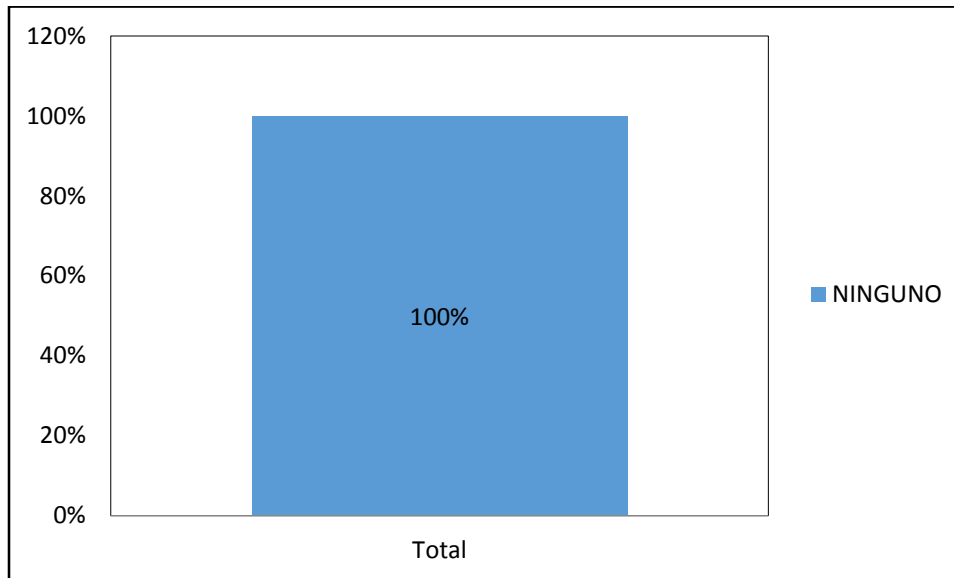
Grafica 19 Uso de medicamentos



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica No. 19, se evidenció que los medicamentos con mayor consumo en los pacientes que sufren caída son tranquilizantes y sedantes representados en un 35%, seguido de las benzodiacepinas con un 25% y por último los anticonvulsivantes con el 15%. Además, el 25% de los pacientes con caída no consume ningún medicamento, así mismo este resultado se puede comparar con el estudio de Viancha-Galindo, et al., (2020) denominado los factores de riesgo asociados a las caídas intrahospitalarias presentadas en tres instituciones de Colombia, el cual identificó que estar en tratamiento con medicamentos de alto riesgo como diuréticos, hipnóticos y sedantes es un factor de riesgo del 85%. Por lo tanto se concluye que el consumo de medicamentos de alto riesgo es un factor predisponente para causar caídas en los pacientes(Viancha-Galindo et al., 2020)(Viancha-Galindo et al., 2020)(Viancha-Galindo et al., 2020).

Grafica 20 Uso de dispositivos medicos (invasivos)



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica No. 20, se evidenció que el 100% de los pacientes que sufren caída no usan dispositivos médicos (invasivos), así como en el estudio realizado por Viancha-Galindo, et al., (2020), en tres instituciones de Colombia, se comprobó que tener catéter venoso periférico, es un factores de riesgo clínico para las caídas de los pacientes. Por lo cual se concluye que el uso de dispositivos médicos (invasivos) no representa un factor de riesgo para generar caídas en los pacientes(Viancha-Galindo et al., 2020)(Viancha-Galindo et al., 2020)(Viancha-Galindo et al., 2020).

8. Conclusiones

Los diferentes riesgos identificados asociados con las caídas fueron ser mayor de 70 años de edad 30%, género femenino 80%, vivir en unión libre 25% o separado 25%, ser desempleado 55%, estar en vinculación en régimen subsidiado 30%, trastorno afectivo bipolar 35%, estado de conciencia orientado 55%, no presentar limitaciones para la marcha y por ende no apoyo para la deambulación 70%, no presentar antecedentes de caída 95%, pacientes colaboradores a la atención en salud 95%, no tener patologías asociadas diferentes a la del ingresos 100%, el área donde ocurren con mayor incidencia las caídas es el área social 40%, estancia hospitalaria mayor de 30 días 35%, no contar con medidas de sujeción 85%, no tener piso antideslizantes en todas las áreas 65% y consumir tranquilizantes y sedantes 35%.

Las fallas que se presentan en la atención de los pacientes y que repercuten en caídas fueron la falta de barandas elevadas en un 75%, no contar con llamado de enfermería en un 100%, no contar con medidas de sujeción en un 85%, no contar con pisos antideslizantes en un 65%.

Según el estudio realizado se evidenció cumplimiento del programa de seguridad del paciente específicamente en el protocolo de prevención de caídas, puesto que se cumplen los estándares establecidos en los paquetes instruccionales (Procesos Para La Prevención Y Reducción De La Frecuencia De Caídas) del ministerio de la protección social, evidenciando tal cumplimiento en la priorización de cuidados relacionados a las "Prácticas Directas Para Prevención", como: identificar al paciente con elevado riesgo en el momento del ingreso a la institución según la escala de morse, e identificación del riesgo según sus patologías asociadas y medicamentos de alto riesgo (tranquilizantes - sedantes, diuréticos, hipotensores(no diuréticos), anti parkinsonianos antidepresivos).

9. Recomendaciones

- Comprobar que las camas se encuentren en posición baja con el freno activado.
- Implementar sistema de llamado de emergencia.
- Evitar deambulación cuando el piso esté mojado realizar – señalización.
- Continuar con la implementación de identificación del riesgo del paciente al momento del ingreso.
- Cuando el paciente se encuentre en silla de ruedas asegurarse que tenga el cinturón de seguridad y comprobar que se encuentre con el freno puesto si no se está deambulando.
- Realizar retroalimentaciones a los familiares y/o responsables de cada paciente sobre las recomendaciones para la deambulación cuando estén con ellos o se encuentren solos, y educar al paciente sobre la importancia de evitar movilizarse sin la correspondiente supervisión del personal asistencial.

10. Referencias

- ACMS., G. (2021). Invasivo definición producto sanitario. GrupoACMS.
<https://www.grupoacms.com/consultora/definicion-producto-sanitario-invasivo>
- Adrián, A., Olavarría, M., Inmaculada De La Horra, D., Título, G., & Grado En Enfermería, O. (2014). Caídas en pacientes hospitalizados: un Evento Adverso evitable Falls in hospitalized patients: a preventable Adverse Event. Trabajo Fin de Grado Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". Universidad de Cantabria, 1–39.
- Aliaga, B., Molina, N., Noguera, M., Espinoza, P., Sánchez, S., Lara, B., Carrasco, M., & Eymin, G. (2018). Prevalencia de pacientes con alto riesgo de caídas en un servicio médico-quirúrgico de un hospital universitario. *Revista Médica de Chile*, 146(7), 886,882. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000700862>
- ARÉVALO, Y. G. G. (2018). FACTORES DETERMINANTES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDASPREVENTIVAS DE CAÍDAS EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.
- Bittencourt, V. L. L., Graube, S. L., Stumm, E. M. F., Battisti, I. D. E., Loro, M. M., & Winkelmann, E. R. (2017). Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult patients*. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016037403237>
- Cerpa Coterá, C. I., & Hurtado Ataucusi, Cristhy Magaly Verasqegui Monzon, A. A. (2018). Factores Asociados a las Caidas de Pacientes Hospitalizados en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el año 2017. *Univerdidad Nacional Del Callao*, 13,80.
- Cognodata. (2017). ¿Qué es el análisis descriptivo? - cognodata. Cognodata. <https://www.cognodata.com/blog/que-es-analisis-descriptivo/>
- Da Costa, B. R., Rutjes, A. W. S., Mendy, A., Freund-Heritage, R., & Vieira, E. R. (2012). Can falls risk prediction tools correctly identify fall-prone elderly rehabilitation inpatients? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041061>

Davis, M. S. (2012). National Institute on Drug Abuse (NIDA). In *The Concise Dictionary of Crime and Justice*.

<https://doi.org/10.4135/9781452229300.n1263>

Definición.DE. (2021). Definición de baranda - Qué es, Significado y Concepto. Definición.DE.

<https://definicion.de/baranda/>

Diagnóstico, G. J. (2010). Diagnóstico médico - Wikipedia, la enciclopedia libre.

https://es.wikipedia.org/wiki/Diagnóstico_médico

Espinoza Vento, A. L., & Tinoco Segura, G. (2017). Relación entre riesgo de caídas y principales factores sociodemográficos en pacientes de Geriátrica "Hospital Félix Mayorca Soto" Tarma-Junio 2016. *Universidad Católica Sedes Sapientiae*, 0, 10.

Estadística, I. V. de. (2021). Definición Estancias hospitalarias. Eustat.

https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_17/elem_1497/definicion.html

Estado de conciencia - Wikipedia, la enciclopedia libre. (n.d.). Retrieved November 30, 2021, from

https://es.wikipedia.org/wiki/Estado_de_conciencia

García-Barbero, M. (2004). La alianza mundial para la seguridad del paciente. *Monografías Humanitas*, 209–220.

GAVIRIA URIBE, A., RUIZ GÓMEZ, F., MUÑOZ MUÑOZ, J., BURGOS BERNAL, G., ARIAS DUARTE, J., GARCÍA DE VARGAS, S., RUIZ VALDÉS, M. Y., & MONTES CRUZ, A. M. (2016). PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS. In *Minsalud*.

Hernandez, Fernandez, & Baptista. (2001). Tesis de Investigación: Diseños no experimentales. Según Hernandez, fernandez y Baptista. Metodología de La Investigación. <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/12/disenos-no-experimentales-segun.html>

Hernández-Herrera, D., Aguilera-Elizarraraz, N., Vega-Argote, M., González-Quirarte, N., Castañeda-Hidalgo, H., & Isasi-Hernández, L. (2017). Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 118–123.

<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.007>

Ingetronik. (2021). SISTEMA DE LLAMADO DE ENFERMEROS ELECTRONICO -. INGETRONIK.

<https://ingetronik.com/producto/sistema-de-llamado-de-enfermeros-electronico/>

Laguna-Parras, J. M., Arrabal-Orpez, M. J., Zafra-López, F., García-Fernández, F. P., Carrascosa-Corral, R. R.,

Carrascosa-García, M. I., Luque-Martínez, F. M., & Alejo-Esteban, J. A. (2011). Incidence of falls in a

University Hospital: Factors related. *Gerokomos*, 22(4), 167–173. [https://doi.org/10.4321/S1134-](https://doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400004)

[928X2011000400004](https://doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400004)

Maria Quintero. (2019). RIESGO DE CAIDAS EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN

HOGARES GERIATRICOS DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA. *Revista Salud En Movimiento*.

<https://core.ac.uk/download/pdf/267928837.pdf>

Martinez Obando, A. V., Ardila Rendon, P. A., & Maria, C. A. M. (2020). Causas Asociadas a Caidas de paciente

Adulto en el area de Hospitalizacion Durante el último Trimestre del Año 2019, en La Clinica Los Rosales

del Municipio de Pereira, Risaralda. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 14–50.

Nomina, T. salud no está en. (2021). Identificación y evaluación de riesgos - Tu salud no está en nómina. *TU SALUD*

NO ESTA EN NOMINA. <http://tusaludnoestaennomina.com/identificacion-y-evaluacion-de-riesgos/>

Ortopedicas, P. C. (2018). Deambulación ¿Qué es? | Prim Clínicas Ortopédicas.

<https://www.primclnicasortopedicas.es/category/deambulacion/>

Pasa, S. T., Solange, B. D. S. M. T., Urbanetto, D. S. J., Baratto, M. M. A., Xavier, M. B., & Carollo Baldissera, J.

(2017). Evaluación del Riego e incidencia de Caída en Pacientes Adultos Hospitalizados. *Revista Latino-*

Americana de Enfermagem, 25, 1,8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>

Pastrana Orejuela, C. R. (2019). Efectividad de la intervención Educativa a los Adultos Mayores para Prevenir

Caidas. *Ayan*, 8(5), 17, 36

Pérez, J., & Merino, M. (2010). Definición de sitio web - Qué es, Significado y Concepto. Definición.De.

<https://definicion.de/sitio-web/>

- Petronila Gómez, L., Aragón Chicharro, S., & Calvo Morcuende, B. (2017). Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. *Gerokomos*, 28(1), 2–8.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112020000200237
- Pinho, & Silva, 2008; Gallegos et al., 2010 https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2019_II.pdf
- Pizzi, M. (2020). RIESGOS Y CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS. LA NECESARIA MIRADA CONJUNTA DE CONDICIONES INTRÍNSECAS Y DEL ENTORNO CONSTRUIDO. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.007>
- Powell, Geddes, Hawton, Deeks, & Goldacre. (2000). Gerencia Regional de Salud. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/539392>
- Prevención de caídas en adultos hospitalizados. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 1,2.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.007>
- Pusarico Rodríguez Cristina. (2021). Factores que conllevan a Caídas en Pacientes Hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna, Cirugía e Infectología del Seguro Social Universitario. *Gestión* 2020, 42–80.
- Ref. La “Guía de estilo” de la Confederación Salud Mental España). (2021). *Enfermedad Mental | AVIFES | Asociación Vizcaína de Salud Mental. Avifes*. <https://avifes.org/enfermedad-mental/>
- Rejón, T., Serra-Prat, M., Burdoy, E., & Cabré, M. (2019). Gender differences in the risk factors of falls in the elderly. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(4), 238–240. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.11.006>
- Revista Gaucha de enfermería*. (2019). Características de las caídas dañadas en pacientes hospitalizados.
- Ríos-Fraustro, C., Galván-Plata, M. E., Gómez-Galicia, D. L., Giraldo-Rodríguez, L., Agudelo-Botero, M., & Mino-León, D. (2021). Factores Intrínsecos y Extrínsecos Asociados con la Caída en Adultos Mayores: Estudio de Casos y Controles en Mexico. *Gaceta Médica de Mexico*. 157(2), 133–137.
<https://doi.org/10.24875/GMM.20000111>
- Ríos-Fraustro, C., Galván-Plata, M. E., Gómez-Galicia, D. L., Giraldo-Rodríguez, L., Agudelo-Botero, M., Mino-León, D., Ríos-Fraustro, C., Galván-Plata, M. E., Gómez-Galicia, D. L., Giraldo-Rodríguez, L., Agudelo-Botero, M., & Mino-León, D. (2021). Factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas en adultos mayores:

- estudio de casos y controles en México. *Gaceta Médica de México*, 157(2), 133–139.
<https://doi.org/10.24875/GMM.20000111>
- Rodriguez Perracini, M., & Ramos, L. R. (2002). Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Revista de Saude Publica*, 36(6), 709–716. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102002000700008>
- Rodriguez Retamozo, D. D. (2018). Intervenciones Eficaces para prevencion de Caidas en adultos Mayores. Tesis, 14,35.
- Romano Durán, E., Rodríguez Camarero, G. F., & Hernández Martínez-Esparza, E. (2017). Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona. *Gerokomos*, 28(2), 78–82.
- Sesame. (2021)¿Qué es un colaborador? | Concepto de colaborador. Sesame. <https://www.sesamehr.mx/blog/que-es-un-colaborador/>
- Severo IM, Almeida Mde A, Kuchenbecker R, Vieira DF, Weschenfelder ME, Pinto LR. (2014). KuchenbeckeRisk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. Obtenido de <http://doi.org/c8m8>
- Severo, I. M., De Souza Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Lucena, A. de F., & Almeida, M. de A. (2018). Factores de Riesgo para caídas en pacientes adultos hospitalizados: Un estudio caso-control. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 5,7. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2460.3016>
- Significados. (2021). Significado que Antecedentes (Qué son, Concepto y Definición) - Significados. Significados. <https://www.significados.com/antecedentes/>
- Stonhard. (2021). Pisos Antiderrapantes | Stonhard. STONHARD
- Varela Silva, F. E. (2018). Riesgo de Caidas en los Pacientes Hospitalizados en el servicio de Cardiología de Adultos, del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucugalpa, Honduras, en los Meses Diciembre de 2017 y Enero del 2018. 3,47
- Viancha-Galindo, D. M., Quemba-Mesa, M. P., González-Artunduaga, E. A., Pérez-álvarez, C., & Sánchez-Vanegas, G. (2020). Risk factors associated with inpatient falls in three hospitals of Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 68(2), 237–244. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n2.70577>

Villar San Pío, T., Mesa Lampré, M. P., Esteban Gimeno, A. B., Sanjoaquín Romero, A. C., & Fernández Arin, E.

(2006). Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. Tratado de Geriatria Para Residentes, 199–209.

Vítolo, F. . (2012). Caídas en instituciones de salud. Manejo de riesgos. Biblioteca Virtual NOBLE, 8, 1–14.

Wigodski, J. (2014). Metodología de la Investigación: Población y muestra. In Miercoles 14 De Julio (p. 1).