

Prevenção de quedas em clientes hospitalizados

Preventing falls in hospitalised patients

Júlio Belo Fernandes¹, Ana Chalaça², Ana Raquel Freire², Maria Violante Nunes³

1. Doutor em Ciências de Enfermagem; Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

2. Licenciada em Enfermagem.

3. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Resumo

Enquadramento: As quedas têm consequências físicas e psicológicas graves, que conduzem ao aumento do risco de dependência da pessoa e à diminuição significativa da sua qualidade de vida. Implicam custos económicos e sociais importantes, contribuindo a nível institucional para o aumento do tempo de internamento, dos encargos associados aos recursos humanos e materiais e a exames complementares de diagnóstico.

Objetivo: Reduzir a ocorrência de queda de clientes hospitalizados no serviço de medicina interna.

Metodologia: Foram realizadas sessões de formação à equipa de enfermagem, com foco na problemática das quedas, que conduziram à sistematização do processo de intervenção com o cliente em risco de queda.

Resultados: Durante o desenvolvimento deste projeto aferiu-se um aumento na taxa de efetividade na prevenção de quedas de 93,3% para 97,4%. A nível da taxa de prevalência de quedas de clientes hospitalizados verificou-se uma diminuição, evoluindo de 6,7% para 2,6%. Em relação à incidência de quedas constatou-se igualmente uma diminuição, passando de 5,2 para 3,3 quedas por 1000 camas ocupadas por dia.

Conclusão: A implementação de programas de prevenção do risco de queda promovem uma prestação de cuidados dirigida para a segurança dos clientes, levando à eliminação ou redução dos fatores de risco e consequentemente à diminuição da ocorrência do fenómeno.

Palavras-chave: prevenção de acidentes; acidentes por quedas; clientes; hospital

Abstract

Background: Falls have serious physical and psychological consequences that leads to increased risk of dependence and a significant decrease in their quality of life. They entail significant economic and social costs, contributing at an institutional level to the increase in hospitalisation time, human resources, materials and complementary diagnostic exams.

Objective: Decrease patient falls in a medical inpatient unit.

Methodology: The nursing team received training focusing on patient falls that led to the systematisation of their intervention with the patient at risk of falling

Results: During the development of this project there was an increase in the falls prevention effectiveness rate from 93.3% to 97.4%. The inpatient falls prevalence rate there was a decrease from 6.7% to 2.6%. Regarding the patient falls incidences, it was also observed that a decrease occurred from 5.2 to 3.3 falls per 1000 beds/day.

Conclusion: The implementation of fall prevention programs promotes a care delivery aimed at patient safety, leading to the elimination or reduction of risk factors and consequently the decrease of in-patients falls.

Keywords: accident prevention; accidental falls; patients; hospital

Introdução

As quedas são um grave problema de saúde pública (Despacho n.º 1400-A, 2015; World Health Organization [WHO], 2007). A sua prevenção é encarada como um indicador de qualidade em saúde (WHO, 2008), estando contemplada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, como um dos objetivos estratégicos (Despacho n.º 1400-A, 2015).

A queda é definida como uma descida rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As quedas implicam consequências físicas e psicológicas graves que conduzem ao aumento do risco de dependência da pessoa, bem como custos económicos e sociais importantes. A nível institucional as consequências das quedas englobam o aumento do tempo de internamento e dos encargos associados aos recursos humanos e materiais e a meios complementares de diagnóstico. Na comunidade contribuem para uma diminuição significativa da qualidade de vida da pessoa e família (Fernandes, & Almeida, 2017; Saraiva et al., 2008).

No âmbito do programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, promovido pela Ordem dos Enfermeiros em regime de parceria, o Serviço de

Medicina Interna (SMI) de um Centro Hospitalar assumiu o compromisso de identificar problemas emergentes, suscetíveis de resolução ou melhoria. A queda de clientes hospitalizados foi assim identificada como uma dessas problemáticas.

Identificado o problema, foi solicitado aos gestores de risco do serviço a realização de um diagnóstico de situação e a definição de estratégias que permitissem a diminuição da ocorrência de quedas. Foi desenvolvido o projeto de prevenção de quedas, onde foram identificados fatores associados à queda de clientes. Com base nessa informação elaborou-se um modelo de intervenção da equipa de enfermagem, que visou a redução dessa problemática durante o período de hospitalização.

Com a realização deste artigo pretende-se descrever as ações desenvolvidas pelos profissionais do SMI, após a identificação da magnitude da problemática e demonstrar que a implementação do projeto foi uma aposta na consolidação de boas práticas de enfermagem e na busca de soluções que permitam responder às exigências de cuidados.

Enquadramento

O fenómeno da queda é um grave problema de saúde pública, sendo que a nível mundial, 37.3 milhões de pessoas recorrem anualmente aos serviços de

saúde devido a uma lesão provocada por queda e, dessas ocorrências, 424.000 têm consequências fatais (WHO, 2016).

Em pessoas que estão institucionalizadas a incidência e prevalência de quedas variam de estudo para estudo, não sendo consensual se são superiores ou inferiores comparativamente com as mesmas taxas avaliadas em pessoas que vivem na comunidade. No entanto, de acordo com a WHO (2007), o número de quedas verificado em pessoas institucionalizadas é superior, comparativamente com as que residem na comunidade.

Em Portugal, um estudo realizado por Fernandes e Almeida (2017) identificou a nível hospitalar uma incidência de 5,2 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia de internamento. Estes resultados estão em consonância com estudos realizados por Costa-Dias (2014) que verificou incidências de 5,6 e 6,15 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia, em serviços de internamento.

As quedas têm consequências graves a nível físico e psicológico, contribuindo para a diminuição da capacidade funcional da pessoa e, consequentemente, da sua qualidade de vida. A nível institucional têm repercussões no aumento do tempo de internamento, dos encargos associados aos recursos humanos, materiais e exames complementares de diagnóstico

(Fernandes, & Almeida, 2017; Saraiva et al., 2008).

Nos sistemas de saúde a ocorrência da queda implica custos económicos devido ao aumento do tempo de hospitalização, com consequente acréscimo de intervenções adicionais e ceticismo relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e à responsabilidade dos profissionais (Simpson, Rosenthal, Cumbler, & Likosky, 2013).

O Ministério da Saúde refere que o impacto financeiro das quedas nos sistemas de saúde está a aumentar. Em 2006, estimou um custo médio de 2900€ por cada episódio de queda com lesão, envolvendo pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Apesar da queda sem lesão ser a que acarreta menor custo, o facto de ocorrer em maior número leva a que na sua totalidade seja a que mais custos representa para os hospitais (Despacho n.º 1400-A, 2015).

Ao analisar os custos que o fenómeno das quedas acarreta, não nos podemos centrar apenas em custos financeiros, pois existe um custo humano. A queda pode causar angústia, ansiedade, dor, traumatismo, diminuição da autoestima e perda da independência. Inicia-se assim um ciclo onde a ptofobia leva a uma diminuição na mobilidade, diminuição da autoconfiança na deambulação, com consequente aumento da dependência e diminuição da qualidade de vida que, em

alguns casos, termina com a institucionalização da pessoa (Gomes, Marques, Leal, & Barros, 2014; Healey, & Darowski, 2012).

Nos profissionais de saúde a queda provoca ansiedade, interferindo na confiança e autoestima sempre que uma pessoa sofre lesões resultantes da mesma (Johansson, Bachrach-Lindstrom, Struksnes, & Hedelin, 2009).

Para prevenir a ocorrência da queda é fundamental identificar os fatores de risco existentes, pois somente através desse conhecimento é possível intervir, de modo a eliminar ou minimizar a sua influência (Fernandes, & Almeida, 2017).

O fenómeno da queda é multifatorial e de grande complexidade, sendo descritos na literatura mais de 400 fatores de risco (Almeida, Soldera, Carli, Gomes, & Resendes, 2012; Secoli, 2010). A WHO (2007) categoriza os fatores de risco em comportamental, biológico, socioeconómico e ambiental. Os fatores de risco de ordem comportamental dizem respeito às ações humanas, às escolhas realizadas, constituindo fatores potencialmente modificáveis. Os fatores de risco biológico referem-se às características da pessoa como a idade, género, declínio cognitivo e físico, pelo que são fatores não modificáveis. A nível socioeconómico, os fatores relacionam-se com a influência das condições sociais da pessoa. Os fatores de risco ambiental são potencialmente modificáveis, pois

referem-se à interação da pessoa com o ambiente que a rodeia. Estes fatores de risco isoladamente não representam causas de queda, mas a sua interação pode constituir-se como um elo causal. O evento de queda não deve ser atribuído a um único agente, dado que esta ocorrência resulta frequentemente da interação entre os diferentes fatores (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], s.d.; WHO, 2007).

Como já referimos, de acordo com o CDC (s.d.) e o National Institute for Health and Care Excellence ([NICE], 2013) existem fatores de risco que podem ser reversíveis ou modificáveis, sendo que as intervenções que promovam a sua alteração podem reduzir a probabilidade da ocorrência do evento. Assim, impõe-se aos profissionais de saúde o desafio de identificar e agir sobre os fatores de risco passíveis de modificar.

Objetivos

Como objetivo principal foi definido reduzir a ocorrência de quedas de clientes hospitalizados no SMI.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Avaliar o risco de queda em 100% dos clientes admitidos no SMI;
- Apresentar uma taxa de efetividade na prevenção de quedas de clientes hospitalizados superior a 95%;

- Reduzir a taxa de prevalência de quedas de clientes hospitalizados em 20%, face ao ano anterior;
- Reduzir a incidência de quedas de clientes hospitalizados em 20%, face ao ano anterior.

Metodologia

Pela análise dos relatórios de progressão de relatos de incidentes do centro hospitalar, constatou-se que a queda dos clientes hospitalizados era o incidente mais notificado a nível institucional. O SMI apresenta-se como o serviço que mais notificou quedas de clientes, tendo realizado 99 notificações de ocorrência de quedas durante o ano de 2012.

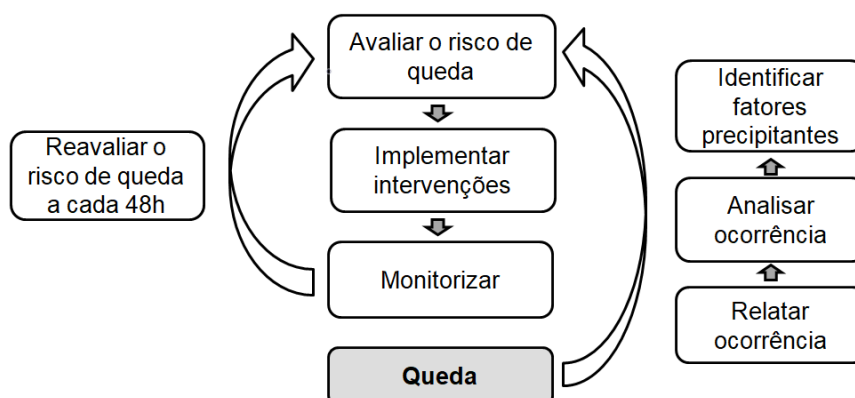
Após a identificação desta situação problemática, foi solicitado aos gestores de risco do serviço a realização de um diagnóstico de situação e foram definidas estratégias que permitissem a diminuição da ocorrência de quedas nos clientes hospitalizados. Foi constituído o Grupo de

Prevenção de Quedas que tem como objetivo reduzir a ocorrência de quedas de clientes, através da avaliação e implementação de estratégias que minimizem o risco. O grupo é constituído por nove enfermeiros, distribuídos em grupos de três elementos pelas várias unidades que compõem o serviço.

Considerou-se fundamental formar a equipa de enfermagem sobre o fenómeno das quedas, pelo que esta ação foi integrada no plano de formação do serviço e é replicada a cada três anos. Os objetivos desta formação incidiram em consciencializar os profissionais sobre a problemática das quedas em contexto de internamento hospitalar; capacitar os enfermeiros para a avaliação do risco de queda; habilitar os profissionais para intervir com o cliente em risco de queda e alertar para o preenchimento do formulário de relato de incidentes.

O processo de intervenção da equipa de enfermagem foi sistematizado, sendo as etapas explicitadas no fluxograma seguinte (figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de intervenção da equipa de enfermagem



A primeira etapa é realizada no momento da admissão do cliente, com a avaliação do risco de queda através da aplicação da escala de quedas de Morse.

De salientar que a escala de quedas de Morse apenas prediz o risco, cabendo ao enfermeiro compreender as limitações desta avaliação. A avaliação do risco de queda deve ser entendida não como o objetivo final, mas sim como uma oportunidade para identificar os fatores de risco presentes e delinear possíveis intervenções que conduzam à sua eliminação ou redução.

A intervenção do enfermeiro na prevenção de quedas deve refletir a sua visão holística, englobando uma avaliação multifatorial do risco. De acordo com os fatores de risco identificados, devem ser implementadas intervenções que permitam eliminar ou minimizar o seu efeito.

Após esta avaliação e com base na estratificação do nível de risco, é colocada uma placa identificativa do risco de queda na cama do cliente de forma visível, que o acompanha nas deslocamentos dentro da instituição.

No quadro de informação geral dos clientes hospitalizados presente na sala de enfermagem é utilizado um símbolo de destaque para a problemática, através da aplicação de um triângulo de cor vermelho ou amarelo, dependendo do nível de risco. Esta estratégia possibilita alertar precocemente os profissionais

para o risco de queda, planejar os cuidados e adequar as ações com vista à prevenção da sua ocorrência.

A monitorização dos fatores de risco é uma intervenção constante durante o internamento e integra a reavaliação do risco de queda através da aplicação da escala de quedas de Morse a cada 48 horas, quando é constatada qualquer alteração nos fatores de risco ou na ocorrência de queda.

Sempre que o fenómeno se verifica, é realizada uma descrição das circunstâncias através do registo no processo do cliente e de um relato de incidente, que permanece acessível aos profissionais do serviço, e é encaminhada para o Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico. Cada relato de incidente é objeto de uma análise às condições da ocorrência de modo a identificar os fatores implicados na queda, reestruturado o plano de intervenção, implementadas novas estratégias de prevenção, para minimizar os fatores de risco identificados, e implementadas medidas corretivas sempre que justifique. O Grupo de Prevenção de Queda realiza auditorias internas utilizando como recurso uma grelha de avaliação construída pelo grupo, que inclui aspetos relacionados com a avaliação do risco de queda no cliente, assim como a avaliação do ambiente, a implementação de medidas de segurança, a introdução do diagnóstico de Queda no processo de

enfermagem, os ensinamentos realizados ao cliente e família e a colaboração entre a equipa multiprofissional.

O resultado das auditorias é analisado pela Enfermeira Chefe e pelos elementos Gestores de Risco e Grupo de Prevenção de Quedas, sendo posteriormente divulgado e discutido com os elementos da equipa multidisciplinar, com o intuito de integrar novos dados e permitir a evolução na prestação de cuidados.

Avaliação

Os resultados deste projeto foram avaliados tendo por base os indicadores sugeridos pela Ordem dos Enfermeiros e que integram o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Em relação ao objetivo avaliar o risco de queda em 100% dos clientes admitidos no SMI, este foi alcançado. A equipa de enfermagem avaliou o risco de queda através da aplicação da Escala de Quedas de Morse a todos os clientes admitidos no serviço.

Com base na análise da tabela 1, constata-se que o objetivo apresentar uma taxa de efetividade na prevenção de quedas de clientes hospitalizados superior a 95% foi atingido. Em 2012 a taxa de efetividade na prevenção de quedas foi de 93,3%, e desde a implementação deste projeto em 2013 ocorreu um aumento

progressivo até 2016. Esta tendência não se constatou em 2017, pois apesar de existir uma taxa de efetividade na prevenção de quedas superior a 95%, verificou-se um decréscimo em relação ao ano anterior.

Tabela 1 - Taxa de efetividade na prevenção de quedas

Ano	Taxa de Efetividade
2012	93,3%
2013	95,4%
2014	97,3%
2015	97,5%
2016	98,4%
2017	97,4%

No que se refere ao objetivo reduzir a taxa de prevalência de quedas de clientes hospitalizados em 20% face ao ano anterior, com base na análise da tabela 2 constata-se que este objetivo não foi alcançado no anos de 2015 e 2017, pois em 2015 aferiu-se uma redução de 7,4% face ao ano anterior e em 2017 ocorreu um aumento da taxa de prevalência. Nos restantes anos o objetivo proposto foi atingido, tendo-se verificado a diminuição na taxa de prevalência de quedas de clientes hospitalizados superior a 20% face ao ano anterior. De destacar que a nível global, desde o início deste projeto foi alcançada uma redução de 62,7% na taxa de prevalência de quedas de clientes.

Realizando uma análise dos fatores que podem ter influenciado a não

concretização deste objetivo, considerou-se a elevada rotatividade dos elementos da equipa de enfermagem do SMI. Em 2015 ocorreu a substituição de 26% dos

enfermeiros generalistas e em 2017 verificou-se novamente a substituição de 24% desses elementos.

Tabela 2 - Taxa de prevalência de quedas

Ano	Taxa de Prevalência	Redução face ao ano anterior
2012	6,7%	
2013	4,6%	31,3%
2014	2,7%	41,3%
2015	2,5%	7,4%
2016	1,6%	36%
2017	2,6%	-

Quanto ao objetivo reduzir a incidência de quedas de clientes hospitalizados em 20% face ao ano anterior, é possível aferir com base na análise da tabela 3, que a incidência inicial era de 5,2 quedas por 1000 camas ocupadas por dia, tendo ocorrido uma diminuição progressiva até 2016, situando-se nas 1,6 quedas por 1000 camas ocupadas por dia. Em 2015 e 2017 o objetivo delineado não foi alcançado, pois em 2015 os valores de

incidência foram iguais aos verificados no ano anterior, e em 2017 constatou-se um aumento. Desta forma pode afirmar-se que o objetivo foi alcançado durante os anos de 2013, 2014 e 2016.

Tal como na análise do objetivo anterior, considera-se que um dos possíveis fatores que influenciaram a não obtenção deste objetivo encontra-se relacionado com a elevada rotatividade dos elementos da equipa de enfermagem do SMI.

Tabela 3 - Incidência de quedas

Ano	Incidência por 1.000 camas/dias	Redução face ao ano anterior
2012	5,2	
2013	4	23%
2014	2,4	40%
2015	2,4	0%
2016	1,6	33,3%
2017	3,3	-

Conclusão

O fenómeno da queda é um problema de saúde pública, com impacto negativo para a pessoa, família, comunidade, profissionais de saúde e Serviço Nacional de Saúde. A sua prevenção é um indicador de qualidade em saúde e deve ser considerada como uma preocupação emergente nas instituições de saúde.

É necessário desenvolver uma cultura de segurança do cliente que conduza à identificação dos fatores de risco, de modo a ser possível traçar um plano de intervenção. Os profissionais de saúde devem estabelecer uma parceria com o cliente e avaliar os fatores de risco de queda presentes, somente assim se podem desenvolver e implementar estratégias de prevenção que eliminem ou minimizem o efeito dos fatores identificados.

O desenvolvimento deste projeto possibilitou a sistematização dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a promoção da segurança do cliente hospitalizado. Embora se tenham verificado mudanças nos indicadores de queda, os resultados recentes demonstram que é necessário maior envolvimento de todos os profissionais e que as políticas de gestão de recursos humanos são de elevada importância no desenvolvimento deste tipo de processos. Após a implementação deste projeto a equipa de enfermagem do SMI sofreu

alterações, com a substituição de diversos elementos. É crucial considerar que a substituição dos elementos numa equipa implica mudanças na dinâmica funcional. Estas alterações afiguram-se como um desafio, porque a passagem do desempenho individual para um desempenho coletivo é dificultada por diversos obstáculos.

A integração dos enfermeiros numa unidade de saúde é um processo fundamental para um desempenho positivo. Considerando o modelo de desenvolvimento de competências em enfermagem elaborado por Patricia Benner (2001), os enfermeiros desenvolvem a sua aprendizagem em contextos de grande especificidade e complexidade. Esse desenvolvimento é gradual, progredindo em níveis de eficácia, sendo cada um destes níveis acompanhado de mudança nos aspetos de execução de uma competência.

Ocorre o desenvolvimento da compreensão da situação, que deixa de ser uma compilação de factos, para uma capacidade de análise global da situação. Este processo implica desenvolver competências no tempo, partindo de uma base educacional que interage com uma vastidão de experiências profissionais. É com base nesta evolução que o enfermeiro se transforma num perito. No centro desta teoria está a noção de que nem todo o conhecimento que os enfermeiros necessitam de adquirir é

desenvolvido num enquadramento unicamente teórico.

Assim, o processo de integração dos enfermeiros num serviço é um aspeto particularmente importante, sendo essencial que estes profissionais recebam formação. Contudo, é necessário ter a noção que é através da experiência profissional que estes elementos evoluem na sua prática e atingem a perícia no cuidar.

Como sugestões, considera-se pertinente que a formação acerca da problemática das quedas deve ser realizada no período de integração dos novos elementos, assim como esta formação deve ser expandida a outros grupos profissionais, nomeadamente os assistentes operacionais. É essencial realizar uma formação para este grupo profissional, de modo a sensibilizar para esta problemática, levando a uma maior colaboração e adoção de comportamentos que permitam a persecução do objetivo de reduzir o número de quedas de clientes hospitalizados no SMI.

Em relação às variáveis que influenciaram as quedas dos clientes, sugere-se a realização de uma investigação que possibilite a identificação das possíveis relações.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração de todos os elementos do Grupo de Prevenção de

Quedas do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar pela disponibilidade no desenvolvimento deste projeto de intervenção.

Referências bibliográficas

Almeida, S. T., Soldera, C. L. C., Carli, G. A., Gomes, I., & Resendes, T. L. (2012). Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(4), 427-433. DOI: 10.1590/S0104-42302012000400012

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Centers for Disease Control and Prevention. (s.d.). Recuperado de <https://www.cdc.gov/homeandrecreational/safety/falls/adultfalls.html>.

Costa-Dias, M. J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: factores de risco*. Tese de Doutoramento. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/17112>

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República 2ª Série*, N.º 28 (10-02-2015). 3882-3882. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/66457154>

Fernandes, J. B., & Almeida, A. S. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA.

- Gomes, E. C., Marques, A. P., Leal, M. C., & Barros, B. P. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543-3551. **DOI:** 10.1590/1413-81232014198.16302013
- Healey, F., & Darowski, A. (2012). Older patients and falls in hospital. *Clinical Risk*, 18(5), 170-176. **DOI:** 10.1258/cr.2012.012020
- Johansson, I., Bachrach-Lindstrom, M., Struksnes, S., & Hedelin, B. (2009). Balancing integrity vs. risk of falling - nurses' experiences of caring for elderly people with dementia in nursing homes. *Journal of Research in Nursing*, 14(1), 61-73. **DOI:** 10.1177/1744987107086423
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention (CG 161)*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Browser CIPE Versão 2*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S., & Ramalinho, J. (2008). Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, 18(235), 28-35.
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140. **DOI:** 10.1590/S0034-71672010000100023
- Simpson, J. R., Rosenthal, L. D., Cumbler, E. U., & Likosky, D. J. (2013). Inpatient Falls: Defining the Problem and Identifying Possible Solutions. Part II - Application of Quality Improvement Principles to Hospital Falls. *The Neurohospitalist*, 3(4), 203-208. **DOI:** 10.1177/1941874412470666
- World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Genebra, Suíça: World Health Organization- World Alliance For Patient Safety. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf
- World Health Organization. (2016). *Fact sheet N.º 344: Falls*. World Health

Organization. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>