

# III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

## RIESGO Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

**Autor principal** JESÚS GONZÁLEZ DUEÑAS

**CoAutor 1** LUISA SEBASTIAN PEREZ

**CoAutor 2** SONIA RODRIGUEZ MORALES

**Área Temática** Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

**Palabras clave** CAÍDA RIESGO SEGURIDAD PREVENCIÓN

### » Resumen

Las caídas, entre la población atendida en el ámbito sanitario, representa un problema común y persistente. Las tasas de caídas suelen variar en función del casemix del entorno y de las prácticas sanitarias, pero más del 84% de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionadas con las caídas. Éstas tienen graves consecuencias tanto físicas (ocasionan fracturas entre 5-6%, y lesiones que reducen la calidad de vida) como psicológicas (pérdida de seguridad en sí mismo, miedo a volver a caer, lo que provoca una restricción en la movilidad) sin olvidar su repercusión social y económica, además de tener una elevada mortalidad, ya que causan el 70% de las muertes en personas > 75 años. Se ha estimado que un tercio de las personas >65 años y la mitad de los >80 años, sufren al menos una caída al año.

Las consecuencias de no identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y no tipificar el riesgo en pro de realizar las intervenciones que se consideran oportunas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente y la comunidad. La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.

### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Este trabajo se realiza en la U.G.C de Neumología del H.U San Cecilio (Granada) ESPAÑA. Se desarrolla mapa de riesgos de la unidad en el cual se detecta las caídas como uno de los eventos adversos con mayor incidencia junto con algunos otros como oxigenoterapia, carbonarosis en diáspora... No se conocen otros trabajos al respecto en nuestro centro de trabajo.

### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Se realiza una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en nuestra unidad durante un trimestre del año 2011. Valoramos el riesgo de caídas asociados con los criterios siguientes (FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS DE CAÍDAS: Evidence Best Practice 1998 ISSN 1329-1874):

- 1.- Toda persona con movilidad limitada.
- 2.- Alteración del estado de conciencia, mental o cognitivo.
- 3.- Necesidades especiales de aseo (incontinencia).
- 4.- Déficits sensoriales.
- 5.- Historia de caídas previas. (Últimos 12 meses).
- 6.- Medicación de riesgo (hipotensores, ansiolíticos, antidiabéticos ...).
- 7.- Edad > 65 años.

Se detectó:

- El 7.5 % no presenta ningún factor predictivo de riesgo de caídas.
- El 22.5% presenta un factor de riesgo.
- El 27.5% presenta dos factores.
- El 42.4% presenta tres o más factores.

Dentro de estos factores predictivos de riesgo de caída predomina la medicación de riesgo con un 67.5% y la edad, siendo >65 años el 52% de los enfermos revisados.

### » Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Nos planteamos elaborar un proceso para detectar y prevenir el riesgo de caídas en los pacientes ingresados en nuestra unidad, cuyo objetivo principal fuera disminuir la incidencia de caídas y sus secuelas en las personas que por su situación vital y/o características medio-ambientales estén en riesgo de sufrir este evento; y como objetivos específicos:

- Identificar la población con riesgo de caída.
- Establecer intervenciones efectivas y personalizadas para prevenir, detectar, actuar y evaluar el riesgo de caídas.
- Garantizar la transferencia de información entre profesionales.
- Establecer registro de notificación.
- Definir indicadores que muestren el nivel de implantación, prevalencia de caídas, riesgos asociados y eficacia de las intervenciones.
- Establecer estrategias de sensibilización.

## DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ( ANTES DE LA CAÍDA).

### AL INGRESO DEBEMOS IDENTIFICAR AL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE CAÍDAS.

En la valoración, registramos los factores de riesgo ( tanto intrínsecos como extrínsecos) y aplicamos la escala de riesgo de caídas de Downton.

Se considera paciente de alto riesgo con tres o más puntos de valoración en dicha escala, o haya otros factores que tras la valoración se consideren potencialmente desencadenantes de una caída a criterio del profesional (ej. Incontinencia, edad).

Se reevalúa el riesgo de caídas tras modificación del estado de salud o entorno.

A los enfermos que detectamos con alto riesgo de caídas los incluimos en el protocolo de prevención :

- Colocamos un identificador visual en la historia clínica del paciente.
- Aseguramos la transferencia de información entre todos los profesionales que presten cuidados al enfermo.
- Informamos al paciente y familia o cuidador para promover su participación activa.
- Aplicamos medidas preventivas para intervenir en el mayor número de factores de riesgo, ( tanto intrínsecos como extrínsecos ), que nos sea posible .

### ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA:

- Prestamos atención preferente e inmediata al enfermo.
- Realizamos diagnóstico y tratamiento de las lesiones.
- Registramos el incidente en la H.C.
- Notificamos al personal sanitario responsable y a la familia/tutor el evento adverso.
- Incluimos al paciente en el protocolo como paciente de alto riesgo.
- Realizamos la valoración y seguimiento del paciente, atendiendo a factores físicos y psicológicos.
- Identificamos como paciente de alto riesgo de caídas mediante alarma visual, y lo dejamos reflejado en su historia clínica y en el Informe de Continuidad de Cuidados al ALTA.

Igualmente realizamos un registro y notificación del Evento Adverso al responsable del proceso. Esta notificación es:

- Una documentación de cumplimentación anónima.
- Una información de carácter reservado y usada para análisis, propuestas e implantación de mejoras.
- Esta información se deriva al responsable de la evaluación y seguimiento del proceso.

### LOS OBJETIVOS DE ESTE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS SERÍAN:

- Detectar áreas vulnerables del sistema.
- Identificar factores de riesgo relacionados con paciente o entorno.
- Valorar medidas de mejora.
- Fomentar cultura de seguridad.
- Favorecer la participación/opinión del paciente, familia y/o cuidador.

Algunos aspectos a considerar sobre el registro de Eventos Adversos son:

- No tiene orientación punitiva.
- Compromiso de confidencialidad.
- Notificación anónima.
- Favorecemos los sistemas encriptados (sistemas electrónicos).

### EVALUACION DEL PROCESO:

El responsable del proceso, junto con otros miembros de la Unidad (Comité de Seguridad), valoran de forma periódica ( cada 6 meses) los datos obtenidos de las notificaciones de caídas recibidas y medidas adoptadas, para comprobar eficacia de las misma y/o realizar propuestas de mejora.

Tras los primeros 4 meses de aplicación de este proceso, se observa una disminución progresiva de caídas en un 15%, y un aumento en la notificación de la caída como Evento Adverso en un 4%, quedando pendiente realizar la primera revisión completa a los 6 meses según lo establecido en el protocolo, para poder realizar una evaluación más exhaustiva de todo el proceso.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Durante el desarrollo de todo este proceso las principales barreras detectadas son:

- 1.- Falta de cultura sobre seguridad en los profesionales de nuestra unidad, lo que conlleva ausencia de colaboración en todo este proceso, dificultando la recogida de datos y desarrollo normal del mismo.
- 2.- Miedo a la notificación de la caída como evento adverso ante el temor de que este hecho tenga consecuencias negativas para el profesional, a nivel jurídico y/o disciplinario.
- 3.- Desconocimiento por parte de familia y/o cuidador de la prevalencia/incidencia de caídas en el ámbito hospitalario debido al cambio de entorno y estado físico, que conlleva en múltiples ocasiones a desorientación temporo-espacial (sobre todo en personas de edad avanzada) y deterioro físico.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

A los enfermos de bajo riesgo de caídas, se le informa al paciente y familia/cuidador de las medidas generales que se adoptan en el servicio para la prevención de las mismas.

Igualmente, a los enfermos con alto riesgo de caídas, se les informa junto con las medidas generales, de aquellas específicas que actúen sobre los factores de riesgo detectados.

Para todo lo expuesto anteriormente, se les entrega tríptico informativo con dichas medidas y se identifica el Enfermero/a responsable del paciente, para resolver cualquier duda o solicitud de ayuda cuando lo necesite.

Al alta se le entrega hoja de sugerencias y observaciones para mejora del proceso y se le entrega Informe de Continuidad de Cuidados con recomendaciones para su domicilio.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

En la bibliografía existente, raramente se utilizaron métodos de investigación rigurosos, y por lo tanto, los resultados pueden estar sesgados. Creemos que dada su incidencia, sería un tema para estudios de investigación más exhaustivo.

Sería interesante realizar estudios sobre la eficacia de las intervenciones adoptadas para modificar los factores de riesgo e implantar cultura de prevención, a todos los niveles de asistencia (hospital, domicilio, instituciones...).