

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

PAQUETES INSTRUCCIONALES

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



MINSALUD



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# CÓMO USAR ESTA GUÍA



CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE

*http://www.*

CLIC PARA IR AL URL



FLECHAS  
DEL TECLADO

PULSE PARA MOVERSE ENTRE  
LAS PÁGINAS

**ESC**

PULSE PARA SALIR DEL MODO  
PANTALLA COMPLETA

**CTRL+L**

PULSE PARA VOLVER AL MODO  
PANTALLA COMPLETA

**CTRL+W**

PULSE PARA CERRAR LA  
VENTANA ACTUAL



**MINSALUD**

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**

Viceministro de Protección Social

**GERARDO BURGOS BERNAL**

Secretario General

**JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE**

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**SAMUEL GARCÍA DE VARGAS**

Subdirector de Prestación de Servicios



**MINSALUD**

**MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS**

Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**ANA MILENA MONTES CRUZ**


Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

## UNIÓN TEMPORAL



**DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ**  
Dirección General del Proyecto

**SILVIO HERNÁN VÉLEZ GÓMEZ**  
**SORLAY ANDREA AREIZA BUSTAMANTE BUSTAMANTE**  
Expertos Técnicos



**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN VICENTE FUNDACIÓN**  
**HOSPITAL CIVIL DE IPIALES**  
**INSTITUTO ROOSEVELT**  
**JAVESALUD - IPS**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**  
**CLÍNICA FOSCAL**

Agradecimiento por su participación



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>16</b>
<b>3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>18</b>
<b>4. GLOSARIO DE TÉRMINOS .....</b>	<b>20</b>
<b>5. ESCENARIO PROBLÉMICO .....</b>	<b>26</b>
<b>6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS) .....</b>	<b>28</b>
<b>7. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>30</b>
7.1 Antecedentes .....	31
7.2 Justificación .....	39
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres” ....	40
7.4 Seguimiento y Monitorización .....	52
7.4.1 Mecanismos de monitoreo .....	52
7.4.2 Indicadores .....	52
<b>8. APROPIACIÓN .....</b>	<b>55</b>
<b>9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>
<b>10. EXPERIENCIAS EXITOSAS .....</b>	<b>68</b>
<b>11. CONCLUSIONES.....</b>	<b>71</b>
<b>12. ANEXOS .....</b>	<b>74</b>

Este pdf es interactivo.  
Se puede ingresar a cada uno de los contenidos dando clic sobre el título que desee buscar.





# 1. INTRODUCCIÓN

8



IR AL ÍNDICE





La Organización Mundial de la Salud, OMS,<sup>1</sup> 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 lo 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.

Según informe de la OMS<sup>2</sup> en el 2012, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas

1 OMS (2012). Caídas. Suiza: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>

2 OMS (2012). Caídas. Suiza: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>

requieren atención médica y dependencia a ésta por secuelas asociadas a la discapacidad. Mayores de 65 años y personas de países de ingresos medios y bajos son quienes tienen mayor riesgo de caída y muerte por esta causa.

Los costos económicos de las lesiones asociadas a las caídas en mayores de 65 años se han tasado en algunos países. En Finlandia los costos ascienden a US\$3.611 y en Australia a US\$1.049. En Canadá la prevención de caídas en menores de 10 años ha permitido un ahorro de US\$120 millones al año.

En el entorno hospitalario, las caídas continúan siendo el evento adverso de mayor importancia.

El presente paquete se elaboró con la orientación de expertos técnicos, entrevista a líderes en la implementación de prácticas seguras y revisión sistemática de literatura para contar con la mejor evidencia científica disponible.

El marco teórico está basado en el Protocolo de Londres como metodología (teoría) sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis de eventos adversos e incidentes. Bajo este modelo interactivo se presentan las fallas en la atención en salud más relevantes, las barreras de seguridad que evitan su ocurrencia y los factores contributivos que predisponen a dicha falla.

Para la actualización del paquete instruccional que se presenta se siguió la siguiente metodología:

1. Revisión y recolección de la propuesta de ajuste de los paquetes instruccionales vigentes e identificación de nuevas fallas, barreras de seguridad y factores contributivos.

La revisión se realizó desde los siguientes dos enfoques:

a. Enfoque de Expertos Técnicos: En esta participaron 3 actores:

- IPS acreditadas o de alto reconocimiento en el país: se invitó a identificar fortalezas según la IPS y se correlacionó con un paquete instruccional o varios. Las IPS sugirieron, según su práctica clínica y recomendación de sus expertos, incluir, modificar o eliminar fallas activas o prácticas seguras y factores contributivos según apique.
- Agremiaciones: se invitó a las agremiaciones como expertos técnicos en el tema, para la retroalimentación en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a cada agremiación.
- Experto técnico: dentro del equipo de la unión temporal se cuenta con un experto técnico con especialidad en el tema relacionado al paquete, de amplia trayectoria clínica. Este experto según su experiencia clínica realizó recomendaciones en la inclusión, eliminación o modificación, fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a su experticia clínica.

b. Revisión sistemática de la literatura que a su vez se realizó con dos enfoques:

- Validación de las recomendaciones de los expertos y de lo ya existente.

La unión temporal cuenta con un equipo de epidemiólogos con amplia experiencia en revisión de literatura. Una vez finalizada la etapa de revisión se realizó consolidación de todas las fallas activas ó prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad sugeridos por los diferentes actores como expertos técnicos más los que contienen los actuales paquetes y se aplicó una matriz de priorización en donde los criterios fueron:

- **En fallas activas o acciones inseguras:** se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las fallas activas o acciones inseguras que requerían soporte bibliográfico y que a criterio de los expertos técnicos no hay evidencia conocida sobre el impacto y frecuencia de esta falla.
- **En las barreras de seguridad:** Se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las barreras de seguridad que a criterio de los expertos técnicos no cuentan con evidencia de su efectividad.

Como resultado de este ejercicio se eligieron:

- Preguntas PICOT para calificación de la evidencia de los artículos que soporta la barrera de seguridad y falla activa.

- PICOT: Es una sigla en donde la P significa población, la I signifca: Intervención, la C significa: comparación y Out come: Desenlace y la T significa el tiempo al que se evalúa el desenlace; esta metodología permite construir preguntas contestables que facilitan la búsqueda de literatura en diferentes bases de datos.
- Preguntas de referenciación bibliográfica para validar la aplicación de las barreras de seguridad, la frecuencia e impacto de las mismas.

Para esto el equipo de epidemiólogos realizó búsquedas en bases de datos como Medline Y Embase de cada una de las preguntas. Prefiriendo por su nivel de evidencia, artículos cuyos métodos de estudio fuesen: revisiones sistemáticas, meta análisis, y ensayos clínicos aleatorios y guías de práctica clínica basadas en evidencia. De esta búsqueda se procede a la lectura, por los expertos y epidemiólogos, para sinterizar la información relevante y para los casos que aplique la calificación de la evidencia y poder emitir las recomendaciones.

c. Búsqueda de recomendaciones en la literatura.

Dentro de las preguntas se incluyeron las búsquedas de las fallas más comunes y de mayor impacto para cada tema y las prácticas seguras más comunes y de mayor impacto.

El presente paquete instruccional motiva al lector a identificar los errores más comunes y de alto impacto (fallas en la atención) sus factores contributivos, las barreras o prácticas seguras a implementar para evitar su expresión en forma de daños a la salud, así como los mecanismos de monitoreo y medición de las prácticas seguras sugeridas. Adiciona-

lemente se presentan algunas experiencias exitosas de IPS nacionales que reflejan diferentes metodologías para la implementación de barreras de seguridad en la atención en salud a la población en mención.

Esta dirigido a todo el personal de salud (especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos) así como al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

El modelo pedagógico en el que se ha diseñado el paquete instruccional es el, **Aprendizaje Basado en Problemas**, ABP. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de **grandes preguntas-problemas** que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino **buscar nuevos problemas** para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico que le será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. [\(Hacer click aquí\).](#)



Según el Institute for Healthcare Improvement<sup>3</sup> tres del 20 por ciento de los pacientes internados han sufrido al menos una caída durante su hospitalización, las consecuencias son fracturas, hematomas, sangrado excesivo y en algunos casos la muerte.

Las medidas preventivas requieren de un equipo multidisciplinario y de programas que adopten medidas que reduzcan el riesgo en poblaciones vulnerables. El riesgo de caída se incrementa en pacientes con osteoporosis o demencia, así como resultado de la múltiple prescripción de medicamentos que afectan el balance o la fortaleza de los huesos (IHI, 2012).

La observancia de factores que previenen las caídas como la implementación de ambientes seguros para el cuidado de pacientes (pisos no resbalosos, iluminación, dispositivos para la movilización, personal de apoyo, calzado apropiado, entre otros), pueden marcar la diferencia ante este evento clasificado como problema de salud pública a nivel mundial (OMS, 2012)<sup>4</sup>.

10% de las caídas resultan en heridas serias como fracturas, hematoma subdural, laceraciones y otros traumas. Las fracturas son las lesiones no fatales más caras que se presentan asociadas a caídas y el aumento en los gastos de asistencia médica directa en pacientes dados de alta en mayores de 65 años<sup>5</sup>.

3 Boushon B, et al. (2012) How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Disponible en: [www.IHI.org](http://www.IHI.org).

4 OMS (2012). Caídas. Suiza: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>

5 Harrington L., Luquire R., Vish N., Winter M., Wilder C., Houser B., Pitcher E., Qin H.; Meta-analysis of fall-risk tools in hospitalized adults; *Journal of Nursing Administration* (2010) 40:11 (483-488). Date of Publication: November 2010





## 2. OBJETIVO GENERAL

16



IR AL ÍNDICE



Fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones.







## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

18



IR AL ÍNDICE



- Identificar los errores o fallas más comunes que pueden ocasionar caídas durante la atención.
- 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 durante el proceso de atención.
- Detectar cuales son las fallas en la atención 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.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de aparición de caídas en las instituciones.
- Presentar las experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.





# 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

20



IR AL ÍNDICE



**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.<sup>6</sup>

**ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.<sup>7</sup>

**INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.<sup>8</sup>

**FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.<sup>9</sup>

6 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

7 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

8 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).a

9 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

**FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre **durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud** (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) <sup>10</sup>

**FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)<sup>11</sup>

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

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

<sup>10</sup> Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

<sup>11</sup> Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).



**FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).<sup>12</sup> Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** como el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** como las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

<sup>12</sup> Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

- **Ambiente:** cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** como las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** como las situaciones **externas** a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

**INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.<sup>13</sup>

**CAÍDA:** la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad<sup>14</sup>. Para el tema que nos convoca en el presente paquete instruccional, ocurre con ocasión de la atención en salud.

**RIESGO DE CAÍDA:** se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.<sup>15</sup>

13 [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos\\_para\\_Implementaci%C3%B3n\\_de\\_Pol%C3%ADtica\\_de\\_Seguridad\\_del\\_Paciente.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf) consultado el 4 de diciembre de 2014

14 OMS (2012). Caídas. Suiza: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>

15 Tomado de la versión 1 del presente paquete instruccional

**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 tienen efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la estabilidad o la marcha.
- **Prótesis:** extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.
- **Multifactorial:** debido a la 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 acostada.

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

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 2](#))



# 5. ESCENARIO PROBLÉMICO

26



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE





---

## ¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

---

¿Por qué es importante prevenir las caídas durante el proceso de atención en salud?

¿Cuál es el costo adicional de las caídas durante el proceso de atención en salud?

¿Cuál es la tasa de prevalencia relacionada con las caídas en los pacientes?

¿Qué tipo de complicaciones están relacionadas como consecuencia de las caídas?

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar caídas durante la atención?

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar caídas durante la atención?

¿Cuáles son los factores contributivos más frecuentes que conllevan a que se presenten caídas durante la atención?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 3](#))



## 6. METAS DE APRENDIZAJE

28



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición, las acciones inseguras o falla activa y ayuda a identificar las fallas latentes relacionadas con la cultura y los procesos organizacionales.
- Identifica y propone nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente.
- Implementa y aplica en su desempeño buenas prácticas (institucionales, asistenciales, las involucran al usuario y su familia y las que mejoran la actuación de los profesionales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente.
- Asume el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.





# 7. MARCO TEÓRICO

30



IR AL ÍNDICE



---

## 7.1 ANTECEDENTES

---

¿Por qué es importante prevenir las caídas durante el proceso de atención en salud? ([regresar a formulación de la pregunta](#))

Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados. Las caídas son el 32% de los reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Las caídas son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional. El 20% de las personas mayores que sufren de fractura de cadera se mueren en un año.<sup>16</sup>

Las lesiones son la quinta causa de muerte en los adultos mayores de 65 o más, después de enfermedades cardiovasculares, cáncer, infarto, y causas respiratorias. Las caídas causan 2/3 de estas muertes. La mayoría de caídas no causan la muerte pero del cinco al 10% de estas caídas resultan en serias lesiones, como fracturas o lesiones de cráneo.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> da Costa B.R., Rutjes A.W.S., Mendy A., Freund-Heritage R., Vieira E.R.; Can falls risk prediction tools correctly identify fall-prone elderly rehabilitation inpatients? A systematic review and meta-analysis; PLoS ONE (2012) 7:7 Article Number: e41061. Date of Publication: 17 Jul 2012

<sup>17</sup> Deandrea S., Bravi F., Turati F., Lucenteforte E., La Vecchia C., Negri E.; Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis; Archives of Gerontology and Geriatrics (2013) 56:3 (407-415). Date of Publication: May 2013

Por otra parte, el personal de enfermería y las familias de los pacientes tienen sentimientos de culpa y ansiedad, por lo tanto las caídas y sus consecuencias negativas representan un problema considerable en los hospitales y requieren de la implementación de una estrategia para prevenir este evento no deseado.<sup>18</sup>

### **¿Cuál es el costo adicional de las caídas durante el proceso de atención en salud?** [\(regresar a formulación de la pregunta\)](#)

Algunos estudios indican que al evaluar el costo adicional de una caída sin consecuencias serias, da como resultado US\$3.500 a precios de 2010, mientras que pacientes con al menos dos caídas su costo se eleva a US\$16.500. Las caídas con lesiones serias tienen un costo adicional de US\$27.000.<sup>19</sup>

Otros refieren que los pacientes que se caen incurren en un 35% adicional de costo, ya que sufren de lesiones físicas o muerte. El costo de las caídas en los pacientes hospitalizados puede ser mayor, ya que frecuentemente suele ser sub-reportado.

En el Reino Unido se estima que las caídas de los pacientes de UCI cuestan alrededor de 92 millones de libras por año.<sup>20</sup>

---

18 Coussement J., De Paepe L., Schwendimann R., Denhaerynck K., Dejaeger E., Milisen K.; Interventions for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: A systematic review and meta-analysis; Journal of the American Geriatrics Society (2008) 56:1 (29-36). Date of Publication: January 2008

19 Boushon B, et al. (2012) How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Disponible en: [www.IHI.org](http://www.IHI.org).

20 Idem Nota al pie Nro 14

## ¿Cuál es la tasa de prevalencia relacionada con las caídas en los pacientes? ([regresar a formulación de la pregunta](#))

Según estudios, aproximadamente del dos al 12% de pacientes experimentan una caída durante su estadía en el hospital.<sup>21</sup>

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

La tasa de prevalencia de caídas en los hospitales que atienden casos agudos es del dos al seis por ciento, en el área de rehabilitación general es del 12%, y en los hospitales de rehabilitación geriátrica es del 24 al 30%.

La alta prevalencia de caídas en los hospitales geriátricos, puede explicarse por el hecho de que los pacientes ancianos son más frágiles, están más expuestos a factores de riesgo de caerse que los jóvenes y son animados en el área de rehabilitación a ser activos físicamente e independientes e involucrarse en las actividades de rehabilitación.<sup>22</sup>

21 Idem Nota al pie Nro 16

22 Idem Nota al pie Nro 14



En pacientes hospitalizados mayores, el 50% de las caídas ocurre en los pacientes que ya se han caído una vez, esto debe advertir para generar una alerta al realizar evaluación e intervención.<sup>23</sup>

### ¿Qué tipo de complicaciones están relacionadas como consecuencia de las caídas? [\(regresar a formulación de la pregunta\)](#)

Las consecuencias directas de la caída pueden variar de lesiones menores a pequeños hematomas (28%), a severas lesiones de tejido blando 11.4% y fracturas de huesos (5%). La fractura de cadera es la complicación más seria, en 20% de los casos esta fractura lleva a inmovilidad, y de 14 a 36% de los casos lleva a muerte en un año.

Estas complicaciones usualmente resultan en estadías más largas y conllevan a un aumento en el costo del cuidado a la salud; pueden llegar a tener consecuencias legales y en unidades de rehabilitación pos infarto del miocardio las caídas pueden ascender al 42%.<sup>24</sup>

Las caídas en las personas mayores pueden causar incapacidad permanente o muerte y son particularmente susceptibles los pacientes ancianos en hospitales de rehabilitación.<sup>25</sup>

23 Oliver D., Papaioannou A., Giangregorio L., Thabane L., Reizgys K., Foster G.; A systematic review and meta-analysis of studies using the STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: How well does it work?; Age and Ageing (2008) 37:6 (621-627). Date of Publication: 2008

24 Idem Nota al pie Nro 16

25 Idem Nota al pie Nro 14

## ¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar caídas durante la atención? (regresar a formulación de la pregunta)

- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto, por turno.
- Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias y tenga cinturones de seguridad.
- Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos, etc). Revisar cada 12 horas.
- Mantener ordenada la habitación aseada, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables, etc). Se recomendará utilizar los armarios. Revisar cada 12 horas.
- Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización).
- Facilitar que el baño esté accesible y con asideros.
- El paciente debe de tener accesible en todo momento el timbre de llamada y el teléfono. Por turno.
- Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente. Por turno.
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante. Por turno.

- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática.
- En pacientes con dificultades de comprensión del idioma, contactar con servicios de traducción disponibles.
- Orientar sobre el espacio y ambiente físico de la unidad en la que se encuentre cada 8 horas.
- Educar al paciente y/o cuidadores sobre las normativas y recomendaciones del hospital. Al ingreso, el personal asistencial informará al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevención de caídas, Cada 48 horas les recordará dichas recomendaciones.
- Todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir educación sobre el riesgo de caídas, Por turno se implicará al paciente, familia y/o cuidador en los cuidados.<sup>26</sup>

### ¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar caídas durante la atención? (regresar a formulación de la pregunta)

Los hospitales se enfocan en la valoración y en buscar herramientas para prevenir las caídas; pero la verdadera búsqueda debería centrarse en los factores de riesgo que producen las caídas; algunos autores recomiendan que sería mejor evaluar en

<sup>26</sup> Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados CHUA. junio 2012, \*RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.



todos los pacientes los factores de riesgo de caídas y realizar un tratamiento y una minimización del riesgo para cada uno de éstos.

El personal y las organizaciones deben ser conscientes de las limitaciones de las herramientas para evaluar riesgos, sin dejarse seducir de lo atractivo que puede ser la solución del problema de caídas, a través de éstas.<sup>27</sup>

Un estudio en el cual se le suministró vitamina D en la dieta a pacientes mayores con problemas en deficiencia de vitamina D y reducción en la función en el sistema músculo esquelético demostró una reducción en el 49% de las caídas en el grupo que se intervino.

Otros estudios examinaron el efecto de aplicar una identificación como un brazalete para identificar fácilmente los pacientes en riesgo de caídas y un sistema de alarma en la cama, conectado al centro de enfermería el cual se activa cuando un paciente en riesgo de caída se sienta en la cama.

Algunos estudios más realizan intervenciones apropiadas para cada factor de riesgo identificado; por ejemplo: en pacientes con problemas de movilidad se realiza

<sup>27</sup> Idem Nota al pie Nro 21

un programa de ejercicios y en pacientes que se sospechó que usan medicamentos que aumentaban el riesgo de caerse se revisó la prescripción y se clasificaron los pacientes como de alto y bajo riesgo para las caídas. A los pacientes de alto riesgo de caídas se les aplica una evaluación de factores de riesgo y se realizaron intervenciones.

También se evidenció que, cuando los pacientes identificados en alto riesgo se encuentran acompañados, las caídas disminuyen el 100%. Asimismo, todo el personal médico debe incluirse en la prevención de las caídas, destacándose que las/os enfermeras/os tienen un rol central. La entrega de información de los diferentes centros comunitarios o sitios de residencia a los hospitales de atención de urgencia, puede disminuir la duplicación innecesaria de las evaluaciones del riesgo y facilitar continuar con las intervenciones que se estén llevando.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Idem Nota al pie Nro. 16

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 4\)](#)

---

## 7.2 JUSTIFICACIÓN

---

Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente, con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir las caídas durante la atención en salud, se presentan a continuación tanto las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con éste tipo de evento adverso así como las prácticas seguras para prevenirlas durante la atención.

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 1 [\(regresar al escenario problemático\)](#)

SIGUIENTE FALLA



40

1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)



# Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

## Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral.
- Ausencia de programas de inducción y reinducción a todo el personal.
- Ausencia de programas de educación continuada al personal asistencial con énfasis en seguridad del paciente y buenas prácticas que incluya evaluación de su adherencia a las políticas institucionales.
- No educar al personal para informar tipo de riesgo y antecedentes cada vez que haya cambio de turno.
- No implementación de rondas de seguridad.
- Políticas inadecuadas de contratación y de manejo de personal temporal y flotante.
- Ausencia de políticas o procedimientos para reemplazo de personal incapacitado.

## Contexto Institucional

- Inadecuada valoración del riesgo desde el lugar de origen (casa, ancianato, hogar comunitario) .

## Individuo

- Ausencia de habilidades y competencias para desarrollar la herramienta de identificación del riesgo.
- Fatiga de personal.
- Inadecuada implementación de la herramienta de valoración del riesgo de caídas.
- Falta de experiencia del personal que realiza el procedimiento.
- Personal asistencial que no se adhieren a las herramientas y los protocolos institucionales.
- Omisión en la aplicación de protocolos y herramientas.
- Omisión de información de antecedentes de caídas.
- Salud física y mental deficiente.

## Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento de valoración.
- Ausencia de personal de soporte.
- Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo.
- Ausencia de supervisión al personal en formación
- Deficientes herramientas de comunicación que indiquen la valoración realizada.
- Estructura del equipo de trabajo deficiente.

## Paciente

- Edad mayores de 60 años y menores de 5 años.
- Patología: paciente con problemas mentales, uso de medicamentos (que afecten la lucidez del paciente).
- Pacientes con limitaciones o problemas de origen motor que dificulten la marcha.
- Personalidad (actitud resistente, agresiva o temerosa).
- Complejidad de salud (enfermedades neurológicas, epilepsia, cardiacas).
- Uso de medicamentos que afecten el estado de conciencia.

## Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos para valoración de riesgo.
- Ausencia de políticas para inducción y reinducción del personal incluido el personal en formación.
- Ausencia de herramienta para evaluación y formulación del nivel de riesgo: leve, moderado, alto.

## Ambiente

- Ausencia de condiciones de infraestructura que dificultan el cumplimiento de protocolos para la prevención de las caídas.
- Hacinamiento.
- Inadecuado clima laboral.
- Patrón de turnos inadecuado.
- Cantidad de personal insuficiente respecto a la demanda de usuarios del servicio.

## FALLAS LATENTES



## Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

### HUMANAS

- Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo de caídas.
- Comprobación de la pertinencia de la herramienta con un familiar y/o cuidador cuando sea posible.
- Comunicar al personal asistencial que interviene en la atención del riesgo.
- Educar al paciente para que informe los antecedentes de caída cada que haya cambio de turnos.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo.

### FÍSICAS

- Suministro de la herramienta de valoración de riesgo de caída.
- Identificación con códigos de colores de acuerdo al tipo de riesgo.
- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente.

### NATURALES

- Garantizar condiciones de infraestructura que permitan la aplicación de protocolos de valoración y ubicación de acuerdo al resultado de la misma.
- Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería.

### ADMINISTRATIVAS

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos de valoración del riesgo.
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal encargado de realizar las valoraciones.
- Creación de una cultura de seguridad integrando al paciente y personal asistencial en las practicas seguras.
- Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de caídas.
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación de actividades de valoración.
- Vigilancia activa a través de rondas de seguridad.
- Supervisión (de la herramienta) de la valoración de riesgo de caídas realizada a los pacientes.
- Capacitar a los miembros del equipo de salud en técnicas de comunicación efectiva y trabajo en equipo

### TECNOLÓGICAS

- Utilización de brazaletes de colores y con códigos de barras.
- Signos de alerta y restricciones de software que impidan el diligenciamiento de la historia clínica, si no se ha realizado completamente la valoración de riesgo al ingreso del paciente.

## PRÁCTICAS SEGURAS



# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

## Falla activa No. 2 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

## Falla Activa No.2 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

### Organización y Gerencia

- Ausencia del cronograma de mantenimiento preventivo del mobiliario.
- Deficientes políticas institucionales para el plan de compras.
- Insuficiente personal para la atención de los pacientes.
- No evaluación de programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a Personal temporal y flotante.

### Individuo

- Omisión en la adherencia a los protocolos institucionales para la inmovilización de los pacientes.
- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento.
- Deficiente capacitación del personal que realiza el procedimiento.
- Deficiente o nulo entrenamiento a los familiares y acompañantes en el autocuidado.

### Paciente

- Estado de confusión, desorientación y/o alucinación.
- Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos.
- Alcoholismo y/o drogadicción.
- Actitud resistente, agresiva o temerosa.

### Equipo

- Inadecuada comunicación.
- Inadecuadas herramientas de trabajo en equipo.
- Ausencia de personal de soporte.
- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.

### Tarea y tecnología

- Inadecuados dispositivos para la inmovilización.
- No enseñanza de la adecuada realización del procedimiento.
- Falta de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario a utilizar.
- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos para la prevención de caídas.
- No capacitación en nuevas tecnologías.
- Ausencia de áreas adecuadas para la ejecución de procedimiento.

### Ambiente

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados)
- Hacinamiento.
- Deficiencias en infraestructura física de la entidad.

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

### HUMANAS

- Educación a pacientes y cuidadores.
- Alternativas a las contenciones y/u otros dispositivos de inmovilización.  
- Dibardino D., Cohen E.R., Didwania A.; Meta-analysis: Multidisciplinary fall prevention strategies in the acute care inpatient population; Journal of Hospital Medicine (2012) 7:6 (497-503). Fecha de Publicación: Julio – Agosto 2012
- Reevaluación de los factores de riesgo de caídas del paciente tras una caída.  
- Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados CHUA. junio 2012, \*RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
- Adherencia a protocolos institucionales de inmovilización.

### ADMINISTRATIVAS

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos.
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal.
- Diseño o adopción de protocolos de inmovilización.
- Realizar talleres de inmovilización con el personal asistencial.
- Medir indicadores relacionados con la frecuencia e impacto de las caídas asociadas a la atención en salud.

### FÍSICAS

- Valoración y modificación del entorno es una estrategia de prevención.  
- Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados CHUA. junio 2012, \*RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
- Disponer de los sujetadores adecuados.
- Contar con barandillas resistentes en las camas.
- Adecuaciones de infraestructura para permitir mayor circulación y monitoreo a los pacientes inmovilizados.
- Disponer de entornos seguros: agarraderas en baños y duchas, llamado de enfermería en cama y baños, antideslizantes, uso de insumos para limpieza no riesgosos.

### NATURALES

- Ubicar a pacientes inmovilizados cerca al puesto de enfermería.

### TECNOLÓGICAS

- Disponibilidad de todos los insumos necesarios para la ejecución del procedimiento.
- Programa interactivo para simulacros de inmovilización.
- Disponibilidad de la escala de calificación de los riesgos de caída para cada paciente.

## PRÁCTICAS SEGURAS

- Dibardino D., Cohen E.R., Didwania A.; Meta-analysis: Multidisciplinary fall prevention strategies in the acute care inpatient population; Journal of Hospital Medicine (2012) 7:6 (497-503). Fecha de Publicación: Julio – Agosto 2012  
- Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados CHUA. junio 2012, \*RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 3 ([regresar al escenario problémico](#))



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)



## Falla Activa No.3 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

### Organización y Gerencia

- Ausencia del cronograma de mantenimiento preventivo del mobiliario utilizado para movilizar el paciente.
- Deficientes políticas institucionales para el garantizar los insumos necesarios.
- Insuficiente de personal para la atención de los pacientes.
- No evaluación de programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a Personal temporal y flotante.
- Falta de adecuación de espacios que permitan la circulación de los pacientes.

### Contexto Institucional

- Normatividad cambiante respecto a la infraestructura y/o limitantes de adecuación Ejemplo: lugares patrimonio histórico, uso del suelo.

### Individuo

- Omisión en la adherencia a los protocolos institucionales para la inmovilización de los pacientes.
- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento de inmovilización.
- Deficiente capacitación del personal que realiza el procedimiento de inmovilización o identificación de riesgos.

### Tarea y tecnología

- Falta de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario (camas, camillas, sillas de ruedas).
- No entrenamiento en la adecuada realización del procedimiento de inmovilización.
- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos.
- Limitación de los recursos adecuados necesarios para la movilización de acuerdo a sus condiciones particulares (rodillos, sillas de ruedas, camillas).

### Ambiente

- Inadecuado clima laboral.
- Infraestructura no adecuada para la movilización (pasillos angostos, áreas resbaladizas, áreas poco iluminadas).

### Paciente

- Edad mayores de 60 años y menores de 5 años.
- Patología: paciente con problemas mentales, uso de medicamentos (que afecten la lucidez del paciente).
- Pacientes con limitaciones o problemas de origen motor que dificulten la marcha.
- Personalidad (actitud resistente, agresiva o temerosa).
- Complejidad de salud (enfermedades neurológicas, epilepsia, cardíacas).
- Uso de medicamentos que afecten el estado de conciencia.
- Exceso de confianza en si mismo.

- Guía de Referencia Rápida Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Disponible en: [http://www.isssteags.gob.mx/guias\\_praticas\\_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf](http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf)

### Equipo

- Personal insuficiente.
- Falta de comunicación y apoyo.
- Ausencia de personal de soporte.
- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.

## FALLAS LATENTES



## Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

### HUMANAS

- Educar e ilustrar 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 moverse sin supervisión del personal asistencial.
- Adherencia a protocolos institucionales de movilización.

### ADMINISTRATIVAS

- Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos.
- Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal.
- Diseño o adopción y socialización de protocolos de movilización.
- Realizar capacitación y talleres de movilización adecuada con el personal asistencial.

### FÍSICAS

- Garantizar que las camas puedan moverse a voluntad del personal de salud (cabecera, pies, ascender, descender, y óptimos rodamientos).
- Garantizar la dotación de los insumos adecuados para la realización de la movilización del paciente (sábanas, rodillos, sillas de ruedas, camillas, barandas).

### TECNOLÓGICAS

- Dotación de los equipos necesarios para la correcta movilización de los pacientes.
- Contar con simuladores para las capacitaciones.
- Disponer de material educativo en la página web, intranet y extranet que facilite el proceso educativo tanto para el personal asistencial como para el paciente y sus cuidadores.

### NATURALES

- Velar por que las condiciones de infraestructura estén adecuadas a las necesidades de movilización (espacios, iluminación, antideslizantes).
- Garantizar áreas exclusivas para la movilización de los pacientes.

## PRÁCTICAS SEGURAS

# 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

## Falla activa No. 4 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

## Falla Activa No.4 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

### Organización y Gerencia

- Sobrecarga de trabajo.
- Ausencia de políticas para la elaboración de guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos.
- Políticas o procedimientos inadecuados para reemplazo de personal incapacitado.
- Inadecuadas políticas de entrenamiento en el puesto de trabajo.
- Insuficiente de personal para la atención de los pacientes.
- Inadecuado ambiente laboral.
- Ausencia de políticas de contratación de personal y medición de la capacidad instalada.
- Ausencia de programas de capacitación, actualización, educación continuada y supervisión.

### Contexto Institucional

- Normatividad deficiente
- No autorizaciones de procedimientos por aseguradoras, Secretarías Departamentales, Distritales o Locales de Salud.

### Individuo

- Exceso de confianza.
- Omisión de las actividades de acompañamiento al paciente.
- Falta de experiencia.
- Fatiga, cansancio, stress
- No adherencia a los protocolos de acompañamiento para los pacientes identificados como de alto riesgo.
- Personal en formación.

### Tarea y tecnología

- Desorden en el espacio y las actividades programadas.
- Desconocimiento de la adecuada realización del procedimiento.
- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos para la prevención de caídas.

### Ambiente

- Cantidad de personal insuficiente con respecto a la demanda del servicio.
- Patrón de turnos inadecuado.
- Clima organizacional deficiente.
- Deficiente condiciones del ambiente físico (luz, ruido, espacios)

### Paciente

- Edad mayores de 60 años y menores de 5 años.
- Patología: paciente con problemas mentales no informados y/o, uso de medicamentos (que afecten la lucidez del paciente).
- Paciente sin apoyo familiar o de cuidadores.
- Personalidad (actitud resistente, agresiva o temerosa).
- Complejidad de salud (enfermedades neurológicas, cardíacas).

### Equipo

- Comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo.
- Falta de supervisión de las actividades.
- Ausencia de disponibilidad de soporte.
- Inadecuada comunicación verbal y escrita.
- Estructura del equipo de trabajo deficiente.

## FALLAS LATENTES

## Falla Activa No.4 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

### HUMANAS

- Adherencia de personal a protocolos, guías de práctica clínica y de hospitalización.
- Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo.
- Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar y/o cuidador responsable del paciente.
- Adherencia de personal a protocolos, guías de práctica clínica y de consulta externa.

### FÍSICAS

- Identificación con barras de colores o de códigos de barras a los pacientes con riesgo alto.
- Disponibilidad de la herramienta para valoración del riesgo.
- Ubicación de asideros en lugares claves para el paciente (baños, escaleras, corredores).
- Disponibilidad de equipos que faciliten la comunicación entre el personal de atención y el paciente.

### ADMINISTRATIVAS

- Diseño de instrumento para valorar el riesgo de caídas.
- Educar al personal para informar el tipo de riesgo y los antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno.
- Supervisión de la herramienta de valoración de riesgo de caídas.
- Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de caídas.
- Implementar un programa institucional de educación continuada dirigido al personal asistencial.
- Capacitar a los miembros del equipo de salud en técnicas de comunicación efectiva y trabajo en equipo.

### NATURALES

- Ubicación cercana del paciente en alto riesgo al puesto de enfermería.

### TECNOLÓGICAS

- Disponibilidad de llamados y timbres para los pacientes en habitaciones y baños.

## PRÁCTICAS SEGURAS

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 5](#))



---

## 7.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN [\(regresar al escenario problémico\)](#)

---

### 7.4.1 Mecanismos de monitoreo.

Dentro de los mecanismos de monitoreo se definen varias estrategias transversales que pueden consultarse en el paquete [“monitorear aspectos claves de la seguridad del paciente”](#).

### 7.4.2 Indicadores.

- Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas.
- Proporción de caídas de pacientes.
- Adherencia al protocolo de prevención de caídas.

**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE **PROPORCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE.**

DOMINIO Gestión del Riesgo.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR Número de caídas.

DENOMINADOR Número pacientes hospitalizados x 100 pacientes.

UNIDAD DE MEDICIÓN Relación porcentual.

FACTOR 100

FÓRMULA DE CÁLCULO  $\text{Numerador} / \text{denominador} * 100$

**ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE **ADHERENCIA AL PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS.**

DOMINIO Seguridad.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

NUMERADOR Criterios cumplidos.

DENOMINADOR Criterios a cumplir x100

UNIDAD DE MEDICIÓN Relación porcentual.

FACTOR 100

FÓRMULA DE CÁLCULO  $\text{Numerador} / \text{denominador} * 100$

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PROPORCIÓN DE PACIENTES A QUIENES SE LES IDENTIFICA EL RIESGO DE CAÍDAS.
DOMINIO	Gestión del Riesgo.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas.
DENOMINADOR	Total de pacientes hospitalizados X100
UNIDAD DE MEDICIÓN	Relación porcentual.
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\text{Numerador} / \text{denominador} * 100$



# 8. APROPIACIÓN

55



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



A continuación se presenta un caso a ser desarrollado por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto, este caso fue construido basándose en situaciones reales identificadas en organizaciones de nuestro país.

Lea con atención el caso. Todas las respuestas se encuentran al aplicar los conceptos y en la información suministrada en el mismo, revise cada opción de respuesta, analícela a la luz de los conceptos y del caso mismo, finalmente seleccione la respuesta que considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones corresponderían a la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarlas.



# PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

## CASO 1

Paciente de 76 años que ingresa al servicio de urgencias, sin acompañante, por cuadro de dificultad respiratoria, se deja en observación para manejo médico, con oxígeno, antibiótico y toma de paraclínicos como TAC, por sospecha de un tromboembolismo pulmonar. La paciente refiere estreñimiento por lo que se inicia tratamiento con enema, a las dos hora asiste al baño sola y presenta caída con trauma craneoencefálico leve, a los 20 minutos en la entrega de turno el personal de enfermería asiste al paciente en el baño encontrándola estuporosa, GLASGOW 6/15; es trasladada a TAC urgente y UCI adulto donde permanece ventilada durante 2 días y muere.

### INVESTIGACIÓN:

El comité de seguridad se reúne de inmediato por ser un evento adverso centinela e inicia la investigación. A continuación se describe lo actuado previo a la citación al comité de seguridad:

El referente de seguridad llama a entrevista al coordinador médico de urgencias para preguntar el desarrollo del evento interrogando de la siguiente forma:

**Referente:** ¿a la paciente se le clasificó el riesgo de caída en el momento del ingreso?

**Coordinador médico:** No había disponibilidad de manilla.

**Referente:** ¿por qué razón no había manilla?

**Coordinador médico:** porque se olvidó solicitarlas.

Posteriormente el referente realiza entrevista con enfermera jefe de turno.

**Referente:** ¿usted conoce el procedimiento y las fechas para la solicitud de las manillas?

**Enfermera de turno:** Doctor yo soy nueva y no conozco ese proceso.

**Referente:** ¿usted recibió inducción?

**Enfermera de turno:** Está programada para la próxima semana.

A continuación se realiza entrevista con la coordinadora de enfermería de urgencias para evaluar posibles fallas en la infraestructura:

**Referente:** ¿en los baños se cuenta con antideslizantes, timbre de llamado, barandas de apoyo?

**Coordinador de enfermería:** sí hay timbre, pero en ese baño no funciona, no contamos con antideslizantes y las barandas de apoyo se han solicitado y no las han entregado.

**Referente:** ¿se solicitó los antideslizantes y el arregló del timbre de llamado?

**Coordinador de enfermería:** sí, hace mas de un año.

Se contacta con el coordinador administrativo responsables de las compras

**Referente de seguridad:** ¿por qué no se ha autorizado la compra solicitada de hace un año de los antideslizantes y el arreglo del timbre de llamado?

**Coordinador administrativo:** a mi nunca me llegó ese pedido

El referente de seguridad vuelve al servicio de urgencia y pregunta a la coordinadora de enfermería de urgencia.

**Referente:** ¿cómo se aseguró usted de que el pedido fue recibido o cómo le ha hecho seguimiento?

**Coordinadora:** yo no tengo autoridad para esto, solo lo envío.

**Referente:** ¿quién es el responsable de hacer seguimiento?

**Coordinadora:** mi jefe

El referente se dirige donde el jefe (Coordinador de departamento)

**Referente:** ¿usted es responsable del seguimiento a los pedidos?

**Coordinador de departamento:** sí, pero no puede pretender que revise todos los pedidos cuando tengo mil funciones que hacer y si la jefe no me recuerda, muy difícil.

## ANÁLISIS

Para este caso en particular se ha invitado al comité al coordinador administrativo y la coordinadora de enfermería.

El comité de seguridad se reúne e inician con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

**FALLA ACTIVA: falta de acompañamiento y monitoreo al paciente (paciente acude sola al baño).**

FACTORES CONTRIBUTIVOS	TIPO
Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente.	Individuo.
No disponibilidad de manillas para la identificación de los pacientes.	Ambiente.
No adherencia al procedimiento de solicitud de manillas.	Individuo.
Mantenimiento deficiente de la infraestructura.	Ambiente.
Fallas en la comunicación entre el personal a cargo del paciente.	Equipo de trabajo.
Olvido de solicitud de manillas.	Individuo.

Mala ejecución del programa de inducción; inicio de labores sin recibir inducción ni capacitación.	Organización y gerencia.
No realizar seguimiento a los pedidos, omisión de los procedimientos.	Equipo de trabajo.
Sobrecarga laboral.	Ambiente.
Errores en la comunicación y seguimiento o monitorización.	Individuo.

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

[\(Si desea conocer la escala y el procedimiento haga clic aquí\)](#)



## PREGUNTAS

1. Teniendo en cuenta las condiciones de la paciente y la disponibilidad de los recursos usted considera que la falla activa principal es la omisión en:
  - a. Falta de acompañamiento y monitoreo al paciente (paciente acude sola al baño).
  - b. Los arreglos de la infraestructura que generó una condición insegura innecesaria al paciente.
  - c. Las indicaciones a la paciente acerca de la ayuda que debía solicitar por parte del equipo de salud.
  - d. La vigilancia a la paciente para acudir más rápidamente a su auxilio posterior a la caída.
2. Seleccione cuatro integrantes para el equipo de investigación y el comité de seguridad para el presente caso, justifique sus respuestas

FACTORES CONTRIBUTIVOS	SI	NO	TIPO
a. Director médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Coordinador de calidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Coordinador de urgencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Coordinador de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Sub gerente administrativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Jefe de enfermería de turno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Coordinador de talento humano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Jefe de compras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Establezca dos barreras tendientes a controlar los riesgos del presente caso y clasifíquelas

BARRERA	EXPLICACIÓN	CLASIFICACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si desea conocer si su respuesta es correcta diríjase a la sección de [“Evidenciar los Resultados”](#)



# 9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

64



---



MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE



## Pregunta No 1.

### Selección correcta:

a. Los demás factores son contributivos en las condiciones que se da la atención, sin embargo, en el caso puntual se debió acompañar y monitorear a la paciente durante el proceso de atención.

### Selección incorrecta:

b. Los arreglos en la infraestructura son claves en el presente caso más sin embargo con esas condiciones se debió extremar las alertas sobre los pacientes.

c. Si bien es cierto que la paciente debe colaborar en su manejo, no es responsabilidad de ella el control de los riesgos.

d. La vigilancia sobre la paciente es adecuada pero de una forma preventiva y no reactiva frente al accidente.

2. Seleccione cuatro integrantes para el equipo de investigación y el comité de seguridad para el presente caso, justifique sus respuestas

FACTORES CONTRIBUTIVOS	SI	NO	TIPO
a. Director médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Coordinador de calidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Coordinador de urgencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Coordinador de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Sub gerente administrativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Jefe de enfermería de turno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Coordinador de talento humano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Jefe de compras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Selección correcta:**

a. **El director médico:** usualmente es uno de los miembros permanentes del comité al ser representante de los procesos misionales.

b. **El coordinador de calidad,** por ser quien coordina y hace seguimiento de las acciones concertadas y estar inmersas las condiciones de habilitación mínimas para la prestación de los servicios.



- c. **El coordinador de urgencias** por ser el servicio donde se presenta el evento.
- d. **Coordinador de enfermería**, pues no solo debe responder por las acciones del equipo humano en el momento sino por la gestión frente a insumos indispensables en la atención.
- e. **Sub gerente administrativo** por el desabastecimiento de las manillas.
- f. El **jefe de enfermería** de turno es importante en cuanto al conocimiento del caso.
- g. **El coordinador de talento humano** es importante en cuanto a la identificación de los perfiles y el cumplimiento del programa de capacitación.
- h. **El jefe de compras** responde por las manillas e insumos.



# 10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

68



---

 MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE



# INSTITUCIÓN DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSVELT. [\(regresar Marco Teórico- Antecedentes\)](#)

Implementación del Protocolo Institucional de Prevención de Caídas.

# FOSCAL: FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER

Implementación de guía para prevención del riesgo y reducción de la frecuencia de caídas.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 6](#))

INTRODUCCIÓN

IR A  
OBJETIVO  
GENERAL

IR A  
OBJETIVOS  
ESPECÍFICOS

IR A  
GLOSARIO DE  
TÉRMINOS

IR A  
ESCENARIO  
PROBLÉMICO

IR A  
METAS DE  
APRENDIZAJE

IR A  
MARCO  
TEÓRICO

IR A  
APROPIACIÓN

IR A  
EVIDENCIAR  
RESULTADOS

IR A  
EXPERIENCIAS  
EXITOSAS

IR A  
CONCLUSIONES

IR A  
ANEXOS

IR AL ÍNDICE  






# 11. CONCLUSIONES

71



IR AL ÍNDICE

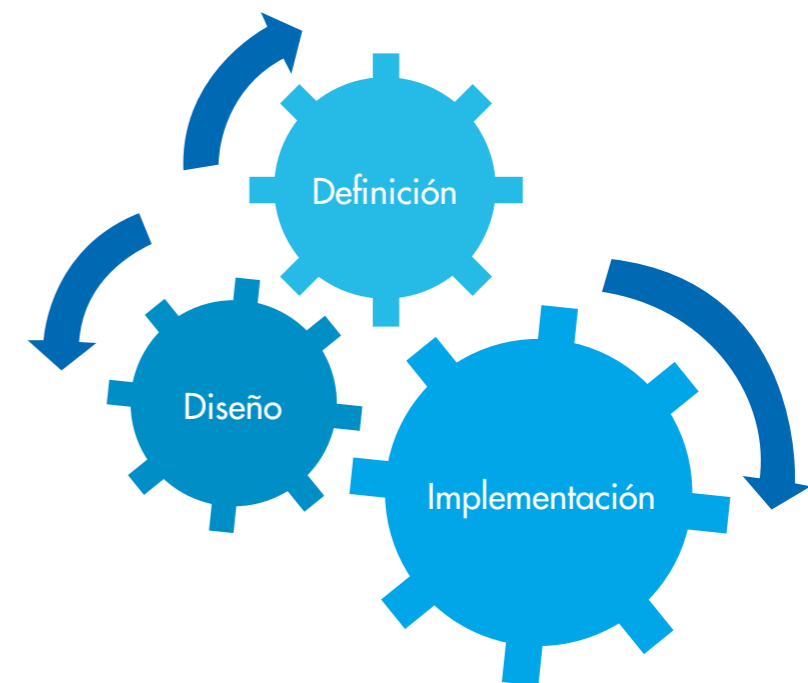


Las caídas ocurren frecuentemente durante los procesos de atención en salud y los pacientes que más se caen son los ancianos.

Cualquier herramienta a utilizar para la identificación de los riesgos de caídas deber ser válida en el lugar y población de aplicación.

Las caídas de los pacientes están asociadas con gastos adicionales originando exceso financiero y sobrecostos, además de deterioro de su estado de salud.

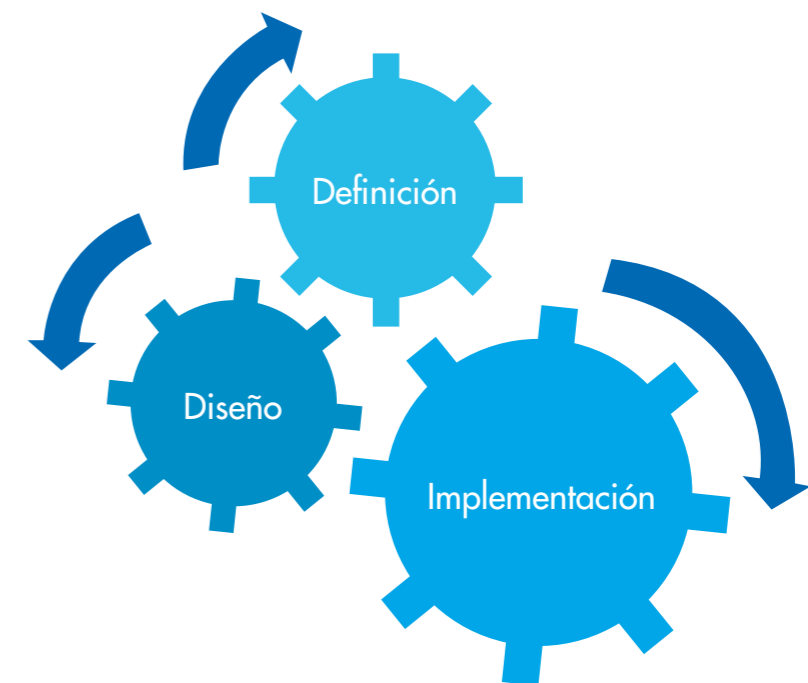
La entrega de información de los diferentes centros comunitarios o sitios de residencia a los hospitales de atención de urgencia, puede disminuir la duplicación innecesaria de las evaluaciones del riesgo y facilitar continuar con las intervenciones que se estén llevando.





Las caídas de los pacientes hospitalizados son los eventos adversos más comunes y conllevan a heridas de los pacientes, aumento de permanencia de las personas en el hospital, aumentan los costos del cuidado médico, pleitos y son focos negativos de seguridad del paciente y la calidad del cuidado de salud.

Las lesiones son la quinta causa de muerte en los adultos mayores de 65 años, después de enfermedades cardiovasculares, cáncer, infarto, y causas respiratorias.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 7](#))



# 12. ANEXOS

74



IR AL ÍNDICE



## ANEXO 1 - [CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA](#)

## ANEXO 2 - [MODELO PEDAGÓGICO: GLOSARIO DE TÉRMINOS](#) ([regresar al glosario de TÉRMINOS](#))

### PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

Tenga como premisa que el modelo inicia por la formulación de preguntas, por lo tanto se invita a que en el primer ejercicio el lector realice una lluvia de ideas dando respuesta a las preguntas que desea resolver. Una vez finalizada la lectura de los objetivos y el glosario, posteriormente debe registrarlas en una hoja de trabajo.

## ANEXO 3 - **MODELO PEDAGÓGICO: ESCENARIO PROBLÉMICO** ([regresar al escenario problémico](#))

### PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

En el abordaje de la lectura de los paquetes instruccionales, identificar el ESCENARIO PROBLÉMICO hace relación a la presentación del tema en forma de pregunta, de situación dilemática, es un problema que necesita solucionarse. Una pregunta-problema hace las veces de motor de arranque y permite dinamizar los contenidos a trabajar a través de un problema que se identifica. Implica observar, leer, analizar, reflexionar y sintetizar el ambiente del problema y construir un ESCENARIO PROBLÉMICO sobre el cual se pretende actualizar, corregir, o implementar nuevas prácticas en la atención en salud. Esta etapa implica acercarse al marco teórico y entender el problema en el contexto.

#### Ejercicio:

**Inicie con la lectura del ESCENARIO PROBLÉMICO planteado en cada paquete. Posteriormente, amplíe sus preguntas con las sugeridas en el documento, adicionando todas las demás inquietudes que surjan individualmente o en el grupo de trabajo. Regístrelas en la hoja de trabajo.**

## PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

5.1 Remítase a la lectura del paquete instruccional de seguridad del paciente y atención segura.

5.2 Remítase a la lectura del paquete de monitorio de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea tematica clínica de su interes.

Tener en cuenta en 7.3 Análisis de Causas de falles en Atención en Salud- Protocolo de Londres.

1. Lea la falla activa o accion insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.



## ANEXO 5 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ([regresar a Falla Activa](#))

En los paquetes de cada línea temática clínica, responda las siguientes preguntas.

¿Las barreras y defensas o prácticas seguras sugeridas en el documento se encuentran documentadas, socializadas, adoptadas y verificadas en la organización?

¿Se han presentado estas fallas activas o acciones inseguras en nuestra organización y han sido reportadas?

¿Conoce el personal de la institución que estas fallas activas deben ser reportadas?

¿Los factores que contribuyeron en la aparición de la falla activa o acción insegura son factores comunes en nuestra organización?

¿Se cuenta en mi organización con barreras y defensas o prácticas seguras para disminuir los factores contributivos?

¿Qué barreras y defensas debería fortalecer o implementar? (Todas las definidas por la Guía Técnica, las que después de un ejercicio de AMEF queden priorizadas)

¿Qué mecanismos de monitorio tenemos implementados en nuestra institución?

¿Qué información relevante sobre seguridad del paciente ha arrojado estos mecanismos de monitorio?

¿Cuenta la institución con indicadores que permitan monitorizar el desarrollo de las actividades en seguridad del paciente mas relevantes?

¿Cuáles son?

¿Se acercan a los recomendados en el paquete instruccional de seguridad del paciente?

¿Debería ajustarlo?

¿Cómo?

¿La redacción de los indicadores y su resultados aportan información relevante para demostrar los resultados del trabajo en seguridad del paciente?

¿Son fácilmente medibles?

¿Las fuentes de información están disponibles y son de fácil recolección?

¿Esta información puede extraerse de otro indicador con una mayor profundidad en su análisis?



## ANEXO 6 - **MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS** ([regresar a Experiencias exitosas](#))

### PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de servicios de salud con altos estándares de calidad. Frente a esta experiencia se sugiere revisar la o las preguntas problemáticas para tratar de analizarlas desde ese contexto.

La inquietud es: si existiera, ¿cómo se resolvería el problema en la institución del ejemplo? Al conservar las preguntas y resolverlas en otro contexto, con el caso que nos presentan en la experiencia exitosa, se puede hacer un ejercicio de comparación de circunstancias, de modos, de oportunidades, de fortalezas y de debilidades para enriquecer el análisis del contexto propio.

¿Cómo la solucionan los otros, con qué recursos, con qué personal, en qué ambiente y en qué condiciones? ¿Qué podemos aprender de la comparación de la experiencia exitosa? ¿Cómo solucionar el problema con lo que somos y tenemos?

Por lo tanto los invitamos a apropiarse el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entre otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.

## PASO 10. CONCLUSIONES

Se invita al lector a describir sus propias conclusiones de manera concreta, que lleven a la claridad del actuar en la práctica y a responder los siguientes planteamientos.

Enumere tres acciones que ejecutará, gracias a lo aprendido en este ejercicio.

Realice un breve resumen del paso a paso para la aplicación de lo aprendido

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

- ¿Qué conocimientos tenía al inicio de la lectura y cuáles conocimientos tengo ahora?
- ¿Cómo procedía antes frente a un caso de seguridad del paciente y como debo proceder ahora que tengo los conocimientos?
- ¿Qué información relevante debo recordar y qué información debo aplicar permanentemente?
- ¿Qué errores he cometido en este proceso de aprendizaje? ¿Cómo los puedo solucionar?

Finalmente recuerde diligenciar la tabla de nivel de cumplimiento de sus metas de aprendizaje y lo que debe ejecutar para profundizar en el tema y lograr un 100% en su meta.

## ANEXO 8 - 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

### Factores de seguridad:

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
Total		

## ANEXO 8 - ESCALA DE MORSE

CRITERIO	ESPECIFICACIONES	SI	NO
Caídas Previas		*	
Medicamentos	Ninguno		
	Tranquilizantes o sedantes	*	
	Diuréticos	*	
	Hipotensores (no diuréticos)	*	
	Antiparkinsonisanos	*	
	Antidepresivos	*	
	Otros medicamentos		
Deficiencias Sensoriales	Ninguna		
	Alteraciones visuales	*	
	Alteraciones Auditivas	*	
	Extremidades( lctus, 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.			

## ANEXO 8 - ESCALA DE MORSE

- 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:

## ANEXO 8 - ESCALA DE MORSE

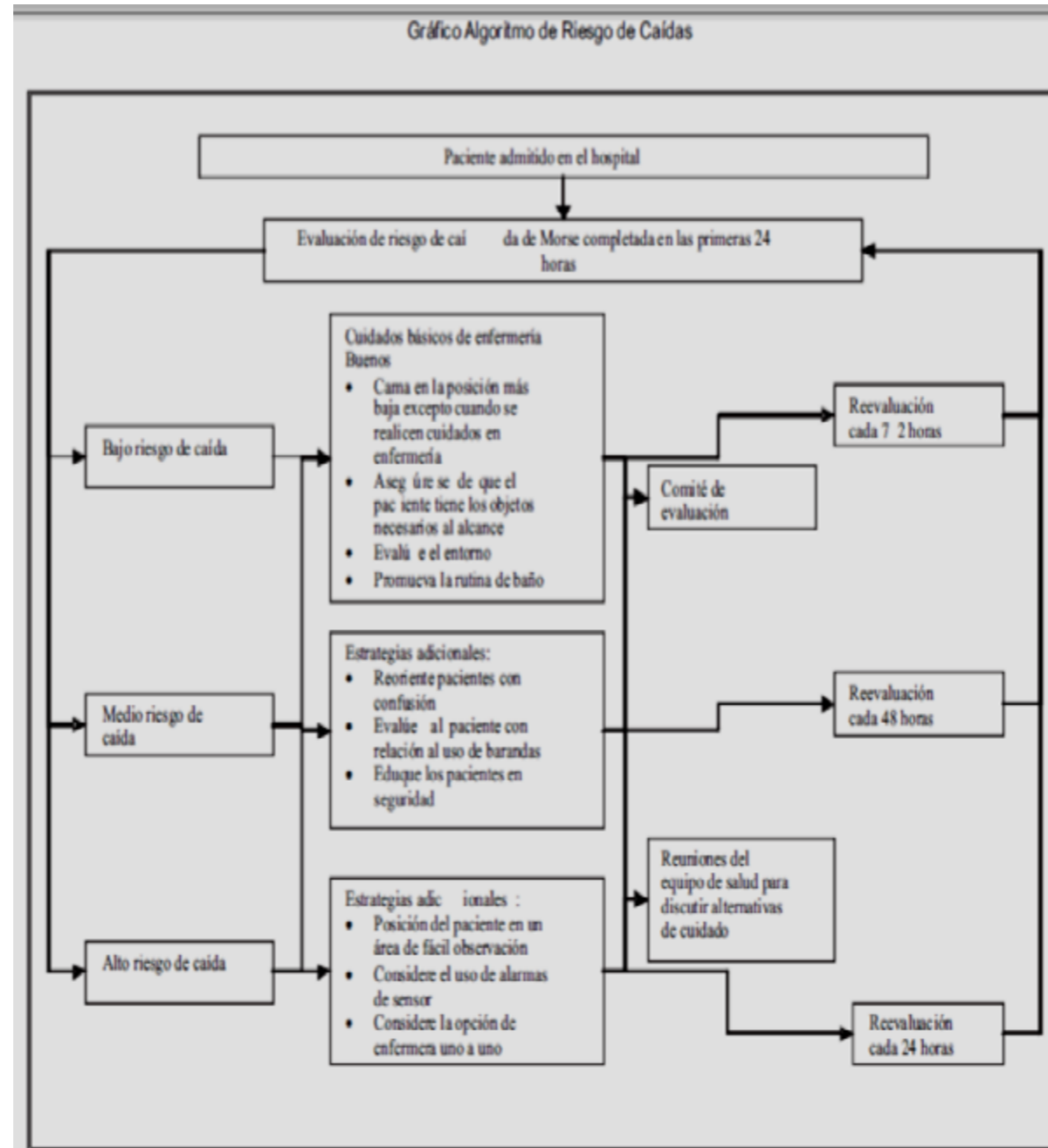
- Incorporar a la familia con pacientes obnubilados.
- Cuidadores.
- Instruya al paciente y a la familia con relación a las actividades fuera de la cama. Ejercicio y nutrición.
- Seguridad en el hogar (incluye plan de emergencia y procedimientos de notificación de caída).

### 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.

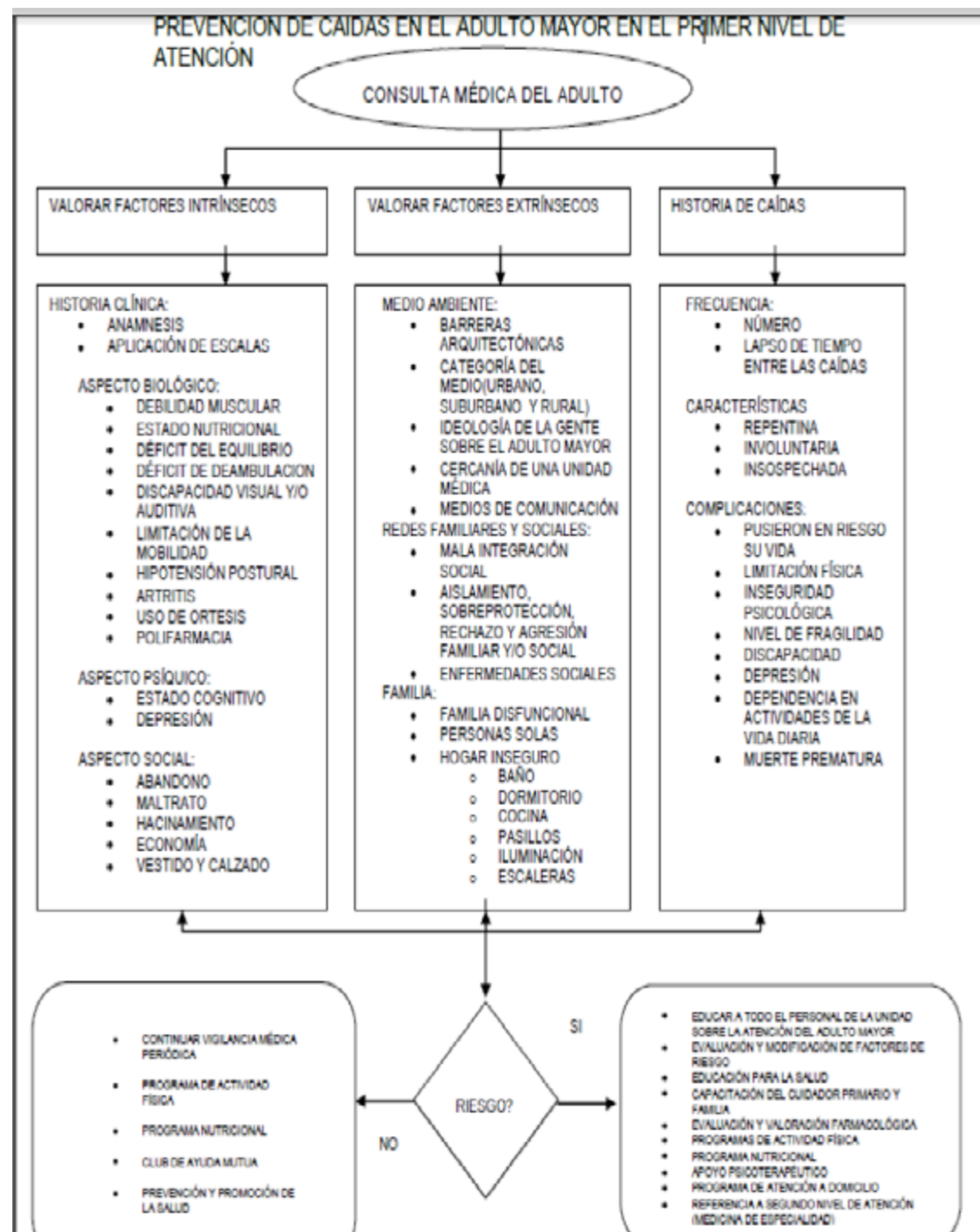


## ANEXO 9 - PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN<sup>32</sup>



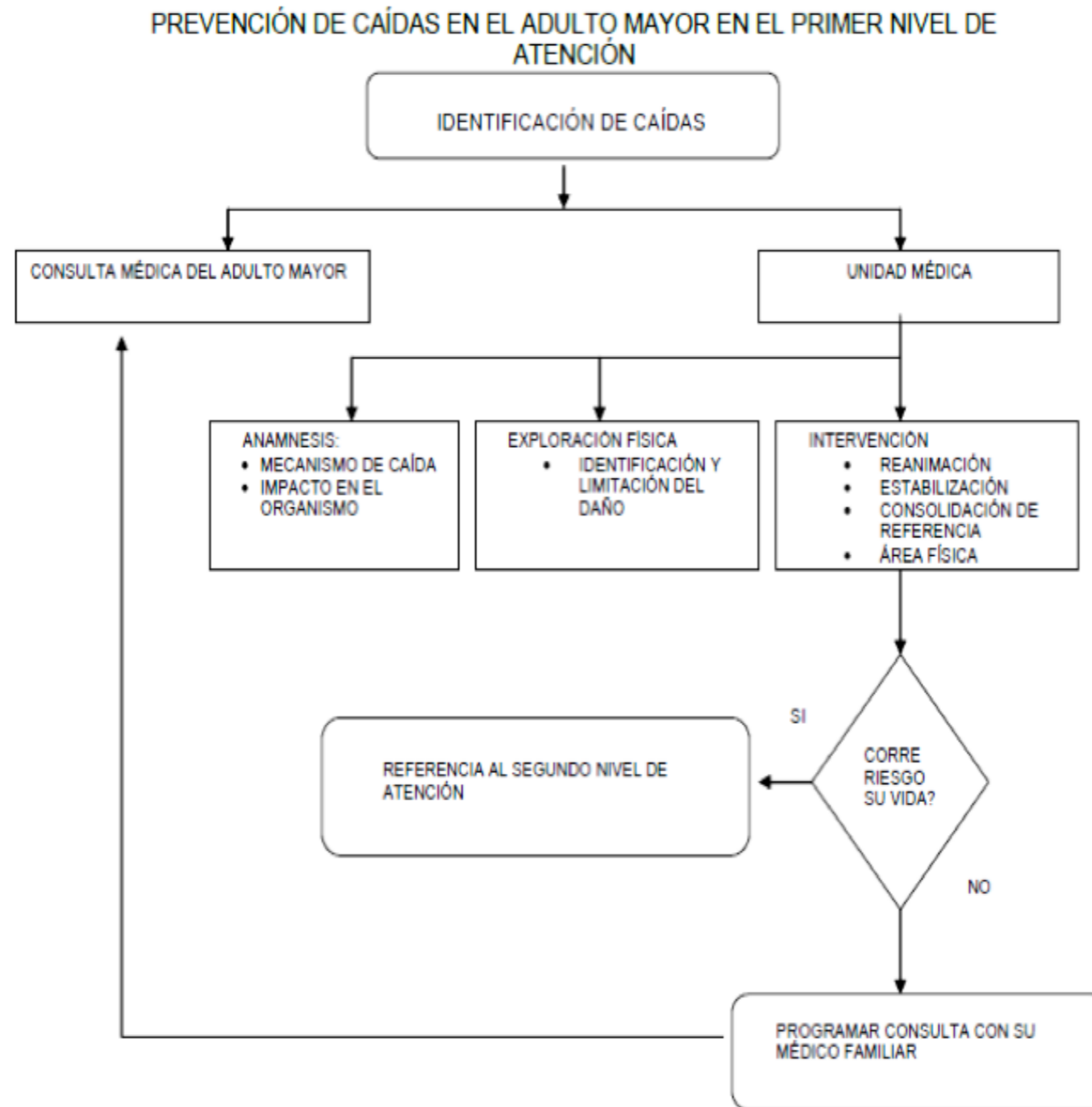
32 Guía de Referencia Rápida Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Disponible en: [http://www.isssteags.gob.mx/guias\\_praticas\\_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf](http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf)

# ANEXO 9 - PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN<sup>32</sup>



32 Guía de Referencia Rápida Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Disponible en: [http://www.isssteags.gob.mx/guias\\_praticas\\_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf](http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf)

# ANEXO 9 - PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN<sup>32</sup>



32 Guía de Referencia Rápida Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Disponible en: [http://www.isssteags.gob.mx/guias\\_praticas\\_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf](http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/ISSSTE-134-08-RR.pdf)