

Prevalencia de caídas en el Hospital Regional de la Orinoquía, Casanare - Colombia, 2015-2021

Prevalence of falls at Orinoquia Regional Hospital, Casanare-Colombia, 2015-2021

Yeimy de Dios Durán, Adriana Rocío Chaparro Gómez, Yovany Adolfo Duarte Mosquera, Yudy Naided Mendivelso Palacios, Wendy Jesenia Molina Nayla, Yensy Carolina Sierra Plazas, Iván David Vega Adame¹⁻⁷, Oneida Castañeda Porras⁸, Omar Segura⁹

Fecha de recepción: febrero 20 de 2023

Fecha de aceptación: agosto 12 de 2023

Resumen

Objetivo. Establecer la prevalencia de caídas del Hospital Regional de la Orinoquía (HORO) durante el período 2015-2021.

Métodos. Estudio observacional, descriptivo, a partir de los registros reportados al Sistema de Información de Eventos Adversos (SIAVE). Análisis con el programa estadístico Epi Info™ 7.2.4.0 de las variables a estudio edad, mediante la aplicación de estadística descriptiva, para presentar la prevalencia de caídas por año, proceso, servicio y sexo. **Resultados.** 83(39,5%) mujeres y 127(60,5%) hombres, edad promedio 53,1(\pm 23,6); régimen: 148(70,5%) subsidiado, 42(20,0%) contributivo, 13(6,2%) vinculado; grupo etario, <1(8;3,8%), 1-9(4;2,0%), 15-19(3;1,4%), 20-26(10;4,8%), 27-59(97;46,2%) y \geq 60(88;41,9%) años; proceso, 110(52,4%) -internación, 91(43,3%) -urgencias, 4(1,9%) -apoyo diagnóstico, 3(1,4%) -cirugía, 1(0,5%) -

consulta externa/sin especificar; el 63,3%(133/210) en observación/hospitalización/medicina interna, 129(61,4%) caída de propia altura, 57(27,1%) caída de cama/cuna/camilla/mesa, 29(13,8%) resbalón, 35(16,7%) otros y 69(32,9%) sin dato; ubicación, 64(30,5%) cabeza, 16(7,6%) rodilla, 12(5,2%) lumbar, 11(5,2%) pie y pierna respectivamente, 10 (4,8%) cadera, 9(4,3%) mano, muslo y brazo, 7(3,3%) antebrazo, 5(2,4%) abdomen y 1(0,5%) zona genital; tipo de lesión, 130(61,1%) contusión, 32(15,2%) laceración y sin lesión respectivamente, 20(9,5%) trauma, 3(1,4%) fractura y 1(0,5%) cortante; y, 101(48,1%) clase I-sin riesgo, 37(17,6%) clase II-riesgo medio, 3(1,4%) clase III-riesgo alto y 69(32,9%) incidente. **Conclusiones.** A partir de 2019 incrementa el número de caídas, en el sexo masculino, mayores de 27 años, durante el proceso de internación/urgencia,

¹⁻⁷ Estudiantes de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud, Fundación Universitaria de San Gil (UNISANGIL), Yopal – Colombia.

⁸ Docente, Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud, Fundación Universitaria de San Gil (UNISANGIL), Yopal – Colombia.

⁹ Profesor Asociado, Vicerrectoría de Investigaciones, FUCS, Bogotá D.C. – Colombia.

en los servicios de observación/hospitalización/medicina interna, producto de una caída de su propia altura, con lesión en la cabeza, tipo de lesión contusión, y casi la mitad sin riesgo, ocurridas en promedio a las 11 horas.

Palabras clave: Estudios descriptivos, accidentes por caídas, hospitalización, lesiones accidentales, Colombia.

Abstract

Objective. To establish the prevalence of falls at the Orinoquía Regional Hospital (HORO) during the period 2015-2021.

Methods. Observational, descriptive study based on records reported to the Adverse Events Information System (SIAVE in Spanish). Analysis with the statistical program Epi Info™ 7.2.4.0 of the variables to be studied, age, through the application of descriptive statistics, to present the prevalence of falls by year, service process and sex. **Results.** 83(39.5%) women and 127(60.5%) men, mean age 53.1(±23.6); regime: 148(70.5%) subsidized, 42(20.0%) contributory, 13(6.2%) linked and 2(1.0%) uninsured; age group, <1(8;3.8%), 1-9(4;2.0%), 15-19(3;1.4%), 20-26(10;4.8%), 27-59(97;46.2%) and ≥60(88;41.9%) years; 31.0% (65/210) with a companion; process, 110(52.4%)-hospitalization, 91(43.3%)-emergencies, 4(1.9%)-diagnostic support, 3(1.4%)-surgery, 1(0.5%) - external/unspecified query; 63.3% (133/210) under observation/hospitalization/internal medicine. According to the time of occurrence, mean, median and mode 11(±7.0), range(0-23) hours; description, 129(61.4%) fall from own height, 57(27.1%) fall from bed/crib/stretchers/table, 29(13.8%) slip, 35(16.7%) others and 69 (32.9%) no

data; location, 64 (30.5%) head, 16 (7.6%) knee, 12 (5.2%) lumbar, 11 (5.2%) foot and leg respectively, 10 (4.8%) hip, 9(4.3%) hand, thigh and arm, 7(3.3%) forearm, 5(2.4%) abdomen and 1(0.5%) genital area; type of injury, 130(61.1%) contusion, 32(15.2%) laceration and no injury respectively, 20(9.5%) trauma, 3(1.4%) fracture and 1(0.5%) sharp; and 101(48.1%) class I-no risk, 37(17.6%) class II-medium risk, 3(1.4%) class III-high risk and 69(32.9%) incidence.

Conclusions. As of 2019, there has been an increase in the number of falls, in males, over 27 years of age, during the hospitalization/emergency process, in the observation/hospitalization/internal medicine services, as a result of a fall from their own height, with head injury, type of contusion injury, and almost half without risk, occurring on average at 11 a.m.

Keywords: Descriptive studies, Accidents due to falls, Hospitalization, Accidental injuries, Colombia.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su identificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud (1).

Las caídas en el entorno hospitalario son un problema importante para la atención y prestación de servicios de salud en todo el mundo. Se calcula que anualmente se

producen 684,000 caídas mortales, lo que convierte a este problema en la segunda causa mundial de defunción por traumatismo involuntario, por detrás de las colisiones de tránsito, donde más del 80% de las defunciones relacionadas con caídas se registran en países de ingresos medianos y bajos; y, aunque no resulten mortales, cada año cerca de 37,3 millones de caídas revisten suficiente gravedad como para requerir una atención médica (1).

Por otro lado, los costos económicos son considerables para el sistema de salud (2); es por esto, que las instituciones sanitarias trabajan diariamente en la seguridad del paciente, ya que se presentan muchos eventos adversos por caídas, lo cual no solo genera complicaciones en el estado de salud de la persona, sino también prolongación de estancias hospitalarias que, a su vez, trae un aumento en el costo del cuidado a la salud (3).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en Colombia las caídas representan el evento más común de seguridad reportado en pacientes hospitalizados con una prevalencia relacionada con las caídas reportadas según las cuales, entre el 2-12% de pacientes experimentan una caída durante su estancia hospitalaria (4) y generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y, en algunos casos, la muerte. Además, tienen diferentes repercusiones como pueden ser aspectos físicos -complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes por la lesión presentada, etc.-, psicológicos -ansiedad y temor ante las caídas- y sociales -familia

excesivamente protectora (3)-. Es así como, mediante la Resolución 1446 de 2006, se define la obligatoriedad de la vigilancia y el reporte de eventos adversos derivados de la atención en salud, identificando las caídas como alto riesgo para el paciente, esto por medio del Observatorio Nacional de Calidad (5).

En toda institución de atención médica, la seguridad del paciente es un tema central para coordinar, difundir y diseñar estrategias que ayuden a tener un ambiente más seguro y disminuir situaciones adversas asociadas. Las caídas son uno de esos eventos y son prevenibles pero, de ocurrir, pueden ocasionar lesiones graves e incluso la muerte (11).

De esta manera, esta investigación pretende aportar evidencia científica que contribuye a mejorar la calidad de atención al identificar la prevalencia de caídas en los servicios de hospitalización, urgencias, consulta externa y apoyo diagnóstico en el Hospital Regional de la Orinoquía (HORO) durante el período 2015-2021. Se presume importante identificar la prevalencia de estos eventos en los servicios mencionados, para crear y promover estrategias para la prevención de caídas en los pacientes durante su estancia hospitalaria.

En Colombia se realizó un estudio de factores asociados a caídas en el servicio ambulatorio de geriatría de un hospital universitario en Bogotá en el 2020; se evidenció que del total de la población final del estudio (233 pacientes), se demostró que dentro del comportamiento de las variables independientes, se encontró que el 79% de los pacientes tenía polifarmacia en el

momento de la consulta; el 73%, multimorbilidad; el 59.2%, riesgo nutricional, y el 51%, algún grado de temor a caer. En su análisis, los autores encontraron una asociación significativa con la edad, el diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNCM), el miedo a caer, un grado de dependencia para actividades básicas de la vida diaria moderado a total y el riesgo nutricional, obteniendo como resultado una prevalencia del 44% (3).

A su vez, esta investigación, cuyo objetivo es caracterizar la prevalencia de caídas en el Hospital Regional de la Orinoquia durante el período 2015-2021, pretende aportar evidencia científica que contribuye a mejorar la calidad de los servicios de hospitalización, urgencias, consulta externa y apoyo diagnóstico; para, de esta manera, crear y promover estrategias para la prevención de caídas en los pacientes durante su estancia hospitalaria.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo (6) durante el período 2015-2021. La población estuvo conformada por todos los pacientes atendidos en el Hospital Regional de la Orinoquia durante el período de estudio. Todos los registros de pacientes reportados al Sistema de Información de Eventos Adversos -SIEVA-, clasificados como caídas en los servicios habilitados del Hospital Regional de la Orinoquia entre 2015 y 2021.

Todos los registros con información totalmente diligenciada en cada una de las variables, y los años del período de estudio, fueron excluidos: los registros incompletos o sin información y aquellos con año diferente

al período de estudio. Las variables de estudio y su definición operativa se presentan en la tabla 2. Las fuentes de información para el estudio fueron de carácter secundario, la base de datos con los registros del evento adverso caídas, generada por el software institucional de reporte de eventos adversos, SIEVA, fue suministrada por el HORO.

Una vez recibida la base de datos en formato digital en la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office®, se procedió a la depuración de la misma, con base en los criterios de inclusión y selección establecidos; para su posterior análisis. La información registrada en la descripción del evento, ubicación y tipo de la lesión fueron recodificadas para facilitar su análisis; se utilizó el programa estadístico Epi Info™ 7.2.4.0, los resultados obtenidos de todas y cada una de las variables a estudio se analizaron mediante la aplicación de estadística descriptiva, medidas de frecuencia expresadas en porcentajes, medidas de tendencia central -media, mediana, moda- medidas de dispersión -desviación estándar y rangos- y medidas de razón. Se utilizaron tablas y figuras para resumir y presentar los resultados obtenidos.

Este estudio tuvo en cuenta las recomendaciones internacionales y la normativa nacional en materia de bioética, en particular lo consignado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (6).

Resultados

Del total de 251 registros en la base de datos, 41 (16,3%) fueron depurados, de los cuales,

24 (58,5%) de 2022, 11 (26,8%) sin edad y 6 (14,5%) descartados. Dado un *total ajustado* de 210 (83,6%) para análisis, se obtuvo como sigue, una distribución por año a estudio: 11 (5,2%) en 2015, 24 (11,4%) en 2016, 31 (14,8%) en 2017, 20 (9,5%) en 2018, 16 (7,6%) en 2019, 47 (22,7%) en 2020 y 61 (29,1%) en 2021; según el sexo, 83 (39,5%) del sexo femenino y 127 (60,5%) del sexo masculino; con edad promedio de 53,1 ($\pm 23,6$), mediana 55, moda 67, valor mínimo 0,01 (3 días) y máximo 99 años. En la tabla 1 se presenta la distribución según el tipo de seguridad social y grupo etario por año a estudio y sexo. El 31,0% (65/210) contaban con acompañante, el 59,0% (124/210) sin acompañante y el 10,0% (21/210) sin dato.

Tabla 1. Distribución según el tipo de seguridad social y grupo etario por año y sexo, Caídas, Hospital Regional de la Orinoquía, 2015-2021

| Variable | 2015 | % | 2016 | % | 2017 | % | 2018 | % | 2019 | % | 2020 | % | 2021 | % | Total | % |
|-------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| Régimen en salud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femenino | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subsidiado | 5 | 83,3 | 10 | 90,9 | 11 | 78,6 | 5 | 50,0 | 5 | 62,5 | 10 | 83,3 | 15 | 68,2 | 61 | 73,5 |
| Contributivo | 1 | 16,7 | 1 | 9,1 | 1 | 7,1 | 5 | 50,0 | 3 | 37,5 | 1 | 8,3 | 5 | 22,7 | 17 | 20,5 |
| Vinculado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 7,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,2 |
| Otro | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 7,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 8,3 | 2 | 9,1 | 4 | 4,8 |
| No asegurado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 6 | 100,0 | 11 | 100,0 | 14 | 100,0 | 10 | 100,0 | 8 | 100,0 | 12 | 100,0 | 22 | 100,0 | 83 | 100,0 |
| Masculino | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subsidiado | 3 | 60,0 | 9 | 69,2 | 10 | 58,8 | 10 | 100,0 | 4 | 50,0 | 24 | 68,6 | 27 | 69,2 | 87 | 68,5 |
| Contributivo | 2 | 40,0 | 3 | 23,1 | 5 | 29,4 | 0 | 0,0 | 3 | 37,5 | 4 | 11,4 | 8 | 20,5 | 25 | 19,7 |
| Vinculado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 12,5 | 3 | 8,6 | 0 | 0,0 | 4 | 3,1 |
| Otro | 0 | 0,0 | 1 | 7,7 | 2 | 11,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 8,6 | 3 | 7,7 | 9 | 7,1 |
| No asegurado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 | 1 | 2,6 | 2 | 1,6 |
| Total | 5 | 100,0 | 13 | 100,0 | 17 | 100,0 | 10 | 100,0 | 8 | 100,0 | 35 | 100,0 | 39 | 100,0 | 127 | 100,0 |
| General | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subsidiado | 8 | 72,7 | 19 | 79,2 | 21 | 67,7 | 15 | 75,0 | 9 | 56,3 | 34 | 72,3 | 42 | 68,9 | 148 | 70,5 |
| Contributivo | 3 | 27,3 | 4 | 16,7 | 6 | 19,4 | 5 | 25,0 | 6 | 37,5 | 5 | 10,6 | 13 | 21,3 | 42 | 20,0 |
| Vinculado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,2 | 0 | 0,0 | 1 | 6,3 | 3 | 6,4 | 0 | 0,0 | 5 | 2,4 |
| Otro | 0 | 0,0 | 1 | 4,2 | 3 | 9,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 8,5 | 5 | 8,2 | 13 | 6,2 |
| No asegurado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,1 | 1 | 1,6 | 2 | 1,0 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 | 31 | 100,0 | 20 | 100,0 | 16 | 100,0 | 47 | 100,0 | 61 | 100,0 | 210 | 100,0 |
| Grupo etario | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femenino | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 1 año | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 20,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,4 |
| 1 a 4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 5 a 9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 10,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,2 |
| 15 a 19 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 10,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,5 | 2 | 2,4 |
| 20 a 26 | 1 | 16,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 12,5 | 1 | 8,3 | 2 | 9,1 | 5 | 6,0 |
| 27 a 59 | 2 | 33,3 | 7 | 63,6 | 13 | 92,9 | 4 | 40,0 | 6 | 75,0 | 6 | 50,0 | 10 | 45,5 | 48 | 57,8 |
| 60 y más | 3 | 50,0 | 4 | 36,4 | 1 | 7,1 | 2 | 20,0 | 1 | 12,5 | 5 | 41,7 | 9 | 40,9 | 25 | 30,1 |
| Total | 6 | 100,0 | 11 | 100,0 | 14 | 100,0 | 10 | 100,0 | 8 | 100,0 | 12 | 100,0 | 22 | 100,0 | 83 | 100,0 |
| Masculino | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 1 año | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 11,8 | 0 | 0,0 | 2 | 25,0 | 0 | 0,0 | 2 | 5,1 | 6 | 4,7 |
| 1 a 4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 5,1 | 2 | 1,6 |
| 5 a 9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 10,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 |
| 15 a 19 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,6 | 1 | 0,8 |
| 20 a 26 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,9 | 2 | 20,0 | 1 | 12,5 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 5 | 3,9 |
| 27 a 59 | 1 | 20,0 | 10 | 76,9 | 1 | 5,9 | 2 | 20,0 | 3 | 37,5 | 14 | 40,0 | 18 | 46,2 | 49 | 38,6 |
| 60 y más | 4 | 80,0 | 3 | 23,1 | 13 | 76,5 | 5 | 50,0 | 2 | 25,0 | 20 | 57,1 | 16 | 41,0 | 63 | 49,6 |
| Total | 5 | 100,0 | 13 | 100,0 | 17 | 100,0 | 10 | 100,0 | 8 | 100,0 | 35 | 100,0 | 39 | 100,0 | 127 | 100,0 |

| General | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| < 1 año | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 6,5 | 2 | 10,0 | 2 | 12,5 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 | 8 | 3,8 |
| 1 a 4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 | 2 | 1,0 |
| 5 a 9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 10,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 1,0 |
| 15 a 19 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 | 3 | 1,4 |
| 20 a 26 | 1 | 9,1 | 0 | 0,0 | 1 | 3,2 | 2 | 10,0 | 2 | 12,5 | 2 | 4,3 | 2 | 3,3 | 10 | 4,8 |
| 27 a 59 | 3 | 27,3 | 17 | 70,8 | 14 | 45,2 | 6 | 30,0 | 9 | 56,3 | 20 | 42,6 | 28 | 45,9 | 97 | 46,2 |
| 60 y más | 7 | 63,6 | 7 | 29,2 | 14 | 45,2 | 7 | 35,0 | 3 | 18,8 | 25 | 53,2 | 25 | 41,0 | 88 | 41,9 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 | 31 | 100,0 | 20 | 100,0 | 16 | 100,0 | 47 | 100,0 | 61 | 100,0 | 210 | 100,0 |

La distribución según el proceso, 110(52,4%) internación, 91(43,3%) urgencias, 4(1,9%) apoyo diagnóstico, 3(1,4%) cirugía, 1(0,5%) consulta externa y sin especificar respectivamente. El 63,3% (133-210) de las caídas se concentra en los servicios de observación, hospitalización y medicina interna (tabla 3). Según la hora de ocurrencia en el día del evento, en promedio se presenta a las 11 ± 7,0, con una mediana y moda iguales, un valor mínimo de 0 y máximo de 23 horas (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de las caídas por año y hora de ocurrencia. Hospital Regional de la Orinoquía, 2015-2021

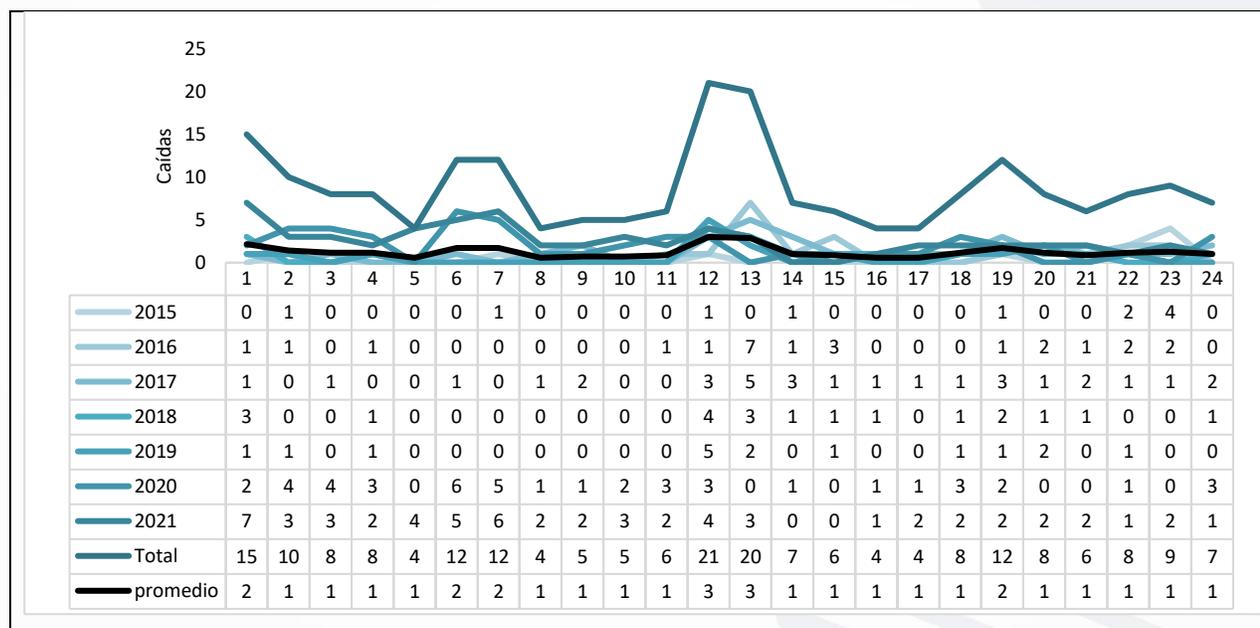


Tabla 2. Distribución según el servicio de atención por año, Caídas, Hospital Regional de la Orinoquía, 2015-2021

| Servicio | 2015 | % | 2016 | % | 2017 | % | 2018 | % | 2019 | % | 2020 | % | 2021 | % | Total | % |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| Observación 1 - 2 - 4 - 5 | 6 | 54,5 | 9 | 37,5 | 10 | 32,3 | 5 | 25,0 | 3 | 18,8 | 12 | 25,5 | 8 | 13,1 | 53 | 25,2 |
| Hospitalización / Hospitalización 5 PISO | 0 | 0,0 | 1 | 4,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 14 | 29,8 | 28 | 45,9 | 43 | 20,5 |
| Medicina interna | 3 | 27,3 | 8 | 33,3 | 11 | 35,5 | 7 | 35,0 | 3 | 18,8 | 1 | 2,1 | 4 | 6,6 | 37 | 17,6 |
| P. Bicentenario | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 10,6 | 6 | 9,8 | 11 | 5,2 |
| Periféricos | 0 | 0,0 | 4 | 16,7 | 6 | 19,4 | 1 | 5,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 11 | 5,2 |
| Ginecología/Obstetricia/Materno | 0 | 0,0 | 1 | 4,2 | 1 | 3,2 | 2 | 10,0 | 3 | 18,8 | 1 | 2,1 | 1 | 1,6 | 9 | 4,3 |
| Pediatría / Observación pediatría | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 20,0 | 2 | 12,5 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 | 8 | 3,8 |
| Estancia ultracorta | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 6,3 | 3 | 6,4 | 3 | 4,9 | 7 | 3,3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| Cirugía / Quirúrgico | 0 | 0,0 | 1 | 4,2 | 2 | 6,5 | 1 | 5,0 | 1 | 6,3 | 1 | 2,1 | 1 | 1,6 | 7 | 3,3 |
| Urgencias | 1 | 9,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 4,3 | 3 | 4,9 | 6 | 2,9 |
| Sin dato | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 6,4 | 3 | 4,9 | 6 | 2,9 |
| Radiología | 1 | 9,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 12,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 1,4 |
| Unidad de Cuidado Intensivo Niños | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 4,3 | 1 | 1,6 | 3 | 1,4 |
| Consultorios | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,1 | 1 | 1,6 | 2 | 1,0 |
| Ortopedia | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,1 | 0 | 0,0 | 2 | 1,0 |
| Diagnóstico cardiovascular | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Procedimientos menores | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 6,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 | 31 | 100,0 | 20 | 100,0 | 16 | 100,0 | 47 | 100,0 | 61 | 100,0 | 210 | 100,0 |

En la tabla 3 se presenta la descripción del evento, el tipo de lesión y la ubicación corporal de la misma.

Tabla 3. Distribución según la descripción del evento, ubicación, tipo de la lesión y la clasificación del evento, caídas. Hospital Regional de la Orinoquía, 2015-2021

| Variable | F | % | M | % | Total | % |
|---|----|------|----|------|-------|------|
| Descripción del evento | | | | | | |
| Caída de propia altura | 56 | 67,5 | 73 | 57,5 | 129 | 61,4 |
| Caída de cama/cuna/camilla/mesa quirúrgica | 21 | 25,3 | 36 | 28,3 | 57 | 27,1 |
| Sin dato | 18 | 21,7 | 17 | 13,4 | 35 | 16,7 |
| NO | 16 | 19,3 | 18 | 14,2 | 34 | 16,2 |
| Resbalón/pérdida de equilibrio | 12 | 14,5 | 17 | 13,4 | 29 | 13,8 |
| Caída de silla | 3 | 3,6 | 5 | 3,9 | 8 | 3,8 |
| Síncope/desmayo | 7 | 8,4 | 1 | 0,8 | 8 | 3,8 |
| Daño equipo hospitalario/infraestructura | 1 | 1,2 | 3 | 2,4 | 4 | 1,9 |
| Desorientación/paciente intranquilo/psiquiátrico/demencia senil | 1 | 1,2 | 3 | 2,4 | 4 | 1,9 |
| Autolesión | 0 | 0,0 | 2 | 1,6 | 2 | 1,0 |
| Caída de brazos | 0 | 0,0 | 2 | 1,6 | 2 | 1,0 |
| Convulsiones | 1 | 1,2 | 1 | 0,8 | 2 | 1,0 |
| Osteomielitis | 1 | 1,2 | 1 | 0,8 | 2 | 1,0 |
| Mala posición | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 1 | 0,5 |
| Pérdida de conciencia | 1 | 1,2 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Trauma en miembros inferiores | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 1 | 0,5 |
| Ubicación de la lesión | | | | | | |
| Cabeza | 21 | 25,3 | 43 | 33,9 | 64 | 30,5 |
| Rodilla | 6 | 7,2 | 10 | 7,9 | 16 | 7,6 |
| Lumbar | 5 | 6,0 | 7 | 5,5 | 12 | 5,7 |
| Pie | 4 | 4,8 | 7 | 5,5 | 11 | 5,2 |
| Pierna | 5 | 6,0 | 6 | 4,7 | 11 | 5,2 |
| Cadera | 4 | 4,8 | 6 | 4,7 | 10 | 4,8 |
| Mano | 4 | 4,8 | 5 | 3,9 | 9 | 4,3 |
| Muslo | 4 | 4,8 | 5 | 3,9 | 9 | 4,3 |
| Brazo | 5 | 6,0 | 4 | 3,1 | 9 | 4,3 |
| Antebrazo | 2 | 2,4 | 5 | 3,9 | 7 | 3,3 |
| Abdomen | 2 | 2,4 | 3 | 2,4 | 5 | 2,4 |
| Zona genital | 1 | 1,2 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Tipo de lesión | | | | | | |
| Contusión | 50 | 60,2 | 80 | 63,0 | 130 | 61,9 |
| Laceración | 10 | 12,0 | 22 | 17,3 | 32 | 15,2 |
| Sin lesión | 7 | 8,4 | 25 | 19,7 | 32 | 15,2 |
| Trauma | 9 | 10,8 | 11 | 8,7 | 20 | 9,5 |
| Fractura | 1 | 1,2 | 2 | 1,6 | 3 | 1,4 |
| Cortante | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 1 | 0,5 |
| Clasificación del Evento | | | | | | |
| Clase I – Riesgo bajo | 44 | 53,0 | 57 | 44,9 | 101 | 48,1 |
| Clase II – Riesgo medio | 18 | 21,7 | 19 | 15,0 | 37 | 17,6 |
| Clase III - Riesgo alto | 2 | 2,4 | 1 | 0,8 | 3 | 1,4 |
| Incidente | 19 | 22,9 | 50 | 39,4 | 69 | 32,9 |

Discusión

Con los resultados del estudio se evidencia que el régimen de salud con mayor cantidad de eventos corresponde al régimen subsidiado con un 70%; al observar los datos, el sexo con mayor incidencia fue el masculino, concentrados en el grupo etario de 27 a 59 años, seguido por el grupo de 60 y más años; es decir, según el curso de vida, personas que se encuentran en la adultez y la vejez. Por año de estudio, en 2021, se registró la mayor proporción del evento de caídas, donde se evidenció que el servicio de hospitalización 5to. piso fue el que reportó el mayor número de casos.

Al observar la variable de hora de evento según promedio estadístico se evidencia que ocurre una caída por hora; por otra parte, los horarios con mayor incidencia son de 6 a 7 a.m., de 12 m. a 1 p.m. y de 6 a 7 p.m., los cuales corresponden a la hora de entrega y recibo de turno.

Se encontró que los pacientes presentan más riesgo de caídas, bien sea de su propia altura o de cama/camilla, en las cuales se concentra casi el 90% de los eventos. A su vez, las partes del cuerpo más afectadas por estos eventos son la cabeza, seguida de la rodilla, sin dejar de llamar la atención que una persona del sexo femenino presentó una lesión en la zona genital; el tipo de lesión de mayor proporción fueron las contusiones, seguido de las laceraciones.

En pacientes con riesgo normal, las intervenciones más usadas fueron las referentes al freno de cama y las sillas de ruedas, timbre de llamada accesible, orientación acerca de precauciones y seguir la prevención de caídas es el riesgo medio y

alto, que tuvieron como referentes el freno de cama y las sillas de rueda. Es por ello, que es importante identificar las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas como suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas con un (83,3%) y educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo para caídas (7).

El resultado de los eventos por caídas en el HORO es similar a lo encontrado en investigaciones previas y en contextos donde se observa que la mayor incidencia ocurre en adultos mayores de 50 años, y donde el sexo masculino es el de mayor prevalencia (8).

En una institución de Bogotá de cuarto nivel, se realizó un proyecto de gestión, que tuvo como objetivo reducir la frecuencia de caídas en pacientes hospitalizados, a través de la identificación de los factores de riesgo y causales; dicha investigación revisó el 100% de los reportes relacionados con caídas durante el primer semestre de 2018 y sus historias clínicas, en las que se establecieron 5 factores de riesgo que contribuyeron a la ocurrencia de las mismas. Entre estos factores de riesgo se cuentan: a) no solicitar ayuda por parte del paciente y/o cuidador al personal de enfermería en el momento de necesitar movilizarse, b) factores propios del paciente, c) fallas en el inmobiliario por desgaste o ausencia, d) fallas en la adherencia al protocolo institucional de caídas por parte de los funcionarios y e) uso de medicamentos. Como resultado final se evidenció que la incidencia de las caídas institucionales en el desarrollo del proyecto fue de 0,24%, que, aunque no representó el principal evento adverso de la institución, sí

genera altos costos económicos para la institución (9).

Se realizó un estudio de los factores asociados a las caídas intrahospitalarias en 3 instituciones de Colombia, en donde se puede evidenciar cuál de las variables clínicas es la que más se presenta, entre ellas se observa que las caídas intrahospitalarias son del 85% y fueron por: Tener catéter venoso periférico, tener medidas de sedación, tener una estancia mayor a 8 días y estar en tratamiento con medicamentos de alto riesgo como diuréticos, hipnóticos, etc. Por ende, otra de las variables relacionadas es el soporte social involucrado, que fue por no contar con acompañante permanente.

Es por ello, que es necesario focalizar los esfuerzos clínicos en la mitigación de los factores de riesgos sociodemográficos, clínicos y de soporte social antes mencionados. A partir de los resultados encontrados es posible generar un espacio de reflexión e investigación acerca de cómo los factores de riesgo de caídas intrahospitalarias podrían ser gestionados de forma eficaz y efectiva, pues muchos se relacionan directamente con condiciones propias de las estructuras organizacionales de las instituciones hospitalarias (10).

En cuanto a personas afectadas y los sitios de ocurrencia, otro estudio mostró afectación en las personas del sexo femenino con el 56% de los casos, mayores de 50 años con el 72%, de acuerdo con el diagnóstico, los postoperatorios con el 33%, los de cardiopatía isquémica 21% y con insuficiencia renal crónica 15%, todos ellos durante el turno matutino. En relación con el

lugar de caída, el 31% fue en reposo, el 23% en la cama, el 25% sufrió una caída cuando se encontraba en el baño o retrete; más aún, la mayoría de las caídas ocurridas tenían instaladas las medidas de seguridad, pero no tenían compañía.

Los casos que no cumplieron con las medidas de seguridad fueron por la falta de timbre disponible, los barandales no instalados y la ausencia del distintivo de riesgo de caídas, entre otros. Los factores de riesgo identificados en la presencia de caídas fueron: el 74% se encontraba solo al momento de la caída, 8% tenía secuelas neurológicas, 13% presentaba agitación psicomotriz, a pesar de que todos estaban en estado de alerta; y un alto porcentaje de la población estaba en alto riesgo (11).

En el Hospital Regional de San Gil se evidenció que el 66% de los trabajadores identifican como un factor extrínseco el piso mojado y en un 34% el no uso de las barandas, así mismo identificaron como factor intrínseco, en un 60%, la edad del paciente y en un 40% las patologías del paciente, en la fase de pre test; luego, en la fase de post test, se encontró que los trabajadores identificaron más de dos factores extrínsecos 53% camillas inseguras, 22% pisos mojados, 15% iluminación y un 10% no señalización, de igual forma en los factores intrínsecos 52% edad del paciente, 39% consumo de medicamentos y un 10% estado de conciencia, lo que indica que los conocimientos fueron mejorados.

Las caídas hospitalarias son eventos adversos que se relacionan con múltiples factores de riesgo y que, a su vez, tienen implicaciones importantes para los

pacientes y los sistemas de salud, donde los principales factores de riesgo asociados se constituyen en una causa común que provoca incidentes que pueden generar un daño a la salud (6) llevando a grandes secuelas de los servicios habilitados del Hospital Regional de la Orinoquía, donde se probó que los servicios de observación y medicina interna presentan la mayor frecuencia de caídas respecto a los demás servicios y, por proceso, se concentra en los de internación y urgencias en una proporción muy similar.

Las caídas son el resultado de la combinación de factores relacionados con la salud y factores sociales que interactúan con los cambios fisiológicos asociados a la edad. El ingreso del paciente a cualquier institución de salud supone siempre un riesgo, independientemente del motivo por el que ingresa (12). Durante el paso por las instalaciones de la institución pueden suceder incidentes que originen lesiones, este problema origina restricciones de la actividad y serias consecuencias psicológicas (13). Esta tarea es compartida por el equipo multidisciplinario de salud, en donde cada integrante del mismo debe cumplir con su responsabilidad. De todo el equipo multidisciplinario de salud, el personal de enfermería permanece en contacto más estrecho con el paciente; tiene la responsabilidad de identificar los problemas a los que está expuesto el paciente mediante la valoración de la capacidad del individuo y la interacción con su medio ambiente, y así valorar los riesgos que afecten su seguridad e integridad física (14).

En conclusión, las caídas son un evento evitable y prevenible; y que, mediante la identificación de sus factores predisponentes, es posible direccionar medidas preventivas para evitar la ocurrencia de este evento adverso (7). Por ende, las actividades dentro de la institución se deben encaminar a disminuir la incidencia de este evento adverso, teniendo como prioridad la evaluación del riesgo de caída de los pacientes hospitalizados, por tal razón, se debe tener en cuenta identificar, prevenir y hacer un abordaje no solo desde la patología, sino del comportamiento y el entorno (14). El presente proyecto de investigación se realiza con el fin de verificar las causas asociadas a caídas en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Regional de la Orinoquía, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de las actividades preventivas y terapéuticas para mejorar la calidad de la prestación del servicio en la institución.

De acuerdo con los resultados obtenidos se recomienda al HORO implementar un sistema de vigilancia de las caídas en la institución, con el fin de hacer un seguimiento permanente de las causas de su ocurrencia, para instaurar medidas adecuadas y oportunas, porque este problema puede incluso desencadenar la muerte del paciente, ya que las caídas son un problema importante para la salud pública en todo el mundo por ser la segunda causa mundial de defunción por traumatismos involuntarios (1).

Se sugiere que a la hora de reportar los eventos en el SIEVA deben ser más puntuales y específicos al momento de realizar la descripción del evento, ya que en algunos

eventos reportados no se pudo obtener información concreta, siendo un factor de descarte la falta de datos, una de las limitaciones del estudio, sin dejar de mencionar la recodificación de las variables de descripción del evento para poder identificar el tipo de lesión y su ubicación, así como la descripción de la caída.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Caídas 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
2. Esparza Bohórquez M, Granados Oliveros LM, Serrano Sanmiguel E, Peñaloza Jaimes S. Prevención de caídas y lesiones derivadas en adultos mayores hospitalizados: Experiencia de cuidado de enfermería de la aplicación de una guía de buenas prácticas en la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). *MedUNAB*. 2017;20(2):174-81.
3. Martínez Obando AV, Ardila Rendón PA, Castro Arrieta MM. Causas asociadas a caídas de paciente adulto en el área de hospitalización durante el último trimestre del año 2019, en la Clínica los Rosales del Municipio de Pereira, Risaralda [Tesis de especialización]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables, Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud; 2020, 55p.
4. Ministerio de la Protección Social. Paquetes Instruccionales. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Bogotá, D.C.: MPS; 2012.
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Resolución 1446 de 2006 (2006 mayo 6).
6. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993 (1993 octubre 4)
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Paquetes Instruccionales. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Bogotá, D..C.: MinSalud; 2020.
8. Tapia Cólex ML, Salazar Ceferino MC, Cortés Villarreal G, Martínez Santana H. Factores que influyen en el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*. 2012;20(1):7-11.
9. Arias, L.; Landazábal, A. y Segura, T. Intervenciones para reducir la frecuencia de caídas en pacientes hospitalizados en una institución de salud de cuarto nivel de Bogotá [Tesis de especialización]. Colombia: Universidad del Bosque. Facultad de Enfermería, Especialización en seguridad del paciente; 2018. 63p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/5976>
10. Viancha Galindo DM, Quemba Mesa MP, González Artunduaga EA, Pérez Álvarez C, Sánchez Vanegas G. Factores de riesgo asociados a las caídas intrahospitalarias en tres instituciones de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2020; 68(2): 237-44.
11. Hernández Herrera D, Aguilera Elizarraraz N, Vega Argote M, González

Quirarte N, Castañeda Hidalgo H, Isasi Hernández L. Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería. Prevención de caídas en adultos hospitalizados. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(2):118-23.

12. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y atención segura. Paquetes instruccionales. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Bogotá, D.C.: MinSalud; 2020.

13. Hospital Regional de la Orinoquía Empresa Social del Estado. Protocolo prevención de caídas. Yopal: HORO; 2017.

14. Vergara Siabato MA, Villa Calderón JS. Factores asociados a caídas de pacientes en una IPS de Bogotá en el año 2018. Estudio de casos y controles [tesis de especialización]. Colombia: Universidad del Rosario. Facultad de Medicina, Especialización epidemiología; 2020. 52p.

