

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON CAÍDAS DEL ADULTO
MAYOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: LATINOAMÉRICA
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 2010-2018**

**VALERIA FONSECA PIEDRAHITA
HILDEBRANDO ANTONIO RENDON RESTREPO
KLEYDY TATIANA TAPIERO MONCAYO**

**FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTIAGO DE CALI
NOVIEMBRE 2018**

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON CAÍDAS DEL ADULTO
MAYOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: LATINOAMÉRICA
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 2010-2018**

**VALERIA FONSECA PIEDRAHITA
HILDEBRANDO ANTONIO RENDON RESTREPO
KLEYDY TATIANA TAPIERO MONCAYO**

Monografía para optar el título de Enfermería Profesional

Tutora: Dolly Villegas Arenas

**FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTIAGO DE CALI
NOVIEMBRE 2018**

Tabla de contenido

	Pág.
0. INTRODUCCIÓN	6
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Formulación de la pregunta problema	12
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo general.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4. MARCO REFERENCIAL.....	17
4.1 Marco teórico.....	17
4.1.1 Monitoreo de pacientes para evitar Eventos Adversos.....	17
4.1.2 Garantía de calidad Seguridad del Paciente	18
4.1.3 Análisis Interno del servicio de salud.....	19
4.2 Marco legal	23
4.3 Marco contextual	27
4.3.1 Política de seguridad del paciente.....	27
4.4 Marco conceptual	30
4.5 Marco ético y bioético universal.....	35
4.5.1 Normatividad Internacional.....	35
4.5.2 Normatividad Nacional	38

4.6 Marco disciplinario	41
5. Teorista de enfermería.....	44
5.1 Teoría del cuidado del paciente de Florence Nightingale.	44
5.1.2 Florence Nightingale, pionera de seguridad del paciente.	45
6. METODOLOGÍA	47
6.1 Tipo de estudio o diseño.....	47
6.2 Procedimiento.....	47
6.2.1 Sección del tema	47
6.2.2 Delimitación del tema	47
6.3 Criterios de selección	48
6.4 Fuentes de información	48
6.5 Instrumento.....	49
6.6 Fases de la Revisión Bibliográfica	49
7. ESTADO DEL ARTE- FICHA DE LOS ARTÍCULOS.....	51
7.1 Estudios en Brasil.....	51
7.2 Estudios en Chile.....	55
7.3 Estudios en Argentina.....	59
7.4 Estudios en México.....	61
7.5 Estudios en Perú	64
7.6 Estudios en Cuba	65
7.7 Estudios en Colombia.....	68

8. DISCUSIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS	77
8.1 Factores de riesgo relacionados con el ámbito institucional	77
8.2 Factores de riesgo relacionados con el personal asistencial	83
8.3 Factores de riesgo relacionados con el paciente	87
9. CONCLUSIONES	90
10. RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	93

0. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias¹.

Por otro lado, la OMS define las caídas como la “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad”, y las caídas en personas mayores constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia en este sector de la población y, sobre todo, por las consecuencias que acarrearán y las repercusiones que provocan en el anciano. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces. Es un problema en el que se suele ‘reincidir’. Es una paradoja, pero la caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas. Pese a que las caídas constituyen un fenómeno frecuente durante la vejez que pueden originar graves consecuencias, y que además son un problema frecuentemente ignorado y muchas veces no se les presta la atención necesaria².

Esta monografía de revisión sistemática de bibliografía tiene como propósito principal Identificar los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor en el ámbito hospitalario mediante una Revisión Bibliográfica. Para llegar a cumplir este propósito se realizó una juiciosa lectura de la bibliografía para describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución, luego se describirá los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal asistencial. Y por último se describirá los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente. Esto con el fin de tener la perspectiva de tres ámbitos diferentes que trabajan bajo el mismo propósito. Se usó una metodología de revisión sistemática bibliográfica tipo monografía, cualitativa, descriptiva, donde se analizó, diferentes buscadores indexados, se extrajo literatura especializada de Latinoamérica entre los años 2010-2018. Se registró un total de 43.748 artículos de los cuales 40 fueron la muestra de análisis, en donde se tuvo en cuenta que cumplieras los criterios de selección.

Los eventos adversos son un problema de todos los sistemas de salud en el mundo, entre estos se encuentra caídas, medicamentos, procedimientos, sin embargo, las caídas en las personas mayores son un problema dentro del problema, paradójicamente debido a que se presentan casos donde los medicamentos producen caídas, un mal

procedimiento produce caídas y otros factores de riesgo es ser adulto mayor que también genera caídas, siendo los pacientes más vulnerables³.

Así las cosas, en el ámbito institucional se encuentra una gran preocupación por implementar protocolos, guías de seguridad del paciente generando una cultura de efectuar estrategias de seguridad del paciente, en especial en las caídas de las personas mayores, ya que esto genera disminución de la calidad de vida de los pacientes, desencadenan errores, genera costos institucionales y pérdidas económicas.

En cuanto, al ámbito del paciente, en algunas ocasiones los pacientes y los familiares de estos, presentan participación en el cuidado y autocuidado según su condición de salud, sin embargo, en algunos casos los mismos pacientes y los familiares desconocen las normas de seguridad del paciente y más para prevenir caídas en los adultos mayores, lo que genera accidentes, que desencadenan fracturas y hasta la muerte del paciente. Por lo tanto, desde la perspectiva de la enfermería es conveniente que se muestre y enseñe la necesidad de seguir los protocolos.

Por último, la importancia de esta monografía muestra que, desde el ámbito asistencial, el personal de enfermería debe tener conocimiento sobre la seguridad del paciente desde antes de tener al cuidado el paciente, tener en cuenta si el paciente es persona mayor ya que es ahí

donde se aumenta considerablemente el riesgo, luego tener seguimiento y promover la enseñanza de los protocolos para que sirvan y que van a prevenir, tanto daño físico, como psicológicos, económicos.

Se logra determinar que la importancia de reconocer factores de la seguridad del paciente desde la perspectiva del ámbito institucional, desde el ámbito del paciente y desde el ámbito asistencial lo cual se logra ver en la discusión de este documento, el cual está respaldado por los artículos indexados que se analizaron.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad la pirámide poblacional se ha invertido; la población mundial ha experimentado una creciente en adultos mayores que cada vez se expande más en longevidad dado el desarrollo de la tecnología en cuanto a los avances de la medicina⁴, permitiendo que este grupo demográfico reciba mejores tratamientos con el desarrollo de nuevos medicamentos y procedimientos. Se especula que la población mundial aumentará en un 20% en sus sexagenarios y posiblemente en sus octogenarios, proyectándose para el 2050 una población de 330 millones de personas mayores de 65 años⁵.

En ese sentido, la población colombiana se encuentra en el proceso natural dentro del desarrollo de la vida; esta población que a través de los años va creciendo está creando una carga mayor para el sistema de salud dada la morbilidad propia del envejecimiento. Según el ministerio de salud colombiano “desde finales del siglo XX en Colombia, la transición demográfica ha estado determinada por la disminución de la mortalidad y la transición de la fecundidad. Esta transición se ha caracterizado históricamente por un descenso de la mortalidad en la década de los treinta y una disminución de la fecundidad a partir de los años sesenta del siglo XX, lo cual incidió en el envejecimiento poblacional; una evidencia de este proceso es el aumento de la tasa de crecimiento poblacional a medida que las cohortes envejecen”⁶.

Conforme avanza la edad se presentan múltiples patologías y el paciente requiere iniciar tratamiento farmacológico. En algunos casos las distintas patologías presentadas requieren del uso de múltiples fármacos, ya sean usados racional o irracionalmente; lo cual implica pre-hospitalización y hospitalización, donde se incrementa la probabilidad de caída por la medicación; cambios cognitivos propios de la edad; e incluso como consecuencia de espacios con infraestructura no adecuada⁷.

Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados, con reportes del 32% de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional⁸. El 20% de las personas mayores que sufren de fractura de cadera se mueren en un año⁹. Las lesiones son la quinta causa de muerte en los adultos mayores de 65 años o más, después de enfermedades cardiovasculares, cáncer, infarto, y causas respiratorias. Las caídas causan 2/3 de estas muertes. La mayoría de caídas no causan la muerte, pero del 5% al 10% de estas caídas resultan en serias lesiones, como fracturas o lesiones de cráneo¹⁰.

El costo adicional de una caída sin consecuencias serias da como resultado US\$3.500 a precios de 2010, mientras que en pacientes con al menos dos caídas su costo se eleva a US\$16.500. Las caídas con lesiones serias tienen un costo adicional de US\$27.000. Además de los

costos que recaen sobre los pacientes o sus familiares, los cuales son muy elevados¹¹.

De acuerdo con lo anterior surge una pregunta muy importante, que se establece en el siguiente punto.

1.1 Formulación de la pregunta problema

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor en el ámbito hospitalario?

2. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación monográfica, podrá evidenciar según la literatura y la revisión bibliográfica, que los factores de riesgo que tienen las personas mayores en cuanto a las caídas y como el personal asistencial implementa los protocolos de seguridad del paciente para prevenir estos eventos adversos. Los factores serán descritos junto con los conceptos que se requiere saber según la visión y área de la enfermería, ya que es el personal de enfermería el encargado de brindar apoyo y cuidado a los pacientes para mejorar la protección, evitando las caídas especialmente en personas mayores, grupo poblacional que se ha incrementado a nivel social y en ámbito hospitalario, con respecto a las características de los factores en el proceso de los hábitos de vida los parámetros demográficos, sociales, farmacológicos y económicos deben ser comprendidos con la finalidad de sensibilizar y orientar el cuidado hacia la protección del paciente, para evitar problemas posteriores; además, se busca generar postulados basados en evidencia sobre el cuidado de personas mayores y generar cultura de seguridad del paciente en especial en el hacer enfermero, debido a que enfermería lidera procesos de prevención, promoción y seguridad del paciente como estrategias de salud.

En cuanto a los **aspectos teóricos**, son postulados desde lo aprendido y consultado en las bases de datos de la literatura especializada, además del conocimiento necesario durante el desarrollo profesional; es decir, la comprensión correcta de lo que representa los conceptos y los factores de riesgos de caídas en personas mayores y el conocimiento de las complicaciones que de esta pueden derivarse. Evidenciando en los resultados las características propias de las entidades institucionales y normativas de la seguridad del paciente.

Desde las perspectivas **institucionales**, la presente revisión bibliográfica proporciona a las instituciones de salud elementos de buenas prácticas para la aplicación en la seguridad y salud del paciente. La Universidad Santiago de Cali con estos procesos formativos genera conocimiento y fortalece el método pedagógico a los estudiantes de enfermería, y sensibiliza las instituciones de salud frente a la importancia del cuidado en la prevención de caídas, asumiendo un rol de responsabilidad social.

En ese sentido el **aspecto práctico**, el conocimiento obtenido en razón de la presente monografía, permitirá el desarrollo de estrategias de control y prevención y mitigación del impacto de las caídas, y con este conocimiento se podrá ser aplicadas a partir de la capacitación a los estudiantes de enfermería, ya que ellos podrán no solo emplear tales conocimientos, sino también transmitirlos a su vez hacia otros sujetos de forma apropiada dentro del entorno profesional y fuera de este; es decir, desde un aspecto educativo no formal, personal, familiar, comunitario, laboral y proyectándolo en futuras investigaciones.

Por otro lado, los **aspectos sociales**, se genera información a personas que estén interesadas en implementar los conceptos generados, y serán insumos para futuras investigaciones, así mismo se evitará la confrontación frente a un desenlace fatal por las caídas que sufren las personas mayores en el entorno hospitalario, ya que se considera la seguridad del paciente un problema de salud pública.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor en el ámbito hospitalario mediante una Revisión Bibliográfica.

3.2 Objetivos específicos

- Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución.
- Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal asistencial.
- Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Marco teórico

4.1.1 Monitoreo de pacientes para evitar Eventos Adversos

Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia¹² se deben tener unos indicadores de monitoreo de los pacientes para evitar eventos adversos (EA), así como se muestra a continuación en la tabla.

Tabla: Indicadores de monitoreo

Indicador	Características
Indicadores de estructura	Miden la calidad de los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico). Incluyen los aspectos institucionales de la gestión (la documentación existente relacionada con procesos y la organización), los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal). Son ejemplos de indicadores de estructura: el número de camas de hospital, el número de médicos de urgencias, entre otros.
Indicadores de proceso	Enfatizan en cómo se entrega la atención a través de la medición de la calidad de las actividades realizadas durante la atención misma. Son ejemplos de indicadores de proceso la evaluación de la historia clínica, el diligenciamiento del consentimiento, la técnica quirúrgica en cirugía, los errores en la atención, entre otros.

Indicadores de resultado	Son los Indicadores más usados en el sistema de salud. Miden el grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado. De cualquier forma, este indicador evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención recibida y además, genera otras consecuencias. Son ejemplos de indicadores de resultado el giro cama, la tasa de caídas por 1000 días estancia, la satisfacción de los pacientes, entre otros.
--------------------------	--

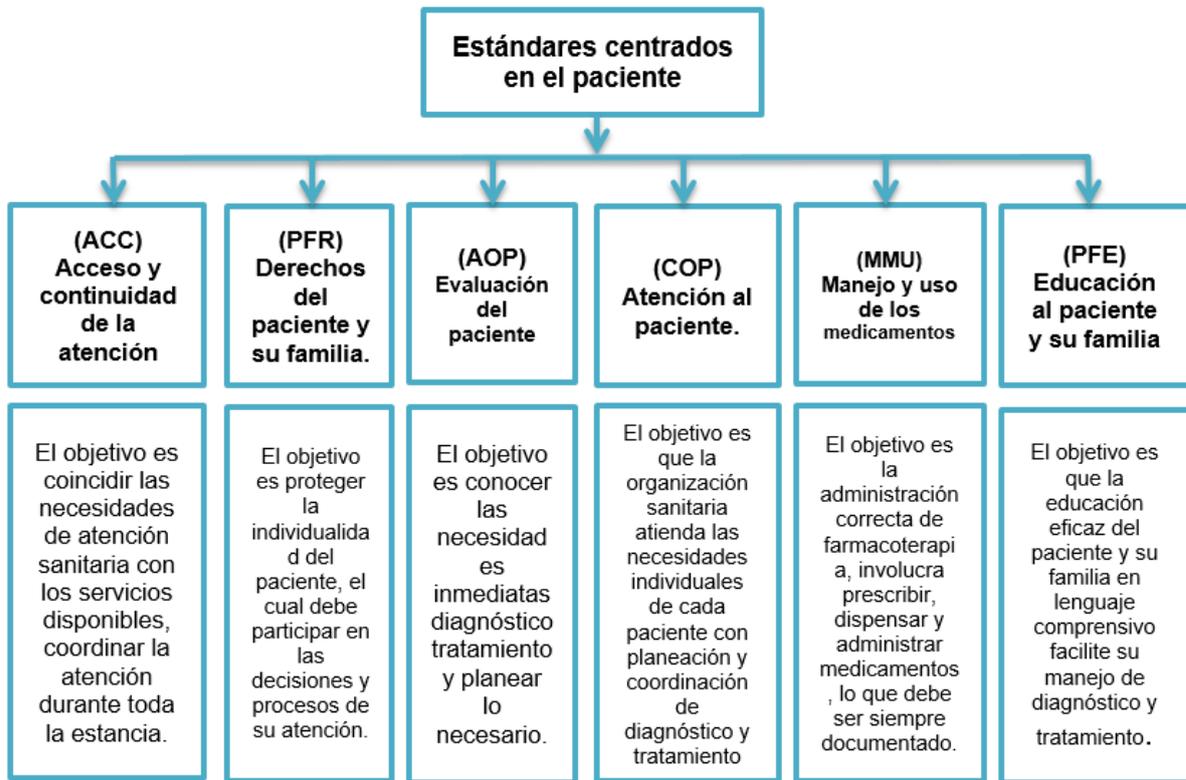
Fuente: Ministerio de la Salud y la Protección Social de Colombia.

Los indicadores son poderosas herramientas en la gestión de procesos, que permiten mantener una mirada permanente actualizada de la situación, tomar decisiones y verificar si estas fueron o no acertadas, los indicadores acertados y seleccionados deben ser diferentes y tener ciertas características.

4.1.2 Garantía de calidad Seguridad del Paciente

La garantía de calidad en los procesos de seguridad se ha de centrarse a los usuarios o pacientes¹³. La figura 5 muestra los estándares dirigida a los pacientes, con la denominación de las siglas en inglés, pero con generalidades en español.

Figura: estándares centrados en el paciente.



Fuente: Conceptos técnicos de; Ramírez, A., et al. (2011)¹⁴.

4.1.3 Análisis Interno del servicio de salud

El análisis al interior de la organización permite identificar la realidad en la que se encuentra esta, a través de la investigación del funcionamiento detectar las causas de los problemas internos desde la perspectiva causa-efecto, Jiménez (2010). En este mismo sentido, Betancourt (2013), plantea que el análisis interno tiene como fin identificar los aspectos positivos y las fallas internas. Los aspectos positivos, para ser tomados como una ventaja para la organización y los negativos para ser identificados como carencias a ser corregidas. La situación interna se refiere los clientes y los empleados, así como los servicios que se prestan, los aspectos administrativos, financieros, recursos humanos, entre otros;

para así poder establecer cómo se encuentra la organización y saber claramente cuáles son sus fortalezas y debilidades y tomar decisiones acerca de planes de mejoramiento.

De acuerdo con Jiménez (2010) y Betancourt (2013), el análisis interno de la organización debe centrarse en los siguientes aspectos:

Tabla: Análisis interno de una organización

Análisis	Generalidades
<p>Según Jiménez¹⁵, (2010).</p>	<p>Infraestructura: Identificado de manera general como el estado de las instalaciones de la organización, su adecuación y mantenimiento que garanticen un desarrollo óptimo de las actividades. El estado y función que cumple determinan la satisfacción y eficiencia en la realización de las actividades y en el análisis de su estado se detectan tanto los puntos fuertes a mantener como las deficiencias a corregir (Jiménez, 2010).</p> <p>Recursos: Los recursos de manera general son físicos y financieros. Dentro de los físicos están las instalaciones, los equipos implementos materiales y herramientas para el desarrollo de las actividades y los financieros se refiere a las fuentes de sostenimiento y mantenimiento tanto de recursos físicos como el pago del personal y requisito de funcionamiento (Jiménez, 2010).</p> <p>Administración organizacional: Este aspecto a pesar de ser el último, es tal vez el más importante, ya que determina la organización de todos los anteriores. En una buena direccionada administración y en un estado de equilibrio de esta, radica el éxito de la organización (Jiménez, 2010).</p>
<p>Según Betancourt¹⁶, (2013).</p>	<p>Personal: Ese debe tener una organización que determina la asignación y cumplimiento de sus funciones, así como un registro de las actividades realizadas, la asignación de pagos o salarios (Betancourt, 2013).</p> <p>Operaciones y actividades: El control y registro de los procesos, operaciones y actividades desarrolladas dentro de la organización son determinantes en su correcta ejecución y el logro de su cumplimiento de una manera eficiente y eficaz (Betancourt, 2013)</p>

Fuente: Jiménez (2010) y Betancourt (2013).

ENVEJECIMIENTO

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países¹⁷. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad¹⁸.

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.
- Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

Se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015¹⁹.

CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

Las caídas son la causa principal de lesiones en adultos mayores; puede llevar a una disminución de la calidad de vida; y altos costos individuales, sociales y de atención médica. La evaluación cuidadosa de los riesgos individuales de caídas y la provisión de intervenciones adecuadas, incluido el tratamiento de afecciones médicas coexistentes, la revisión de los medicamentos, el ejercicio y la educación sobre la seguridad del hogar y la comunidad, pueden conducir a un envejecimiento más saludable²⁰.

Aunque las caídas ocurren en todas las edades, los adultos mayores son más vulnerables a las lesiones después de una caída, lo que genera repercusiones significativas para la salud y la independencia. Los adultos mayores que sufren caídas perjudiciales tienen más probabilidades de ser dados de alta en un centro de rehabilitación o centro de enfermería especializada que los adultos más jóvenes y aquellos que sufren una caída lesiva también corren el riesgo de caídas que son graves y/o lesivas posteriores a largo plazo²¹.

Las expectativas de recuperación total después de una lesión grave por caída son bajas. Los adultos mayores con fracturas de cadera enfrentan un riesgo de mortalidad cinco a ocho veces mayor durante los primeros 3

meses después de la fractura, y corren el riesgo de nuevas limitaciones funcionales de movilidad y autocuidado, deterioro del equilibrio, debilidad muscular, niveles bajos de actividad física, y más cae²².

Las secuelas de una lesión cerebral traumática después de una caída pueden incluir una menor independencia en las actividades de la vida diaria, los déficits cognitivos y de comportamiento, y la necesidad de cuidados complejos continuos para los déficits cognitivos y motores²³.

4.2 Marco legal

DECRETO 1011 DE 2006: SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD.

EI MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 3 ABR 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDA EN SALUD – Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía

de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales²⁴.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 00024 DE 2017 (11 ENE 2011)²⁵ Por medio de la cual se establecen los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y se establecen las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales. En esta resolución se muestra que en el artículo 46 de la Constitución Política establece que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.

El artículo 11 de la Ley 1276 de 2009 señala que el hoy Ministerio de Salud y de Protección Social establecerá los requisitos mínimos esenciales que deberán acreditar los Centros Vida, para obtener la autorización de funcionamiento, así como las normas para la suscripción de convenios docentes-asistenciales. Que durante los años 2012 y 2013, la Oficina de Promoción Social del Ministerio realizó la encuesta sobre

"Identificación de la situación de las instituciones de protección y promoción social para personas mayores" con los objetivos de i) identificar la situación actual de las personas mayores en los territorios, sean estos servicios de residencia o de atención en los centros día o vida y ii) establecer el avance realizado tanto por la entidades territoriales como por las instituciones prestadoras de servicios sociales para personas mayores, para dar cumplimiento a los estándares establecidos en la normatividad vigente, y propender por la dignificación de las personas mayores en las instituciones de protección social en todo el territorio nacional. Que, en consecuencia, caracterizada tanto la ausencia de procedimientos y condiciones de registro de prestadores y habilitación de modalidades de cuidado, la falta de estándares y criterios mínimos para la prestación de servicios sociales dirigidos a las personas adultas mayores como la necesidad de regular el funcionamiento de las modalidades de cuidado dirigidas a esta población, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló inicialmente seis grupos de estándares, para los Centros Vida, así como los criterios correspondientes a cada uno de estos.

LEY NtJ, 1850 19 JUL 2017²⁶ "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA, SE MODIFICAN LAS LEYES 1251 DE 2008, 1315 DE 2009, 599 DE 2000 Y 1276 DE 2009, SE PENALIZA EL MALTRATO Intrafamiliar POR ABANDONO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES:'

Artículo 17A. Los centros de protección social y de día, así como las instituciones de atención deberán acoger a los adultos mayores afectados por casos de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención.

La actualización de Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, ha sido estructurada a partir del planteamiento de los argumentos que fundamentan tal actualización, continuando con la descripción de los principales avances de la Política alcanzados durante el periodo 2008 a 2013, una breve presentación de la situación actual de las personas adultas mayores en el contexto del envejecimiento progresivo de la sociedad colombiana, y finalmente, la exposición de la dimensión metodológica del proceso que ofrece como resultado el documento vigente de Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. El presente documento actualiza la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, Política formulada a finales del año 2007 en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1151 de 2007. Los argumentos que sustentan el ejercicio de actualización de la Política se pueden sintetizar en lo siguiente: 1) Las rápidas transformaciones de los colectivos humanos: el número de personas adultas mayores pasó de 4.473.447 en 2010 a 5.146.251 colombianos y colombianas de 60 años o más, en 2014, para una proporción de estas personas respecto a la población total del 11%. De manera correlativa el índice de envejecimiento en Colombia, es decir, el número de personas de 60 años o más respecto a las personas de 14

años o menos ascendió al 41.47%, en 2015. Y la velocidad del envejecimiento, o tiempo transcurrido en el conjunto de una sociedad para que el grupo de las personas de 65 años o más pasen de una proporción del 7% al 15% será de tan sólo 20 años para nuestro país, comenzará en 2017 y finalizará en 2037 ²⁷.

4.3 Marco contextual

4.3.1 Política de seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria²⁸.

La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública en todo el mundo. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 por cada millón de pasajeros. En cambio, uno de cada 300 pacientes sufre daños ocasionados por la atención médica. Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o el trabajo en centrales

nucleares, tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica²⁹.

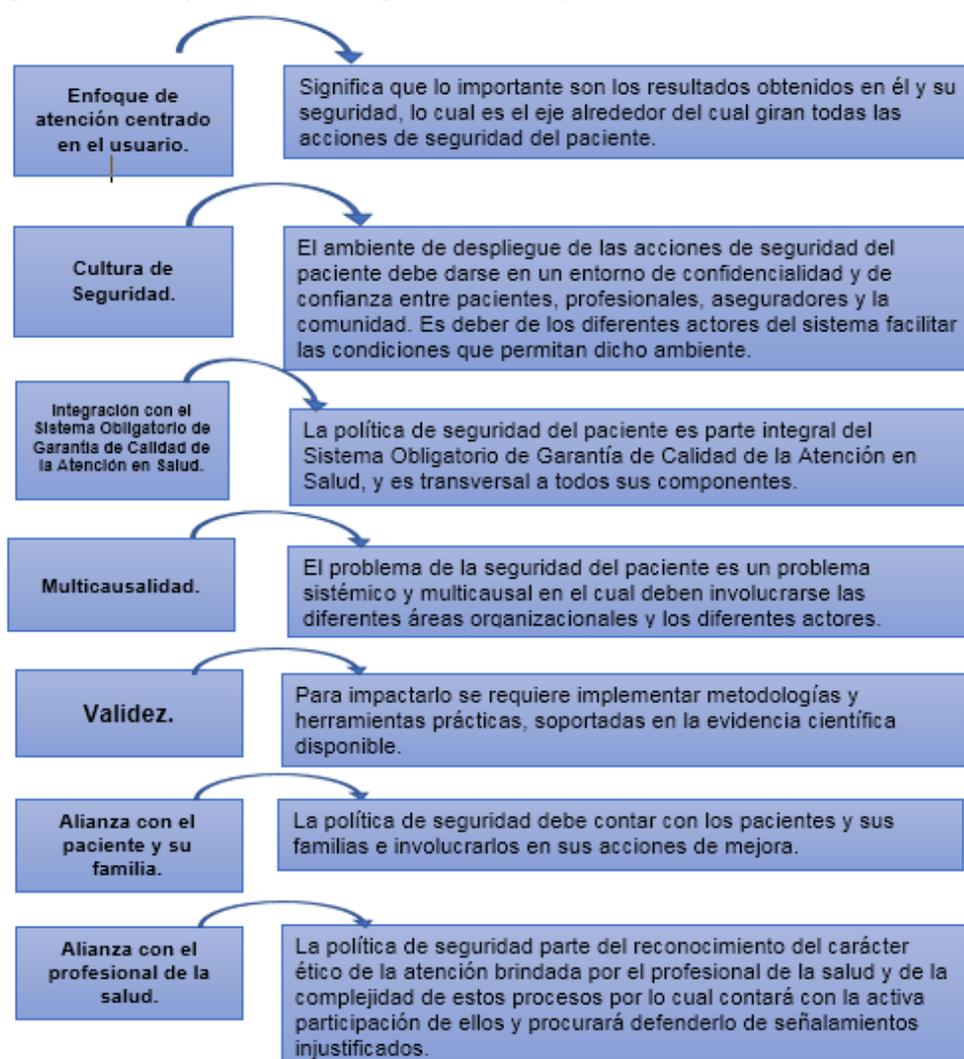
Son muchas las acciones y cambios que cada uno de los países alrededor del mundo ha establecido para cuidar y proteger al paciente el Ministerio de Salud de nuestro país, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos. Con esta guía se generó una ruta de implementación para poder cuidar y dar seguridad al paciente.

El modelo pedagógico en el que se han diseñado los paquetes instruccionales es el ABP, Aprendizaje basado en problemas. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de grandes preguntas-problemas que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio, pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de buscar nuevos problemas para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad³⁰.

Los principios orientadores de la política Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el

compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

Figura: Principios de la seguridad del paciente³¹.



Fuente: Ministerio de la Protección Social.

4.4 Marco conceptual

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias³².

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud¹⁹.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso¹⁹.

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

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

FALLAS LATENTES: Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo).

ETAPAS DE LA VIDA: la definición plantea que existe un proceso continuo desde el nacimiento hasta la vejez y por esta razón las experiencias y las condiciones de una etapa de la vida condicionan la siguiente, así como las necesidades y los problemas pueden ser previstos, agravados o superados en la etapa anterior³³.

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

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son: - Paciente: cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente. - Tarea y tecnología: documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada,

sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas. - Individuo: como el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica. - Equipo de trabajo: como las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo. - Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc. • INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

ANCIANO, NA: Dicho de una persona: De mucha edad³⁴.

PERSONAS ADULTAS MAYORES: son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su

familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad³⁵.

ENVEJECIMIENTO HUMANO: constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo³².

ABANDONO: (The National Center on Elder Abuse (NCEA), n.d.)

Es la deserción de un adulto mayor por un individuo que ha asumido la responsabilidad de la atención a una persona mayor, o por una persona que tenga la custodia de un anciano³⁶.

ACCIDENTE: acontecimiento de carácter inevitable, que sucede de forma aleatoria y sobre el cual no se puede ejercer control. Se encuentran entre las principales causas de lesiones no intencionales en adultos mayores ³³:

- Caídas.
- Ahogamiento.
- Quemaduras.
- Lesiones relacionadas con fuego.
- Sofocación.

- Envenenamiento.

- Lesiones relacionadas con accidentes deportivos y uso de bicicleta.

- Lesiones por armas de fuego

CURSO VITAL: se define como un proceso en el que está inmerso cualquier ser vivo que implica etapas, transiciones, roles que van quedando atrás y no son modificables por las perspectivas de tiempo, proceso y contexto³³.

EDAD BIOLÓGICA: corresponde al estado funcional de los diferentes órganos, comparados con patrones promedio para una determinada edad³³.

EDAD CRONOLÓGICA: es la edad del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, cuya medida usual es la edad en años³³.

ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO (POBLACIONAL): proceso por el cual una población cambia en su composición de modo que se incrementan la edad promedio, la esperanza promedio de vida, así como la cantidad de personas que viven más años³³.

4.5 Marco ético y bioético universal

4.5.1 Normatividad Internacional

Declaración de Helsinki

La Declaración de Helsinki es una propuesta de principios éticos para investigación en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable, está destinada principalmente a los médicos y personal de salud. La Asociación Médica Mundial (AMM) insta a los involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar los siguientes principios.

Principios éticos para investigación médica en seres humanos.

- El deber del médico y/o personal de salud es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación. Los conocimientos y la conciencia del médico y del personal de salud han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Principios fundamentales para toda investigación médica
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

PAUTAS ÉTICAS DE LA CIOMS

- Pauta 1: Justificación ética y validación científica de la investigación biomédica en seres humanos.
- Pauta 2: Comités de evaluación ética.
- Pauta 3: Evaluación ética de la investigación patrocinada externamente.

- Pauta 4: Consentimiento informado individual.
- Pauta 5: Obtención del consentimiento informado: información esencial para potenciales sujetos de investigación.
- Pauta 6: Obtención de consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigadores.
- Pauta 7: Incentivos para participar en investigación.
- Pauta 8: Beneficios y riesgos de participar en un estudio.
- Pauta 9: Limitaciones especiales de riesgos cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado.
- Pauta 10: Investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitados.
- Pauta 11: Elección del control en ensayos clínicos.
El placebo puede usarse: Cuando no existe una intervención de efectividad comprobada.
- Pauta 12: Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación.
- Pauta 13: Investigación en que participan personas vulnerables.
- Pauta 14: Investigación en que participan niños.
- Pauta 15: Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado.
- Pauta 16: Las mujeres y hombres como sujetos de investigación.
- Pauta 17: Mujeres embarazadas como sujetos de investigación.
- Pauta 18: Protección de la confidencialidad.

- Pauta 19: Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados.
- Pauta 20: Fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica y de la investigación biomédica.
- Pauta 21: Obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención de salud.

4.5.2 Normatividad Nacional

Resolución N° 008430 de 1993

Artículo 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

Artículo 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: sin riesgo – con riesgo mínimo – con riesgo mayor del mínimo.

El presente estudio está clasificado **SIN RIESGO**.

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los

que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes desiguales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

c) Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla. A continuación, se citan los aspectos a considerar:

- a)** La justificación y los objetivos de la investigación.
- b)** Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c)** Las molestias o los riesgos esperados.
- d)** Los beneficios que puedan obtenerse.
- e)** Los procedimientos alternativos que pudieran ser Ventajosos para el sujeto.
- f)** La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta.

Las consideraciones éticas para esta investigación han seguido los lineamientos establecidos por la Dirección de Investigación de la Universidad Santiago de Cali, en la cual se propone tener en cuenta el Código de Núremberg y el código de Helsinki y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de ciencias Médicas (CIOMS)¹⁸⁰, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002, y los principios que dispone la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en la Ley 911 de 2004.

Este estudio es considerado de sin riesgo debido a que las investigadoras solo analizarán literatura especializada, buscando comprender los riesgos de enfermedad cardiovascular en estudiantes universitarios.

La Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en su artículo 11 reconoce este tipo de investigaciones como ***sin riesgo*** físico o biológico ya que no se hace intervención sobre variables físicas, fisiológicas, sobre la población o muestra de estudio.

4.6 Marco disciplinario

LEY 266/1996: “Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones”: Se hace mención de unos

artículos, que son indispensables en la práctica de la profesión de enfermería, en su artículo 17, ítem 6 dispone como una competencia de enfermería en Colombia: ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

Los Deberes del Profesional de Enfermería: en el artículo 20 se muestra los deberes del profesional de enfermería, los siguientes:

- Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.
- Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
- Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.

Los Derechos del Profesional de Enfermería: en el artículo 21 se muestran los derechos del profesional de enfermería:

- Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.

- Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería.
Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios.

LEY 911/2004: “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

El código **Deontológico** de enfermería es entendido como “el conjunto sistematizado de normas mínimas que el grupo profesional establece, en cuyo seno se compromete a desempeñar su profesión, y que reflejan la concepción ética común y mayoritaria de sus medios”. Es por medio de la ley 911/2004 que el profesional de enfermería en Colombia acepta la responsabilidad que le corresponde y la credibilidad que le ha otorgado la sociedad. Dicha ley pone a disposición del profesional, conceptos éticos aplicados a la enfermería, los cuales llenan una inmensa responsabilidad de ser enfermero (a) mantener y restaurar la salud, evitar enfermedades y aliviar el sufrimiento, por tanto, que el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones primordiales de enfermería. “La enfermera o el enfermero en el proceso de su profesión, crea un medio ambiente en el cual los valores, costumbres y creencias del individuo son respetados”, con lo anterior se dice que la enfermería trata a cada persona de manera integral en el tratamiento terapéutico.

5. Teorista de enfermería

5.1 Teoría del cuidado del paciente de Florence Nightingale.

Teórica de enfermería Florence Nightingale en 1882 escribió como cuidar al enfermo en el Quain's Dictionary of Medicine, donde indica cómo se debe cuidar a un enfermo, afirma que la formación y experiencias son necesarias para saber cómo observar, como pensar y que pensar. Florence Nightingale consideraba que, una vez que la enfermera había “aprendido a aprender”, el proceso de formación debía continuar más allá de la escuela. Sus ideas al respecto eran vanguardistas: “hoy en día, cada cinco o diez años se necesita una segunda formación”³⁷.

Florence destacaba lo que de específico tenía la actividad de la enfermera y la responsabilidad personal de ésta en el bienestar del paciente. A su entender, era más fácil conseguir este bienestar si la enfermera entendía su trabajo como una llamada interior o una vocación, más que como una profesión. Tal vez era inevitable, pero finalmente sus razonamientos fueron desoídos. La educación formó parte de la vida de Florence Nightingale. Se preocupó por que los métodos educativos fuesen prácticos y reflejasen los objetivos de la educación³⁸.

Cada una de sus premisas es enfocada al entorno de la persona, específicamente al medio ambiente. Dicha característica, de poner a la persona en las mejores condiciones para que el entorno actuara sobre

él, dio pie a que su pensamiento se catalogara como de tendencia naturalista y razonamiento inductivo³⁹.

5.1.2 Florence Nightingale, pionera de seguridad del paciente.

La gestión en salud es el uso idóneo de los recursos, tanto materiales, humanos y tecnológicos en el cuidado de las personas. Los diferentes tipos de gestión están acordes al nivel de injerencia, autoridad y toma de decisiones que se tenga para actuar de forma resolutive en situaciones que competen la salud de los pacientes. El nivel más alto de gestión es el que corresponde a la macrogestión y compete al Estado, Ministerios y Consejos de Salud, dichas instancias definen y abordan políticas públicas, financiamiento y regulación acorde a la normatividad legal vigente. El segundo nivel es la mesogestión, es la que es implementada por la gerencia en instancias de atención a la salud, como institutos, hospitales en los tres niveles de atención, centros de salud, hogares de asistencia; la toma de decisiones en este nivel tiene el propósito de cubrir las necesidades de la institución considerando el presupuesto, políticas externas e internas. El último nivel es la microgestión, el escenario de la toma de decisiones en este nivel es dentro de las instituciones de salud, los protagonistas es el personal involucrado en la atención directa del paciente, enfermería, medicina, trabajo social, psicología, nutrición, rehabilitación, los profesionales de las diferentes disciplinas son quienes aplican este último nivel, que también es denominado gestión clínica, específicamente en enfermería, el concepto se equipara a la gestión del cuidado⁴⁰.

La gestión del cuidado implica un ejercicio profesional con sustento teórico, planificado, organizado, que requiere de motivación y control por la enfermera gestora, quien además debe poseer habilidad de liderazgo y comunicación para aplicar las dos características antes descritas. Los cuidados brindados aseguran calidad en la atención, continuidad de la misma, utilizando los recursos disponibles, fijando objetivos en beneficio de la persona, familia y comunidad⁴¹.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio o diseño

Se realizó revisión bibliográfica tipo monografía, con el objetivo de Identificar los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor en el ámbito hospitalario, la monografía fue de tipo compilación ya que permitió la revisión bibliográfica del tema para obtener conclusiones relacionadas y aportar al conocimiento en este aspecto de la Seguridad del paciente del adulto mayor hospitalizado.

6.2 Procedimiento

Para la Identificar los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor en el ámbito hospitalario a través de la revisión bibliográfica se siguieron los pasos.

6.2.1 Sección del tema

Surge de las inquietudes de reconocer los ámbitos que se centran en la seguridad del paciente, desde la identificación de eventos desde el paciente, desde el servicio de salud, y desde la parte asistencial.

6.2.2 Delimitación del tema

Frente al alcance del tema se identificó que la cultura de reporte y de capacitación es necesaria para disminuir las caídas de los pacientes.

6.3 Criterios de selección

Definición de criterios de inclusión y exclusión.

➤ **Criterios de Inclusión:**

- Artículos publicados en el periodo 2010 – 2018, en el que se identifica fecha de publicación, lugar, autores.
- Artículos en español y en otros idiomas en especial Ingles.
- Artículos indexados.
- Artículos avalados por una entidad con respaldo científico.
- Guías y manuales con respaldo gubernamental.
- Artículos que tengan las palabras claves.

➤ **Criterios de Exclusión:**

- Artículos a los que no se logra obtener el artículo completo.
- Artículos que no tengan las palabras claves.

6.4 Fuentes de información

Los criterios de búsqueda se establecieron utilizando las siguientes palabras claves: “enfermería, cuidado del paciente, seguridad del paciente, calidad de vida”, Adulto mayor, caídas, metas de seguridad. Lineamientos de seguridad del paciente.

Las fuentes utilizadas para la presente Monografía, fueron fuentes secundarias principalmente, como fue: Se utiliza las bases de datos de revistas científicas e indexadas como lo es Scielo, Science Direct, MedLine, Ebsco, Intramed, PubMed, Colombia Medica, Redalyc, Scopus, Scimago

Juornal. Springer Journal, Biblioteca Virtual en Salud, Biomed. Etc. También se investiga de información gubernamental como lo son los Ministerios de Salud. El proceso de recolección de la información tuvo una duración de 3 meses.

Población y muestra de la revisión documental

La población total de literatura investigada fue de:

Revista indexación	Total
Resultados en <i>science direct</i>	582
Resultados en <i>scopus</i>	11.742
Resultados en Colombia medica	10.729
Resultados en <i>PubMed</i>	9.850
Resultados de <i>Redalyc</i>	2.415
Resultados en <i>Scielo</i>	10.845
Total	43.748

La muestra para análisis serán 40 artículos indexados de caídas en adultos mayores con énfasis en la seguridad del paciente.

6.5 Instrumento

La consolidación de la información obtenida a partir de la revisión de los artículos, libros, fue registrada en la ficha anexa que contiene los principales elementos de análisis.

6.6 Fases de la Revisión Bibliográfica

La revisión bibliográfica.

La elaboración de una revisión bibliográfica pone a prueba la capacidad de juicio y las competencias de lectura y escritura de los estudiantes. En efecto, la tarea de escribir una revisión supone hacer una investigación documental, condensar un volumen considerable de información procedente de fuentes

diversas y en ocasiones divergentes establecer relaciones intertextuales, comparar las diferentes posturas frente a un problema y, finalmente, escribir un texto coherente que sintetice los resultados y las conclusiones, y que debe pasar por varias revisiones y correcciones, antes de llegar a su versión definitiva⁴².

7. ESTADO DEL ARTE- FICHA DE LOS ARTÍCULOS

7.1 Estudios en Brasil

La siguiente tabla muestra los estudios que se realizaron en Latinoamérica con respecto a los factores de riesgo de las caídas, con apartados como autor, año, país, objetivo, método, resultados y conclusiones.

Tabla: Estudios en Brasil.

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
1. Caídas en pacientes hospitalizados contribuciones a una práctica basada en la prevención.	Rebelo E. ⁴³ (2010) Brasil	Contribuir a una mayor comprensión del fenómeno de la <i>caída</i> .	Buscando las contribuciones literatura científica para una mejor comprensión y desarrollo de estrategias de actuación / prevención	En el artículo muestra cómo prevenir las caídas de los adultos mayores para evitar fracturas, muerte y hospitalización	En la literatura científica el <i>declive</i> viene evento como multifactorial de las causas individuales o ambientales	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución.
2. Prevalencia y características de las caídas de ancianos institucionalizados	Ferreira D. ⁴⁴ (2010) Brasil	Verificar la prevalencia de caídas en residentes de Institución de	Analizamos 121 prontuarios y 87 informes de caídas, entre agosto de 2006 y agosto de	Se realizó un análisis retrospectivo desde el 2006 hasta el 2007	Encontramos 114 caídas sufridas por 45 ancianos, prevalencia del 37,2%	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del

os		Larga permanencia para ancianos	2007	donde se el análisis se centra en 87 informes donde se registra el porqué de las caídas		adulto mayor desde la perspectiva del paciente
3. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care.	Castilho. L et al ⁴⁵ (2017) Brasil	Analizar las propiedades de validez métrica y confiabilidad de la encuesta MISSCARE-BRASIL. Que mide la atención y seguridad de enfermería	Investigación metodológica realizada mediante la evaluación de la validez y confiabilidad del constructo mediante el análisis factorial confirmatorio.	En este artículo se analizó si era pertinente la encuesta MISSCARE sobre seguridad en el paciente	Se demostró que la versión portuguesa brasileña del instrumento se ajusta adecuadamente a la estructura dimensional de la escala que originalmente propusieron.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución.

4. La utilidad de los registros médicos: factores asociados a los errores de medicación en enfermedades	Cruz. H et al ⁴⁶ (2017) Brasil	Describir el desarrollo del historial de medicación de los registros médicos para medir	Estudio observacional retrospectivo y descriptivo de datos secundarios, a través de la revisión de registros médicos de pacientes	Se sabe que los errores de medicación comprometen la seguridad del paciente. Esto ha llevado a la sugerencia de que la conciliación de	La polifarmacia se registró en el 54% de la muestra, y la revisión de las listas de medicamentos por parte de un farmacéutico reveló que el 67.0% del medicamento incluía al menos un riesgo.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
---	---	---	---	--	---	--

crónicas.		los eventos adversos		medicamentos es un punto de entrada en la salud de los sistemas.		
5. Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia.	Lemos. C et al ⁴⁷ (2017) Brasil	Construir y validar un protocolo de seguridad y atención de enfermería en anestesia a pacientes.	Estudio metodológico de validación de cara y contenido, juzgando la claridad, relevancia, pertinencia y exhaustividad de un protocolo de atención.	Los pacientes que han tenido anestesia sufre mareos y pérdida de conciencia que produce caídas y más aún en las personas mayores	Los elementos con desacuerdo se relacionaron con la selección y disponibilidad de materiales y equipos, especialmente antes de la inducción anestésica.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
6. Riesgo de caídas en ancianos brasileños con y sin dolor lumbar evaluado mediante la evaluación del perfil fisiológico: estudio BACE	Rosa Nayza et al ⁴⁸ (2016) Brasil	Evaluar el riesgo de caídas evaluando el perfil fisiológico en ancianos	Estudio observacional, comparativo, transversal, con ancianos de ≥65 años	Las características fisiológicas de las personas mayores son importantes tener en cuenta para determinar si hay riesgo de caídas	un riesgo de caída significativamente mayor (1.10 IC 95% 0.72 a 1.48), mayor postura postural (49.78 IC 95% 13.54 a 86.01), mayor tiempo de reacción (58.95 IC 95% 33.24 a 84.65) y menor fuerza del cuádriceps (-4,42 IC del 95% -8,24 a -0,59)	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente.
7. Asociación entre la carga	Magalhães. A et al ⁴⁹	Describir la carga de	El factor en estudio fue la	La muestra consistió en 157,481	El aumento en la carga de trabajo de	Describir los factores de riesgo relacionados

de trabajo del personal de enfermería y los resultados de seguridad del paciente.	(2017) Brasil	trabajo de enfermería relacionarla con los resultados de seguridad del paciente	carga de trabajo, expresada como la relación entre el número medio de pacientes y el número de profesionales	pacientes, profesionales enfermería y observaciones resultados seguridad	502 de 264 de	enfermería tuvo un impacto en la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.	con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
---	------------------	---	--	--	---------------	--	--

Continuación de la tabla

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
8. Percepción de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente.	Tondo, J, Guirardello, E ⁵⁰ (2017) Brasil	Para evaluar la percepción de los profesionales de enfermería sobre el clima de seguridad	Estudio cuantitativo y transversal realizado en un hospital de enseñanza en el campo de São Paulo, en Brasil	Participaron en el estudio 259 profesionales. La satisfacción laboral del dominio obtuvo puntajes superiores a 75 para ambas categorías	la percepción de los profesionales sobre el clima de seguridad contribuirá a una asistencia segura.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal asistencial.
9. Risk Factors for new accidental falls in elderly	Porto Gauterio, Daiane et al ⁵¹ . (2015)	Identificar los factores de riesgo para nuevas caídas	Estudio cuantitativo del tipo de serie de casos,	La combinación de factores intrínsecos e extrínsecos, que incluyen los	Problemas en el equilibrio (15/15), edad por encima de 65 años (11/15), uso de agentes	•Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución.

patients at traumatology ambulatory center.	Brasil	accidentales en ancianos atendidos en un centro ambulatorio	realizado en un centro ambulatorio de traumatología con 15 ancianos quienes cumplieron los criterios de inclusión	riesgos ambientales, es la asociación más relevante para la ocurrencia de nuevas caídas.	antihipertensivos (9/15), ausencia de material antideslizante en el ambiente doméstico (7/15), tapetes dispersos por el suelo de la casa.	•Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente
---	--------	---	---	--	---	--

7.2 Estudios en Chile

La siguiente tabla muestra los estudios que se realizaron en Latinoamérica con respecto a los factores de riesgo de las caídas, con apartados como autor, año, país, objetivo, método, resultados y conclusiones.

Tabla: Estudios en Chile

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
10. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería	Castañeda-Hidalgo ⁵² (2013) Chile	Identificar las áreas de fortaleza y oportunidad de mejora continua, percibidas por	Estudio cuantitativo, descriptivo con diseño transversal, Muestra fue de 195	Las dimensiones percibidas como fortalezas son el trabajo en equipo en la unidad/ servicio y aprendizaje	Percepción de seguridad, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor

		el personal de enfermería en relación a la cultura de seguridad en la atención de los pacientes	enfermeras, obtenida en un muestreo probabilístico por turnos.	organizacional. Las dimensiones percibidas hacia la mejora continua fueron: dotación de personal, respuesta no punitiva a los errores, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	y franqueza de la comunicación. El clima de seguridad fue evaluado con una media de 7,35. El mayor porcentaje no reporta eventos adversos asociados a la atención para la salud.	desde la perspectiva del personal asistencial
11. Conocimiento de seguridad de pacientes en estudiantes de pregrado de enfermería	Moreno Lobos ⁵³ (2017) Chile	Evaluar el efecto de un programa de intervención educativo sobre el conocimiento de seguridad de pacientes en estudiantes de Enfermería	Estudio pre-experimental antes-después de 6 meses de duración, realizado en tres etapas. Muestra de 80 estudiantes de segundo año de la carrera de Enfermería	En este estudio muestran como los estudiantes de enfermería en prácticas mejoran sus conocimientos a medida que practican	Se verificó un aumento en el porcentaje de logro de los conocimientos de los educandos, esto en relación a la pre (30,5%) y pos (52,25%) intervención educativa (p valor	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal asistencial Describir los factores de riesgo relacionados

						con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
12. Características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas a las metas internacionales de seguridad de pacientes	Villarroel, Ximena ⁵⁴ (2016) CHILE	Describir las características del documento formal que utilizan las instituciones en nuestro país para estructurar las políticas internas relacionadas a las metas internacionales de seguridad de pacientes.	Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; siendo evaluados un total de 90 documentos de instituciones de salud pública y privada	Se recolectó la información vía on line, entrevista directa y mediante envío de correos electrónicos a los comités de calidad de las instituciones. Los criterios de selección se basaron en las 6 metas internacionales de seguridad del paciente. Fueron respetadas las normas éticas internacionalmente definidas	Se evaluaron un total de 30 instituciones de salud. Los ítems con cumplimiento sobre 90% fueron "Nombre de la institución y Título del documento". Por su parte "existencia de programa de supervisión" y "presencia de indicador o indicadores" representaron porcentajes de cumplimiento igual a 40%.	•Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución

13. Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile.	Fortunatti. C et al ⁵⁵ (2018) Chile	Identificar la importancia de las necesidades de los familiares de pacientes en una unidad de cuidados intensivos	Estudio descriptivo, comparativo y transversal basado en un análisis de datos secundarios de 251 familiares de pacientes de la UCI	Las necesidades familiares más importantes relacionadas con las dimensiones de 'seguridad' (media = 3.90) e 'información' (media = 3.76), mientras que las de menor importancia con 'apoyo' (media = 3.09).	Las necesidades más relevantes para los miembros de la familia en la UCI están relacionadas con la seguridad y la información. Las necesidades menos importantes están influenciadas por ciertas variables sociodemográficas.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente
14. Correlación entre el Puntaje Obtenido en la Prueba "Timed up and go" y Momentos Articulares del Miembro Inferior	Guzmán R. A et al. (2011) ⁵⁶ Chile	Describir la existencia de correlación entre los puntajes obtenidos en la prueba funcional "Timed up and go"	Muestra de 30 voluntarios, todos adultos mayores con antecedentes de caídas frecuentes, los que fueron evaluados con la prueba funcional de TUG	La prueba time up and go ayuda a identificar si la persona mayor tiene riesgo de caída	Existió una correlación significativa ($r=-0,39$; $p=0,03$) entre el puntaje obtenido en el TUG y el momento articular máximo de rodilla. Para la muestra evaluada, el tiempo de ejecución de la prueba "Timed up and go"	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución.

7.3 Estudios en Argentina

La siguiente tabla muestra los estudios que se realizaron en Latinoamérica con respecto a los factores de riesgo de las caídas, con apartados como autor, año, país, objetivo, método, resultados y conclusiones.

Tabla: Estudios en Argentina

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
15. Experience with the Compassionate Use Program of nintedanib for the treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis in Argentina	Tabaj. G et al ⁵⁷ (2017) Argentina	Identificar las características clínicas y de la función pulmonar en el grupo de pacientes con FPI incluidos en el Programa de Uso Compasivo	Un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal que incluyó a 54 pacientes	Las personas mayores con una baja función pulmonar posee gran riesgo de caídas, pierden equilibrio y desmayos	La capacidad vital forzada media (FVC) al inicio del tratamiento fue de 65.87 ± 19.23 y se presenta como el porcentaje del valor predictivo; la capacidad de difusión de dióxido de carbono promedio (DLCO) presentada	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente

						como el porcentaje del valor predictivo fue de 38.74 ± 3.09	
--	--	--	--	--	--	---	--

16. Seguridad del paciente.	Estrada Silvana ⁵⁸ (2010) Argentina	Generar una guía de seguridad del paciente para pacientes intrahospitalarios	Revisión bibliográfica para recopilar información	Se generó una guía de seguridad del paciente donde se tiene un enfoque desde la perspectiva de enfermería	Se muestra que el error es humano, sin embargo si se está en continua capacitación se evitara eventos adversos	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente
17. Qualitative Study on the Perception of Patient Safety in Two Hospitals in Bahía Blanca City	Marcelo García et al. ⁵⁹ (2015) Argentina	Describir la percepción de los pacientes sobre su seguridad durante la estadía hospitalaria.	Se realizó un estudio cualitativo con técnica de grupos focales. Se incluyó a pacientes internados durante 2010 en dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca	Se realizaron cuatro grupos focales con un total de 28 pacientes. Se definieron y categorías con los conceptos aportados por los participantes. Se construyó una matriz en la que se volcaron los datos transcritos.	La investigación permitió explorar, describir y comprender vivencias y perspectivas de los pacientes, profundizando acerca de su percepción sobre la seguridad en el sistema de salud y su forma de comunicarla.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
18. las prácticas de	Fernández,	Describir las	Estudio	En este estudio se	La independencia	Describir los

cuidado de la salud de las personas adultas mayores institucionalizadas	Teresa ⁶⁰ (2013) Argentina	practicas del cuidado de la salud de las personas mayores institucionalizadas	descriptivo transversal, por entrevista personal a 60 personas	entrevista a personas mayores con el fin de recopilar información sobre el conocimiento de autocuidado y la percepción del personal de salud	de los pacientes y el conocimiento de autocuidado es fundamental para evitar las caídas de los pacientes	factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente
---	--	---	--	--	--	---

7.4 Estudios en México

La siguiente tabla muestra los estudios que se realizaron en Latinoamérica con respecto a los factores de riesgo de las caídas, con apartados como autor, año, país, objetivo, método, resultados y conclusiones.

Tabla: Estudios en México

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
---------------------	---------------	-----------------------	-------------	-------------	------------	---------------------

19. Fertility concerns among breast cancer patients in Mexico	Fajardo-Dolci ⁶¹ (2010) México	Evaluar la descripción de la seguridad del paciente en México	Estudio descriptivo teórico conceptual	Este estudio muestra descriptivamente como errar es humano pero informar sobre los aspectos de los errores deben ser importantes informarlos	La información sobre incidentes médicos y eventos adversos es central en el desarrollo de políticas y modelos estratégicos encaminados a realizar cambios sistémicos hacia el fortalecimiento de la seguridad del paciente y los resultados de la atención médica.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
20. Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.	Rocío M. ⁶² (2013) MEXICO	Determinar la aplicabilidad de la escala de valoración de riesgo de caída.	Encuestas aplicadas se analizó una muestra no probabilística de 806.	Las escalas de valoración ayuda al personal de enfermería para evitar caídas	91% del personal que aplicó la escala la aceptó sin cambios. El promedio del grado de riesgo fue de 4, que equivale al de alto riesgo. Los pacientes con alto riesgo de caídas tenían diagnóstico	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal asistencial

						de múltiples patologías	
21. CAIDAS EN ADULTOS MAYORES	Quevedo Tejero, Elsy del Carmen ⁶³ . (2011) México	Prevenir caídas en adultos mayores	Estudio descriptivo analítico	En esta guía muestran como el personal asistencial previene las caídas de los ancianos	Los adultos mayores son los que más atención y cuidado deben tener después de los niños, debido a la vulnerabilidad	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal asistencial	

7.5 Estudios en Perú

La siguiente tabla muestra los estudios que se realizaron en Latinoamérica con respecto a los factores de riesgo de las caídas, con apartados como autor, año, país, objetivo, método, resultados y conclusiones.

Tabla: Estudios en Perú

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
22. PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Ministerio de Salud de Perú ⁶⁴ (2014)	Realizar una guía de seguridad del paciente en Perú	Estudio descriptivo transversal histórico y teórico	La Seguridad del paciente es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente clave de la gestión de calidad, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria prever posibles eventos adversos en la atención	Impulsan la seguridad del paciente con la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
23. Encuesta Healthcare Advancement Conference 2016 de Cultura de Seguridad del Paciente	Arrieta-Herrera et al ⁶⁵ (2016) Perú	Mostrar una encuesta útil para el personal de	Se muestra la encuesta descriptiva y en modo	Describen una encuesta para el personal de salud	La encuesta Healthcare Advancement Conference (HAC)	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto

		salud	Likert		2016 representa el primer esfuerzo para medir la cultura de seguridad del paciente en establecimientos de salud públicos	mayor desde la perspectiva de la institución
--	--	-------	--------	--	--	--

7.6 Estudios en Cuba

La siguiente tabla muestra los estudios que se realizaron en Latinoamérica con respecto a los factores de riesgo de las caídas, con apartados como autor, año, país, objetivo, método, resultados y conclusiones.

Tabla: Estudios en Cuba

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
24. Seguridad del paciente con trastorno mental en el Sistema de Salud Mental de la provincia de Cienfuegos	Cordero Jiménez et al ⁶⁶ (2012) Cuba	Enfocar la seguridad del paciente como la integración de tres grandes sistemas: seguridad asistencial,	Estudio conceptual y teórico	Este estudio describe como se funciona la tecnología	Ante el error lo importante es realizar un análisis objetivo de cómo y por qué fallaron las defensas, y no buscando identificar,	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución

		tecnológica y seguridad logística.			perseguir y castigar a los culpables.	
25. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud	Machado Cuétara, et al ⁶⁷ . (2014) Cuba	Determinar los factores de riesgo asociados a las caídas en los ancianos, según el grado de dependencia	se realizó un estudio descriptivo y transversal de 57 pacientes	Entre los principales factores de riesgo extrínsecos figuraron: mobiliario inestable, suelos irregulares e iluminación insuficiente; los intrínsecos fueron hipertensión arterial	Predominaron los gerontes de 80-89 años y las fracturas de caderas como las lesiones más frecuentes.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
26. La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud	J.M. Aranaz ⁶⁸ (2015) Cuba	Mostrar como la seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud	estudio descriptivo de corte transversal	Este artículo muestra la importancia de la seguridad del paciente	La seguridad del paciente es el mayor aporte que podemos brindar a la excelencia del cuidado, elevando así la calidad de los servicios de salud.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución

<p>27. INSEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO INADECUADO DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. CONSECUENCIAS SOCIALES.</p>	<p>Miday Columbié et al⁶⁹ (2016) Cuba</p>	<p>Demostrar como la inseguridad del paciente afecta socialmente a la población</p>	<p>Revisión documental</p>	<p>Esta investigación muestra como la inseguridad en los pacientes, afecta no solo al paciente sino al centro de salud y la población en general</p>	<p>La población cuando acude a las unidades de salud, y más a los hospitales que es donde se concentra el mayor desarrollo tecnológico, va con la expectativa de recibir una atención de salud de elevada calidad, que mejore la situación actual que lo aqueja; nunca espera salir lesionado, ni sufrir complicaciones y mucho menos piensa en la muerte producto de la inseguridad de la atención.</p>	<p>Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución</p>
---	--	---	----------------------------	--	--	---

7.7 Estudios en Colombia

La siguiente tabla muestra los estudios que se realizaron en Latinoamérica con respecto a los factores de riesgo de las caídas, con apartados como autor, año, país, objetivo, método, resultados y conclusiones.

Tabla: Estudios en Colombia

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
28. Barriers and Opportunities in Recalls Management at the Health Care Provider level	Collazos. A et al ⁷⁰ (2017) Colombia-Cali	Realizar un manejo rápido de alertas para minimizar el tiempo de exposición del paciente, prevenir posibles eventos adversos	Se desarrolló un análisis SWOT (Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas) para identificar los factores internos y externos	El artículo propone mejorar el tiempo de alertas para prevenir a futuro los eventos adversos	Se descubrió que los profesionales en ambos campos podrían beneficiarse de conocer y administrar los conceptos de logística y cadena de suministro, que en algunos casos no fueron reconocidos.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
29. Propofol handling practices: Results from a Colombian cross-sectional study.	Vaca. A et al ⁷¹ (2017) Colombia-Cali	Identificar las prácticas y los factores asociados con el manejo inadecuado de propofol y cómo afecta a los AAMM en	Estudio transversal basado en encuestas digitales y / o telefónicas dirigidas a anesthesiólogos y residentes de	En el documento se muestran como algunos medicamentos afectan el equilibrio en las personas mayores,	Se analizaron un total de 662 respuestas. La reutilización de los viales de propofol en más de un paciente y la reutilización de las jeringas de propofol	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal

		caídas	anestesia en Colombia.	muestran como luego de la anestesia de cualquier procedimiento se incrementa el riesgo de caída	en varios pacientes se describieron como prácticas habituales en un 37,9% (251/662) y un 6,2% (41/662)	asistencial
30. Portrayal of the performance of the post-anesthesia care unit, based on the perception of the professional nursing staff	Arias. J, Padrón. C ⁷² (2017) Colombia Medellín	Explorar la percepción del personal de enfermería sobre el desempeño de la unidad de atención post anestesia y describir ciertos aspectos de sus operaciones	Se realizó un enfoque mixto, con un estudio de implementación secuencial, que incluyó una fase observacional, descriptiva y cuantitativa de corte transversal y una fase cualitativa descriptiva, interpretativa.	En este estudio muestra como la anestesia luego de un procedimiento incrementa el riesgo de caída en el paciente por lo que requiere mayor cuidado y seguridad	Las enfermeras perciben a la PACU como "un lugar para la atención" con procesos débiles como la entrega y el monitoreo de pacientes, las comunicaciones entre los proveedores de atención, la falta de habilidades específicas del personal auxiliar y la falta de trabajo en equipo.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal asistencial

Continuación de la tabla

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
31. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición	Arias-Botero ⁷³ (2017) Medellín Colombia	revisar los enfoques que han predominado en cultura de la seguridad del paciente y describir algunas herramientas	revisión narrativa enfocada en la conceptualización de cultura de la seguridad	Gracias a la revisión bibliográfica de este artículo se muestra los conceptos importantes de la seguridad del paciente	el término cultura de la seguridad es utilizado por la literatura con varios significados. La polisemia del término y en particular la confusión con la noción de "clima de seguridad", implica también confusiones en los métodos e interpretación de las mediciones.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución
32. NEDOCS vs subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding?	García, M, et al ⁷⁴ (2017) Colombia	Comparar la escala objetiva de NEDOCS con una evaluación subjetiva realizada por	Se aplicó la escala NEDOCS y se realizó una encuesta subjetiva de hacinamiento al personal médico y a la enfermera	En este artículo muestran el grado de conocimiento del personal de enfermería con respecto	El personal de salud no percibe un riesgo debido al hacinamiento del ED cuando los puntajes del NEDOCS	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva

		el personal de salud de ED para evaluar las diferencias entre los dos.	a cargo 6 veces al día durante tres semanas consecutivas.	a la seguridad del paciente dependiendo el entorno	corresponden a categorías de hacinamiento iguales o superiores a 5 (muy pobladas y peligrosamente pobladas), lo que representa un riesgo para la seguridad y el cuidado del paciente.	del personal asistencial
--	--	--	---	--	---	--------------------------

Continuación de la tabla

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
33. Accreditation and certification of hospital quality: different or similar?	Bretaña. M, Marín. A ⁷⁵ (2017) Colombia-Envigado	Analizar los programas de acreditación hospitalaria y los esquemas	La investigación teóricos histórico-lógicos y análisis-síntesis se	Muestran como es de importante la calidad para la aplicación de la seguridad del	El impacto logrado con cuidado, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la

		de certificación y gestión de calidad ISO 9001	utilizan, comenzando con una revisión de la literatura especializada	paciente	individuos, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados.	perspectiva de la institución
34. Caracterización del estado de salud de los adultos mayores	Leiton Espinoza, et al ⁷⁶ . (2017) Barranquilla	Caracterizar el estado de salud de los adultos mayores	Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal. Se utilizaron las escalas de valoración Minimal State Examination	En el artículo muestran los problemas más importantes se evidencian en inadecuada actividad física, riesgo/mala nutrición, escasa cobertura de vacunas y detección de cáncer de mama, cuello uterino y próstata.	El 93,6 % presentó cognición normal. La mayoría percibió su salud como regular. Actividad física adecuada 18,3-27,7 %. Estado nutricional normal 61,1%. Necesitan atención oral 39,7 %. Satisfecho sexualmente	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente

					41,9 %.	
35.sistema de información en salud que otorga herramientas para evaluar, prevenir y evitar el riesgo de padecer caídas	ORTIZ A. ⁷⁷ (2010) Colombia	Diseñar un Sistema de Información en Salud que sirva como herramienta para detectar, evaluar, prevenir y evitar el riesgo de sufrir caídas	Investigación conceptual para construcción de un sistema de información	En este artículo muestran cómo se realiza una investigación para generar una herramienta para evitar caídas y mejorar la seguridad del paciente	Creación de un Sistema de Información en salud que permita elevar el conocimiento al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre la problemática de Seguridad del Paciente	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva de la institución

Continuación de la tabla

Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
36.Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados	Herazo-Beltrán et al. ⁷⁸ (2017) B/quilla	Estimar las diferencias en la calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos	Estudio descriptivo de corte transversal en 113 adultos mayores institucionalizados y 132 adultos mayores de 60	En este artículo muestra que identificar la función física del paciente mayor ayuda a lograr prevenir caídas	De las dimensiones de calidad de vida, el funcionamiento físico en los institucionalizados presentó un promedio de	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la

		mayores	años		49,5±30,4 y en los no institucionalizados de 75,4±25,6.	perspectiva de la institución
37. Estudio comparativo de la autonomía funcional de adultos mayores: atletas y sedentarios	Quintero-Burgos ⁷⁹ (2017) Tunja	Identificar diferencias en la autonomía funcional en hombres de 60 a 70 años	Estudio comparativo de corte transversal analítico. Participaron 22 adultos mayores,	En este artículo se muestra que la funcionalidad del paciente es una variable a considerar para evitar caídas del auto mayor	Los grupos se encontraron comparables en edad, peso, talla e índice de masa corporal (p>0,05).	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente
38. Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly	Ara Mercedes et al. ⁸⁰ (2017) B/quilla	Identificar la asociación existente entre la dependencia funcional y deterioro físico y cognitivo	Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Redalyc, Google académico, Ebsco, Medline, entre otras,	En la seguridad del paciente es necesario identificar al paciente en su nivel físico y cognoscitivo	Se encuentra una gran prevalencia de estudios que reportan que el envejecimiento asociado al dolor evidencia mayor nivel de dependencia funcional en el adulto mayor.	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del paciente
39. Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades	Arango, Gloria et al. ⁸¹ (2015)	Determinar la relación de la asignación	Se observaron 4006 turnos y se analizaron las variables de	Asignación de personal, a la vez que se plantean recomendaciones	las enfermeras desarrollan un número reducido de actividades de	Describir los factores de riesgo relacionados

de cuidados intensivos de adultos		de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos.	asignación de personal (estructura) y de resultado, en términos de casos de shock o paro, infecciones asociadas a la atención en salud, número de muertes y totalidad de eventos negativos en salud.	en torno a la diferenciación de actividades entre profesionales y auxiliares de enfermería, y algunas consideraciones relativas a la asignación de personal.	cuidado directo al paciente, que se concentran en la administración de medicamentos y la supervisión de transfusiones, y otras tareas administrativas, mientras que el personal auxiliar se hace cargo del cuidado directo al paciente, incluidas las actividades complejas. Y otras seguridad pacientes evitar caídas en AAMM	con caídas del adulto mayor desde la perspectiva del personal asistencial
-----------------------------------	--	---	--	--	--	---

40. Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente	Juan C. Bocanegra R ⁸² (2012)	Identificar la Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la	Estudio descriptivo correlacionar	Existe en la actualidad una marcada preocupación por la sobrecarga laboral en los	Es importante tener en cuenta que como la seguridad se enfoca en la prevención de	Describir los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor desde la
---	---	---	-----------------------------------	---	---	--

		seguridad del paciente		profesionales de la salud, debido a que la fatiga resultante produce un deterioro del rendimiento	incidentes y eventos adversos, es mucho más difícil desarrollar una base de evidencia para las acciones que crean la seguridad.	perspectiva del personal asistencial
--	--	------------------------	--	---	---	--------------------------------------

8. DISCUSIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

La seguridad del paciente se estructura desde estrategias a nivel mundial que fomentan el registro, análisis y prevención de los eventos adversos durante la atención de los pacientes. Las caídas en el ámbito institucional constituyen un evento frecuente que se puede presentar por causas como la edad del paciente, los medicamentos que recibe, la cultura institucional, la habilidades y competencias de los cuidadores; los adulto mayores constituyen una población vulnerable para el riesgo de caída institucional, dado el impacto de este evento adverso.

Con el fin de identificar los factores de riesgo relacionados con caídas del adulto mayor en el ámbito hospitalario, se realizó una monografía tipo compilación; se describen a continuación los resultados obtenidos a partir de los objetivos planteados.

8.1 Factores de riesgo relacionados con el ámbito institucional

- Trabajos como los de Guzmán R. (Chile 2011) enfatizan que el uso de herramientas y métodos como lo es el TUG (Time Up and Go) resulta muy conveniente al momento de prevenir el riesgo de caída en los adultos mayores.
- El ministerio de salud del Perú con su “Plan de seguridad del paciente” (2014), establece como principio fundamental la seguridad del paciente, este como un aspecto esencial de la calidad de los servicios

de salud y seguridad que se debe evidenciar en las entidades prestadoras de salud.

- Según el estudio de Machado Cuétara “Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud” (Cuba 2014), encontramos que los principales factores de riesgo extrínsecos para caídas y complicaciones son: mobiliario inestable, suelos irregulares e iluminación insuficiente.
- Según Sánchez A. (Colombia, 2017), el cumplimiento de los requisitos establecidos por la ley (Resolución 4816 del 2008 por el INVIMA) y el uso de métodos de análisis adaptado para entornos clínicos y de atención orientada en adultos mayores, serían herramientas muy útiles en la vigilancia y gestión de riesgos, mejorando la seguridad del paciente en instituciones de salud en Colombia.
- El objetivo de Ortiz A. en su trabajo “Sistema de información en salud que otorga herramientas para evaluar, prevenir y evitar el riesgo de padecer caídas” (Colombia, 2010), fue diseñar un sistema de Información en salud que sirva como herramienta para detectar, evaluar, prevenir y evitar el riesgo potencial de sufrir caídas durante la atención en los servicios de hospitalización. Este elevaría el conocimiento al interior de las instituciones prestadoras del servicio de salud acerca de la problemática de seguridad del paciente.
- Herazo Beltrán en un estudio descriptivo-comparativo “Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados” (Colombia 2017) establece

las diferencias en la calidad de vida de pacientes institucionalizados y no institucionalizados, lo que arrojó que la condición de institucionalización se relaciona con una baja en la calidad de vida, funcionalidad y condición física. Este estudio se refiere directamente a las caídas sufridas por el paciente en su lugar de reposo y el funcionamiento físico: los pacientes institucionalizados corren mayores riesgos de caídas debido a las condiciones en las que se encuentran y la particularidad de los elementos hospitalarios, por ejemplo, una cama o camilla en un hospital presenta mayores desventajas, en parte por su altura, para que el paciente se desplace en su entorno.

- El estudio de Magalhães. A titulado “Asociación entre la carga de trabajo del personal de enfermería y los resultados de seguridad del paciente.” (Brasil 2017) indica que la carga laboral del personal de enfermería resulta en un aspecto adverso en tanto que la calidad de atención disminuye y en consecuencia también la seguridad del paciente.
- Marcelo Garcia, en su estudio llamado “Qualitative Study on the Perception of Patient Safety in Two Hospitals in Bahía Blanca City” (Argentina 2015), demuestra que la percepción, experiencia y punto de vista de los pacientes puede resultar útil y retroalimentaría los procesos para la mejora de la seguridad del mismo.
- El trabajo Caídas en pacientes hospitalizados: contribuciones a una práctica basada en la prevención (Brasil 2010) de Rebelo E., se exponen las causas ambientales como los causantes de las caídas en

adultos mayores, lo que permitió una mayor comprensión del fenómeno de las caídas, esto, describiendo los factores de riesgo relacionados.

- Castilho L. a través del análisis “Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care.” (Brasil 2017), puso en juicio la validez de la encuesta MISSCARE sobre seguridad en el paciente, demostrando que la versión portuguesa-brasileña del instrumento se ajusta adecuadamente a la estructura dimensional de la escala que originalmente propusieron.
- Moreno Lobos en su artículo “Conocimiento de seguridad de pacientes en estudiantes de pregrado de enfermería” (Chile 2017), evalúa el efecto de un programa de intervención educativo sobre el conocimiento de seguridad de pacientes en estudiantes de enfermería. Mediante este estudio se demostró como los estudiantes, mientras practican, mejoran sus conocimientos, al verse un aumento en el porcentaje de logros de los conocimientos.
- Villaroel Ximena, por medio de su estudio cuantitativo “Características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas a las metas internacionales de seguridad de pacientes” (Chile 2016), realizó una evaluación de treinta instituciones de salud, revelando que tan sólo un 40% de estas presentaron un nivel de cumplimiento en programas de supervisión y una presencia de indicador o indicadores.

- El trabajo de Fajardo Dolci “Fertility concerns among breast cancer patients in Mexico” (México 2010), habla sobre la importancia de informar sobre los aspectos de los errores. Pues se convierten en material de apoyo los incidentes médicos y evento adversos, esto para crear políticas y modelos estratégicos que buscan realizar cambios sistémicos hacia el fortalecimiento de la seguridad del paciente y los resultados de la atención médica.
- Arrieta Herrera, por medio de la encuesta “Healthcare Advancement Conference 2016” (Perú 2016), crea una herramienta que permite medir la cultura de la seguridad del paciente en establecimientos de salud públicos.
- El estudio de Cordero Jiménez titulado “Seguridad del paciente con trastorno mental en el Sistema de Salud Mental de la provincia de Cienfuegos” (Cuba 2012), pretende enfocar la seguridad del paciente como la integración de tres grandes sistemas: seguridad asistencial, tecnología y seguridad logística.
- El artículo de J. M. Aranz “La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud” (Cuba 2015) estudia como la seguridad del paciente representa un punto de excelencia del cuidado de los servicios de salud y se convierte en un estándar institucional. Mediante esto se eleva la calidad de los servicios de salud.
- Miday Columbi, mediante una investigación titulada “Inseguridad del paciente y uso inadecuado de tecnologías sanitarias. Consecuencias

sociales” (Cuba 2016), analiza cómo la inseguridad del paciente afecta, además de a sí mismo, al centro asistencial y a la población. Pues la posibilidad de sufrir lesiones y hasta la muerte causa una preocupación que se extiende entre la sociedad.

- Collazos A. por medio de su análisis “Barriers and Opportunities in Recalls Management at the Health Care Provider level” (Colombia 2017) busca identificar los factores internos y externos, esto ayudado de alertas para minimizar el tiempo de exposición del paciente y prevenir posibles eventos adversos a futuro. Un conocimiento de la logística y la cadena de suministros podría beneficiar a los profesionales.
- El trabajo de Arias-Botero llamado “La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición” (Colombia 2017), basado en una revisión bibliográfica muestra los conceptos importantes de la seguridad del paciente. Así como la cantidad de términos permite confusiones en los métodos e interpretación de las mediciones.
- Bretaña M. y Marín A., con la investigación “Accreditation and certification of hospital quality: different or similar” (Colombia 2017), muestran como es de importante la calidad para la aplicación de la seguridad del paciente. (AMPLIAR9

La literatura revisada indica fuertemente que la experiencia adquirida en el campo y en las actividades que directamente se relacionan con el

cuidado en el adulto mayor, así como la calidad de atención que se presta, priman cuando lo principal es establecer mecanismos y herramientas que permitan mitigar o limitar la accidentalidad de estos pacientes y procurar que su cuidado en las instituciones de salud esté establecido no sólo con el fin de la recuperación de la condición que los llevó a esa situación de postración, sino también de evitar que sufran lesiones a causa de caídas relacionados al ámbito hospitalario. Un servicio de calidad y una retrospección apoyada en estudios estadísticos y la retroalimentación de las experiencias evidenciadas, se presentan como las condiciones idóneas para brindar seguridad al paciente.

8.2 Factores de riesgo relacionados con el personal asistencial

- El estudio realizado por Hellen L. Cruz titulado “La utilidad de los registros médicos: factores asociados a los errores de medicación en enfermedades crónicas.” (Brasil, 2017) señala a los errores de medicación como un importante causante de riesgos para el paciente. Cuando no se lleva el registro correcto de la medicación de un paciente, este puede recibir no sólo la medicación incorrecta, sino también una dosis inexacta de su propio medicamento, lo que llevaría a efectos adversos que comprometerían la seguridad del paciente. Según la revisión de las listas de medicamentos por parte de un farmacéutico, el 67% del medicamento incluía al menos un riesgo.

- Basándose en el trabajo de Lemos C. (Brasil 2017) los pacientes a los que se ha aplicado anestesia sufren mareos y pérdida de conciencia. Al no contar con un control total de la movilidad de su cuerpo, particularmente de sus piernas, se pueden producir caídas, y se presenta más en las personas mayores que ya sufren de movilidad y flexibilidad reducida, lo que genera complicaciones.
- Tal como lo indica Estrada Silvina en “Seguridad del paciente” (Argentina 2018), el personal encargado de los pacientes adultos mayores debe estar en un continuo aprendizaje y capacitación que podría limitar los eventos adversos.
- La “Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados” (México 2013) hecho por Rocío M., a través de la aplicación y análisis de una encuesta, estableció un promedio de grado de riesgo de caída (que fue de 4) en los pacientes adultos mayores, además demostró que los pacientes con alto riesgo de caídas tenían diagnóstico de múltiples patologías. El uso apropiado de esta escala ayuda en la prevención de caídas en los ancianos.
- En su trabajo titulado “Caídas en adultos mayores” (México 2011) Quevedo Tejero y Elsy del Carmen, presentan una guía por medio de la cual el personal asistencial previene las caídas de los ancianos. En vista de que este sector demográfico es el que mayor atención y cuidado debe tener, después de los niños, surge esta guía para socorrer a un grupo que corre tantos riesgos a causa de múltiples

enfermedades y disfunciones orgánicas, estas, obviamente, derivadas del proceso natural del envejecimiento.

- El estudio de Tondo J. y Guirardello E. titulado “Percepción de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente” (Brasil 2017) evalúa la percepción de los profesionales de enfermería sobre el clima de seguridad, permitiendo conocer desde su perspectiva, y de una forma diferente y propia, el clima de seguridad que experimentan.
- Vaca A. en su artículo “Propofol handling practices: Results from a Colombian cross-sectional study.” (Colombia 2017), demostró cómo algunos medicamentos afectan el equilibrio en las personas mayores, al igual que la anestesia. Igualmente identificó un porcentaje de reutilización de viales y jeringas de propofol.
- El trabajo de Arias J. Padrón “Portrayal of the performance of the post-anesthesia care unit, based on the perception of the professional nursing staff” (Colombia 2017), muestra, al igual que el artículo de Vaca A., muestra cómo la anestesia, luego de un procedimiento, incrementa el riesgo de caída en el paciente; lo que apunta a una mejora en el cuidado y seguridad. Se identificaron como problemas: una débil entrega y monitoreo de los pacientes; la comunicación entre los proveedores de atención; la falta de habilidades específicas del personal auxiliar y la falta de trabajo en equipo.
- Echeverry P. por medio de una encuesta “Use of total intravenous anaesthesia in Colombia: A national survey among active

anaesthetists in Colombia” (Colombia 2017), evidencia la importancia de la seguridad del paciente posoperatorio con respecto a los medicamentos. La tecnología utilizada para la administración de TIVA incluyó dispositivos de goteo macro (n = 30, 21.3%), bombas volumétricas (n = 76, 53.9%), bombas TCI (n = 45, 31.9%) y programas de computadora (n = 9, 6.4%).

- El artículo de García M. titulado “NEDOCS vs subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding?” (Colombia 2017) habla del conocimiento que el personal de enfermería tiene respecto a la seguridad del paciente. Por medio de las escalas NEDOCS, se realizó una encuesta subjetiva de hacinamiento. El personal de enfermería indicó que percibe una categoría de hacinamiento igual o superior a cinco, lo que significa un riesgo para la seguridad y el cuidado del paciente.
- En su trabajo titulado “Intervenciones educativas y evidencias para la prevención de caídas en ancianos” (2017), Lorena Fernández y por medio de una revisión bibliográfica, muestra que la enseñanza al personal de salud ayuda a establecer la importancia de la seguridad del paciente para prevenir caídas. Como resultado se obtuvieron programas con intervenciones de ejercicios físicos y desarrollo de habilidades para la prevención de caídas en los ancianos.

Los artículos consultados señalan que, en cuanto a los factores de riesgo relacionados con el personal asistencial, las circunstancias son más

“sencillas” de prever y asimismo hacen referencia a métodos que, como herramientas, ayudan a disminuir los riesgos del paciente. La prevención de errores de medicación y un impulso por elaborar una fuente de conocimiento guía basada en la experiencia laboral se establecen en este apartado como los mecanismos que limitarían la accidentalidad de los adultos mayores.

8.3 Factores de riesgo relacionados con el paciente

- Rosa Nayza en su artículo de riesgo de caídas en ancianos brasileños con y sin dolor lumbar evaluado mediante la evolución del perfil fisiológico: estudio PACE, (Brasil 2016) hace referencia a las características fisiológicas de las personas mayores como factor importante a tener en cuenta para determinar si hay riesgo de caídas.
- El artículo por Fortunatti C. (Chile 2018) identifica la importancia de la compañía de los familiares en el lugar de atención del paciente (UCI), ya que su presencia asegura una mayor minuciosidad en el cuidado y seguridad del mismo.
- Tabaj G., en su artículo “Experience with the Compassionate Use Program of nintedanib for the treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis in argentina” (Argentina 2017) explica que las personas mayores con una baja función pulmonar tienen un alto riesgo de caídas, pierden el equilibrio y sufren de desmayos. Entonces, al identificar con anterioridad las fallas respiratorias de los pacientes, se puede mejorar la seguridad y prevenir el riesgo de caídas.

- Leiton Espinoza (Colombia, 2017), analiza cómo el estado de salud de los adultos mayores influye en el riesgo de caídas. Los mayores problemas que contribuyen a ese riesgo son: inadecuada actividad física, mala nutrición.
- Ferreira D. en su trabajo “Prevalencia y características de las caídas de ancianos institucionalizados” (Brasil 2010), analiza, a través de informes y prontuarios de caídas, por medio de una retrospectiva, el porqué de las caídas. Esto permitió identificar un alto porcentaje de prevalencia: un 37.2%.
- Porto Gauterio y Daiane, en su artículo “Risk Factors for new accidental falls in elderly patients at traumatology ambulatory center” (Brasil 2015) se propusieron identificar los factores de riesgo para nuevas caídas accidentales en ancianos. Demostrando que los factores extrínsecos inciden en este tipo de accidentes, como ausencia de material antideslizante, uso de agentes antihipertensivos y tapetes dispersos por el suelo.
- El estudio de Quintero-Burgos titulado “Estudio comparativo de la autonomía funcional de adultos mayores: atletas y sedentarios” (Colombia 2017), demuestra que la funcionalidad del paciente es una variable a considerar para evitar caídas del adulto mayor. Este estudio contó con veintidós adultos mayores entre los sesenta y setenta años de edad, que se encontraban dentro del mismo rango de peso, talla e índice de masa corporal.

- El artículo de Ara Merced “Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly” (Colombia 2017), establece como prioridad en la seguridad del paciente, la identificación de su nivel físico y cognitivo. Esto apoyado en un gran número de estudios que reportan que el envejecimiento asociado al dolor evidencia mayor nivel de dependencia funcional en el adulto mayor.

La bibliografía de la que se compone este punto presenta de manera casi unánime que las características fisiológicas y el historial médico de cada paciente influyen de manera determinante en las capacidades y carencias de un adulto mayor. Los pacientes que hayan tenido fallas respiratorias, problemas cardiovasculares o que en general posean un mal estado de salud corren más riesgo de sufrir caídas. La única diferencia en aportes que se muestra en esta selección de artículos es la de Fortunatti C. “Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile” (Chile 2018) que dice que la presencia de los seres cercanos al paciente influye mucho en su recuperación y en la posibilidad de evitar caídas.

9. CONCLUSIONES

Resulta evidente, una vez realizada la revisión bibliográfica, que a lo largo de toda Latinoamérica se viene dando un esfuerzo por el estudio y mejora de la seguridad del paciente. Estos estudios enfocados en el área institucional, asistencial y del paciente buscan reducir y mitigar las consecuencias de las caídas sufridas por los adultos mayores a través de análisis estadísticos, la constante renovación del conocimiento y el cuidado del paciente que debido a la edad cuenta con historial médico con complicaciones propias, así como con una experiencia que, junto con la de los profesionales de la salud, permiten la retroalimentación que se convierte en herramienta de resolución para esta problemática.

Basado en los estudios, a lo largo de la última década en el ámbito institucional, se han implementado estrategias para la prevención de caídas en adultos mayores, enfocadas en infraestructura y mobiliarios que brinden al paciente mayor seguridad; esto les permite el cuidado frente a factores extrínsecos que tradicionalmente favorecen los accidentes en este tipo de población.

Los aspectos relacionados con el personal asistencial van en función del aprendizaje y el conocimiento. Esto fue evidenciado principalmente mediante encuestas a los trabajadores y la evaluación de la aplicación de escalas de riesgo de caídas en el adulto mayor. La falta de conocimiento por parte del profesional, podría propiciar, entre otras, errores en la medicación; los estudios apuntan a que una incorrecta medicación y un uso mal medido de la anestesia también aumentan las posibilidades de caídas de los pacientes

Una causa de peso relacionada con la caída del adulto mayor es la condición física en deterioro por la edad, que representa un factor no modificable, otras causas documentadas son: la alimentación deficiente y el historial médico con complicaciones, crean un paciente de frágil fisiología que fácilmente puede sufrir una caída durante la atención, empeorando el estado de su salud, e inclusive llevarlo a la muerte.

10. RECOMENDACIONES

- Fomentar la formación de comités de seguridad donde se reúnan tanto instituciones como universidades para que compartan las estrategias que han implementado para la seguridad del paciente y la disminución de caídas en los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

-
1. Ministerio de Salud y la Protección Social. Seguridad del Paciente. Consultado el 15 de octubre-2018. Disponible en web: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
 2. OMS. Caídas. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
 3. Pretel, Fernando Andrés; Navarro Bravo, Beatriz; Párraga Martínez, Ignacio; de la Torre García, M^a Antonia; del Campo del Campo, José María; López-Torres Hidalgo, Jesús ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES PARA EVITAR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS ALBACETE, 2009 Revista Española de Salud Pública, vol. 84, núm. 4, julio-agosto, 2010, pp. 431-439 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid, España. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17014738008>

4. Creagh Peña Mabel, García Ones Damary, Valdés Cruz Rolando. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. Rev haban cienc mes [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Sep 12]; 14(6): 884-886. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600017&lng=es

5. Inés M, Valencia B. Revista Colombiana de Anestesiología Aging population : A challenge for public health &. Colomb J Anesthesiol [Internet]. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación; 2012;40(3):192–4. (Consultado el 15 de octubre-2018). Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcae.2012.04.002>

6. Salud MDE, Promoci SODE. Envejecimiento demográfico. colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales. 2013 (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Enviejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

7. Eva Delgado Silveira, María Muñoz García, Beatriz Montero Errasquin, Carmen Sánchez Castellano, Paul F. Gallagher y Alfonso J. Cruz-Jentoft. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(5):273–279.

(Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

[https://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.](https://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf)

[pdf](https://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf)

8. Ablanedo Suárez. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería Prevención de caídas de pacientes ingresados. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/

[AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%2](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%20caidas.pdf)

[0caidas.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%20caidas.pdf)

9. Da Costa B.R., Rutjes A.W.S., Mendy A., Freund-Heritage R., Vieira E.R.; Can falls risk prediction tools correctly identify fall-prone elderly rehabilitation inpatients? A systematic review and meta-analysis; PLoS ONE (2012) 7:7 Article Number: e41061. Date of Publication: 17 Jul 2012. (Consultado el 15 de octubre-2018).

10. Deandrea S., Bravi F., Turati F., Lucenteforte E., La Vecchia C., Negri E.; Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis; Archives of Gerontology and Geriatrics (2013) 56:3 (407- 415). Date of Publication: May 2013. (Consultado el 15 de octubre-2018).

11. Boushon B, et al. (2012) How-to Guide: Reducing Patient Injuries from fall. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Disponible en: www.IHI.org. (Consultado el 15 de octubre-2018).

12 Ministerio de la Protección Social, República de Colombia“Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGC; Dirección General de Calidad de Servicios; Grupo de Calidad (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

13. Montaña J. (2014) “CARACTERIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INTOXICACIONES POR MEDICAMENTOS CON CONDICIÓN DE COMERCIALIZACIÓN VENTA LIBRE (PROGRAMA DISTRITAL DE FARMACOVIGILANCIA BOGOTÁ 2008 – 2012)” Universidad de ciencias aplicadas y ambientales. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/257/1/203756.pdf>

14. Ramírez, A., et al. “La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica”. *Revista Acta Medica Grupo Ángeles*, 9(3): 167-174. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>

15. Jiménez, A. C. *Plan de gestión estratégica para la Escuela de Fútbol L.D.U.Q.- Valle de los Chillos, fundamentado en Balance Scorecard*. Escuela Politécnica del Ejército, Departamento de Ciencias Administrativas y de Comercio. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/1926/1/T-ESPE-026805.pdf>

16. Betancourt, G. B. (2013). *Direccionamiento Estratégico de Organizaciones Deportivas*. Cali, Colombia, Escuela Nacional del Deporte, Editorial Escuela sin Fronteras. Libro de consulta permanente. (Consultado el 15 de octubre-2018).

17. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Oct 15]; 25(2): 57-62. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.

18. OMS. Envejecimiento. 2018. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>

19. OMS. Envejecimiento y salud. Cifras epidemiológicas. 2018. (Consultado el 15 d'octubre-2018). Disponible en web: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

20. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006; 35: ii37–41. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

https://academic.oup.com/ageing/article/35/suppl_2/ii37/15775

21. Melissa K. James, Mauricia C. Victor, Syed M. Saghir y Patricia A. Gentile. Caracterización de pacientes caídos: ¿Importa la edad? *Revista de investigación de seguridad* Volumen 64 , febrero de 2018, páginas 83-92. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022437517302463>

22. Haentjens P, Magaziner J, Colón-Emeric CS, Vanderschueren D, Milisen K, Velkeniers B, et al. Metaanálisis: Exceso de mortalidad después de la fractura de cadera en mujeres y hombres mayores. *Ann Intern Med.* 152: 380–390. doi: 10.7326 / 0003-4819-152-6-201003160-00008. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

<http://annals.org/aim/article-abstract/745671/meta-analysis-excess-mortality-after-hip-fracture-among-older-women?doi=10.7326%2f0003-4819-152-6-201003160-00008#>

23. Manuel F. Mas, Amy Mathews, Eku Gilbert-Baffoe. Rehabilitation Needs of the Elder with Traumatic Brain Injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 28 (2017) 829–842. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

<https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S104796511730061X/first-page-pdf>

24. DECRETO NÚMERO 1011. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

25. RESOLUCIÓN NÚMERO 00024 DE 2017 (11 ENE 2011). (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: https://minalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200024%20de%202017.pdf

26. LEY NtJ, 1850 19 JUL 2017. Ministro de Salud y Protección Social. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

27. POLITICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ 2015-2024. Ministro de Salud y Protección Social. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/PoI%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

28. OMS. Seguridad del paciente. (Consultado el 15 de octubre-2018).

Disponible en web: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/

29. OMS. 10 datos sobre seguridad del paciente 2018. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/

30. Ministerio de Salud y Protección Social. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

31. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf

32. ANA MILENA MONTES CRUZ. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”. MINSALUD. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

33. Rodriguez Daza Karen Dayana. Vejez y envejecimiento. Esc. Med. Cs. Salud. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf

34. Real Academia Española. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=2XsOc6q>

35. Ministerio de Salud y la Protección Social. Envejecimiento y vejez. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

36. Glossary of terms used on this site. Fundación Saldarriaga Concha. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

https://saldarriagaconcha.org/desarrollo_fsc/es/component/seoglossary/3-glosario-linea-de-envejecimiento-y-vejez?limitstart=0

37. JUAN PABLO ÁLVAREZ, MIGUEL GUEVARA, CAROLINA ORELLANA. FLORENCE NIGHTINGALE, LA ENFERMERÍA Y LA ESTADÍSTICA Otra mujer fantástica. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2018; 29(3) 372-379]. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: https://nebulosa.icesi.edu.co:2148/S0716864018300683/1-s2.0-S0716864018300683-main.pdf?_tid=c9b2004d-5af1-46a4-b35f-516094676bc4&acdnat=1538600460_fd00b09622e9102a28f5a47c1f5ea239

38. Gulden Dinc, Sait Naderi, Yücel Kanpolat. Florence Nightingale: Light to Illuminate the World from the Woman with the Lantern. WORLD NEUROSURGERY, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2012.11.005>. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: https://nebulosa.icesi.edu.co:2148/S1878875012012946/1-s2.0-S1878875012012946-main.pdf?_tid=9239c334-4bf2-4c30-8bf8-7d962451b3ba&acdnat=1538600619_90f1e44ed748edd7facaef010ad1324a

39. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier MASSON; 1996. p. 76-121. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <https://books.google.es/books?id=fEYop7piOTkC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

40. Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires; 2002. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>

41. Alejandra Martínez Tovar, Xochitl Rojas Castillo, Laura Rosas Vargas, Rosa Amarilis Zárate Grajales. Luis Fernando Flores Mora. FLORENCE NIGHTINGALE, PIONERA EN EL MODELO DE GESTIÓN. CuidArte “El Arte del Cuidado” Volumen: 6 Número: 11 Año: 2017 FEBRERO ISSN: 2395 8979. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/474/585>

42. LUIS BERNARDO PEÑA. La revisión bibliográfica. FACULTAD DE PSICOLOGÍA PROYECTO DE INDAGACIÓN. Universidad Javeriana. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: http://www.javeriana.edu.co/prin/sites/default/files/La_revision_bibliografica_mayo_2010.pdf

43. Rebelo E. Caídas en pacientes hospitalizados: contribuciones a una práctica basada en la prevención. Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 2 - Dez. 2010. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a17.pdf>

44. Ferreira D. Prevalencia y características de las caídas de ancianos institucionalizados Rev. bras. enferm. vol.63 no.6 Brasília Nov. /Dec. 2010. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600019&lang=pt

45. Castilho. L et al. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article 2017; 25: e2975. (Consultado el 15 de octubre-2018). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2975.pdf>

46. Cruz. H et al. The utility of the records medical: factors associated with the medication errors in chronic disease. Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article 2017; 25: e2967. (Consultado el 15 de octubre-2018). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2967.pdf>

47. Lemos.C et al. Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article 2017; 25: e2952. (Consultado el 15 de octubre-2018). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2952.pdf>

48. Rosa Nayza MB, Queiroz Bárbara Z., Lopes Renata A., Sampaio Natalia R., Pereira Daniele S., Pereira Leani SM. Riesgo de caídas en ancianos brasileños con y sin dolor lumbar evaluado mediante la evaluación del perfil fisiológico: estudio BACE. *Braz. J. Phys. Ther.* [Internet]. Diciembre 2016 [citado 2018 el 15 de octubre]; 20 (6): 502-509. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552016000600502&lng=en. Epub 22 de septiembre de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0183>.

49. Magalhães. A et al. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Rev Esc Enferm USP* . 2017; 51:e03255. (Consultado el 15 de octubre-2018). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03255.pdf>

50. Tondo. J, Guirardello. E. Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017; 70(6):1284-90. (Consultado el 15 de octubre-2018). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/0034-7167-reben-70-06-1284.pdf>

51. Porto Gauterio, Daiane et al. Risk Factors for new accidental falls in elderly patients at traumatology ambulatory center. *Invest. educ. enferm, Medellín*, v. 33, n. 1, p. 35-43, Apr. 2015. (Consultado el 15 de octubre-2018). Available from

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100005&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Oct. 2018.

52. CASTAÑEDA-HIDALGO, HORTENSIA; GARZA HERNÁNDEZ, ROSALINDA; GONZÁLEZ SALINAS, JUANA FERNANDA; PINEDA ZÚÑIGA, MERCEDES; ACEVEDO PORRAS, GLORIA; AGUILERA PÉREZ, ANGÉLICA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA *Ciencia y Enfermería*, vol. XIX, núm. 2, 2013, pp. 77-88 Universidad de Concepción Concepción, Chile. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441813008>

53. Moreno Lobos, Bernardita; Febré Vergara, Naldy EFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE ENFERMERÍA *Ciencia y Enfermería*, vol. XXIII, núm. 1, abril, 2017, pp. 97-108 Universidad de Concepción Concepción, Chile. (Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370453622010>

54. Villarroel, Ximena; Febré, Naldy CARACTERÍSTICAS DE DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA ESTRUCTURAR LAS POLÍTICAS INTERNAS RELACIONADAS A LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DE PACIENTES *Ciencia y Enfermería*, vol. XXII, núm. 2,

agosto, 2016, pp. 91-102 Universidad de Concepción Concepción, Chile.

(Consultado el 15 de octubre-2018). Disponible en web:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370449353007>

55. Fortunatti. C et al. Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile. *Enferm Intensiva*. 2018; 29(1):32---40.

(Consultado el 15 de octubre-2018). Recuperado de:

<https://nebulosa.icesi.edu.co:2148/S2529984018300053/1-s2.0->

[S2529984018300053-main.pdf?tid=a6850356-a49a-4e0b-afaf-](https://nebulosa.icesi.edu.co:2148/S2529984018300053-main.pdf?tid=a6850356-a49a-4e0b-afaf-)

[6a6d10b89709&acdnat=1539024499_b14fdf14bb675492432d67e54f5fff9b](https://nebulosa.icesi.edu.co:2148/S2529984018300053-main.pdf?tid=a6850356-a49a-4e0b-afaf-6a6d10b89709&acdnat=1539024499_b14fdf14bb675492432d67e54f5fff9b)

56. Guzmán R. A, Salazar H. A, Cea A, Melián H. P, Cordier B, Silvestre R.

A. Correlación entre el Puntaje Obtenido en la Prueba "Timed up and go" y

Momentos Articulares del Miembro Inferior Registrados Durante la

Transferencia de Sedente a Bípedo en Adultos Mayores con Antecedentes

de Caídas Frecuentes. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2011 Jun

[citado 2018 Oct 15]; 29(2): 521-525. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

[95022011000200036&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022011000200036&lng=es)

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717->

[95022011000200036](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022011000200036).

57. Tabaj. G et al. Experience with the Compassionate Use Program of

nintedanib for the treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis in Argentina.

RAMR 2017; 2:131-135 ISSN 1852 - 236X. [citado 2018 Oct 15] Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v17n2/v17n2a05.pdf>

58. Estrada Silvina. Seguridad del paciente. Actas de la jornada de enfermería realizada por la fundación Alberto. Disponible en web: <https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

59. Marcelo García et al. Qualitative Study on the Perception of Patient Safety in Two Hospitals in Bahía Blanca City. Rev Argent Salud Pública, 2015; 6(23): 15-20. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen23/15-20.pdf>

60. Fernández, Teresa; Stolkiner, Alicia. LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD DE LAS PER

SONAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Anuario de Investigaciones, vol. XX, 2013, pp. 303-310 Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949069>

61. Fajardo-Dolci, Germán Seguridad del paciente Cirugía y Cirujanos, vol. 78, núm. 5, septiembre-octubre, 2010, pp. 379-380 Academia Mexicana de

Cirugía, A.C. Distrito Federal, México. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220238001>

62. Rocío M. Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Medigraphic. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131c.pdf>

63. Quevedo Tejero, Elsy del Carmen. CAIDAS EN ADULTOS MAYORES Horizonte Sanitario, vol. 10, núm. 2, mayo-agosto, 2011, pp. 4-6 Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Villahermosa, México. [citado 2018 Oct 15]

64. Ministerio de Salud de Perú. PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2014. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/SeguridadPaciente/PlanSeguridad_2014.pdf

65. Arrieta-Herrera, Alejandro; Suárez-Chumacero, Gabriela; Perez-Zárate, Cory; CárdenasGamarra, Giuliana; Figueroa-Apéstegui, Alan; Cuentas-Jara, Mariano; Neves-Catter, Cesar Encuesta Healthcare Advancement Conference 2016 de Cultura de Seguridad del Paciente en Lima y Callao Acta Médica Peruana, vol. 33, núm. 4, octubre-diciembre, 2016, pp. 344-345

Colegio Médico del Perú Lima, Perú. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96650072018>

66. Cordero Jiménez, Juan R.; Delgado Figueredo, Rolando; Jiménez Guzmán, Flora; García Cordero, Sergio; Toledo Torres, José N. Seguridad del paciente con trastorno mental en el Sistema de Salud Mental de la provincia de Cienfuegos MediSur, vol. 10, núm. 6, 2012, pp. 540-557 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cienfuegos, Cuba. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180025023013>

67. Machado Cuétara, et al. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo MEDISAN, vol. 18, núm. 2, 2014, pp. 158-164 Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey Santiago de Cuba, Cuba. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.redalyc.org/pdf/3684/368445002003.pdf>

68. J.M. Aranaz. La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. Revista Cubana de Enfermería 2015; 30(1). [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v30n1/enf07114.pdf>

69. Miday Columbié Pileta, Verónica Ramos Suárez, Eloy Morasen Robles. INSEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO INADECUADO DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. CONSECUENCIAS SOCIALES. Facultad de Tecnología de la Salud | Revista Cubana de Tecnología de la Salud| ISSN: 2218-6719 RNPS: 2252. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2016/cts163e.pdf>

70. Collazos. A et al. Barriers and Opportunities in Recalls Management at the Health Care Provider level. Revista Ingeniería Biomédica ISSN 1909-9762 / Volumen 11 / Número 22 / Julio-diciembre de 2017 / pp. 29-36 Universidad EIA-Universidad CES / Envigado, Colombia. [citado 2018 Oct 15] Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rinbi/v11n22/1909-9762-rinbi-11-22-00029.pdf>

71 Vaca. A et al. Propofol handling practices: Results from a Colombian cross-sectional study. Rev Colomb Anesthesiol. 2017; 45:300–309. [citado 2018 Oct 15] Recuperado de : <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v45n4/0120-3347-rca-45-04-00300.pdf>

72. Arias. J, Padrón. C. Portrayal of the performance of the post-anesthesia care unit, based on the perception of the professional nursing staff. Rev colomb ane s t e s iol. 2 0 1 7;45(S2):16–23. [Citado 2018 Oct 15]

Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v45s2/0120-3347-rca-45-s2-00016.pdf>

73. Arias-Botero, José Hugo; Gómez-Arias, Rubén Darío La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición CES Medicina, vol. 31, núm. 2, julio, 2017, pp. 179-190 Universidad CES Medellín, Colombia. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261152682008>

74. Garcia. M, et al. NEDOCS vs subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding? Colombia Médica - Vol. 48 N°2 2017 (Apr-Jun). [citado 2018 Oct 15] Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v48n2/1657-9534-cm-48-02-00053.pdf>

75. Bretaña. M, Marín. A. Accreditation and certification of hospital quality: different or similar? ISSN 1909-9762 / Volumen 11 / Número 21 / Enero-junio de 2017 / pp. 35-41. [citado 2018 Oct 15] Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rinbi/v11n21/v11n21a05.pdf>

76. Leiton Espinoza, et al. Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad (Perú) Salud Uninorte, vol. 33, núm. 3, septiembre-diciembre, 2017, pp. 322-335 Universidad del Norte Barranquilla,

Colombia. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web:

<http://www.redalyc.org/pdf/817/81753881007.pdf>

77. ORTIZ A. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD QUE OTORGA HERRAMIENTAS PARA EVALUAR, PREVENIR Y EVITAR EL RIESGO DE PADECER CAÍDAS DURANTE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA, ADULTA Y ADULTO MAYOR AL INTERIOR DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS EN SALUD. UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL TOLIMA.

[citado 2018 Oct 15] Disponible en web:

<http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/539/OrtizAlma2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

78. Herazo-Beltrán, Yaneth; Quintero-Cruz, María Victoria; Pinillos-Patiño, Yisel; GarcíaPuello, Floralinda; Núñez-Bravo, Narledys; Suarez-Palacio, Damaris. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 12, núm. 5, 2017, pp. 174-181 Sociedad Latinoamericana de Hipertensión Caracas, Organismo Internacional.

[citado 2018 Oct 15] Disponible en web:

<http://www.redalyc.org/pdf/1702/170254309009.pdf>

79. Quintero-Burgos, Cesar Giovanni; Melgarejo-Pinto, Víctor Manuel; Ospina-Díaz, Juan Manuel ESTUDIO COMPARATIVO DE LA AUTONOMIA FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES: ATLETAS Y SEDENTARIOS, EN ALTITUD MODERADA MHSalud, vol. 13, núm. 2, febrero-agosto, 2017, pp. 1-16 Universidad Nacional Heredia, Costa Rica. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.redalyc.org/pdf/2370/237048702006.pdf>

80. Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Ana Fernanda Uribe Rodríguez, Yeferson Jhair Matajira Camacho, Heidy Vanessa Correa Gómez. Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly. *Psicogente*, 20 (38): pp. 398-409. julio-diciembre, 2017. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00398.pdf>

81. Arango, Gloria L.; Peña, Beatriz; Vega, Yolanda Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos de adultos Aquichan, vol. 15, núm. 1, abril, 2015, pp. 90-104 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74137151009>

82. Juan C. Bocanegra R. Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente. *RML* año xvlli nº1, 2012. [citado 2018 Oct 15] Disponible en web:

<http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2012/No%201/6-13%20Panorama%20-%20Sobrecarga%20laboral.pdf>