

# PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia



## PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



DIEGO PALACIO BETANCOURT  
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO  
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA  
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ  
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS  
Secretaria General

LUIS FERNANDO CORREA SERNA  
Director General de Calidad de Servicios (E)



## **DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS**

**LUIS FERNANDO CORREA SERNA**  
Director General de Calidad de Servicios (E)

**MARITZA ROA GÓMEZ**  
Coordinadora Grupo de Calidad de Servicios

**FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.**  
**SANDRA E. GALLEGOS M.D.**  
Consultores



GUILLERMO BECERRA  
Gerente General

HERNÁN DARÍO MAILLANE  
CARLOS ANDRÉS BECERRA G.  
Directores del Proyecto

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO  
MARÍA MARCELA MÁRQUEZ A.  
JOSÉ EDUARDO FLÓREZ  
SAMUEL FRANCISCO ROJAS  
Equipo Técnico

***Experto Clínico que revisó:  
Dr. Edgar Sarmiento  
Director Médico Clínica San Rafael***



Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

# MARCO TEÓRICO



**PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS**

La instrucción del presente paquete, está dirigida a todo el personal profesional de enfermería, médicos y terapeutas, así como a los auxiliares de enfermería y, camilleros, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador de la buena práctica **“Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas”** desarrollada en el paquete, sea profesional médico y/o de enfermería que tenga experiencia en el manejo de programas de seguridad del paciente.

La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas, se desglosan en la Guía de la Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

La seguridad del paciente es un tema en desarrollo en Colombia; este paquete recoge la revisión bibliográfica y las experiencias de instituciones nacionales, y es el punto de partida que deberá ser mejorado progresivamente de acuerdo a las experiencias de nuestras instituciones y de los avances científicos en el tema.

## RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

### 4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

#### 4.2.3.1. Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución

Que contemplen como mínimo la siguiente información:

- Antecedentes de caídas
- Identificación del paciente:
  - ♦ Que está agitado
  - ♦ Funcionalmente afectado
  - ♦ Necesita ir frecuentemente al baño
  - ♦ Tiene movilidad disminuida
  - ♦ Pacientes bajo sedación

#### 4.2.3.2. Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente

- Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto
- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender ordenes
- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos
- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie

#### 4.2.3.3. Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos
- Ausencia de superficie antideslizante en el piso
- Ausencia de bandas antideslizantes en pisos y soportes en baños y duchas
- Camillas sin barandas
- Iluminación inadecuada
- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud.

Las caídas, generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte(1,2).

Las caídas tienen diferentes repercusiones como son: Aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas)(3,4) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras

Las estadísticas revelan el impacto y la frecuencia que las caídas significan dentro de las instituciones; para la Joint Commission, en el 2008(5), las caídas fueron el quinto evento mas notificado en la base de datos de sucesos centinela; las tasas de caídas varían según las variables del entorno y de las prácticas sanitarias pero en un estudio hecho por el Dr. Edgar Bright Wilson y publicado en 1998 por la AACCN (American Association of Critical-Care Nurses) se concluyó que más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas(6). Indicadores que ponen de manifiesto la importancia que para las instituciones prestadoras de servicios de salud, tienen la gestión de las caídas como evento adverso.

## 1. OBJETIVOS

### Objetivo General

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones

### Objetivos Específicos

- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de caídas en la institución.
- Detectar cuales son las fallas en la atención clínica que pueden contribuir a la aparición de caídas en los pacientes
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de caídas en la atención del paciente
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de caídas en las instituciones.

## 2. LAS CAÍDAS COMO EVENTO ADVERSO

Aunque podemos hablar de caídas en todos los escenarios, nos centraremos en la caída intrahospitalaria como evento adverso.

Para proponer medidas preventivas, organizaciones e instituciones han promovido la clasificación de las caídas hospitalarias(7).

Categorizando las caídas de pacientes por su propia naturaleza, es más fácil identificar causas comunes para poder desarrollar planes de acción para cada una de ellas, así:

### **Caídas Accidentales**

Las caídas accidentales corresponden al 14%(8) del total de caídas según las estadísticas. Son involuntarias, no predecibles, no es culpa del



paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como:

- Derrames en el suelo
- Desorden
- Iluminación inadecuada
- Muebles inestables
- Fallas de equipo
- Error de juicio
- Tropezón
- Marcha anormal o débil
- Marcha con arrastre de los pies

Son accidentes que no se pueden predecir, pero si se trabaja en el ambiente para evitar los riesgos (determinar el por qué y el tipo de caída) se pueden evitar.

### ***Caídas Fisiológicas Anticipadas***

Corresponden al 80%(8) de las caídas y son predecibles, se presentan por tropezones o resbalón en pacientes con:

- Antecedentes de caídas
- Dificultades para caminar
- Incapacidad mental o cognitiva
- Pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha
- Pacientes con líquidos endovenosos en portasueros
- Paciente con sonda vesical

### ***Caídas Fisiológicas No Anticipadas***

Corresponden al 6%(8) de las caídas, no se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con:

- Desmayos o mareos
- Ataques epilépticos
- Fracturas patológicas de cadera
- Medicamentos (antihipertensivos, diuréticos)

Valiendonos de la anterior clasificación de las caídas, y de la experiencia de nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de este evento adverso, se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de caídas, estas son:

- No identificar el riesgo de caída de los pacientes.
- Dejar al paciente solo.
- Inmovilización inadecuada del paciente.
- Movilización del paciente con un equipo humano insuficiente.
- Realizar limpieza inadecuada de pisos.
- Traslado del paciente por medio de equipos inadecuados.

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan las caídas o que puedan presentarse dentro de las instituciones; pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las caídas hospitalarias no deben ser asumidas como accidentes inevitables, pueden ser evitadas mediante medidas preventivas en el entorno del paciente; todos los miembros del equipo de salud deben proporcionar al paciente un entorno seguro.

Las instituciones con una dirección médica responsable deben tener identificadas sus causas de caídas, identificar los factores contributivos, comenzando con los de los pacientes y tomar todas las medidas preventivas necesarias para prevenir la aparición de este evento adverso



### 3. HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PREVENIR LAS CAÍDAS DE PACIENTES

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video “Análisis Causal”) y partiendo de las caídas como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras y defensas que fallaron.

En el capítulo anterior se listaron las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con las caídas de los pacientes.

Sobre estas acciones inseguras se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberían implementarse para evitar la aparición del evento adverso, en este caso la caída. Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuáles son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

El análisis causal según el Protocolo de Londres, se aplicará a las cinco (5) primeras acciones inseguras más recurrentes en la aparición de las caídas de los pacientes, a modo de ejemplo.

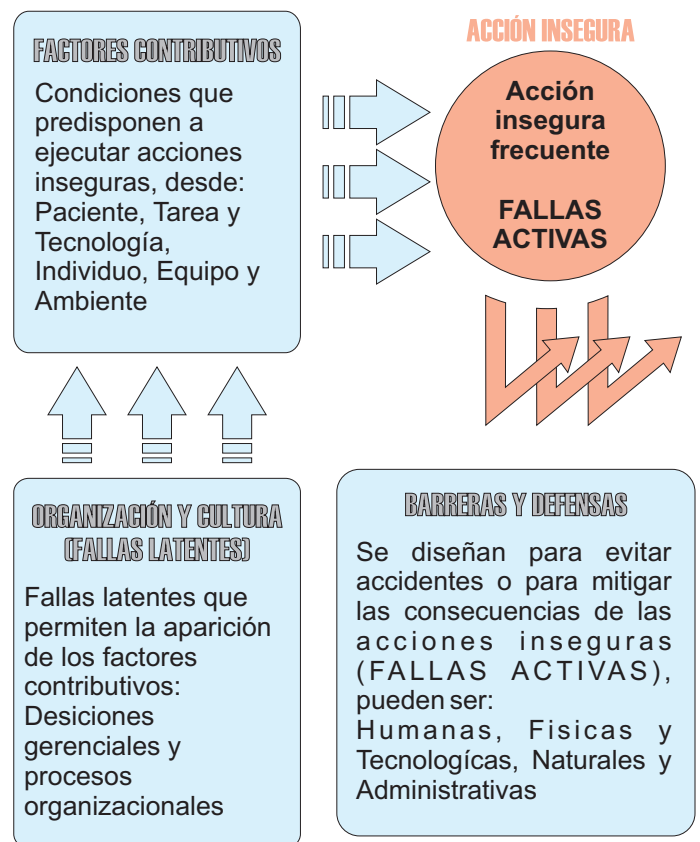
Es importante que como ejercicio didáctico, los alumnos del paquete instruccional puedan desarrollar este análisis al resto de las causas mas frecuentes señaladas o no en el presente

documento, para luego poder gestionar las acciones inseguras particulares que se le hayan presentado al interior de la Institución.

### ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS

Para explicar el esquema de análisis causal desarrollado a las cinco (5) primeras acciones inseguras mas frecuentes, nos valdremos de un esquema grafico, que permita relacionar todos los elementos.

El esquema es:



## ANÁLISIS CAUSAL 1

### FACTORES CONTRIBUTIVOS

**Paciente:** Patología (paciente con problemas mentales), personalidad (pacientes no dispuestos a colaborar), edad (mayores de 60 y menores de 5 años), discapacidad física (perdida audición, dicción y visión), uso de medicamentos (que afecten la lucidez del paciente).

**Tarea y tecnología:** Falta de adherencia del personal a protocolos.

**Individuos:** Desconocimiento de la herramienta, habilidades y competencias para desarrollar la herramienta de identificación del riesgo, fatiga de personal por sobrecarga laboral hagan que implemente mal la herramienta de diagnóstico.

**Equipo de trabajo:** Estructura equipo de trabajo, comunicación verbal y escrita, vertical y horizontal, Supervisión.

**Ambiente:** Cantidad de personal, patrón de turnos, mantenimiento de equipo biomédico, ambiente físico (luz y ruido en escenarios de evaluación), distribución de habitaciones, ubicación puesto de enfermería.

### ACCIÓN INSEGURA

NO IDENTIFICAR EL RIESGO DE CAÍDA DEL PACIENTE

### BARRERAS Y DEFENSAS

#### Humanas:

- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo de caídas.
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente.
- Educar al personal para informar los eventos o antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno.

#### Físicas y Tecnológicas:

- Identificación con barras de colores o de códigos de barras para pacientes con riesgo alto.

#### Administrativas:

- Diseño o adopción de instrumento para valorar el riesgo de caída de pacientes.
- Capacitación a personal sobre valorar el riesgo de caída de pacientes.
- Supervisión (de la herramienta) de la valoración de riesgo de caídas hecha a los pacientes.

### ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- Inexistencia de herramienta puntual para la valoración del riesgo de caída en los pacientes.
- Disponibilidad insuficiente de personal para la atención de los pacientes.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

## ANÁLISIS CAUSAL 2

### FACTORES CONTRIBUTIVOS

**Paciente:** estado mental (desorientación, agitación psicomotora, síndromes mentales orgánicos...) edad (paciente adulto mayor o menores de 5 años) uso de medicamentos (sedantes, anti-convulsivos, medicamentos que alteren el estado de lucidez, que provoquen somnolencia) problemas comunicacionales del paciente (problema de visión, audición y fonación)

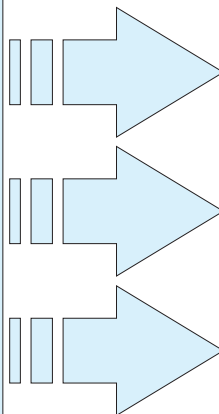
**Tarea y tecnología:** mobiliario inadecuado (camillas y camas sin barandas) falta de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario (camas, camillas, sillas) no contar con aditamentos para la protección del paciente (barras para sujetarse en el baño) pisos sin antideslizantes y en regulares condiciones (grietas en el piso)

**Individuos:** Falta de monitoreo de los pacientes que al ser evaluados se catalogan como alto riesgo, funcionarios de otras áreas laborando sin la experiencia específica (personal de pisos en uci)

**Equipo de trabajo:** falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno, no registrar cambio importantes en el paciente)

**Ambiente:** Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados) ambiente físico (deficiencia en la iluminación del sitio donde se encuentra el paciente)

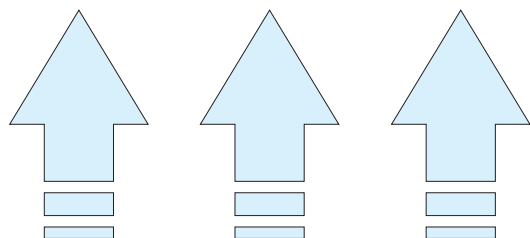
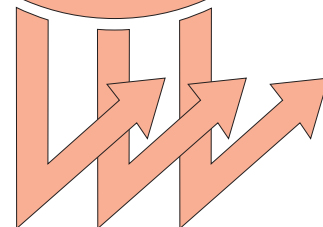
**Organización y gerencia:** No adquisición de los elementos adecuados por limitación financiera



### ACCIÓN INSEGURA

#### DEJAR SOLO AL PACIENTE

(En el borde de la cama, en el baño, cuando se debe trasladar a algún sitio dentro de la institución, cuando le van a realizar algún tipo de examen, imágenes diagnósticas, laboratorio)



### ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Inadecuado plan de mantenimiento de la infraestructura de la institución.
- Disponibilidad insuficiente de personal para la atención de los pacientes.
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- No implementación de rondas de seguridad.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

### BARRERAS Y DEFENSAS

#### Humanas:

- Acompañar al paciente al baño, a imagenología, laboratorio, terapias, etc.
- Acompañar con especial cuidado a los pacientes identificados como de alto riesgo.
- Verificar que en todo momento el paciente tenga a mano timbre de llamado.
- Informar a los familiares y responsables de los pacientes sobre las recomendaciones que tienen que tener cuando estén solos con el paciente.
- Informar al paciente clasificado de alto riesgo, sobre la importancia de evitar realizar traslados o movimientos solos, sin supervisión del personal asistencial.

#### Físicas y Tecnológicas:

- Contar con los equipos y muebles necesarios (camas, escaleras, sillas de ruedas, caminadores, etc).
- Tener soportes de apoyo en los baños para pacientes.
- Pisos antideslizantes
- Sistema de llamado a enfermería en buen estado.

#### Naturales:

- Asegurar buena iluminación en las habitaciones de los pacientes.

#### Administrativas:

- Diseño de protocolos de traslado de pacientes dentro de la institución.
- Desarrollo de modelo de custodia a los pacientes valorados como de alto riesgo.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.



## ANÁLISIS CAUSAL 3

### FACTORES CONTRIBUTIVOS

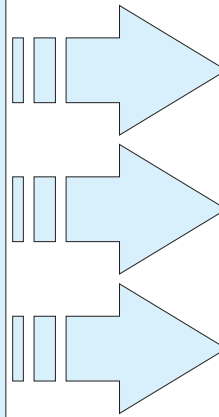
**Paciente:** Estado mental (desorientación, agitación psicomotora, síndromes mentales orgánicos...) Edad (paciente adulto mayor y menores de edad) uso de medicamentos (sedantes, anticonvulsivos, medicamentos que alteren el estado de lucidez, que provoquen somnolencia) problemas comunicacionales del paciente (problema de visión, audición y fonación)

**Equipo de trabajo:** falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.

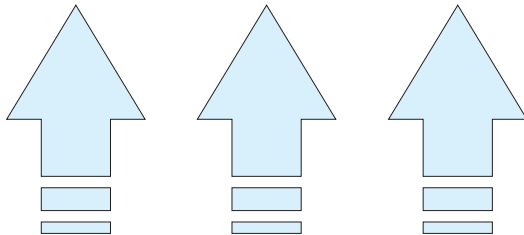
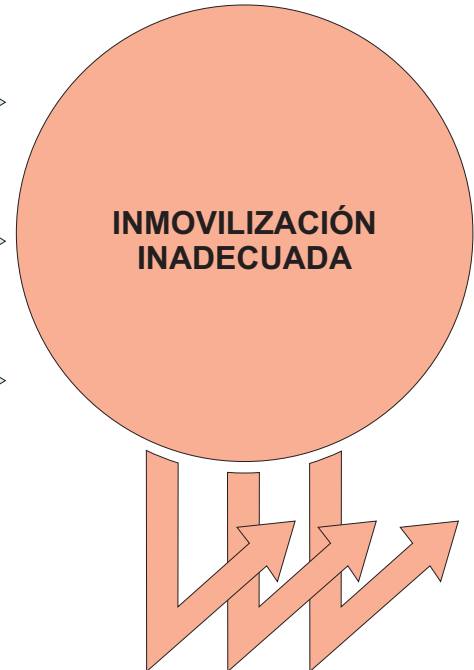
**Tarea y tecnología:** dispositivos para la inmovilización no adecuados (esparadrapo, compresas, sábanas) consentimiento informado no diligenciado, no contar con el procedimiento de inmovilización documentado para la institución falta de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario (camas, camillas, sillas)

**Individuos:** no entrenamiento para realizar la inmovilización, falta de monitoreo a la inmovilización

**Ambiente:** Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados)



### ACCIÓN INSEGURA



### ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- Disponibilidad insuficiente de personal para la atención de los pacientes.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Políticas institucionales poco claras en cuanto al diligenciamiento de consentimiento informado, basadas en la normatividad actual.

### BARRERAS Y DEFENSAS

#### Humanas:

- Educar al paciente y la familia en prevención de caídas, Mediante el apoyo del grupo asistencial.
- Folleto informativo para el paciente y la familia

#### Físicas y Tecnológicas:

- Contar con barandillas en las camas.
- Contar con sujetadores apropiados.

#### Naturales:

- Ubicar a pacientes inmovilizados cerca al puesto de enfermería.

#### Administrativas:

- Realizar capacitaciones sobre el diligenciamiento adecuado del consentimiento informado.
- Diseño o adopción de protocolos de inmovilización.
- Realizar talleres de inmovilización con el personal asistencial.



## ANÁLISIS CAUSAL 4

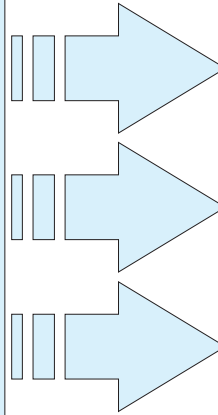
### FACTORES CONTRIBUTIVOS

**Paciente:** Estado mental (desorientación, agitación psicomotora, síndromes mentales orgánicos...) Edad (paciente adulto mayor y menores de edad) uso de medicamentos (sedantes, anticonvulsivos, medicamentos que alteren el estado de lucidez, que provoquen somnolencia) problemas comunicacionales del paciente (problema de visión, audición y fonación)

**Tarea y tecnología:** Falta de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario (camas, camillas, sillas). Insumos inadecuados para la correcta movilización del paciente.

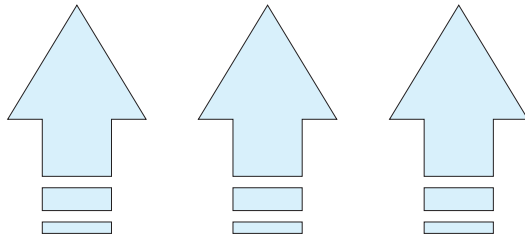
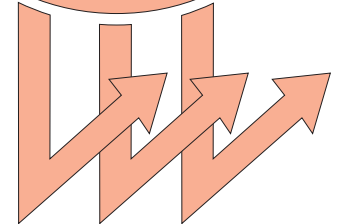
**Individuos:** Falta de entrenamiento para realizar movilización de pacientes de forma adecuada. Incumplimiento de protocolos de movilización. Problemas de salud del personal a cargo del paciente.

**Equipo de trabajo:** falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. Problemas de comunicación entre el personal a cargo del paciente.



### ACCIÓN INSEGURA

**MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON UN EQUIPO HUMANO INSUFICIENTE**



### ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Disponibilidad insuficiente de personal para la atención de los pacientes.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

### BARRERAS Y DEFENSAS

#### Humanas:

- Educar al paciente y la familia en prevención de caídas, Mediante el apoyo del grupo asistencial.
- Folleto informativo para el paciente y la familia
- Formar a los familiares y responsables del paciente sobre las recomendaciones para movilizar los pacientes cuando estén ellos solos con el paciente
- Informar al paciente sobre la importancia de evitar movilizarse sin supervisión del personal asistencial

#### Físicas y Tecnológicas:

- Asegurar que las camas puedan moverse a voluntad del personal de salud (cabecera, pies, acender, descender, y optimos rodamientos)
- Contar con sábanas de movilización
- Contar con sillas de ruedas en optimo estado.

#### Naturales:

- Asegurar la buena iluminación de los corredores en la institución.

#### Administrativas:

- Diseño o adopción de protocolos de movilización.
- Realizar talleres de movilización con el personal asistencial.



## ANÁLISIS CAUSAL 5

### FACTORES CONTRIBUTIVOS

#### Paciente:

Mayores de edad, niños y pacientes con limitaciones o problemas de origen motor que dificulten la marcha.

#### Tarea y tecnología:

Insumos inadecuados para la correcta limpieza de los pisos en la institución.  
Falta de avisos de precaución

#### Individuos:

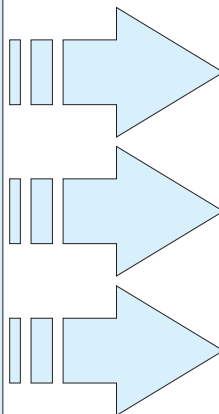
Falta de entrenamiento en el cumplimiento de los protocolos de limpieza.

#### Equipo de trabajo:

Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.

#### Ambiente:

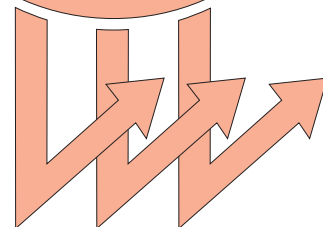
Pisos lisos



### ACCIÓN INSEGURA

#### REALIZAR LIMPIEZA DE PISOS DE FORMA INADECUADA

(dejar pisos húmedos sin señalización, uso de productos inadecuados...)



### BARRERAS Y DEFENSAS

#### Humanas:

- Realizar la limpieza de los pisos de acuerdo a los lineamientos que sigue el Manual de bioseguridad y el plan de residuos sólidos y líquidos.
- Asistir a las capacitaciones de dichos manuales.

#### Físicas y Tecnológicas:

- Contar con los insumos necesarios para realizar la limpieza de los pisos.
- Utilizar los avisos de precaución.
- Pisos antideslizantes

#### Naturales:

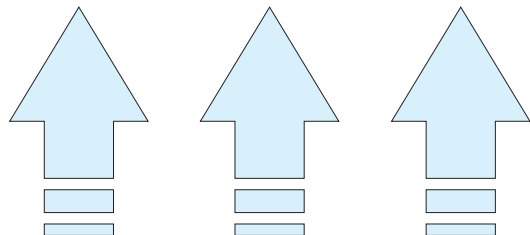
- Asegurar caminos y pasillos libres de obstáculos.

#### Administrativas:

- Diseño del manual de Bioseguridad.
- Socialización y evaluación permanente del Manual de Bioseguridad.
- Adquisición de los avisos de precaución necesarios para evitar la falta de señalización de pisos húmedos o resbalosos.
- Adquisición de insumos adecuados de limpieza.

### ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras en el control de gestión de la tercerización de los servicios de aseo.
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos



## 4. RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se podrán implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características y desarrollo de cada institución:

- Valoración del riesgo de caída y clasificación de los pacientes.
- Diseño o adopción, revisión y ajuste de instrumentos de valoración y clasificación de riesgo de caídas (ver anexos).
- Capacitar y entrenar al personal asistencial en la aplicación del instrumento de valoración de riesgo de caídas.
- Supervisión de la adherencia a la valoración del riesgo de caídas; este ítem es fundamental, no basta con tener un instrumento para valorar el riesgo de los pacientes si no se asegura su implementación.
- Identificar los pacientes de alto riesgo de caídas con barras de colores, códigos de barras, etc. Al no estar estandarizada esta identificación, la institución deberá desarrollar una manera propia con los recursos que disponga.
- Proporcionar ayuda física para pacientes de alto riesgo cuando deambulen o intenten maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse, etc.)
- Promover la movilidad del paciente de alto riesgo para fortalecer su control postural, por ejemplo mediante fisioterapia(9, 10, 11).
- Introducir programas para ofrecer regularmente ayuda para ir al baño(10, 11).
- Siempre que el paciente se encuentre en la cama, hay que levantar las barandas.
- Colocar protectores a las barandas de las camas
- Colocar frenos a las camas.
- Traslado de pacientes con alto riesgo de caídas a habitaciones cerca al puesto de enfermería.
- Asegurar el timbre cerca de la cabecera del paciente.
- Disponer superficies de suelo antideslizantes sobre todo en la zona de baño.
- Disponer una iluminación adecuada para

aumentar la visibilidad

- Recomendación de uso de dispositivos de ayuda como bastones<sup>11</sup>, etc. Si fueran necesarios para compensar la movilidad.
- Recomendar el uso de medias antideslizantes, cuando sea posible
- Actuación ambiental sobre elementos determinantes en las caídas (pasamanos en escaleras, retirar alfombras, evitar pisos mojados, bordillos)

## 5. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoria de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para reducir la frecuencia de caídas pueden ser:

- **Tasa de caídas hospitalarias por 1000 días paciente.**
- **Gestión del riesgo de caídas en pacientes adultos mayores.**

Recuerde, que en todo proceso de monitorización en implementación de indicadores de control, se debe explicitar el periodo al que hace referencia la medición.

En los anexos del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”, encontrará la ficha técnica de los indicadores enunciados.



## 6. PRÁCTICAS EXITOSAS

La prevención de caídas es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud.

Cuando se aplican de manera correcta las buenas practicas de seguridad del paciente se obtienen resultados. A continuación algunos ejemplos:



## PRÁCTICA 1 CAÍDA EN PACIENTE OBSTÉTRICA(12)

**Institución:** Hospital de Ginecología y Obstetricia No 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social

**Lugar:** Monterrey, México

**Objetivo:** Vigilar y sistematizar el indicador "caída en paciente obstétrica" (evento centinela) para evaluar la calidad del proceso de atención en enfermería.

**Practica:** Diseño y aplicación de un índice de seguridad para reducir o evitar las caídas. El instrumento "lista de verificación" fue validado por expertos en la materia; posteriormente se presenta y capacita al personal en el llenado y recolección de la información. La lista consta de siete preguntas que la enfermera responsable debe contestar antes de movilizar al paciente fuera de la cama por primera vez. Este instrumento se incluye como parte de la hoja de indicaciones medicas.

**Conclusiones:** Desde la implementación de esta estrategia, el número de caídas de pacientes ha disminuido considerablemente. Por lo que la medición y seguimiento de esta estrategia ha sido determinante para mejorar la calidad de la atención de enfermería. Además la lista de verificación ha sido utilizada como un instrumento que documenta que el procedimiento se realizó.

Índice de seguridad para la movilización de la paciente hospitalizada en los servicios de ginecología y obstetricia

Marque con una "x" (según corresponda) antes de movilizar a la paciente fuera de cama por primera vez	SI	NO
1. ¿La indicación está escrita? 2. ¿Han transcurrido 6 horas después del parto? 3. ¿La paciente toleró vía oral? 4. ¿El sangrado transvaginal de la paciente es normal? 5. ¿La presión arterial diastólica de la paciente es mayor a 60 mmHg? 6. ¿Son antes de 24 horas o después de 5 horas de transcurrido el parto? 7. ¿Sentó a la paciente al borde de la cama cuando menos 15 minutos antes de movilizarla?		
Si respondió afirmativamente a todas las preguntas: acompañe a la paciente a la regadera		

## PRÁCTICA 2 PREVENCIÓN DE CAÍDAS

**Institución:** Fundación Valle de Lili

**Lugar:** Cali. Colombia

**Objetivo:** Fortalecer nuestra cultura de seguridad del paciente es parte de nuestras estrategias implementadas en la búsqueda de la calidad de nuestros servicios de salud.

**Antecedentes:** La prevención de caídas es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud, para prevenir las caídas en hospitalización, se han desarrollado protocolos e indicadores donde el personal asistencial debe ejecutar simultáneamente acciones de prevención, educación y orientación al paciente y la familia además de documentarles en el registro clínico.

**Práctica:** Adaptación de la escala de riesgo de caídas de J.H. Downton (ver anexos) con el fin de documentar el riesgo. Se diseño un instrumento de registro que incluyó también las medidas adoptadas y la evolución del paciente. Implementación del formato en todos los servicios de hospitalización, como registro obligatorio para todos los pacientes. En cada turno se valora el riesgo de caídas de cada paciente para identificar cambios importantes en su evolución. Se desarrolló un plan de cuidados e intervenciones de enfermería con la valoración del riesgo.

**Conclusiones:** Se implementó una importante estrategia de comunicación y educación al paciente, la familia y visitantes para que contribuyan en la prevención de caídas.



## 7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Caída del paciente:** La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

**Riesgo de caída:** se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

**Factores Intrínsecos:** factores relacionados con el propio sujeto que cae.

**Factores Extrínsecos:** factores relacionados con la actividad que realiza o el ambiente en el que se encuentra

**Factores extrínsecos por tratamiento farmacológico:** Son aquellos relacionados con los medicamentos que consume el paciente que tiene efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la estabilidad o la marcha.

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

**Multifactorial:** Debido a la interacción de varias causas.

**Deambulación:** Se refiere a la forma como el paciente camina.

**Hipotensión Ortostática:** Se define como una reducción de presión arterial dentro de los tres minutos después de haber asumido la posición erecta o de pie después de haber estado en posición supina o acostado.

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

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Rubenstein L., Josephson K., Robbins A. Falls in the nursing home. *Annals of Intern Medicine*. 1994; 121:442-451

(2) Healey F, Monro A, Cockram A, Adams C, and Hesltine D. Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomized controlled trial. *Age Ageing*. 2004; 33:390-5

(3) Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2001 May;49(5):664-72

(4) Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Dec;48(12):1679-89

(5) The Joint Commission  
[http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/67297896-4E16-4BB7-BF0F-5DA4A87B02F2/0/se\\_stats\\_trends\\_year.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/67297896-4E16-4BB7-BF0F-5DA4A87B02F2/0/se_stats_trends_year.pdf)

(6) Wilson E.B. Preventing Patient Falls. AACN. *Clinical Issues*, 1998

(7) International Classification for patient safety. Version 1.0 for use in field testing 2007-2008 (ICPS), World Health Organization. ACTIONS TO REDUCE RISK

(8) Coastal training technologies corp.  
[https://ecom.coastal.com//Preview.aspx?pl=mms://a500.m.akastream.net/7/500/10535/v0001/coastal.download.akamai.com/10535/Spanish/PSF002S\\_150D.wmv&ProductTitle=PREVENIR%20CA%20CDDAS%20DE%20PACIENTES%20EN%20HOSPITALES%20\(DVD\)&culture=es-EC&sku=PSF002-DVD-ESP\(COASTALU-MX\)&Media=WINDOWS](https://ecom.coastal.com//Preview.aspx?pl=mms://a500.m.akastream.net/7/500/10535/v0001/coastal.download.akamai.com/10535/Spanish/PSF002S_150D.wmv&ProductTitle=PREVENIR%20CA%20CDDAS%20DE%20PACIENTES%20EN%20HOSPITALES%20(DVD)&culture=es-EC&sku=PSF002-DVD-ESP(COASTALU-MX)&Media=WINDOWS)

(9) National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004 Jun. 185 p

(10) Hendrich A., Nyhuis A., Kippenbrock T. & Soja M.E. Hospital falls: development of a predictive model for clinical practice. *Applied Nursing Research*. 1995; 8(3), 129-139

(11) US Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety. National Center for Patient Safety 2004 Falls Toolkit [online]. 2004 [Accessed 16 August 2007]. Available from URL: <http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/fallstoolkit/index.html>.

(12) <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/5AF7B173-BBCB-43EA-96D9-5C7BC07C76CD/0/RevEnf105a2008.pdf>

## Bibliografía de Profundización

### BIBLIOGRAFÍA

Miguez MA, Jiménez Muñoz AB, Pinello L, B. SEGURIDAD DEL PACIENTE. Anales de Medicina Interna JAMA, 2003.

Morales Razo P, Rivas Ruiz R., Duran de la Fuente I. CAIDAS EN EL ANCIANO TEMAS DE REFLEXION. Geriatria del Hospital español de México. 2004.

Leape LI, Berwick DM, Bates DW, What practices will most improve safety evidence-based medicine meets patient safety. JAMA 2002- 228: 501-7.

CONAMED, Revista. Vol. 11, Núm. 5, enero - marzo, 2006.

Guía de Riesgos Ergonómicos. Scribd. Cuestionario de la OMS para el estudio de Caídas en el anciano, 1989.

Maclosky Dochterman J, M Bulecheck G. CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC). Elsevier S.A. Mosby 2007.

NANDA. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. 2005-2006. NANDA INTERNATIONAL Elsevier, 2005.

### CIBERGRAFÍA

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=e&form=F>. Bases de datos BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ([updates@subscriptions.ahrq.gov](mailto:updates@subscriptions.ahrq.gov)).

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservat>

[http://www.galeriasdescargas.com/Prevision\\_de\\_Caidas\\_250308\\_DEF.pdf](http://www.galeriasdescargas.com/Prevision_de_Caidas_250308_DEF.pdf). SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2.008. PREVENCIÓN DE CAIDAS BORRADOR.

<http://www.cpmc.org/learning/documents/ptsafety-wspanish.pdf>. DIEZ CONSEJOS IMPORTANTES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2003- 2009.

[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf). Alianza para la seguridad del paciente. LA INVESTIGACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. OMS, 2008.

<http://www.minproteccion-social.gov.co/salaprensa/library/documentos/DocNewsNo16447DocumentNo7573.PDF>. CALIDOSCOPIO. No.9, 2008

[http://www.revistasden.org/files/1883\\_incidencia.pdf](http://www.revistasden.org/files/1883_incidencia.pdf). INCIDENCIA DE CAIDAS EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL GENERAL DE VIC., 2008.

<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-6/RFM050000603.pdf>. CAIDAS EN EL ANCIANO. Morales Razo, Rivas Ruiz, Duran de la Fuente., 2007.

[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_405.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_405.pdf). FACTOR HUMANO Y SINIESTRALIDAD. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. FUNDAMENTOS DE SEGURIDAD AL PACIENTE PARA DISMINUIR ERRORES MEDICOS. 2006

<http://www.mitecnologico.com/Main/TomaDeDecisionesBajoModelosDeCertidumbreIncertidumbreYRiesgo>. TOMA DE DECISIONES BAJO MODELOS DE CERTIDUMBRE E INCERTIDUMBRE Y RIESGO.

[http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/informe\\_IV\\_Conferencia.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/informe_IV_Conferencia.pdf). INFORME DE RELATORIA IV CONFERENCIA INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Buscando mejores prácticas clínicas para una atención sanitaria más segura. 2008.

[http://www.sagg.org/hemeroteca/12\\_2004\\_3.pdf](http://www.sagg.org/hemeroteca/12_2004_3.pdf). CAIDAS EN EL ANCIANO. Sociedad Andaluza de geriatría y gerontología, 2004.

[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_diagn\\_enfermer\\_6.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_6.htm). ETIQUETAS DIAGNOSTICAS NANDA. Mayo 2001.



<http://www.libreriasaulamedica.com/ficha.asp?id=3796&fam=1&subcat=Enfermer%EDA+endocrinologica>. NANDA DIAGNOSTICO ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACION. 2005-2006.

<http://books.google.com.co/books?id=hXKRd0pR7usC&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>. CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC). 4ª. EDICION. Elsevier, 2008.

<http://books.google.com.co/books?id=PAX5cNbZJPIC&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>. TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA: PRINCIPIOS Y PRACTICA. MASSON, Segunda Edición, 2004.





Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

# GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



**PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS**

La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca de “Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas”; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).

Como instructor también debe comprender a profundidad como funciona la Guía del Alumno, para poder guiarlo en su proceso de aprendizaje.

Recuerde que como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución, y de los resultados que cada uno de ellos busca.

# 1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

## Competencia Específica

Disminuir la presentación de caídas de pacientes en los procesos de atención hospitalaria.

## Competencias Institucionales

- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo

# 2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre las caídas de pacientes como evento adverso.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario que generan la caídas de los pacientes.
- Analizar cuales son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan la caída de los pacientes.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales.
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción para prevenir el suceso de la caída del paciente en la atención hospitalaria.

# 3. CONOCIMIENTOS

## De Conceptos y Principios

- Caídas de los pacientes como evento adverso.
- Acciones inseguras que conducen a la caída del paciente.
- Factores contributivos de acciones inseguras hospitalarias que favorecen la caída del paciente.
- Cultura organización y su implicación en la

generación de factores contributivos para que se presenten caídas en los pacientes.

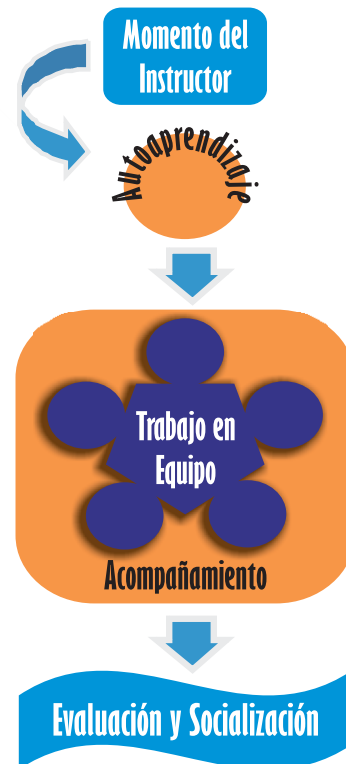
- Planes de acción y barreras de seguridad para devenir la aparición de las caídas de los pacientes

## De Procesos

- Análisis causal según el Protocolo de Londres
- Protocolos para la movilización de los pacientes
- Valoración del riesgo de caída de los pacientes

# 4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete, se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del saber hacer, es decir, instrucciones de prácticas, para ello se plantea trabajar en momentos de aprendizaje que se fundamentan en el trabajo en equipo; adelante se presenta un mapa conceptual que muestra los ambientes de aprendizaje y su secuencia lógica:



Procederemos ahora a explicar detalladamente las actividades que desarrollará el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje:

## Momento del Instructor

Este momento se desarrollará en el 35% del tiempo destinado para cada paquete y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor, para el caso particular de caídas estamos hablando de 85 minutos. El Instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre el tema (Marco Teórico) para la indagación y profundización con su respectiva bibliografía.

Para el abordaje de la temática, deberá orientar las siguientes fases:

### Motivación:

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal.

Instalar la reunión; Informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo, Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

### Ubicación:

El participante comprenderá más, si encuentra que lo que se le propone está vinculado a una problemática de su entorno, de su interés. Esta participación hay que estimularla, desarrollando preguntas que permitan identificar:

- La experiencia de los alumnos sobre este aspecto
- Genere diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematic y explore necesidades y expectativas.
- Precise los objetivos de aprendizaje

### Adquisición:

En esta fase el Instructor procura que el participante a la formación codifique la información a su disposición, que la reciba, clasifique y organice, según su nivel desarrollo y comprensión.

Es el momento en que el instructor valiendose de la presentación del paquete de caídas, expone al alumno todo el Marco Teórico, para ello deberá:

- Explicar los procedimientos y/o las teorías y hechos que los soportan.
- Hacer un planteamiento interdisciplinario, utilice diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- Traducir la información según el nivel de conciencia posible del alumno y utilice su lenguaje.
- Apóyarse sobre la experiencia previa del alumno y ejemplifíquela, basado en su realidad.
- Preferir la pregunta problematizadora a la afirmación categórica.

Tanto en la motivación como en la ubicación, el Instructor puede valerse de la asignación de liderazgos para promocionar la participación activa de los alumnos; existen diversos roles que se pueden manejar (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).



## Autoaprendizaje

Este momento, discurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que el alumno se apropia de los conocimientos impartidos, no quiere decir esto que el instructor sea incapaz de hacer actividad alguna; en este caso particular:

- Entrega al estudiante “Guía del Alumno” sobre las caídas y explica el desarrollo de este documento. (ver paquete “Modelo Pedagógico”).
- Invita a participar activamente al estudiante en la sesión de formación.



## Trabajo en Equipo

Este es el momento de aprendizaje que sirve de eje para la propuesta pedagógica y por lo tanto el que mayor tiempo requiere, estamos hablando del 50% del tiempo total, es decir 120 minutos, en él se privilegiará la implementación de la estrategia didáctica más pertinente para lograr los objetivos de formación de cada paquete. Para el caso particular que nos atañe, caída de los pacientes, recomendamos desarrollar el “Estudio de Casos”.

Este momento lo desarrollará el instructor de la siguiente manera:

### Organización:

Organiza equipos asistenciales interdisciplinarios, donde estén todos los involucrados en la atención hospitalaria (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, camilleros, etc.)

### Técnica Didáctica:

*Estudio de caso (ver anexos)*

- Relate detalladamente el caso que debe ser analizado.
- Designe el tiempo que tienen los equipos para el desarrollo del caso.
- Permita que cada equipo presente una solución diferente de acuerdo con sus conocimientos y experiencias.

### Resultados:

- Analice en plenaria las opiniones de cada uno de los equipos.
- Sintetice las opiniones vertidas de los equipos.
- Póngase de acuerdo con el grupo sobre la mejor solución.

Aunque proponemos el estudio de casos para abordar el paquete, esto no imposibilita al instructor ha utilizar otra técnica (ver paquete “Modelo Pedagógico”)



## Acompañamiento

Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrolla el “Trabajo en Equipo”, pues hace referencia al acompañamiento que hace el Instructor durante la implementación de la técnica didáctica; en donde:

- Orienta al funcionario-estudiante en su proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto en la sesión presencial como en el trabajo autónomo, teniendo como referencia las actividades descritas en la presente guía de aprendizaje.
- Asume las funciones de tutor del capacitado en lo que tiene que ver con la aplicación práctica de lo aprendido.

## Evaluación y Socialización

Este momento corresponde al 15% del tiempo total de la formación, es decir 35 minutos, y tiene que ver con el cierre; en ella el instructor:

- Reúne a los estudiantes en sesión plenaria y propone la explicación de las conclusiones grupales.
- Propone la creación de mesas de trabajo que monitoricen la implementación de las acciones encaminadas a prevenir las caídas de los pacientes.
- Invita a los alumnos a desarrollar la auto evaluación que se presente en la “Guía del Alumno”.
- Cierra la sesión, en donde participan los liderazgos entregados.

## Agenda Propuesta “Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas”

AMBIENTE /MOMENTO	MINUTOS
<b>MOMENTO DEL INSTRUCTOR</b>	<b>85</b>
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	70
<b>TRABAJO EN EQUIPO</b>	<b>120</b>
Organización	10
Técnica Didáctica	90
Resultados	20
<b>EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN</b>	<b>35</b>
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Auto evaluación	5
Cierre de la sesión	5
<b>TOTAL TIEMPO</b>	<b>240</b>



## Ambientes de Aprendizaje

- Aula Taller.
- Centros de información y documentación.
- Entorno laboral.
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

## Medios y Recursos Didácticos

- Marco teórico “Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas”, con sus referencias bibliográficas y de profundización
- Guía del Alumno “Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas”
- Estudio de caso
- Ejercicios de análisis causal según el protocolo de Londres, de las acciones inseguras más recurrentes para la presentación de la caída del paciente.
- Diapositivas del paquete “Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas” entregadas por el capacitador durante el momento de la instrucción.

organizacionales son quienes las matienen vigentes.

- Proponen barreras de seguridad, basados en los factores contributivos y las buenas prácticas para la disminución de riesgos y ocurrencia de caídas de pacientes en el ámbito hospitalario

El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación.

## 5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos de caídas de pacientes como evento adverso, de acuerdo a la normatividad vigente y a las experiencias internacionales.
- Explican y entienden las principales acciones inseguras que están relacionadas con la aparición de las caídas de los pacientes dentro de la institución.
- Identifican los factores contributivos que predisponen la presentación de las acciones inseguras mas frecuentes, y comprende cuales de las desisiones gerenciales y procesos



Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

# GUÍA DEL ALUMNO



**PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS**

La siguiente guía, tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción de cada uno de los paquetes. Es imperativo si se quieren obtener los objetivos de cada paquete, que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas, y participe colaborativamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas.

Finalmente, es vital comprender, que a la postre, el impacto que pueden llegar a tener estos paquetes, depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas.

Una atención segura en salud sólo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general está instruido en el desarrollo de “Buenas Prácticas de Atención en Salud”, en este caso, prácticas que prevengan la aparición de la caídas de los pacientes.

## 1. IDENTIFICACIÓN

### Modalidad de Formación

Presencial, instruccional, con actividades recomendadas extra clases

### Competencias a Desarrollar

- Disminuir la presentación de caídas de pacientes en los procesos de atención hospitalaria
- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo

### Resultados de Aprendizaje

- Conceptualizar sobre las caídas de pacientes como evento adverso.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario que generan las caídas de los pacientes.
- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan las caídas de los pacientes.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales.
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción para prevenir el suceso de la caída del paciente en la atención hospitalaria.

## 2. INTRODUCCIÓN

Saber acompañar en todas las relaciones es un arte. La experiencia del aprendizaje nos lleva al desarrollo de capacidades y competencias de conocimiento sobre las caídas para trabajar en función de la apropiación y generación de los mismos, promoviendo atenciones más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario que hacer. De esta forma contribuiremos a la prevención de las caídas, a la seguridad compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores

### Estimado Alumno:

Las caídas son relativamente frecuentes en todos los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud, Las caídas, generan un daño adicional para el paciente, alteran su proceso de recuperación e incrementan su estancia hospitalaria, con los riesgos que esto implica para el paciente, familia e Institución.

Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para dar respuesta a los continuos cambios y demandas tanto sociales como sanitarias. El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y la administración del riesgo en los sistemas; y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren una mejora en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad. La base de esta actualización de conocimientos debe tener en cuenta la mejor evidencia científica posible y las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales dedicados al cuidado de la población.



Al finalizar el desarrollo de las actividades de aprendizaje propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio; esto le permitirá ser consciente de su avance en el aprendizaje.

Durante el desarrollo de la instrucción, participe permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma de la formación. Solicite la asesoría e instrucción del capacitador encargado, interactúe con sus compañeros de estudio y de ser posible participe y aporte en la Unidad Sectorial de Normalización del Ministerio de la Protección Social; esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para apropiarse de la política de Seguridad del paciente y el Modelo de Análisis causal del Protocolo de Londres.

Finalmente, participe en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

**ES USTED QUIEN PUEDE HACER MÁS SEGURA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES.**

### 3. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación le presentamos una serie de ejes temáticos y actividades mediante las cuales se contribuirá al desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema de las caídas de los pacientes y las implicaciones que estas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas entorno a la reducción de las caídas de los pacientes.

De su empeño y atención, dependen los resultados de la presente instrucción.

## Ejes temáticos

### Conceptualización:

- Reflexión sobre la información entregada y la sugerida.
- Participación en la sesión de formación.
- Observación y análisis de las Diapositivas en la clase.
- Reflexión sobre el modo en que la clasificación de caídas de los pacientes le ayuda a abordar mejor el tema.
- Seminario participativo.

### Análisis causal (protocolo de Londres) de las principales acciones inseguras de caídas de los paciente:

- Revisar la bibliografía específica del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente” para comprender el Protocolo.
- Determinar las acciones inseguras mas frecuentes según revisión bibliográfica
- Identificar cuales son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar que Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática
- Observar y analizar las diapositivas en clase
- Participar activamente en el Estudio de caso entregado “Caída en el paciente Hipertenso”
- Debate dirigido o discusión del Caso “Caída en el paciente hipertenso”

### Recomendaciones y actividades preventivas para las caídas Manejo de la Seguridad:

- Proponer barreras de defensa, que eviten la aparición de las caídas de los paciente.
- Mediante la revisión de practicas exitosas, identificar variables comunes que puedan ser aplicables a las “buenas” practicas de atención en salud.
- Proponer modelos de monitorización para la gestión de las caídas de los pacientes como evento adverso.

## Actividades de Aprendizaje

Sobre los ejes temáticos anteriores realice las siguientes actividades de aprendizaje:

- Participe activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del capacitador.
- Indague y profundice sobre el tema, revisando las referencias bibliográficas y de profundización específica del tema (ver Marco Teórico).
- Como resultado de esta indagación elabore un trabajo escrito en donde defina con sus propias palabras los términos anteriores, socialícelos con los compañeros de grupo utilizando la metodología de Plenaria bajo la coordinación de su instructor.
- Proponga el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para la óptima implementación de prácticas que prevengan las caídas de los pacientes.

## 4. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo capacitado en general verificar si ha alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete “Reducir Caídas”, a modo de autoevaluación, pregúntese si usted:

- Identifica la fundamentación teórica de caídas de pacientes como evento adverso, antecedentes, concepto y clasificación
- Es capaz de identificar cuáles son las acciones inseguras que predisponen la aparición de la caída del paciente.
- Señala los Factores Contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras.
- Propone barreras y defensas, basadas en buenas prácticas para la disminución de riesgos y ocurrencia de caídas de pacientes en el ámbito hospitalario
- Aplica correctamente, en el tema de caídas, el análisis causal del Protocolo de Londres.

## 5. EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

### De Conocimiento

Resolverá correctamente, individual o en equipo, preguntas sobre:

- Conceptualización de la caída de pacientes como evento adverso
- Acciones inseguras relacionadas con la aparición de caídas de los pacientes
- Factores Contribuyentes asociados a las acciones inseguras
- Recomendaciones y actividades preventivas (barreras de seguridad y defensas) para las caídas de los pacientes
- Indicadores y formas de monitorizar la caída de los pacientes como evento adverso

### De Desempeño

El capacitador conceptuará sobre su desempeño, a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos. Se trata del desarrollo de un caso.

Dentro de la institución, se reducirá la presentación de caídas de pacientes, y se mitigarán sus consecuencias en caso tal que sucedan.

## 6. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula Taller
- Centros de información y documentación
- Entorno laboral
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Los recursos necesarios para instruirse ya están a su disposición, del modo en que los utilice, dependerá el alcance de los propósitos de cada paquete instruccional



# PRESENTACIÓN DE POWER POINT



**“PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS”**



Libertad y Orden  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**PAQUETES INSTRUCCIONALES**  
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

---

---

---

---

---

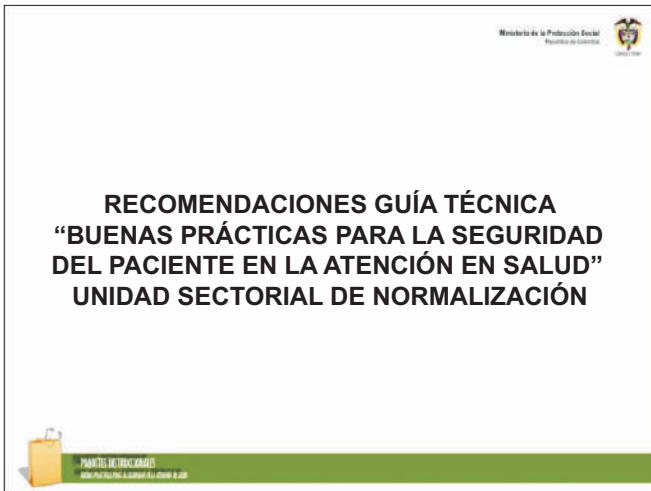
---

---

---

---

---



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA  
“BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD  
DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”  
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN**

**PAQUETES INSTRUCCIONALES**  
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

---

---

---

---

---

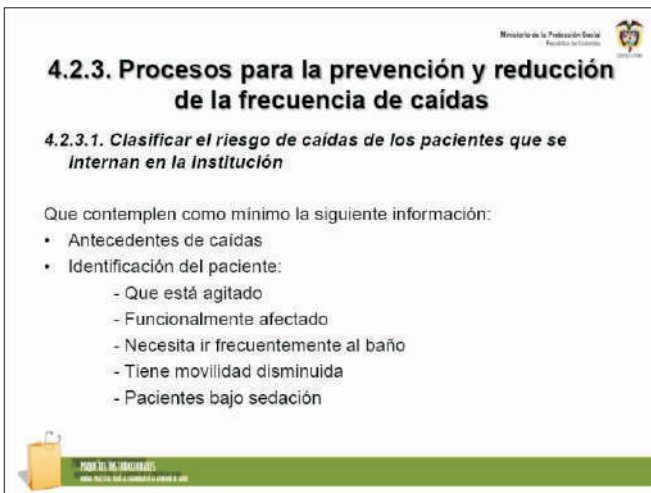
---

---

---

---

---



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas**

**4.2.3.1. Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución**

Que contemplen como mínimo la siguiente información:

- Antecedentes de caídas
- Identificación del paciente:
  - Que está agitado
  - Funcionalmente afectado
  - Necesita ir frecuentemente al baño
  - Tiene movilidad disminuida
  - Pacientes bajo sedación

**PAQUETES INSTRUCCIONALES**  
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





# PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas**

**4.2.3.2. Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente**

- Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto
- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender ordenes
- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos
- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie

PROCESOS DE INTERVENCIÓN  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

---

---

---

---

---

---

---

---

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas**

**4.2.3.3. Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente**

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos
- Ausencia de superficie antideslizante en el piso
- Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas
- Camillas sin barandas
- Iluminación inadecuada
- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación

PROCESOS DE INTERVENCIÓN  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

---

---

---

---

---

---


---

---

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**INTRODUCCIÓN**

- Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud.



PROCESOS DE INTERVENCIÓN  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

---

---

---

---

---

---

---

---




# PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## INTRODUCCIÓN

- Más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas; para la Joint Commission, en el 2008 las caídas fueron el quinto evento más notificado en la base de datos de sucesos centinela.



PROYECTO INSTITUCIONALES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones

PROYECTO INSTITUCIONALES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de caídas en la institución
- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica que pueden contribuir a la aparición de caídas en los pacientes

PROYECTO INSTITUCIONALES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---




# PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de caídas en la atención del paciente
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de caídas en las instituciones

PROYECTO INSTITUCIONAL  
Ministerio de la Protección Social - 2014



---

---

---

---

---

---

---

---

---


---

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## QUÉ ES UNA CAÍDA?

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad, constituyendo una de las principales causas de morbilidad en las personas mayores.

PROYECTO INSTITUCIONAL  
Ministerio de la Protección Social - 2014



---

---

---

---

---

---

---

---


---

---


Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## QUÉ ES UNA CAÍDA?

- En los servicios de hospitalización se define caída como "cambio de posición brusco e involuntario de un individuo a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo, que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial".



PROYECTO INSTITUCIONAL  
Ministerio de la Protección Social - 2014



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# PRESENTACIÓN DE POWER POINT


Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## CLASIFICACIÓN CAIDAS

**Caidas Accidentales:** corresponden al 14% del total de caídas. Son involuntarias, no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como:

- Derrames en el suelo
- Desorden
- Iluminación inadecuada
- Muebles inestables
- Fallas de equipo
- Error de juicio
- Tropezón
- Marcha anormal o débil
- Marcha con arrastre de los pies

PLAN DE LAS FALCIBILIDADES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## CLASIFICACIÓN CAIDAS

**Caidas Fisiológicas Anticipadas:** Corresponden al 80% de las caídas y son predecibles, se presentan por tropezones o resbalón en pacientes con:

- Antecedentes de caídas
- Dificultades para caminar
- Incapacidad mental o cognitiva
- Pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha
- Pacientes con líquidos endovenosos en portasueros
- Paciente con sonda vesical

PLAN DE LAS FALCIBILIDADES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## CLASIFICACIÓN CAIDAS

**Caidas Fisiológicas No Anticipadas:** Corresponden al 6% de las caídas, no se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con:

- Desmayos o mareos
- Ataques epilépticos
- Fracturas patológicas de cadera
- Medicamentos (antihipertensivos, diuréticos)

PLAN DE LAS FALCIBILIDADES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---




# PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## ACCIONES INSEGURAS

- Dejar al paciente solo.
- No identificar el riesgo de caída de los pacientes.
- Inmovilización inadecuada del paciente.
- Movilización del paciente con un equipo humano insuficiente.
- Realizar limpieza inadecuada de pisos.
- Traslado del paciente por medio de equipos inadecuados.

PARTE DEL MS PROCCUBIALES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

---

---


---

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PREVENIR LAS CAÍDAS DE PACIENTES

Sobre las acciones inseguras se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberían implementarse para evitar la aparición del evento adverso, en este caso la caída. Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuales son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

PARTE DEL MS PROCCUBIALES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

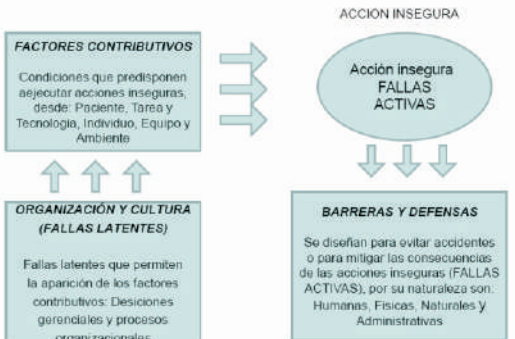
---

---

---

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS



```
graph TD
  FC[FACTORES CONTRIBUTIVOS  
Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras desde Paciente, Tarea y Tecnología, Equipo y Ambiente] --> AI(Acción Insegura FALLAS ACTIVAS)
  OC[ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)  
Fallas latentes que permiten la aparición de los factores contributivos: Decisiones gerenciales y procesos organizacionales] --> FC
  BD[BARRERAS Y DEFENSAS  
Se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las acciones inseguras (FALLAS ACTIVAS), por su naturaleza son: Humanas, Físicas, Naturales y Administrativas] --> AI
```


FACTORES CONTRIBUTIVOS  
Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras desde Paciente, Tarea y Tecnología, Equipo y Ambiente

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)  
Fallas latentes que permiten la aparición de los factores contributivos: Decisiones gerenciales y procesos organizacionales

ACCION INSEGURA  
Acción Insegura FALLAS ACTIVAS

BARRERAS Y DEFENSAS  
Se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las acciones inseguras (FALLAS ACTIVAS), por su naturaleza son: Humanas, Físicas, Naturales y Administrativas

PARTE DEL MS PROCCUBIALES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN

- Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implantar las siguientes acciones, las cuales dependerá de las características y desarrollo de cada institución

PLAN DE LAS INSTITUCIONES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia


## VALORACION DEL RIESGO Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

Diseño y /o revisión y ajuste de instrumentos de valoración y clasificación de riesgo de caídas.

Capacitar y entrenar al personal asistencial en la aplicación del instrumento de valoración de riesgo.

Supervisión de la adherencia a valoración del riesgo.

PLAN DE LAS INSTITUCIONES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## IDENTIFICAR Y ASEGURAR LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO

Identificar los pacientes de alto riesgo de caídas con barras de colores, códigos de barras, etc.

- Levantar las barandas de las camas
- Colocar protectores a las barandas de las camas
- Colocar frenos a las camas.

PLAN DE LAS INSTITUCIONES  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



---

---

---

---

---

---

---

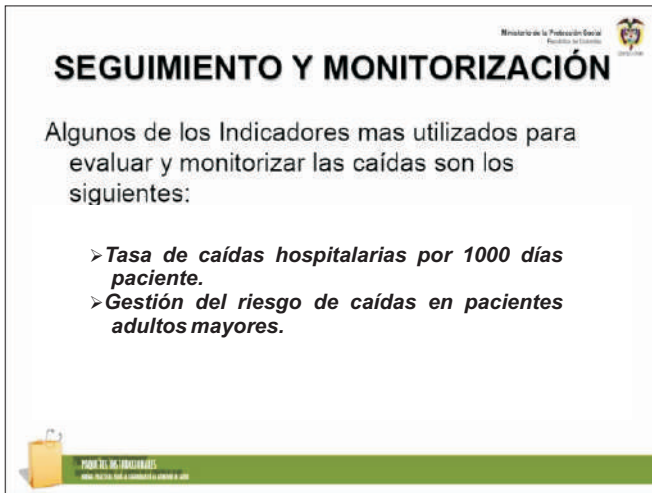
---

---

---



# PRESENTACIÓN DE POWER POINT



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos de los Indicadores mas utilizados para evaluar y monitorizar las caídas son los siguientes:

- *Tasa de caídas hospitalarias por 1000 días paciente.*
- *Gestión del riesgo de caídas en pacientes adultos mayores.*

POWER DEL DR. FERRAZ  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

---

---

---

---

---

---

---

---





Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia



# ANEXOS



**PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS**



# 1. EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS DE PACEINTE (ESCALA DE MORSE)

La escala de Morse se basa en factores de riesgo y es más que un puntaje total. Sirve para determinar factores de riesgo de caída y, en consecuencia, diseñar intervenciones específicas para reducirlos. Debe diligenciarse en el momento de la hospitalización y cuando haya cambios de condición,

Herramienta 4. Escala de caídas de Morse

Variables		Puntaje
Historia de caída(s)	No	0
	Sí	25
Diagnósticos secundarios	No	0
	Sí	25
Ayuda para deambular (marque sólo una)	Ninguna/reposo en cama/asistencia	0
	Bastón, muletas, caminador	15
	Silla de ruedas	25
Venoclisis (incluye <i>heparin lock</i> )	No	0
	Sí	25
Marcha	Normal/reposo en cama/silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0
	Se sobreestima u olvida sus limitaciones	15
<b>Total</b>		

## Factores de seguridad:

- Mantenga la cama en posición baja, y alarma en la cama cuando se necesite.
- Timbre de llamada, no alcanza el orinal y el agua (ofrecer asistencia con las necesidades excretorias de rutina).
- Manilla de identificación.
- No deje desatendido en transferencias o al ir al baño.
- Mantenga aseguradas la cama, las ruedas de la cama y la mesa de noche.

## Evaluación:

- Evalúe la habilidad del paciente de comprender y seguir instrucciones.
- Evalúe el conocimiento del paciente en el uso apropiado de dispositivos de adaptación.
- Necesidad de barandas: arriba o abajo.
- Hidratación: monitorizar para cambios ortostáticos.
- Revise los medicamentos para riesgo potencial de caída (betabloqueadores, bloqueadores de canal de calcio).
- Evalúe el tratamiento para el dolor.

## Educación al paciente y a la familia:

- Incorporar a la familia con pacientes obnubilados.
- Cuidadores.
- Instruya al paciente y a la familia con relación a las actividades fuera de la cama.



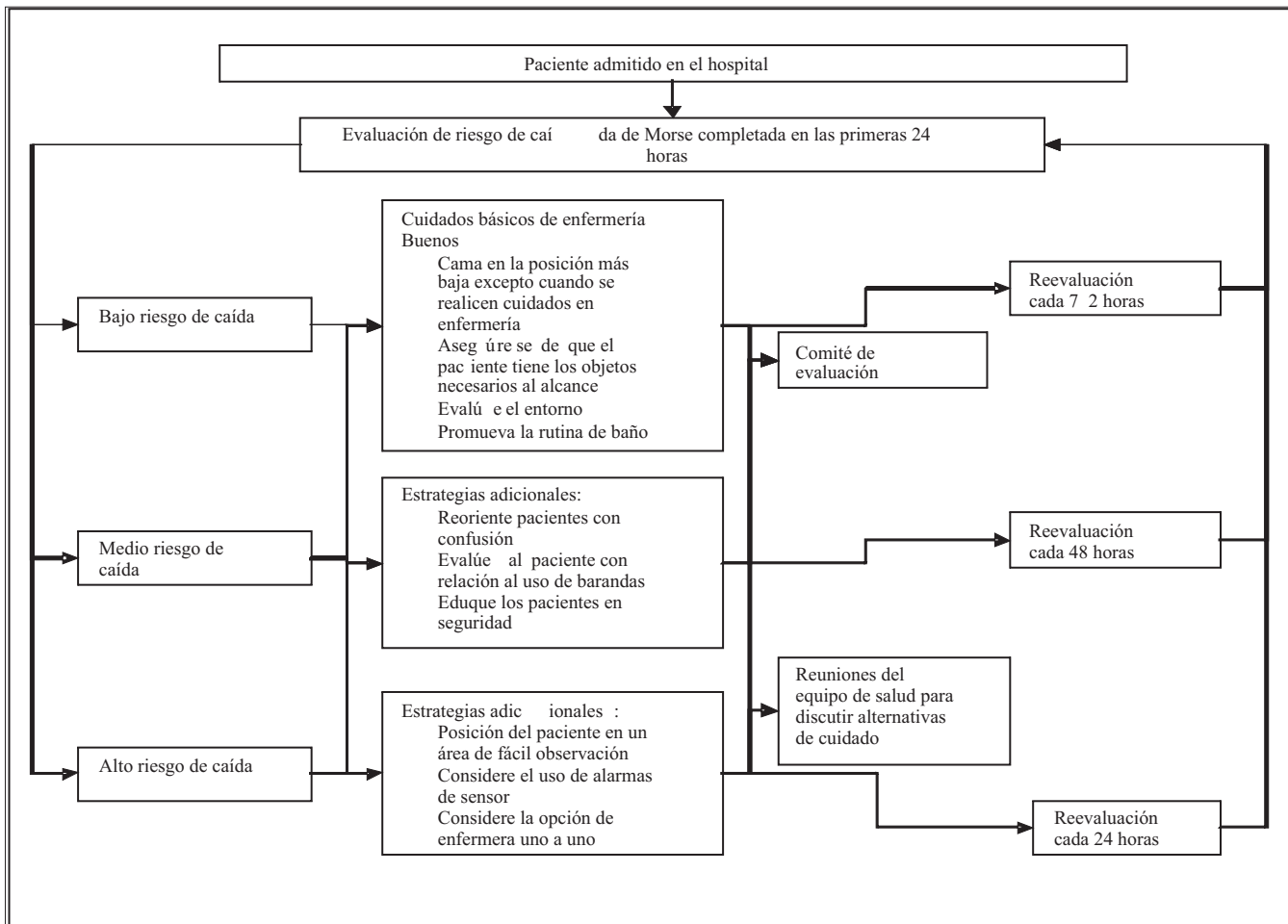
# 1. EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS DE PACEINTE (ESCALA DE MORSE)

- Ejercicio y nutrición.
- Seguridad en el hogar (incluye plan de emergencia y procedimientos de notificación de caída).

## Entorno:

- Cuarto cerrado a la estación de enfermería.
- Fortalecer la orientación sobre el entorno a necesidad.
- Aseo y orden del cuarto.
- Adecuada iluminación.
- Considere el uso de tecnología.

Gráfico Algoritmo de Riesgo de Caídas



## 2. ESCALA DE VALORACIÓN DE J.H. DOWNTON

CRITERIO	ESPECIFICACIONES	SI	NO
Caídas Previas		*	
Medicamentos	Ninguno		
	Tranquilizantes o sedantes	*	
	Diuréticos	*	
	Hipotensores (no diuréticos)	*	
	Antiparkinsonianos	*	
	Antidepresivos	*	
	Otros medicamentos		
Deficiencias Sensoriales	Ninguna		
	Alteraciones visuales	*	
	Alteraciones Auditivas	*	
	Extremidades( Ictus, etc)	*	
Estado Mental	Orientado		
	Confuso	*	
Marcha	Normal		
	Segura con ayuda		
	Insegura con / sin ayuda	*	
	Imposible		
Sumar un punto por cada ITEM con asterisco			
Tres o más puntos indican alto riesgo de caída.			



### 3. TÉCNICA DIDÁCTICA: ESTUDIO DE CASO

#### CASO:

Sexo: Femenino  
Edad: 55 años

Resumen: Presenta estudio de casos de un paciente con patología de Hipertensión Arterial del Hospital San Juan de Dios de la ciudad.

Durante el período comprendido de septiembre/octubre del año 2004. El paciente con antecedentes de hipertensión arterial desde 9 años de evolución tratada con enalapril 10 mg 2 veces al día, refiere 2 días antes de su ingreso le inició cefalea a nivel de la región frontal continua durante todo el día. El paciente es valorado por medico el cual indica administrar nifedipina sublingual, se toma la presión encontrándose 200/140 mmhg se brindan los cuidados generales de enfermería y se cumple tratamiento indicado, el paciente queda en condición delicada.

Durante el periodo de Hospitalización, se levanta la paciente y al realizar su autocuidado (ducha) en área de baños del Hospital sufre caída por un resbalón, la persona intenta detenerse usando las manos y los brazos. El área no cuenta con pisos y cintas antideslizantes, existen barras de apoyo en la zona de ducha pero no a la salida de las mismas.

La paciente sufre una fractura de MSD, fractura de colles. Para lo cual es inmovilizada con yeso en dorsiflexión.

Contando con los documentos del Marco Teórico numeral y el análisis que se hace según el Protocolo de Londres, a las acciones inseguras más frecuentes en las caídas de los pacientes.

#### Realice el análisis junto con su facilitador, respondiendo las siguientes preguntas:

- ¿Hay indicios de atención insegura?
- ¿Cumple con las características de evento adverso y requiere su estudio?

#### De acuerdo con el protocolo de Londres, identifique:

Las acciones inseguras detectadas.

Identifique los factores contribuyentes de las cinco áreas descritas en el grafico del modelo, paciente, tarea y tecnología, individuo prestador, equipo de trabajo, equipo humano, ambiente, que se relacionan con cada acción insegura

Fallas latentes: de las decisiones gerenciales y procesos organizacionales que se evidencien en este caso, y que permitan la aparición de los factores contributivos

Ahora proponga barreras de seguridad y defensas a nivel de barreras físicas y tecnológicas, barreras humanas, barreras administrativas y barreras naturales.

**VERSIÓN:**

**1.0**

**FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:**

**Diciembre 31 de 2009**



Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

# PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia