



Neiva, 13 Junio de 2015

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad Neiva -Huila

El (Los) suscrito(s):

LÓPEZ ROJAS YAIRA FERNANDA, con C.C. No. 1'075.276.054,

LÓPEZ SUÁREZ ANDRÉS FELIPE, con C.C. No. 1'077.868.284,

OLAYA MANRIQUE BRIYITH CATALINA, con C.C. No. 1'075.280.097,

VEGA GONZÁLEZ KARLA MARÍA, con C.C. No. 1'080.294.972,

autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS USUARIOS QUE PRESENTARON CAÍDAS REPORTADAS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD DURANTE EL AÑO 2014 EN LA CIUDAD DE NEIVA, presentado y aprobado en el año 2015 como requisito para optar al título de ENFERMEA (O); autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

• Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.



CARTA DE AUTORIZACIÓN



CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

• Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Bryth Catalina Olaya M.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Andrés Felipe López S.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Yaima Fdez I.P.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Karla Maria Vega G.



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 3

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva.

AUTOR O AUTORES:

| Primero y Segundo Apellido | Primero y Segundo Nombre |
|--|--|
| LÓPEZ ROJAS LÓPEZ SUÁREZ OLAYA MANRIQUE VEGA GONZÁLEZ | YAIRA FERNANDA ANDRÉS FELIPE BRIYITH CATALINA KARLA MARÍA |

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

| Primero y Segundo Apellido | Primero y Segundo Nombre |
|----------------------------|--------------------------|
| MOLINA SANCHEZ | LILIANA |

ASESOR (ES):

| Primero y Segundo Apellido | Primero y Segundo Nombre |
|----------------------------|--------------------------|
| MOLINA SANCHEZ | LILIANA |

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ENFERMERA (O)

FACULTAD: SALUD

PROGRAMA O POSGRADO: ENFERMERÍA

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2014

NÚMERO DE PÁGINAS: 63

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas X Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___
Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros X



SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

| | <u>Español</u> | <u>Inglés</u> | <u>Español</u> | <u>Inglés</u> |
|----|------------------|----------------|----------------|---------------|
| 1. | Eventos adversos | Adverse Events | | |
| 2. | Reportes | Reports | | |
| 3. | Usuarios | Users | | |
| 4. | Caídas | Falls | | |
| 5. | Seguridad | Safety | | |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Introducción: Al presentarse una caída se genera mayor estancia hospitalaria, costo y stress tanto para quien lo recibe como para quien lo produce.

Objetivo: Determinar características epidemiológicas de usuarios que presentaron caídas reportadas en servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante en la ciudad de Neiva durante el año 2014.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal; muestra 31 usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de salud de alta complejidad en Neiva. Información obtenida mediante documentación de reportes de eventos adversos y registros de HC, fue recolectada en un instrumento. Se tabuló y analizó en Microsoft Excel 2010.

Resultados: Los usuarios que presentaron más caídas pertenecían a la edad adulta 74%. La unidad de urgencias presentó más caídas hospitalarias 39%. El lugar más frecuente donde ocurrieron las caídas fue las camillas 39%. El 68% de los usuarios no presentaban acompañante al momento de caer y sólo el 6% de los reportes se consideraron adecuados.

Conclusión: Los usuarios que más presentaron caídas pertenecieron al ciclo vital vejez. En factores intrínsecos, las enfermedades circulatorias presentaron más caídas. En



factores extrínsecos, julio fue el mes donde más se presentaron estas. Por otra parte no existe una buena calidad del dato respecto al reporte de caídas.

Recomendación: Realizar exhaustiva aplicación de la escala Downton. Realizar una capacitación al personal sobre la buena notificación de eventos adversos y aplicar la política de seguridad del paciente de una manera adecuada.

Palabras claves: Evento adverso, caídas, reporte, usuarios.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Introduction: When falls occur it results in longer hospital stay, costs and stress for those who receive and produce it.

Objective: To determine epidemiological user's characteristics that had falls reported in hospital services of a high complexity health institution in Neiva on 2014.

Method: Descriptive, cross-sectional quantitative study; sample of 31 falls reported on a high complexity health institution in Neiva. Information obtained through documentation of adverse event's reports and records of MR, It was collected in an instrument. It was tabulated and analyzed in Microsoft Excel 2010 program.

Results: Users who presented more falls were adults with 74%. Most falls were presented on Emergency with 39%. The most common place where falls occurred was stretchers with 39%. Users who present more falls weren't unaccompanied at the time of fall with 68% and only 6% of the reports were considered adequate.

Conclusion: Most falls were presented on users that belonged to old age. In intrinsically factors, circulatory diseases had more falls. In extrinsically factors, July was the month where most falls where resented. Furthermore there is no good quality data regarding on the fall's reporting.

Recommendation: Develop a thorough implementation of Downton scale. Improve the training about good adverse event's reporting and the proper implementation of policy of patient safety.

Keywords: adverse events, falls, reports, users.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Dolly Arias Torres

Firma:

Nombre Jurado: Liliana Molina Sanchez

Firma:

Nombre Jurado: Rhonald Andres Hernandez

Firma:

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE USUARIOS QUE PRESENTARON
CAÍDAS REPORTADAS EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD, NEIVA 2014.

LÓPEZ ROJAS YAIRA FERNANDA
LÓPEZ SUÁREZ ANDRÉS FELIPE
OLAYA MANRIQUE BRIYITH CATALINA
VEGA GONZÁLEZ KARLA MARÍA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA / HUILA
2015

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE USUARIOS QUE PRESENTARON
CAÍDAS REPORTADAS EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD, NEIVA 2014.

LÓPEZ ROJAS YAIRA FERNANDA
LÓPEZ SUÁREZ ANDRÉS FELIPE
OLAYA MANRIQUE BRIYITH CATALINA
VEGA GONZÁLEZ KARLA MARÍA

Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de
Enfermera (o)

Asesora
LILIANA MOLINA SÁNCHEZ
Enfermera
Esp. Gerencia en Servicios de Salud
Candidata a Magister Enfermería

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD- PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2015

Nota de aceptación:

Excelente trabajo, fue presentado
y aprobado en plenario
cumple con los requisitos
como trabajo de grado
Felicidades.



Firma del presidente del jurado



Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios por permitirnos culminar este logro en nuestras vidas.

De igual forma, a nuestras familias por el apoyo incondicional en cada una de las metas que nos hemos propuesto y por creer en nosotros.

A la Universidad Surcolombiana por su contribución en la formación de líderes en enfermería y su educación continua en salud en Colombia.

A nuestros maestros quienes nunca desistieron al enseñarnos, y a aquellos que continuaron depositando sus esperanzas en nosotros.

A los asesores quienes estudiaron nuestra tesis y la aprobaron.

A todos los que nos apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes les debemos su apoyo incondicional.

Karla

Yaira

Felipe

Catalina

AGRADECIMIENTOS

Nuestros sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que de alguna forma, hicieron parte de este estudio y colaboraron en su culminación.

Un agradecimiento singular le debemos a la docente Enfermera Liliana Molina Sánchez, que como asesora de esta tesis, nos ha apoyado, orientado y corregido en nuestra labor científica con gran interés, entrega, paciencia y sabiduría; al docente Epidemiólogo Jorge Andrés Ramos C. quien con sus valiosos conocimientos nos asesoró y guió en nuestro inicio y metodología de la presente investigación permaneciendo interesado hasta el desarrollo y final de esta; asimismo al docente Epidemiólogo Rhonald Andres Hernandez R. quien con su respaldo desinteresado nos ayudó a plasmar nuestros resultados investigativos en diseños prácticos y de fácil entendimiento aportando sus amplios conocimientos para dar un sentido más preciso a nuestra investigación y finalmente a nuestra compañera Laura Marcela Galeano H. por su apoyo incondicional en el desarrollo de esta investigación.

Por último, agradecemos al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo por contribuir a la construcción del conocimiento y a la calidad de la atención en salud, a sus trabajadores de la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional y trabajadores de archivos clínicos sistematizados, quienes con su gran carisma, hospitalidad e interés, permitieron que nuestro proyecto fuera aplicado en dicha institución.

CONTENIDO

| | pág. |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN | 13 |
| 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 14 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 17 |
| 3. OBJETIVOS | 18 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL | 18 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 18 |
| 4. MARCO REFERENCIAL | 19 |
| 4.1 ANTECEDENTES INVESTIGAVOS RELACIONADOS CON POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: CAÍDAS | 19 |
| 4.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE | 20 |
| 4.3 PROTOCOLO DE LONDRES | 22 |
| 4.4 MODELO EPIDEMIOLOGICO DE REASON | 23 |
| 4.5 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TORNO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 24 |
| 4.6 EVENTO ADVERSO | 25 |
| 4.6.1 Tipos de evento adverso | 25 |
| 4.6.2 Factores de riesgo que causan un evento adverso | 26 |
| 4.7 CAÍDAS | 26 |
| 4.7.1 Tipos de caídas | 26 |
| 4.7.2 Consecuencias de las caídas | 28 |
| 4.8 ESCALA DE DOWNTON | 28 |
| 5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 30 |
| 6. DISEÑO METODOLÓGICO | 32 |
| 6.1 TIPO DE ESTUDIO | 32 |
| 6.2 POBLACIÓN | 32 |
| 6.2.1 Criterios de selección de la población | 32 |
| 6.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 33 |
| 6.4 ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS | 33 |

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| 7. | CONSIDERACIONES ÉTICAS | 34 |
| 8. | RESULTADOS | 35 |
| 9. | DISCUSIÓN | 42 |
| 10. | CONCLUSIONES | 45 |
| 11. | RECOMENDACIONES | 46 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 47 |
| | ANEXOS | 51 |

LISTA DE FIGURAS

| | pág. |
|--|------|
| Figura 1. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas según su ciclo vital en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 35 |
| Figura 2. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas según su sexo en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 36 |
| Figura 3. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas según unidad hospitalaria en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 36 |
| Figura 4. Diagnóstico principal de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 37 |
| Figura 5. Consumo de medicamentos relacionados a caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 37 |
| Figura 6. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 38 |
| Figura 7. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas según lugar en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 39 |
| Figura 8. Presencia de acompañante en los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 39 |
| Figura 9. Complicaciones de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 40 |

| | |
|---|----|
| Figura 10. Reporte de eventos adversos de los usuarios que presentaron caídas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 40 |
| Figura 11. Registro de eventos adversos de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 41 |
| Figura 12. Calidad del dato de eventos adversos de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014. | 41 |

LISTA DE ANEXOS

| | pág. |
|---|------|
| Anexo A. Formato de recolección de datos. | 52 |
| Anexo B. Validación del instrumento de investigación. | 53 |
| Anexo C. Acuerdo de confidencialidad. | 57 |
| Anexo D. Acta de aprobación por parte de la institución de alta complejidad. | 59 |
| Anexo E. Formato de reportes de eventos adversos e incidentes (Guía para lograr hacer la lista de chequeo). | 61 |
| Anexo F. Lista de Chequeo. | 62 |

RESUMEN

Introducción: Al presentarse una caída se genera mayor estancia hospitalaria, costo y stress tanto para quien lo recibe como para quien lo produce.

Objetivo: Determinar características epidemiológicas de usuarios que presentaron caídas reportadas en servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante en la ciudad de Neiva durante el año 2014.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal; muestra 31 usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de salud de alta complejidad en Neiva. Información obtenida mediante documentación de reportes de eventos adversos y registros de HC, fue recolectada en un instrumento. Se tabuló y analizó en Microsoft Excel 2010.

Resultados: Los usuarios que presentaron más caídas pertenecían a la edad adulta 74%. La unidad de urgencias presentó más caídas hospitalarias 39%. El lugar más frecuente donde ocurrieron las caídas fue las camillas 39%. El 68% de los usuarios no presentaban acompañante al momento de caer y sólo el 6% de los reportes se consideraron adecuados.

Conclusión: Los usuarios que más presentaron caídas pertenecieron al ciclo vital vejez. En factores intrínsecos, las enfermedades circulatorias presentaron más caídas. En factores extrínsecos, julio fue el mes donde más se presentaron estas. Por otra parte no existe una buena calidad del dato respecto al reporte de caídas.

Recomendación: Realizar exhaustiva aplicación de la escala Downton. Realizar una capacitación al personal sobre la buena notificación de eventos adversos y aplicar la política de seguridad del paciente de una manera adecuada.

Palabras claves: Evento adverso, caídas, reporte, usuarios.

ABSTRACT

Introduction: When falls occur it results in longer hospital stay, costs and stress for those who receive and produce it.

Objective: To determine epidemiological user's characteristics that had falls reported in hospital services of a high complexity health institution in Neiva on 2014.

Method: Descriptive, cross-sectional quantitative study; sample of 31 falls reported on a high complexity health institution in Neiva. Information obtained through documentation of adverse event's reports and records of MR, It was collected in an instrument. It was tabulated and analyzed in Microsoft Excel 2010 program.

Results: Users who presented more falls were adults with 74%. Most falls were presented on Emergency with 39%. The most common place where falls occurred was stretchers with 39%. Users who present more falls weren't unaccompanied at the time of fall with 68% and only 6% of the reports were considered adequate.

Conclusion: Most falls were presented on users that belonged to old age. In intrinsically factors, circulatory diseases had more falls. In extrinsically factors, July was the month where most falls where resented. Furthermore there is no good quality data regarding on the fall's reporting.

Recommendation: Develop a thorough implementation of Downton scale. Improve the training about good adverse event's reporting and the proper implementation of policy of patient safety.

Keywords: adverse events, falls, reports, users.

INTRODUCCIÓN

Con el transcurrir del tiempo se ha hecho énfasis en aspectos que anteriormente no se consideraban relevantes e importantes dentro de la práctica clínica, pues la finalidad de éstas se centraba en brindar una solución a la demanda que se presentaba. Pero dicha demanda se veía vulnerada al momento de que factores ajenos a la enfermedad intervenían de manera negativa en el proceso de atención, de esta manera se decidió crear una política de seguridad del paciente donde se habla de calidad y el factor que contrarresta dicha política al cual se le denominó evento adverso, éste último aspecto abarca muchas acciones que por comisión, omisión, imprudencia e impericia involucran al personal de salud en malas prácticas al momento de ejercer su labor.

Dentro de los múltiples eventos adversos son considerados algunos como prevenibles, que indican que se pudieron haber evitado si se hubiera realizado una práctica correcta siguiendo y salvaguardando protocolos, guías y conocimientos adquiridos en la academia; tal caso es evidente en las caídas presentadas en las instituciones de salud, es por esta razón que se decide realizar una investigación sobre caídas durante el año 2014 en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva, pues resulta de suma importancia conocer que factores hacen que haya una mayor predisposición a que ocurra dicho evento, y los múltiples factores tanto intrínsecos como extrínsecos que de alguna u otra manera influyen en los resultados.

Dicha información se recolectó de los reportes de eventos adversos y su registro en las historias clínicas mediante un instrumento que reunió aspectos importantes relacionados con el tema, todo con el fin de conocer como intervienen las fallas en la política de seguridad del usuario en dicha institución y revisar qué factores presentan mayor vulnerabilidad de ocurrencia al evento.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente, el riesgo al que están expuestos los usuarios a presentar un evento adverso en los diferentes servicios que prestan los centros de salud, son una problemática vigente de la cual se derivan múltiples inconvenientes, tanto para el que presta el servicio, como para quien lo recibe; dentro de las múltiples fallas se ha encontrado el compromiso directo del equipo de salud que junto a otros factores predisponen a la presencia de dicho evento.

Como fundamento para que este tipo de evento no se presente, se habla acerca de la Seguridad del paciente, la cual es definida por la OMS como “la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria”(1); en contraposición se encuentra el evento adverso como resultado de una atención en salud que de manera no intencional produce daño en la seguridad del paciente; en el transcurso del tiempo y específicamente en los últimos años se ha generado una creciente preocupación en el sector salud al respecto.

Dicha preocupación por el aumento de la prevalencia de eventos adversos condujo a la OMS en el 2004 a crear la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, fundamentada en objetivos como coordinar, difundir y acelerar el mejoramiento de la seguridad del paciente en todo el mundo, además de constituir un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los estados miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos, los profesionales y los grupos industriales, con el fin de minimizar riesgos y mitigar complicaciones.

Junto con esto, el estudio Español Proyecto Séneca aclara que la reducción de eventos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar; los profesionales de enfermería, dados los tipos de eventos adversos evitables, desempeñan un papel importante en los resultados en salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente (2).

Los países Latinoamericanos no son ajenos frente a esta problemática puesto que el estudio de prevalencia IBEAS realizado en 58 hospitales de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, ha sido el más representativo a nivel mundial debido al número de hospitales participantes, así como el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha; concluyó que la prevalencia de usuarios con la presencia de al menos un evento adverso fue de 10,5% (3).

Teniendo en cuenta los eventos adversos por parte de enfermería que más ocurrieron en diferentes instituciones de salud, la investigación llamada: La

participación de enfermería en la generación de eventos adversos al usuario hospitalizado desde la perspectiva bioética, realizó una encuesta en tres hospitales generales de México, de los cuales se logró observar que se presentó un 53% de incorrecta aplicación de medicamentos y 23% de daños o lesiones en caídas de usuarios, raspaduras, traumatismos, cortaduras y quemaduras (4).

En contraposición a la política de seguridad del paciente, según el estudio IBEAS las caídas pertenecen a uno de los eventos de mayor relevancia (3), éstas se consideran según la OMS como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (5), por lo tanto resulta oportuno abordar dicho tópico.

Al presentarse una caída durante la estancia intrahospitalaria se pueden encontrar posibles causas que pueden ser intrínsecas (o propias del usuario) como lo es el estado mental en el que éste se encuentra, la patología de base por la cual se le está brindando atención, la edad, o algún tipo de incapacidad, éstas aunadas a los factores extrínsecos (otros factores) como lo son la ausencia de su núcleo familiar durante el proceso de enfermedad, camillas sin barandas, suelos deslizantes, la no presencia de barandas en corredores y baños, la no adecuación para personas con incapacidad o la no señalización de zonas con riesgo de caída.

Dichas caídas repercuten en la salud de los usuarios, y posiblemente sus consecuencias puedan ir desde un simple incidente, trauma de tejidos blandos como: hematomas, eritemas o pueden ser moderadas o graves como lo es el trauma craneoencefálico moderado o severo, compromisos óseos con algún grado de discapacidad o hasta la muerte; dicho evento no sólo perjudica la salud y calidad de vida del usuario sino también a las instituciones prestadoras de servicios de salud, porque éstas tienen que asumir los costos de alargamiento de la estancia intrahospitalaria, los insumos, procedimientos, tratamientos, y demás acciones que generarán directamente pérdidas a dichas instituciones; tal como lo evidencia el estudio de National Patient Safety Benchmarking Center donde se demostró que los eventos adversos más costosos para las instituciones hospitalarias fueron los producidos en cirugía, los errores de medicación, la caída de usuarios, las infecciones intrahospitalarias y las úlceras por decúbito(6).

Dentro de las investigaciones anteriormente mencionadas las caídas como evento adverso intrahospitalario ocupan uno de los primeros lugares a nivel internacional y consideradas como eventos adversos prevenibles; resultados relacionados con un estudio de prevalencia de caídas en usuarios hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira en el año 2010 el cual evidencia que la caída de un usuario durante su estancia hospitalaria puede

ocurrir debido a varios factores como lo son la edad, su condición patológica, su estado mental, o puede deberse a deficiencia de la infraestructura física: camillas sin barandas, suelos deslizantes, desniveles del suelo o la no señalización de zonas con alto riesgo de caída (7).

Reconociendo específicamente que la caída del usuario ocupa uno de los primeros lugares en la lista de acontecimientos no deseados en usuarios hospitalizados, que la seguridad de estos se puede ver interrumpida por la presencia de este evento, que estas se derivan de factores extrínsecos e intrínsecos siendo estos prevenibles en la mayoría de los casos y que sus consecuencias pueden resultar desde un simple incidente hasta la discapacidad o muerte del usuario, se procedió a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva?.

2. JUSTIFICACIÓN

Los eventos adversos aumentan la morbilidad y mortalidad de los usuarios, generan mayores tiempos de estancia, mayores costos, desconfianza, stress tanto para quien lo recibe como para quien lo produce y deterioro del desarrollo profesional, puesto que altera los aspectos técnico científicos, humanos y éticos bajo los cuales se desarrolla el ejercicio profesional. Por ende la seguridad del paciente es un deber y una responsabilidad que constituye una prioridad y un indicador de calidad que el profesional de enfermería no puede ser ajeno, por su actuar directo en el entorno con las personas que presentan problemas de salud reales.

Las caídas son una preocupación generalizada en los entornos hospitalarios, con tasas de hospitales enteros de entre 3 y 5 caídas por 1.000 días-cama, representan alrededor de un millón de caídas ocurridas en usuarios hospitalizados en Estados Unidos cada año. Entre el 1% y el 3% de las caídas en los hospitales resultan en fracturas, pero incluso las lesiones menores pueden causar angustia y retrasar la rehabilitación (8), según la Joint Comisión la presencia de caídas fue el quinto evento más notificado en la base de datos de sucesos centinela en el año 2014 (9). Una caída sin lesiones graves puede ocasionar un costo adicional de 3500 US, mientras que los usuarios con 2 o más caídas sin lesiones graves generan un costo de 16.500 US. Las caídas con lesiones graves son las más costosas, con costos adicionales de \$ 27.000 US (10).

En razón de lo expuesto las caídas pueden ocasionar complicaciones graves en los usuarios, alargan su estancia y exacerbando su enfermedad, al mismo tiempo afectan directamente a la institución en su calidad de atención debido a que estas se pueden presentar por situaciones prevenibles en su mayoría, además que la institución al tener implementado el reporte de eventos adversos como identificador para realizar planes de mejora, el promedio de caídas sigue siendo constante; fue importante e ineludible realizar este proyecto de investigación basado en el reporte de este evento adverso en una institución de servicios de salud de alta complejidad, ya que responde a la caracterización específica de las caídas, las cuales pueden permitir la instauración y/o modificación de instrumentos para valorar el riesgo que presentan estos usuarios, y a un futuro la creación de estrategias de intervención enfocadas en mejorar la calidad de atención en torno al cuidado de enfermería que permitan disminuir la presencia de estos eventos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características sociodemográficas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva.

Identificar los factores intrínsecos y extrínsecos predisponentes de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva.

Identificar las complicaciones de los usuarios que presentaron caídas reportadas de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva.

Identificar la calidad del dato en los registros de los eventos adversos de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ANTECEDENTES INVESTIGAVOS RELACIONADOS CON POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: CAÍDAS

A continuación se hace una descripción de los principales hallazgos de investigaciones que han abordado el tema de la seguridad del paciente específicamente del evento adverso conocido como caída.

En el año 1998 se creó el informe del instituto de Medicina de los Estados Unidos bajo el lema errar es de humanos, en dicho informe se concluyó que entre 44000 a 98000 personas mueren al año en los hospitales como resultados de errores que suceden en el proceso de atención; dicho informe marca un hito en el enfoque sobre la calidad de la atención de los servicios de salud en América, transitando de las limpiezas exhaustivas y los comités de mejoramiento, a la certeza que la seguridad es el principio fundamental en el cuidado del paciente y componente crítico de la calidad (11).

Hacia el año 2004 se creó y se puso en marcha la alianza mundial para la seguridad del paciente por el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados de la investigación en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los usuarios en todos los Estados Miembros de la OMS. También busca promover la investigación encaminada a mejorar la seguridad del paciente lo cual implica esfuerzos considerables dirigidos a fortalecer la capacidad de investigación. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente (12).

En el año 2008 se realizó el estudio español proyecto Seneca: Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales de SNS (Sistema Nacional de Salud), mediante la elaboración de un modelo de calidad de cuidados de enfermería para la seguridad del paciente en dichos hospitales donde se diseñó una herramienta para evaluar la seguridad de los pacientes ingresados en los hospitales relacionadas con la práctica enfermera, se evaluó la validez, fiabilidad y viabilidad de dicho modelo, se conocieron los niveles de calidad con los que cuentan los cuidados de enfermería que mejoran la seguridad del paciente y se propusieron estrategias de mejora (2).

Hacia el año 2009 se realizó el estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica en el cual participaron 58 hospitales de México, Costa Rica, Perú, Argentina y Colombia. En dicho estudio se obtuvo una estimación sobre la magnitud de los hospitales pioneros de Latinoamérica frente al problema de seguridad del paciente o daños producidos como consecuencia de los cuidados hospitalarios y se identificó como problema de salud pública muy grave por parte de los sistemas sanitarios (3).

De acuerdo con el estudio de National Patient Safety Benchmarking Center en Estados Unidos, entre los cinco eventos adversos más frecuentes y costosos que ocurren en los hospitales se encontraron las caídas de los usuarios y las laceraciones por estas. Estos representaron el 81.5% del total de los costos según la base de datos (6). Según dicho estudio cabe resaltar que el evento adverso conocido como caída es uno de los más frecuentes y representa a uno de los cinco más costosos, lo que claramente evidencia la falla por parte del personal de salud y los altos presupuestos que representa para los hospitales esta clase de evento.

En el estudio: prevalencia de caídas en usuarios hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira se encontró que el 60% de las caídas ocurrieron en hombres y el 54,7% en usuarios mayores de 60 años. El 64,5% de las caídas no causaron daño físico al usuario, pero en uno de los casos se presentó una muerte. Las patologías neurológicas, cardíacas, respiratorias, metabólicas y mentales, fueron los factores intrínsecos que más incidieron en las caídas de los usuarios, (25,9%) seguidos por la edad, (24,1%). El factor extrínseco que tuvo más peso fue la falta de acompañamiento (38,0%), seguido por la presencia de suelo húmedo y deslizante (35,0%) (7). Claramente se evidenciaron factores intrínsecos y extrínsecos que predispusieron a que los usuarios hospitalizados en las instituciones de alta y baja complejidad se cayeran.

En el año 2011 se realizó el estudio: caracterización de factores asociados con caídas de usuarios adultos hospitalizados en una institución de alta complejidad, Bogotá D.C. donde se concluyó que el reporte de caídas permitió conocer el perfil del usuario que sufrió este evento en el Hospital y permitió identificar qué factores favorecieron la aparición del mismo. También resaltó que es fundamental continuar con investigaciones para lograr un impacto de forma positiva en la seguridad de los usuarios (13).

4.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el momento que se requiere una atención a cargo del personal de salud se busca hallar una solución rápida, eficaz y eficiente en donde el personal esté capacitado y cumpla con el objetivo de cuidar y curar; cuando dicho propósito

se cumple, se habla de una alta calidad del servicio de salud la cual significa satisfacer las necesidades del usuario.

Dicho de la mejor manera, se considera seguridad del paciente cuando se brinda atención y se salvaguardan los demás componentes para evitar complicaciones. Según el marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente de la OMS del año 2009, la seguridad del paciente se define como “la prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención; estos eventos comprenden errores, incidentes y accidentes a través de sistemas y procesos operacionales que reduzcan al mínimo la probabilidad de estos” (1). Considerando el servicio de salud como empresa, lo que se busca es cumplir objetivos, siendo su finalidad dar una atención de calidad al usuario y que este se sienta satisfecho con el servicio que se le ofrece, proyectarse metas, cumplirlas y que sea el mejor de todos en la modalidad que ejecuten (reconocimiento). Pero dichas metas se pueden ver interrumpidas por pequeños traspiés con los que se encuentran todas las empresas, que impiden la evolución y armonía del negocio, que en este caso volviendo al servicio los reconocemos como atención inadecuada y eventos adversos, donde se ve comprometida la integridad del usuario.

Seguridad del paciente: Según el marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente de la OMS del año 2009, y teniendo en cuenta la definición dada anteriormente de seguridad del paciente se define error como “el hecho de que una acción no se lleve a cabo tal y como estaba previsto y se presente el desvío involuntario de un proceso de atención sanitaria que puede o no causar daño a los pacientes” e incidente como “circunstancia notificable que conlleva o no al daño y q supone de un déficit de la atención al paciente” (1).

De acuerdo a esto se planteó un flujograma donde se describen 10 clases superiores que integran la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Dicho flujograma tiene como objetivo representar un ciclo continuo que hace hincapié en la identificación y reducción de riesgos, prevención, detección, de estos, el cual es aplicable al evento de interés en la investigación; todo esto en relación con la seguridad del paciente. Para mejor comprensión se definen las 10 clases (1):

- Factores/peligros contribuyentes: son circunstancias, acciones o influencias que se cree desempeñaron el origen, desarrollo o elevan el riesgo del incidente.

- Tipo de incidentes: son los relacionados con la seguridad del paciente por ej: procesos clínicos, administración medicación/liquido etc.

- Características del paciente.
- Las características del incidente: circunstancias que rodearon el incidente.
- Detección (circunstancias que permiten descubrir un incidente).
- Factores atenuantes.
- Clase de resultados para el paciente: son las repercusiones parciales o totales para el paciente estos se clasifican según daño, grado de daño.
- Resultados para la organización.
- Medidas de mejora: son las más utilizadas para la mejora del incidente con el fin de compensar el daño.
- Medidas tomadas para reducir el riesgo: representan el aprendizaje para la reducción del riesgo y la mejora de la atención del paciente.

4.3 PROTOCOLO DE LONDRES

El protocolo de Londres se utiliza para la investigación y el análisis de incidentes clínicos; debido a que la presente investigación trata de los reportes presentados del evento adverso: caídas, se debe tener en cuenta que el modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos va directamente relacionado con los eventos adversos, es decir que el modelo contiene unas etapas que lo caracterizan y entre ellas están los factores contributivos, los cuales representan las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa) (14).

Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- Usuario: Cómo ese usuario contribuyó al error.

- 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.

- 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.

- 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.

- Ambiente: cómo el ambiente físico contribuye al error.

- Organización y gerencia: como las decisiones de la gerencia que contribuyen al error.

- Contexto institucional: como las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error.

De esta manera la etapa de factores contributivos se dirige de forma secuencial a las fallas activas o acciones inseguras, en donde son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso de tal modo que se forja el error; la forma adecuada de prevenirlos es mediante las barreras y defensas (física, tecnológicas, administrativas, humanas y naturales) que también son denominadas practicas seguras, con el fin de evitar la presencia del evento adverso caída.

4.4 MODELO EPIDEMIOLOGICO DE REASON

El modelo epidemiológico organizacional de Reason creado en el año1997, plantea las falencias que se presentan en un sistema complejo, las cuales conllevan a errores que perjudican dicho sistema; por esta razón se aplica este modelo a los usuarios que solicitan el servicio de la institución de alta complejidad, asemejando el complejo sistema descrito con la seguridad del paciente y las falencias de dicho sistema con los eventos adversos, principalmente el evento de interés de la investigación, los cuales surgen de la

inter-conexión de varios factores posiblemente causales que originan este evento (15).

Pero los errores no lo son todo, el modelo del Queso Suizo de Reason también plantea que existen unas llamadas “defensas del sistema” que en contexto de salud hace referencia a defensas de la seguridad del paciente y el cuidado de los factores intrínsecos y extrínsecos de este , las cuales se basan en actos, acciones o comportamientos de los humanos quienes en este ámbito serían los prestadores del servicio, cada una de estas barreras está diseñada para proporcionar soporte entre ellas mismas y finalmente para reducir la probabilidad de un accidente que en este caso se reconocerá como el evento adverso de caídas.

Dicho modelo se familiariza con el evento de interés de la investigación ya que este cuenta con diferentes sucesos que son posibles causantes en la ocurrencia del evento adverso, estos a su vez se combinan con aquellos eventos específicos que predisponen a otros, como lo son los factores físicos, intrínsecos y extrínsecos del usuario, que se mezclan con fallos cometidos por el equipo de salud que al momento de alinearse tendrá como resultado el accidente (caída). De ahí las razones por las cuales se familiariza con el modelo organizacional de Reason, por su aplicabilidad en el área clínica haciendo hincapié en los errores que se generan en torno a la ocurrencia del evento adverso “caídas” y las falencias a la calidad de la atención.

4.5 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TORNO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la práctica de enfermería, estos conceptos de seguridad del paciente están implícitos en el acto del cuidado pues uno de los objetivos del profesional de enfermería es prestar una atención profesional que conlleve a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y mantenimiento de esta mediante el cuidado y con el fin de obtener una curación o efecto positivo en el tratamiento del usuario, esto se puede lograr también con el apoyo de un acompañante miembro o no de la familia del usuario teniendo en cuenta los factores intrínsecos de este.

Es de gran importancia que el profesional de enfermería lleve la aplicación de unas buenas prácticas para el desarrollo de un buen cuidado al usuario teniendo en cuenta que él es un ser holístico, pues nuestra profesión tiene profundas raíces humanistas, genuinamente preocupadas por las personas que confían la integridad del cuidado (16).

Diferentes teorías llevan a cabo lo debido en cuanto a seguridad del paciente en donde se destacan Florence Nightingale conocida como la precursora de la enfermería, quien afirmó que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si se comparan tratamientos con resultado, razón por la cual el quehacer de la enfermería ha demostrado un gran compromiso, efectividad y habilidad en la seguridad del paciente.

4.6 EVENTO ADVERSO

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente se plantean las siguientes definiciones de importancia para el análisis de la investigación y la comprensión de este el cual se centrará en el evento adverso de Caídas:

Se define el término de evento adverso como:

- “Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o a ambas cosas” (1).
- “Incidentes desfavorables, desgracias terapéuticas, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos relacionados directamente con la atención o los servicios prestados en la jurisdicción de un centro médico, consulta externa u otro establecimiento. Pueden ser consecuencias de actos de comisión o de omisión” (1).

4.6.1 Tipos de evento adverso.

- EA por omisión: error que se produce como consecuencia de no haber tomado una medida que beneficiará al usuario.
- EA por comisión: evento que se produce cuando una acción no es llevada como se tenía planeado teniendo un plan erróneo de cuidado.
- Evento adverso no prevenible: Evento adverso consecuencia de una complicación que no pudo prevenirse dado el estado actual de los conocimientos.

4.6.2 Factores de riesgo que causan un evento adverso. A continuación los diferentes factores de riesgo para la aparición de un evento adverso (17):

- Complejidad del usuario: edad avanzada, usuarios confinados en cama o silla de ruedas, desnutrición.
 - Factores sociales, lenguaje y comunicación del usuario.
 - Diseño de la tarea y claridad de las funciones y estructura.
 - Conocimiento, habilidades y competencias inadecuadas en los profesionales.
 - Comunicación inadecuada del equipo de trabajo del profesional de salud.
 - Personal insuficiente.
 - Mezcla de actividades.
 - Sobrecarga de trabajo.
 - Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos.
 - Ambiente físico (mala iluminación, espacios pequeños).
- Adicionalmente a los ya nombrados se adicionan los siguientes factores:
- Abandono social.
 - Dificultades económicas relacionadas con la familia del usuario.
 - Cansancio del rol del cuidador.
 - Descuido del cuidador principal.

4.7 CAÍDAS

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 (1).

4.7.1 Tipos de caídas.

Accidentales.

Las caídas accidentales son involuntarias, no predecibles, no es culpa del usuario 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.

Fisiológicas.

Se presentan por tropezones o resbalón en usuarios donde su fin es prevenir una segunda caída; se presentan en usuarios con:

- Necesidad de acompañante en la deambulación.
- Incapacidad mental o cognitiva.
- Dificultades para caminar.
- Ataques epilépticos.
- Sonda vesical.
- Líquidos endovenosos en porta sueros.
- Fracturas patológicas de cadera
- Desmayos o mareos
- Ausencia de acompañante.
- Inmovilización inadecuada.
- Medicamentos (antihipertensivos, diuréticos)

Según la investigación “Caracterización factores asociados con caídas de usuarios adultos hospitalizados en una institución de alta complejidad, Bogotá DC”, se encontró que alrededor del 84% del total de eventos adversos en usuarios hospitalizados están relacionados con caídas. Datos como estos son los que evidencian una gran relevancia que tiene el análisis del evento adverso de caídas para cualquier institución. Asimismo, en este estudio se hizo referencia a una serie de factores de riesgo intrínsecos (propios del usuario) y extrínsecos (derivados del entorno) del usuario, los cuales son (13):

Intrínsecos:

- Antecedentes de caídas previas.
- Edad.
- Alteraciones del equilibrio y marcha.
- Deterioro cognitivo.
- Deterioro funcional.

Extrínsecos:

- Carga laboral.
- Altura de la cama.
- Escasa iluminación.
- No contar con acompañante permanente.
- Error en el cumplimiento adecuado de las guías de procedimientos.

4.7.2 Consecuencias de las caídas en los usuarios. Al presentarse una caída con ella ocurre una lesión o daño adicional al estado de salud inicial del usuario, estos a su vez pueden tener diferentes repercusiones tales como:

- Complicaciones en el estado de salud.
- Daños psicológicos: temor y ansiedad ante la caída.
- Fracturas.
- Lesiones de tejidos blandos.

4.8 ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE J.H. DOWNTON.

Con la ayuda de la escala de riesgo de caídas de Downton se evalúan las posibles causas del evento adverso “Caída” que presentan los usuarios. Esta escala es una herramienta rápida; allí se analizan seis variables y tiene valor predictivo (18).

En la escala de Downton se evalúan criterios como:

- Caídas previas.
- Medicamentos.
- Déficit sensorial.
- Estado mental.
- Deambulación.

Cada criterio tiene su puntuación de 0-1 cuando hay un resultado mayor o igual a 2 el usuario tiene riesgo alto de presentar una caída.

5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | NIVEL DE MEDICIÓN |
|--|--|--|--|-------------------|
| SOCIODEMOGRÁFICA | Hace referencia a los datos básicos del usuario. | Sexo. | <ul style="list-style-type: none"> •Masculino. •Femenino. | Nominal. |
| | | Edad. | <ul style="list-style-type: none"> •Años cumplidos. | Razón |
| | | Unidad hospitalaria en la que se presentó la caída | <ul style="list-style-type: none"> •Urgencias. •Hospitalización 7 piso. •Cirugía y especialidades quirúrgicas. •Neurocirugía. •Hospitalización pediátrica. •Ginecobstetricia. •Sala de partos. •Medicina interna. •Unidad mental. •Pediatria general. •Cirugía general. | Nominal. |
| CLASIFICACIÓN DE FACTORES INSTRÍNSECOS DEL USUARIO | Hace referencia a la fecha en la cual ocurrió el evento. | Fecha de la caída. | <ul style="list-style-type: none"> •Enero. •Febrero. •Marzo. •Abril. •Mayo. •Junio. •Julio. •Agosto. •Septiembre. •Octubre. •Noviembre. •Diciembre. | Razón. |
| | Hace referencia a los factores propios del usuario. | Dx del usuario. | <ul style="list-style-type: none"> •Enf. Sistema respiratorio. •Enf. Piel y tejido subcutáneo. •Enf. Sistema circulatorio. •Neoplasias. •Enf. Sistema nervioso. •Enf. Sistema digestivo. | Nominal. |

| | | | | |
|---|---|---|--|----------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> •Enf. Sistema osteomuscular. •Embarazos, partos y puerperio. •Enf, auditivas. •Otras categorías. | |
| | | Medicamentos administrados al momento de la caída | <ul style="list-style-type: none"> •Sí. •No. | Nominal. |
| | | Tipo de complicación de la caída | <ul style="list-style-type: none"> •TCE. •Tx de Torax. •Tx MS. •Tx MI. •Tx pélvico. •Tx Tjido blandos. •Fx. •Dolor. •Ninguno. | Nominal. |
| CLASIFICACIÓN DE FACTORES EXTRÍNSECOS DEL USUARIO | Hace referencia a los factores externos del usuario. | Lugar de la caída. | <ul style="list-style-type: none"> •Camilla. •Baño. •Escalones. •Silla. •Corredor. •No registra. | Nominal. |
| | | Acompañante al momento de la caída. | <ul style="list-style-type: none"> •Sí. •No. | Nominal. |
| CALIDAD DEL DATO | Diligenciamiento del reporte del evento adverso: caídas y su registro en la Historia Clínica. | Reporte completo. | <ul style="list-style-type: none"> •Completo. •Incompleto. | Nominal. |
| | | Registro coherente. | <ul style="list-style-type: none"> •Coherente. •Incoherente. | Nominal. |
| | | Registro adecuado. | <ul style="list-style-type: none"> •Adecuado. •Inadecuado. | Nominal. |

6.DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo al problema planteado y a los objetivos propuestos se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, orientado a la descripción en torno a la caracterización de los usuarios que presentaron caídas reportadas en un servicio de salud de alta complejidad, ya que la información se obtuvo en un tiempo específico, en este caso durante el año 2014.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 31 reportes de los usuarios que presentaron caídas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión que se dan a conocer a continuación.

6.2.1 Criterios de selección de la población y muestra.

Criterios de inclusión:

- Que el evento reportado perteneciera al tiempo en el que se establece el estudio (año 2014).
- En caso de presentar duplicidad en el reporte de caídas, se tuvo en cuenta la caída que ocasionó mayor discapacidad al usuario.

Criterios de exclusión:

- HC las cuales no fueron accesibles.
- Evento que se presentó como caída pero fue externo a la institución.
- Unidades que no pertenecieron a hospitalización.

6.3 RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Para esta investigación la técnica que se utilizó fue la revisión de documentación: reporte de eventos adversos y registros de estos en historias clínicas; para esto, se desarrolló un instrumento creado con variables definidas, con el fin de observar y extraer la información necesaria y específica de cada registro (Véase Anexo A).

El instrumento se validó por medio de la selección de dos expertos en el tema de seguridad del usuario; para demostrar la confiabilidad del estudio se seleccionaron 5 casos al azar en donde cada investigador diligenció el instrumento según los casos y luego se correlacionaron, dando como resultado una confiabilidad $\geq 80\%$.

6.4 ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

Los reportes de los eventos adversos relacionados a caídas fueron analizados y seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados y su tabulación fue desarrollada en el programa Microsoft Office Excel 2010.

Por tratarse de un estudio cuantitativo se realizó un análisis estadístico mediante distribución de frecuencias y con el fin de agrupar puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías y encontrar dentro de los resultados qué valores son los que más se repitieron; las variables numéricas se analizaron mediante mediana y rango. También se recurrió a tablas de frecuencias y figuras como las gráficas de torta y de barras donde su interpretación se realizó con el programa estadístico informático SPSS.

Los resultados se presentaron de una manera clara, completa y coherente, con un enfoque objetivo y en una secuencia lógica y ordenada, donde se utilizaron materiales ilustrativos.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar dicho proyecto fue necesario contar con la norma que garantiza una investigación adecuada e íntegra, donde se salvaguardaron todos los derechos de los investigados, por esta misma razón las consideraciones éticas de este proyecto se basaron en la resolución 8430 de 1993 que rige actualmente en Colombia y por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en base a esta resolución la investigación fue considerada como una investigación sin riesgo según el artículo 11, teniendo en cuenta que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva y donde no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el presente estudio.

También se adoptó el código del Helsinki creado para autorregular la investigación clínica por su creciente vulnerabilidad y dentro de estos el principio de beneficencia, donde la exploración de los reportes de caídas proporcionados no se utilizó para realizar culpabilidades y no se hicieron juicios de ningún valor. Asimismo resulta indispensable hablar del respeto a la dignidad humana donde se salvaguardaron la integridad y el respeto de los usuarios implicados en los reportes durante la investigación.

Igualmente primó el principio de justicia ya que los implicados en el proyecto se manejaron con estricta privacidad y sólo los investigadores manejaron dicha información con el fin de garantizar una investigación integral y sin señalamientos. De este modo se dio cumplimiento a todos los acuerdos planteados entre el investigador y la institución de alta complejidad que facilitó los reportes. Igualmente se tuvo en cuenta el principio de no maleficencia ya que en esta investigación no se causó ningún daño físico, psicológico y social a los implicados, ni se generó ninguna clase de juicio, señalamiento ni consecuencias por sus actos.

Por último se hace mención de la ley 911/04 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, en el artículo 29 estipula que en los procesos de investigación donde el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental.

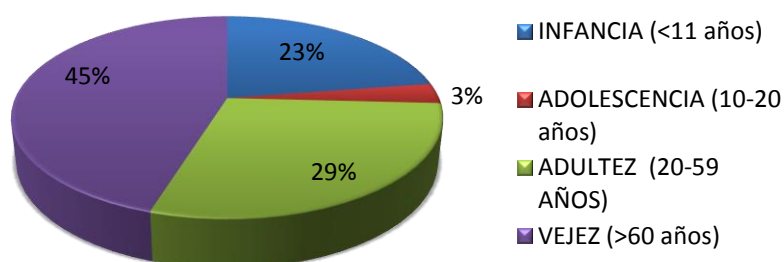
8.RESULTADOS

Durante el año 2014 en la institución de alta complejidad en salud de la ciudad de Neiva, se reportaron 49 caídas de las cuales se excluyeron 18 reportes (37%), por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos en la presente investigación y Se halló un reporte duplicado.

A continuación se presentan los resultados siguiendo cada uno de los objetivos propuestos en el estudio.

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON LOS USUARIOS QUE PRESENTARON COMO REPORTE DE EVENTO ADVERSO CAÍDA

Figura 1. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas según su ciclo vital en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.



Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva"

En el estudio se encontró que la edad media muestral fue de 48 años. Se destacan dos aspectos importantes: por una parte el grupo de edad adulta (adulthood y vejez) correspondió al 74% del total de reportes y por otro lado las edades extremas (Infancia y vejez) a un 68%, puesto que a estas edades hay mayor dependencia de un cuidador en sus actividades diarias.

Figura 2. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas según su sexo en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.

| SEXO | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|--------|------------|----------------|
| Hombre | 17 | 54,8 |
| Mujer | 14 | 45,2 |
| Total | 31 | 100 |

Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva"

No se presentó gran relevancia por el sexo pues, el 54,8% a los hombres y 45,2% a las mujeres con una diferencia entre ellos del 9,6% a favor de los hombres.

Figura 3. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas según unidad hospitalaria en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.

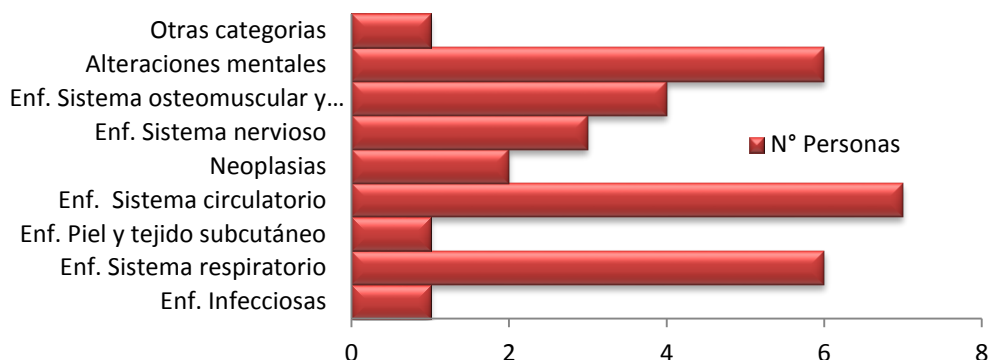


Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva"

Se encontró que el servicio que más hizo reportes de caídas como evento adverso fue urgencias (39%), dado la complejidad de la institución en la cual se hizo la investigación, seguido de medicina interna y rehabilitación (19%) teniendo en cuenta que esta especialidad trabaja en mayor proporción usuarios con patologías crónicas y unidad mental (16%) donde se manejan patologías y medicamentos que comprometen el nivel neurológico del usuario.

8.2 FACTORES INTRÍNSECOS RELACIONADAS CON LOS USUARIOS QUE PRESENTARON COMO REPORTE DE EVENTO ADVERSO CAÍDA

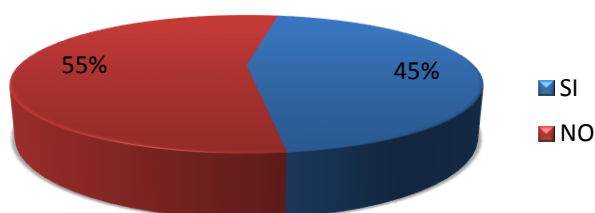
Figura 4. Diagnóstico principal de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.



Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva"

De las caídas reportadas, el 61% de los usuarios presentaban como diagnósticos primarios los relacionados con el sistema circulatorio, seguido de respiratorio y alteraciones mentales (19%); sólo presentaron un caso las enfermedades infecciosas, rabídicas, de piel y tej. Subcutáneos (3,2%).

Figura 5 Consumo de medicamentos relacionados a caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.

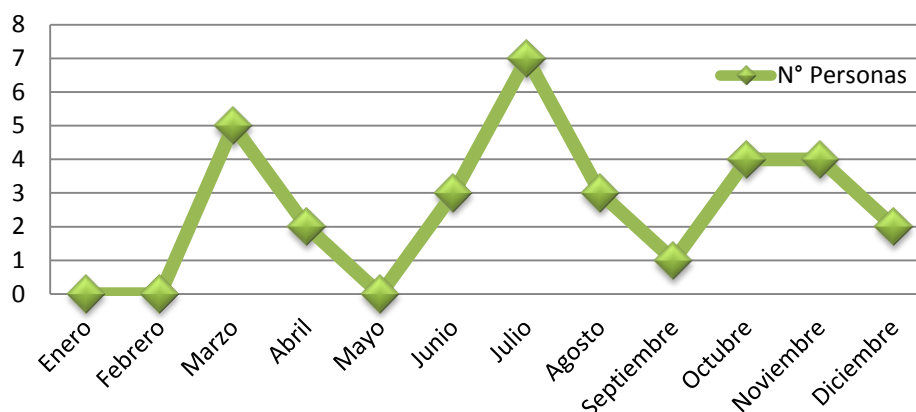


Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva"

En cuanto al consumo de medicamentos relacionados a caídas se encontró que los usuarios que reportaron caídas no estaban consumiendo ningún medicamento asociado a dicho evento adverso, por esta razón se evidencia la presencia de otros factores que pueden atribuirse a caídas.

8.3 FACTORES EXTRÍNSECOS RELACIONADAS CON LOS USUARIOS QUE PRESENTARON COMO REPORTE DE EVENTO ADVERSO CAÍDA.

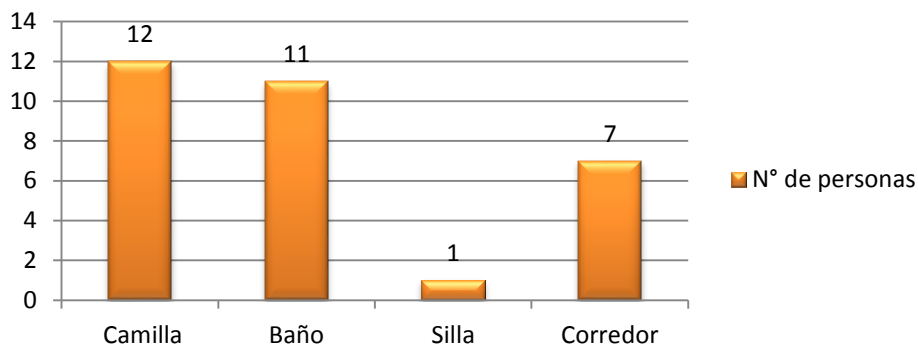
Figura 6. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.



Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva"

El mes donde hubo mayor reporte de caídas correspondió a Julio (22%), esto probablemente se haya debido al comportamiento de la población ya que por esta época las personas disfrutaban de vacaciones y hay festividades donde el consumo de alcohol conlleva a riñas y accidentes de tránsito, lo que aumenta la demanda del servicio en la institución de alta complejidad. Durante los dos primeros meses no se reportó ningún caso al igual que en el mes de Mayo esto posiblemente se haya debido a la dinámica de contratación ya que por este tiempo hay mayor número de empleados; asimismo se evidencia que la meseta entre Octubre y Noviembre coincide con dicha dinámica ya que por estos meses los contratos a término fijo finalizan para evitar pagos al final del año (primas).

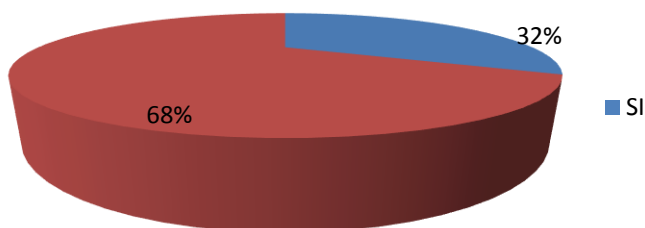
Figura 7. Distribución de los usuarios que presentaron caídas reportadas según lugar en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.



Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva"

El lugar más frecuente donde ocurrieron las caídas según el reporte fue de las camillas con un 39%, seguido del baño con 35,5%, lo cual puede ser relacionado con la mala aplicación de la política de seguridad del paciente en los servicios.

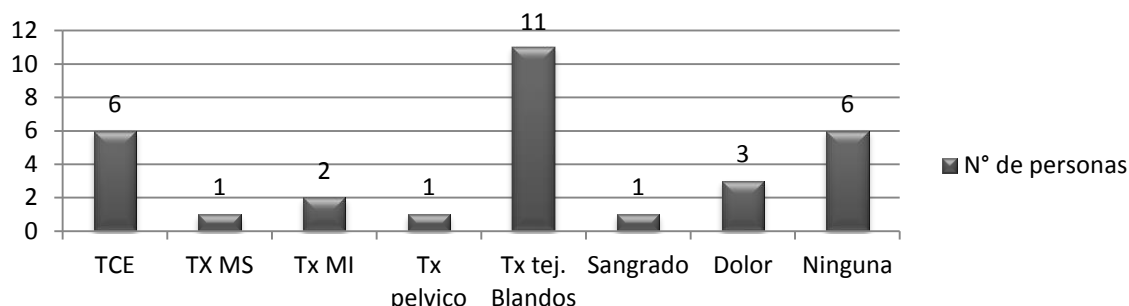
Figura 8. Presencia de acompañante en los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.



Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva".

Se evidenció en los reportes de caídas, que en una mayor proporción los usuarios no se encontraban con acompañante (68%) y el 32% de los usuarios contaban con alguno.

Figura 9. Complicaciones de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.

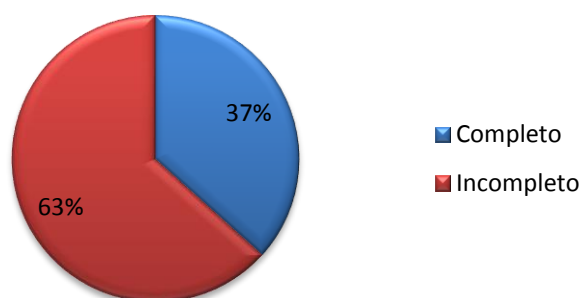


Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva".

Se puede evidenciar que el 81% de los usuarios reportados tuvieron una complicación después de la caída, siendo más frecuente el trauma de tejidos blandos con un 36%; seguido de trauma craneo encefálico con un 19%.

8.4 CALIDAD DEL DATO RELACIONADA CON LOS USUARIOS QUE PRESENTARON COMO REPORTE DE EVENTO ADVERSO CAÍDA

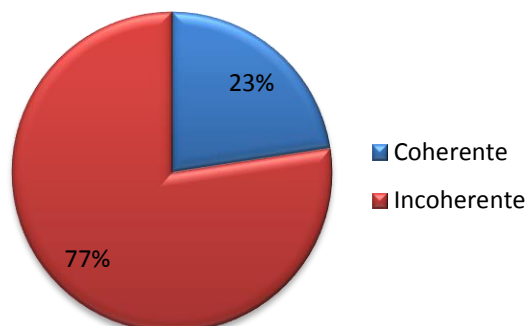
Figura 10. Reporte de eventos adversos de los usuarios que presentaron caídas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.



Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva".

Teniendo en cuenta los reportes de eventos adversos relacionados a caídas, se observa una diferencia del 26% a favor de los reportes incompletos evidenciándose entre otras características mala caligrafía y mal diligenciamiento del documento.

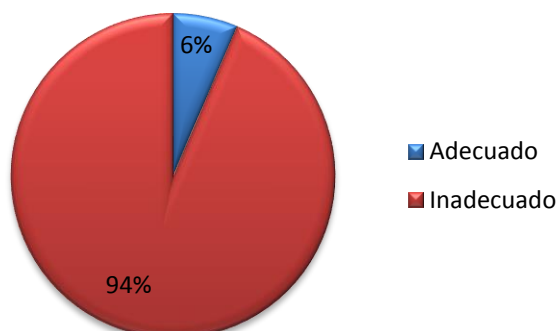
Figura 11. Registro de eventos adversos de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.



Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva".

De acuerdo con el registro de eventos adversos relacionados a caídas se evidenció que el 14% de los reportes completamente diligenciados, presentaban incoherencias al momento de observar el registro en historias clínicas; encontrándose mala caligrafía (en historias escaneadas), ausencia del reporte o incongruencia entre el reporte y el registro en historias clínicas.

Figura 12. Calidad del dato de eventos adversos de los usuarios que presentaron caídas reportadas en una institución de alta complejidad en la ciudad de Neiva durante el año 2014.



Fuente: Base de datos "Características epidemiológicas de los usuarios que presentaron caídas reportadas en los servicios de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva".

Teniendo en cuenta los resultados entre el reporte y registro de eventos adversos relacionados a caídas, se evidenció un aumento de un 13% de los registros coherentes a una calidad de dato inadecuada por falta de un buen diligenciamiento, dando como resultado un 6% de dato adecuado, el cual indica que tuvo un reporte completo y registro coherente.

9.DISCUSIÓN

En este modelo de estudio descriptivo realizado a 1 año e ideado a raíz de la implementación de la política de seguridad del paciente y de la presentación del reporte de eventos adversos - caídas como el segundo en frecuencia en el año 2013, se evidencia la necesidad en esta institución de salud de alta complejidad de diseñar una forma de resolver la pregunta de investigación a través de este estudio.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra la inexistencia de análisis con reportes de caídas intrahospitalarias, tampoco la evidencia de factores intrínsecos y extrínsecos en la presencia de estas ni las complicaciones que puedan acarrear.

El presente trabajo presenta sesgos en la recolección de datos relacionados con la confiabilidad de la información tanto como de los reportes de eventos adversos, como del registro de estos en las historias clínicas, esto a causa de la inexistencia en datos clínicos, o el mal diligenciamiento de reportes y/o mala redacción, el no acceso a estos y finalizando el no correcto uso de la escala de riesgo de caídas (adopción de la escala Downton) en los usuarios. Estos sesgos fueron controlados con la reducción de la muestra por los problemas en la calidad de la información ya mencionados. Sin embargo el presente estudio es base para diseñar estrategias de prevención de caídas y reevaluar las existentes.

En los 31 usuarios que reportaron caídas en relación con edad, se encontró que el 45,1% pertenecieron al ciclo vital vejez y el 23% corresponden a niñez, lo cual indica que las personas que tienden a sufrir más caídas son los que se encuentran en edades extremas (68.1%), esto se puede corroborar con el estudio realizado por Olvera-Arreola en México , donde indica que ciertos grupos poblacionales presentan mayor riesgo de sufrir una caída, especialmente en extremos de edad (niños y adultos mayores). Por otra parte el adulto mayor, representan los porcentajes más altos de caídas, evidenciando que a mayor edad, mayor riesgo de este tipo de eventos (19) y contrario a un estudio realizado en el 2012 por Luis Alberto Villanueva en México donde indican que aunque las caídas se incrementan conforme avanza la edad, los casos que más se reportan son de adultos jóvenes (20).

Respecto a la relación de las caídas con el sexo se encontró que el porcentaje de caídas en hombres fue levemente mayor comparado con el de las mujeres, lo cual indica que no hay gran relevancia entre la presencia de caídas y el sexo; esto se sustenta con el estudio realizado por Sandra Sonalí en México en el cual dicen que ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas (19).

La presencia del evento adverso de caídas es de gran relevancia en ciertas unidades hospitalarias como por ejemplo urgencias, seguido de medicina interna y unidad mental lo cual es ratificado por S. López y colaboradores en un estudio realizado en España, quienes afirman que existen ciertas unidades hospitalarias que tienden a tener más presencia de caídas tales como psiquiatría 15,4%, medicina interna 25% cirugía general 6,6%, neurocirugía 4,4%, geriatría 4,1% (21).

En torno a los factores intrínsecos, según los diagnósticos de los usuarios que presentaron reporte de caídas se resaltan las enfermedades del sistema circulatorio, sistema respiratorio y alteraciones mentales, lo cual concuerda con el estudio realizado en Pereira donde se observa, que las alteraciones clínicas como las neurológicas, cardíacas, respiratorias metabólicas y mentales, fueron los factores intrínsecos que más incidieron en las caídas (7). Algunos estudios afirman que en usuarios con alteraciones en la presión circulatoria y que consumían presión arterial eran más propensos a obtener una lesión en la caída (22); al igual que los usuarios con depresión tienen un 2,4 veces más probabilidades de caer en comparación con los que no la tienen, debido a su compromiso neurológico y efecto de medicamentos benzodiazepínicos y psicotrópicos. (23).

Según consumo de medicamentos relacionados a las caídas reportadas, el 55% de los usuarios no presentaron consumo, dato superior al de un estudio realizado en el 2014 en donde los usuarios que se habían caído (75%) estaban prescritos una gran cantidad de FRIDs (Fall risk-increasing drugs) que los usuarios sin caídas reportadas (24).

De los resultados en este estudio, en cuanto al reporte de caídas según su lugar, el 39% de los usuarios presentaron caídas en la camilla, lo que se puede relacionar con la mala implementación de políticas de seguridad del paciente en los cubículos, como la falla de las barandas en las camillas y seguridad en ellas; seguidamente se registraron caídas del baño y corredor, esto se relaciona con un estudio realizado en la ciudad de Bogotá en donde el 41,4% de los usuarios presentaron caídas en camilla, seguido de sanitario, ducha y silla por no priorizar el cuidado individualizado del paciente ni la vigilancia en torno al entorno hospitalario y sobre todo ausencia de enfermería o de acompañamiento familiar en aquellos momentos en los cuales se llevan a cabo algunas actividades básicas de la vida diaria en los usuarios, como los traslados, baño diario y el bajarse de la cama (25).

Se evidenció que el acompañamiento familiar disminuye el riesgo a presentar caídas; resultado diferido de lo encontrado por Mendez Fandiño Y. en Bogotá, en donde algunas variables consideradas una forma de prevención como

acompañante permanente, habitación individual, barandas elevadas no son factores protectores, por el contrario de riesgo a presentar caídas (26).

De acuerdo a los datos relacionados con las complicaciones presentadas en los usuarios que reportaron caídas, se evidenció que la mayoría fueron traumas de tejidos blandos, seguido de TCE; similar hallazgo se produjo en la Fundación Cardioinfantil, en Bogotá D.C, donde la mayoría de las caídas presentaron trauma en cráneo en el 86.5% de los usuarios y el trauma de tejidos blandos fue la segunda causa de lesión en el 39,6% (26).

Un buen reporte del evento adverso, al igual que su correcto diligenciamiento en la historia clínica contribuye a futuros mejoramientos y controles del mismo. En el presente estudio se encontró un 37% de reportes completos y 23% de registros coherentes donde sólo el 6% de los reportes se consideraron adecuados; según el estudio “Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos” realizado por González C. y colaboradores, se encontró que de los 203 reportes realizados, 73 casos (37%) fueron reportes correctos y 104 casos (52%) fueron completos y los reportes completos y correctos fueron 38 casos (19%) (27); esto evidencia que la calidad del dato no es la apropiada y la cultura del mal reporte es evidente en las instituciones de salud. Junto a esto el estudio “Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos” Campos M. y colaborador, se observó que de los 166 registros (100%) considerados como válidos o efectivos, sólo 14 (9.1%) mostraron evidencia de reporte de probable error médico, mientras que los demás se excluyeron por falta de información, dicho estudio resalta la importancia de crear una buena cultura en torno a el reporte y notificación (28).

Claramente se sigue presentando el miedo a reportar por los juicios, señalamientos y consecuencias que esto acarrea y no dimensionan los logros que se podrían conseguir; el estudio “Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud” por Ferreira-Umpiérrez y colaboradores demuestra qué acciones se tomaron al momento de estar implicados en un evento adverso pues al analizar los datos se encontraron categorías relacionadas con la organización de salud y los recursos humanos tales como: el contexto organizacional, el desconocimiento del proceso de notificación, la sobrecarga de trabajo y la ausencia de descanso (29); esto evidencia que las fallas a la política de seguridad del paciente pueden mejorarse si se modifican dichas categorías, mediante la creación de conciencia en el personal de salud, para disminuir los eventos adversos y enfatizar que el correcto reporte y registro contribuirá a mejorar los servicios de salud y no a generar actos punitivos ni señalamientos.

10.CONCLUSIONES

La unidad que más reportó eventos adversos de caídas fue urgencias por su alto flujo de atención considerando que es una institución de alta complejidad fueron más frecuentes en hombres al igual que las edades extremas (adulto mayor e infancia) pues éste grupo tiene mayor predisposición de presentar patologías de base y son más vulnerables a este tipo de eventos. Dentro de los factores intrínsecos se encontró que las patologías relacionadas con las enfermedades circulatorias, sistema respiratorio y alteraciones mentales están estrechamente relacionadas a presentar caídas y que en la mayoría de los reportes se notificaron complicaciones.

Dentro de los factores extrínsecos se evidencia que el mayor número de reportes se hizo en el mes de Julio, pues en esta fecha aumenta la demanda de los servicios debido a festividades y por el aumento en el número de visitantes a la región; el lugar donde más se reportaron caídas fue de la camilla debido a la falla en los lineamientos de la política de seguridad del paciente, seguido del baño donde el riesgo aumenta por las zonas humedecidas; otro aspecto influyente es la presencia de acompañante, ya que cuando se encuentra éste hay menos probabilidades de que se presente la caída.

La calidad del dato es uno de los ejes fundamentales dentro de la investigación pues claramente hay una cultura que omite este tipo de notificación y registro, por ende se cuenta con reportes inadecuados que no van a direccionar a futuras mejoras, por tratarse de una situación en la cual las personas tienen una percepción equívoca de juicios, actos punitivos y consecuencias.

11. RECOMENDACIONES

- Realizar una exhaustiva valoración y aplicación de la escala Downton para identificar el riesgo.
- Informar a los acompañantes sobre lo que implica un evento adverso en especial el riesgo de caída, para que estén atentos y contribuyan a garantizar y exigir una adecuada atención.
- Capacitación continua y permanente al personal de salud sobre la notificación de las caídas como evento adverso de una manera clara, completa y coherente tanto en el reporte como su registro en la historia clínica.
- Desarrollar alternativas de solución y planes de mejoramiento mediante el adecuado registro de la notificación, o identificar factores que influyeron para lograr la disminución del evento adverso.
- Incrementar la cultura del reporte resaltando que su finalidad no es generar juicios; contar con un sistema confiable de fácil diligenciamiento y establecer las estrategias para un correcto análisis y control del mismo.
- Revisar continuamente formato de reporte de evento adverso para añadir variables que enriquezcan el análisis de los datos.
- Aplicar la política de seguridad del paciente en todos los servicios del HUHMP de manera continua y permanente: elevación de barandas, reporte de camas en mal estado, registro completo de evento adverso, etc.
- Evaluar la lista de chequeo obtenida de la investigación, para que al momento de ejercer el plan de mejoramiento se logre tener mayor información de los casos.
- Realizar un estudio prospectivo para evaluar las estrategias de prevención de tal manera que se garantice un seguimiento de los casos y el impacto (a corto, mediano o largo plazo) que tuvo la caída como evento adverso durante la estancia de los usuarios implicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Marco Conceptual de la clasificación Internacional para la seguridad del paciente, versión 1.1. Informe técnico definitivo Enero 2009. Consultada el 24 de enero de 2014. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
2. España. Ministerio de Sanidad y política Social y la Universidad de Cádiz. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS, Proyecto Séneca. Informe técnico diciembre 2008. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>.
3. España. Ministerio De Sanidad Y Política Social. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Informes, estudios e investigación 2009. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>.
4. Rivera Ortiz R. La participación de enfermería en la generación de eventos adversos al paciente hospitalizado desde la perspectiva bioética. [Monografía de Maestría en Ciencias en Bioética]. México: Instituto Politécnico Nacional. Escuela Superior de Medicina; 2007. Disponible en: http://tesis.bnct.ipn.mx/dspace/bitstream/123456789/1824/1/1700_2007_ESM_MAESTRIA_ortiz_rivera_rosa.pdf.
5. World Global Organization. Caídas. Nota descriptiva N°344. Octubre 2012. Consultada el 13 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.
6. Tampa, FL-based, National Patient Safety Benchmarking Center. Solutions (SCS). Medical Errors: frequency, costs, and systemic causes: A comprehensive solution. Octubre 2000. Consultada el 15 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.ehcca.com/presentations/HIPAA/spencer-tue.pdf>.
7. María Helena López V. Prevalencia de las caídas de los pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. Cultura del cuidado enfermería (2010, Jun), [citado en Sep, 2014]; Vol. 7 /No. 1 /. Disponible en: Dialnet plus.

8.Oliver D, Healey F, Haines. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med. 2010; 26: 645–692. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934615>.

9.Jointcommission.org. Sentinel Event Data, General Information [Web Site]. Office of Quality Monitoring – 7. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/General_Information_1995-2Q_2014.pdf.

10.Wu S, Keeler EB, Rubenstein LZ, Maglione MA, Shekelle PG. A cost-effectiveness analysis of a proposed national falls prevention program. Clin Geriatr Med. 2010; 26:751–766. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934620>.

11.Committee on quality of health care in america. To Err Is Human: Building a safer health system: National Academy of Sciences. 2010; 2:26-48. Disponible en: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=26.

12. World Global Organization. Seguridad del paciente. Programas y proyectos. Octubre 2014. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>.

13.Rojas Ruiz IT, Gutiérrez Rodríguez JV. Caracterización de factores asociados con caídas de pacientes adultos hospitalizados en una institución de alta complejidad, Bogotá D.C. Universidad del Rosario. Biblioteca – CRAI, 2011. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2667/52985322-2011.pdf?sequence=24&isAllowed=y>.

14.Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. 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”. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>.

15.J. Reason. Managing the Risks of Organizational Accidents. University of Manchester. England: Ashgate; 1997. Disponible en: <http://www.ashgate.com/isbn/9781840141047>.

16. León Román Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermería* [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2015 Jun 10] ; 22(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es.

17. Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos". Centro de Gestión Hospitalaria, *Revista Via Salud*, nº48, Julio de 2009. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>.

18. Downton J. Falls in the elderly. En *textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*(4thEd.) Brocklehurst et al. Churchill Livingstone 1992;318-323.

19. Olvera S., Hernández A., Silvino L., et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *Mexico: Revista de Investigación Clínica*; 2013. 65.

20. Villanueva L., Rodríguez J., Lucero J. Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas. *Mexico: CONAMED*. 3 ed; 2012. 17,[citado 21 mayo 2015]. Disponible en: DIALNET.

21. López S., Martínez A., Moreno M, et al. Perfil diferencial de los pacientes que sufren caídas accidentales durante su ingreso hospitalario: *Medicina interna*. España: Elsevier Doyma; 2013.

22. High blood pressure drugs linked to falls. *Harvard Women's Health Watch* [serial en Internet]. (2014, May), [citado May 21, 2015]; 21(9): 8. Disponible en: MEDLINE.

23. Williams L, Pasco J, Stuart A, et al. Psychiatric disorders, psychotropic medication use and falls among women: an observational study. *BMC Psychiatry* [serial en Internet]. (2015, Abr), [citado May 21, 2015]; 15(1): 1-7. Disponible en: Academic Search Premier.

24. Milos V, Bondesson Å, Magnusson M, Jakobsson U, Westerlund T, Midlöv P. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC Geriatrics* [serial en Internet].(2014, Mar), [Citado May 25, 2015]; 10.1186/1471-2318-14-40. Disponible en: NCBI/ PMC.

25.Rojas R, Ingrid; Gutiérrez R., Juridy. Caracterización factores asociados con caídas de pacientes adultos hospitalizados en una institución de alta complejidad, Bogotá D.C. Universidad del Rosario [Tesis de especialización]. (2011, Sep), [Citado May 25, 2015]. Disponible en: Biblioteca-CRAI/ E-docUR.

26.Méndez Fandiño Y. Factores de riesgo de caídas intrahospitalarias en pacientes de 65 años o mayores en la Fundación Cardioinfantil. Universidad del Rosario [Tesis de especialización] (2011, Mar), [Citado May 25, 2015]. Disponible en: Biblioteca-CRAI/ E-docUR.

27.González C., Guzmán J., Martínez G. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. Revista Cubana de Educación Médica Superior. Vol 28 [revista en la internet] 2014 Mar [citado May 21, 2015]; 28(1) p84-91. Disponible en: Scielo.

28.Castolo M., Carrillo A. Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. Rev CONAMED. [Revista en la Internet] (2008 Jun) [citado May 21, 2015]; 13(2): 17-22.Disponible en: Dialnet.

29. Ferreira A., Chiminelli-T. Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud. Aquichan [revista en la internet] (2014 Sep) [citado May 21, 2015]; 14 (3): 294-302. DOI: 10.5294/aqui.2014.143.2. Disponible en: Scielo.

ANEXOS

Anexo B. Validación del instrumento de investigación.

FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA

Neiva, 25 de noviembre de 2014

LUZ DARY REY CÁRDENAS
Jefe de Enfermería

REFERENCIA: VALIDACIÓN INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Cordial Saludo,

Como estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, estamos desarrollando un estudio de investigación sobre “CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE USUARIOS QUE PRESENTARON CAÍDAS REPORTADAS EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD, NEIVA.”; correspondiente a la asignatura Formulación de Proyectos, que incluye la validación del instrumento de investigación.

Por lo anterior solicitamos muy comedidamente su colaboración como profesional experta en el tema, para lo cual presentamos a usted el mencionado instrumento y los criterios de evaluación que hemos establecido frente a cada ítem.

Agradecemos su gentil colaboración.

Atentamente.

BRIYITH CATALINA OLAYA MANRIQUE
CC. 1075280097
COD. 2011199186

ANDRES FELIPE LÓPEZ SUAREZ
CC. 1077868284
COD. 2011199975

KARLA MARÍA VEGA GONZALEZ
CC. 1080294972
COD 20111101750

YAIRA FERNANDA LOPEZ
ROJAS
CC. 1075276054
COD. 201111010176

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE USUARIOS QUE PRESENTARON CAÍDAS REPORTADAS EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD, NEIVA 2014.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características epidemiológicas de los reportes de caídas presentadas en los usuarios de una institución de salud de alta complejidad durante el año 2014 en la ciudad de Neiva 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * Describir las características sociodemográficas de los usuarios que presentaron caídas según el reporte de evento adverso.
- * Identificar los factores intrínsecos y extrínsecos de los usuarios que presentaron caídas según el reporte de evento adverso.
- * Identificar las complicaciones de los usuarios que presentaron caídas según el reporte de evento adverso.
- * Identificar la calidad del dato en los reportes de los usuarios que presentaron caídas.

Para esta investigación la técnica que se utilizará será la revisión de registros e historia clínica, la cual se desarrollará con un instrumento el cual ha sido creado con variables definidas con el fin de poder observar, extraer la información necesaria y específica. El instrumento se calificará por medio de la marcación (con una x) de acuerdo a la información encontrada.

CRITERIOS A EVALUAR EN CADA ITEM QUE CONFORMA EL INSTRUMENTO: Coherencia, pertinencia y claridad.

| VALOR | CALIFICACIÓN |
|-------|--------------|
| 1 | Deficiente |
| 2 | Malo |
| 3 | Regular |
| 4 | Bueno |
| 5 | Excelente |
| | |

Anexo: Instrumento de Investigación (Lista de recolección de datos)

| INFORMACIÓN | | | | |
|-----------------|----------|--|------------|--|
| Registro de EA: | Completo | | Incompleto | |
| Acceso a HC : | Si | | No | |
| HC completa: | Si | | No | |

| COHERENCIA | | | | | PERTINENCIA | | | | | CLARIDAD | | | | |
|------------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES:

| FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS | | | | | |
|----------------------------------|-------|--|---------------|--|--------|
| Edad: _____ | Sexo: | | F__ | | M_____ |
| N° de HC: _____ | | | SSGS: _____ | | |
| Tiempo de hospitalización: _____ | | | | | |
| Puntuación de Morse: ____ | | | Unidad: _____ | | |
| Fecha: _____ | | | Hora: _____ | | |

| COHERENCIA | | | | | PERTINENCIA | | | | | CLARIDAD | | | | |
|------------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES:

| FACTORES INTRÍNSECOS | | | | |
|------------------------------------|----|--|----|--|
| DX del usuario: | | | | |
| Incapacidad física: | Si | | No | |
| Antecedentes de caídas: | No | | No | |
| Acompañante en el momento de caída | No | | No | |

| COHERENCIA | | | | | PERTINENCIA | | | | | CLARIDAD | | | | |
|------------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES:

| FACTORES EXTRINSECOS | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha ingreso: _____ | | | | | Fecha caída: _____ | | | | | | | | | | | |
| Unidad hospitalaria | Urgencias | | | | | Infectología | | | | | | | | | | |
| | Hospitalización 7 piso | | | | | Hospitalización pediátrica | | | | | | | | | | |
| | Infectología | | | | | UCI adultos | | | | | | | | | | |
| | Cirugía y especialidades quirúrgicas | | | | | Hospitalización ginecobstetricia | | | | | | | | | | |
| | Clínica de heridas | | | | | Sala de partos | | | | | | | | | | |
| | Unidad básica neonatal | | | | | Sala de cirugía | | | | | | | | | | |
| | Neurocirugía | | | | | Unidad renal | | | | | | | | | | |
| | UCI ginecobstetricia | | | | | Unidad cardiovascular | | | | | | | | | | |
| | UCI pediátrica | | | | | Medicina interna | | | | | | | | | | |
| | UCI neonatal | | | | | Consulta externa | | | | | | | | | | |
| Origen de la caída (Persona implicada) | Ninguno | | | | | Acompañante | | | | | | | | | | |
| | Profesional sanitario | | | | | Auxiliar de enfermería | | | | | | | | | | |
| | Otro usuario | | | | | Profesional de enfermería | | | | | | | | | | |
| Tipo de caída | Tropezón | | | | | Desmayo | | | | | | | | | | |
| | Resbalón | | | | | Perdida del equilibrio | | | | | | | | | | |
| Circunstancias de la caída | En la Camilla | | | | | En Escalones | | | | | | | | | | |
| | En el Baño | | | | | Con equipo terapéutico | | | | | | | | | | |
| | En el Trayecto cama - baño | | | | | Por Traslado por el profesional | | | | | | | | | | |
| | En Silla | | | | | Otros | | | | | | | | | | |
| Clasificación del evento | Por Omisión | | | | | Por Comisión | | | | | | | | | | |
| | No Prevenible | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSECUENCIAS DE LA CAÍDA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de daño | Ninguno | | | | | Abrasiones | | | | | | | | | | |
| | Heridas Incisas | | | | | Heridas Contusas | | | | | | | | | | |
| | Heridas Punzantes | | | | | Heridas Complejas | | | | | | | | | | |
| Grado de daño | Ninguno | | | | | Moderado | | | | | | | | | | |
| | Leve | | | | | Grave | | | | | | | | | | |

| COHERENCIA | | | | | PERTINENCIA | | | | | CLARIDAD | | | | |
|------------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES:

Anexo C. Acuerdo de confidencialidad.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES.

Yo, BRIYITH CATALINA OLAYA MANRIQUE, identificada con cédula de ciudadanía N° 1'075.280.097 de Neiva-huila, como investigadora principal del proyecto: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LOS USUARIOS QUE PRESENTAN CAIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DURANTE EL AÑO 2014 EN LA CIUDAD DE NEIVA que se realizará en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los usuarios que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.

8. Asumir la responsabilidad de los daños, perjuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 14 días, del mes de Febrero del año 2015-

BRIYITH CATALINA OLAYA MANRIQUE
NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL

FIRMA
C.C. 1'075.280.097
TELÉFONO 3118373847
E- MAIL olayacatalina@gmail.com

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

ANDRES FELIPE LÓPEZ SUARES
NOMBRE COINVESTIGADOR 1

KARLA MARÍA VEGA GONZALEZ
NOMBRE COINVESTIGADOR 2

FIRMA
C.C 1'077.868.284
TELÉFONO 3118439493
E-MAIL felipelopez286@hotmail.com

FIRMA
C.C 1'080.294.972
TELÉFONO 3204677179
E- MAIL karla.vega0994@gmail.com

YAIRA FERNANDA LÓPEZ ROJAS
NOMBRE COINVESTIGADOR 3

FIRMA
C.C 1'075.276.054
TELÉFONO 3204790811
E-MAIL yira1200@hotmail.com

Anexo D. Acta de aprobación por parte del HUHMP.



**COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.**

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 002-001

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 24 de Febrero de 2015.

Nombre completo del Proyecto: "CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN CAÍDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DURANTE EL AÑO 2014 EN LA CIUDAD DE NEIVA"

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigadora Briyith Catalina Olaya Manrique y Coinvestigador Andres Felipe Lopez Suarez.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de Octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Resumen del proyecto
 - b. Protocolo de Investigación
 - c. Formato de Consentimiento Informado.
 - d. Protocolo de Evento Adverso.
 - e. Formato de recolección de datos
 - f. Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
 - h. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores.
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera riesgo mínimo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.

¡ Servimos con calidez humana !

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co Email: hospitalneiva@yahoo.com
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila



4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse si la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
 - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
 - h. El Investigador se comprometen con hacer entrega al Hospital Universitario de Neiva de un artículo publicado en una revista indexada de la investigación realizada.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigador: Briyith Catalina Olaya Manrique


Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.

Anexo E. Formato de reportes de eventos adversos e incidentes (Guía para lograr hacer la lista de chequeo).

| | | |
|---|--|---|
|  | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE |  |
| | FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES | FECHA DE EMISIÓN: ENERO DE 2015 |
| | | CODIGO: |
| | | VERSION: 02 |
| | | PAGINA: 1 de 2 |

Nota: Si le es posible realice su reporte en el formato para reporte en magnético y envíe por correo electrónico, este formato en físico es usado para las personas que no tiene acceso a internet, computador, telefónica o personalmente. Recuerde tenemos una política de cero papel a fin de aportar al cuidado del medio ambiente. El reporte se puede realizar anónimamente; puede realizar reportes donde no se identifica un paciente como por ejemplo encuentra que no se tiene un insumo importante en el carro de paro cuya falta podría causar un evento adverso a un paciente, este es un incidente que reportara sin llenar ningún dato de paciente.

Numero de documento de identidad: _____ ¹Cama: _____

Nombre del Paciente: _____ ²Edad: _____

Aseguradora: _____

Diagnostico: _____

MOMENTOS DE OCURRENCIA DEL EVENTO O INCIDENTE

Fecha de ocurrencia: _____ Día de la semana: _____ Hora:

| | |
|----|----|
| AM | PM |
|----|----|

Fecha de reporte: _____

Nombre de quien reporta:(puede ser anónimo): _____

Servicio que reporta: _____ Servicio responsable del suceso: _____

| Tipo de profesional involucrado en el evento | Médico(a) general Médico(a) especialista | Enfermera Auxiliar de enfermería | Terapeuta de Bacteriólogo(a) | Químico(a) farmaceuta Otro. Cual: _____ |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------|--|
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------|--|

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| Origen del suceso | Intrainstitucional | Extra institucional | Tipo de reporte | Búsqueda activa | Reporte voluntario |
|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------|-----------------|--------------------|

Evento adverso o incidente identificado: _____

Descripción de lo ocurrido: _____

Probables causas (porqué)

1. Porqué: _____
2. Porqué: _____
3. Porqué: _____

Se realizó alguna gestión Si _____ No _____ Cual: _____

Anexo F. Lista de Chequeo.

| LISTA DE CHEQUEO | | | | |
|---|------------------------------------|----------------|----------------------------------|--|
| INFORMACIÓN | | | | |
| Reporte de EA: | Completo | | Incompleto | |
| Registro de EA: | Adecuado | | Inadecuado | |
| SOCIODEMOGRÁFICOS | | | | |
| Edad: _____ | Sexo: | F__ | M_____ | |
| Unidad hospitalaria donde ocurrió el evento | Consulta externa | | Hospitalización 7 piso | |
| | Urgencias | | Cirugía | |
| | Urgencias pediátricas | | Recuperación Cx | |
| | Observación pediátrica. | | Sala de partos | |
| | Observación adultos | | Unidad mental | |
| | Hospitalización pediátrica. | | Unidad renal | |
| | Unidad básica neonatal | | Unidad de cancerología | |
| | UCI neonatal | | Hospitalización Gral Adultos | |
| | UCI pediátrica | | Hospitalización Medicina interna | |
| | UCI adultos | | Infectología pediátrica | |
| | UCI ginecobstetricia | | Infectología adultos | |
| | Hospitalización obstetricia. | | Sala de partos | |
| | Radiología e imágenes diagnósticas | | .Neurocirugía | |
| FACTORES INTRINSECOS | | | | |
| Escala de Downton | | Puntaje _____ | | |
| Justificación: _____ | | | | |
| Hora de la caída: _____ | | Glasgow: _____ | | |
| Fecha de la caída | Enero | | Julio | |
| | Febrero | | Agosto | |
| | Marzo | | Septiembre | |
| | Abril | | Octubre | |
| | Mayo | | Noviembre | |
| | Junio | | Diciembre | |
| DX del usuario | •Enf. Piel y tejido subcutáneo | | •Enf. Sistema osteomuscular | |
| | •Enf. Sistema circulatorio | | •Embarazos, partos y puerperio | |
| | •Neoplasias | | •Enf, auditivas | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--|----------------------------------|--|
| | • Enf. nervioso | Sistema | | •Enf. Sistema digestivo | |
| | •Enf. respiratorio | Sistema | | •Otras categorías | |
| Ayuda en la deambulaci3n | Si | | | No | |
| Medicamentos al momento de ca3da | Si | | | No | |
| | Cuales: | | | | |
| Acompa1ante en el momento de ca3da | Si | | | No | |
| Complicaciones de la ca3da | Tx de T3rax | | | Tx MI | |
| | Tx MS | | | Tx p3lvico | |
| | Fx | | | Tx Tejido blandos | |
| | TCE | | | Dolor | |
| | Ninguno | | | | |
| Manejo m3dico post ca3da | Observaci3n especializada. | | | Rx | |
| | TAC | | | Suturas | |
| | Curaciones | | | Cirug3a | |
| | Analgesia | | | No present3 | |
| FACTORES EXTR3NSECOS | | | | | |
| Acompa1amiento al momento de la ca3da | Si | | | No | |
| Lugar de ca3da | Ba1o | | | Escalones | |
| | Corredor | | | Silla | |
| | No registra | | | | |
| Entorno | Da1o en barandas y frenos de camilla | | | Mala ubicaci3n muebles y enseres | |
| | Mala Iluminaci3n | | | Ropa y calzado inadecuado | |
| | Falta de dotaci3n en cub3culo | | | Espacio reducido | |
| | Suelo h3medo y deslizante | | | Ninguno | |
| Calidad del dato | Reporte completo | Reporte completo | | | |
| | | Reporte incompleto | | | |
| | Registro coherente | Registro coherente | | | |
| | | Registro incoherente | | | |
| | Registro adecuado | Registro adecuado | | | |
| Registro inadecuado | | | | | |