Lugar	Virtual TEAMS
Fecha	15/12/2025
Tema	Asistencia técnica prevención y evaluación del riesgo de caídas, activación de ruta en caso de urgencias, correcto diligenciamiento del formato de morbilidad, mortalidad y accidentalidad en la Comunidad de cuidado San José
Desarrollo	Siendo las 14:10 pm inicia la reunión con la profesional Shehana Thahir, médico geriatra del equipo técnico y personal de la CC San José incluyendo personal de enfermería, gerontología, fisioterapia, coordinación, psicología y trabajo social (se adjunta lista de asistencia). Shehana Thahir Silva explica que el motivo de la asistencia técnica es principalmente debido a que durante la revisión de unos documentos enviados desde la comunidad de cuidado para dar respuesta a un requerimiento, se evidenció inconsistencias entre las acciones durante la atención de una persona mayor y lo anotado en la historia clínica del hospital a donde fue llevada la persona mayor tras una caída. A continuación, Shehana Thahir, inicia la asistencia técnica, con una definición de lo que es caída, diferenciándola de otras situaciones que se presentan por otros motivos, o causa previa como perdida de conciencia o perdida del tono postural (ejemplo tras una convulsión). Por tanto, una caída se define como un evento caracterizado por la pérdida de estabilidad postural con un desplazamiento del centro de gravedad hacia un nivel inferior, generalmente el suelo, sin una previa pérdida de conocimiento y sin pérdida del tono postural, ocurriendo de una manera no intencional. Se hace énfasis en la importancia de normalizar y de entender que no es una enfermedad sino una expresión de múltiples patologías agudas y crónicas incluyendo enfermedades neuropsiquiátricas. Es uno de los problemas más serios y desafiantes dado las consecuencias que puede tener una o varias caídas en una persona mayor, dado que representa la quinta causa de muerte en esta población después de enfermedades cardiovasculares, neoplasias, entre otras. Se dan algunos datos epidemiológicos frente a las prevalencias en diferentes escenarios clínicos y sociales de las caídas. Ejemplo: 5-10% sufren una complicación grave (Fractura – trauma craneoencefálico), 40% sufrirán “miedo a caer”, todo lo anterior reduce su movilidad y funcionalidad, por lo que cada vez requerirán de un tercero para realizar las actividades de la vida diaria. Se conoce que hay un círculo vicioso que implican las caídas en donde se incluye la alteración de la marcha, sarcopenia, problemas neurológicos,

osteoporosis y fracturas, inmovilismo, que lleva a mayor problemas o alteraciones en la marcha y a su vez a mayor riesgo de caídas.

El 80% se caen en lugar habitual (pasillo, baño, dormitorio) por lo que las intervenciones deben ir dirigidas a estos espacios, individualizando la situación en cada comunidad de cuidado.

Es importante identificar las personas con mayor riesgo de caídas; Por definición, las personas con fragilidad que se puede presentar en una gran proporción de personas atendidas en el servicio van a tener un mayor riesgo de caídas, pero también las personas que tienen ya el antecedente de 2 o más caídas en el último año o la historia de 1 caída que haya requerido de atención médica, pérdida de la conciencia o que esta persona no se pudo parar de forma independiente. Por esto es importante identificar a las personas con caídas recurrentes. Algunas herramientas objetivas para evaluar el riesgo de caídas son:

- Prueba de Lázaro, aquel con un tiempo mayor a 20 segundos tiene un mayor riesgo de caídas. En esta prueba también se puede evaluar de forma cualitativa la ejecución o desempeño durante la marcha, traslados, cambios de posición al adquirir sedente y de bípedo a sedente y durante el giro a los 3 metros evaluando también el equilibrio en estos momentos.
- Velocidad de la marcha, usualmente medida en una longitud de 4 metros, aquella persona con una velocidad menor de 0.8 metros sobre segundo tiene un mayor riesgo de caídas.

Frente al manejo, se recomiendan las intervenciones multicomponente, que reduce en un 83% el número de caídas de acuerdo con diferentes estudios primarios y metaanálisis. Estas intervenciones multicomponente deben incluir:
-Ejercicio, el cual debe ser: Progresivo y regular, incluir ejercicios de Equilibrio, Coordinación, Fuerza, Potencia, esto ha demostrado reducir en un 49% el número de caídas.
-Intervenciones contra riesgos en el hogar, en este caso las instalaciones de las comunidades de cuidado, como los pasillos, la presencia de alfombras y otras barreras físicas que aumenten las caídas, la iluminación, materiales antideslizantes en los zapatos y en los pisos, las barandas, etc.
-Corregir el déficit visual, esto desde el área de la salud o médico tratante.
-Educación a la persona mayor individualizando las estrategias de acuerdo con su condición o discapacidad cognitiva. Se explican ejemplos de educación con refuerzos positivos y un sistema de premios utilizado en otra comunidad de cuidado y que tuvo muy buena respuesta.

A continuación, la médica Shehana Thahir da continuidad a la cualificación socializando el protocolo de caídas Código: PTC-PSS-085 del cual se resalta que se debe actuar rápido, avisar a jefe de enfermería para realizar la evaluación cefalocaudal, evaluar el estado de conciencia, la toma de

signos vitales, evaluar la presencia de deformidades o signos que sugieran fracturas o lesiones graves, evaluar la presencia de signo de alarma y de ser necesario activar ruta. Adicionalmente se resalta la importancia de no dejarlos solos pues las consecuencias se pueden ver a los minutos y horas después de la caída, en donde será necesaria la activación oportuna de la ruta de urgencias. Siempre se debe activar ruta para garantiza una valoración medica con el objetivo de descartar consecuencias leves, moderadas o graves de la caída, así como para identificar o descartar la caída como evento centinela de otra enfermedad aguda, por ejemplo infección urinaria, falla cardiaca o neumonía, recordando que las caídas pueden ser la primera manifestación de estas u otras patologías. También se recuerda que la persona mayor tras una caída, a pesar de neuroimagen o examen neurológico normal, puede presentar consecuencias por sangrados intracraneales que se pueden manifestar horas o días después del evento por lo que todo el equipo debe estar atentos a cambios en su estado general o en los signos vitales.

Una vez terminada la presentación, Shehana señala que es importante identificar los factores de riesgo tanto de la persona como ambientales en la comunidad de cuidado.

Adicionalmente Shehana Thahir explica sobre el correcto diligenciamiento del formato de morbilidad, mortalidad y accidentalidad (FOR-PSS-222) el cual se debe actualizar con los ingresos y egresos de cada mes y enviar al siguiente mes en los primeros 3 días para el análisis.

Se aclara las siguientes dudas:

- Una caída tras un episodio convulsivo, no es necesario reportarlo en el formato de morbilidad, accidentalidad y mortalidad dado que su análisis no se hace desde el concepto de “accidentalidad”. Sin embargo, se aclara que si se debe reportar en el formato de registro diario de actividades diarias de enfermería y que si estos episodios son frecuentes o se salen de la normalidad que viene manejando la persona mayor (por ejemplo, es una persona con epilepsia que convulsiona 1 vez cada 6 meses y empieza a convulsionar 1 vez a la semana) si se debe activar ruta de urgencias.
- Una caída en relación con la exacerbación de síntomas neuropsiquiátricos por enfermedades neurodegenerativas o de la esfera mental, o por falta de medicamentos, si se debe reportar en el registro de morbilidad, accidentalidad y mortalidad.

Se debe replicar esta información con el resto del personal y auxiliares de enfermería teniendo encuentra su rol en la atención de las personas mayores y en el registro de datos en el formato de registro diario de actividades.

Sin otras dudas, se da por concluida la asistencia técnica a las 15:00

Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	Ver lista de asistencia		
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	No aplica		
Próxima reunión	*No aplica*		
Elaboró	*Shehana Thahir Silva – Profesional Equipo Técnico SDIS*		

Marca temporal	Nombre y apellidos	Tipo de documento	Número de documento	Entidad/Dependencia	Rol / Cargo	Planta /Contratista	Correo electrónico	Telefono
15/12/2025 14:18:49	Darlene Geovanna Alzate	cedula de ciudadania	52317413	Comunidad de Cuidado	Gerontologa	Contratista	ccsanjosegerontologia@	3123973281
15/12/2025 14:29:20	Faner Candia Guzmán	Cc	1069742387	Comunidad de cuidado San	Psicólogo	Contratista	fmartincandiaguzman@g	3127035475
15/12/2025 14:29:47	Argenis Guerrero	Cedula	20620968	San jose	Jefe de enfermería	Contrato	argenisguerrero2910@g	3132118121
15/12/2025 14:48:52	Diana marcela muñoz me	Cedula de ciudadanía	1013646587	Cc san jose	Fisioterapeuta	Contratista	Diana.munoz.fisio@gma	3132005388
15/12/2025 14:48:59	JOHANNA MESA	CC	35251620	CC SAN JOSE	COORDINADORA	CONTRATO	ccsanjose9576@outlook	3138475161
15/12/2025 14:49:16	Shehana Thahir Silva	CC	1113659334	SDIS --sub vejez	Equipo técnico	Contrastista	jthair@sdis.gov.co	3188371679
15/12/2025 14:49:19	Ginna Quevedo Mayorga	Cédula	35251101	Enfermeria	Enfermera Profesional	Contratista	jinnaquevedo1@gmail.c	3102202796
15/12/2025 14:49:27	Zulay Rojas	Cédula de Ciudadanía	1108934060	Comunidad Cuidado San Jo	Trabajo social	Contratista	Sanjosetrabajosocial@g	3102611711
15/12/2025 14:49:36	Angela Tatiana Perez Her	Cédula	1070753419	Enfermera	Enfermera	Contratista	angela.perez18@outlook	300 613 7997