

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

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

### CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS: COMO MEJORAR SU SEGURIDAD

**Autor principal** CARLOTA SAMPERI GINE

**CoAutor 1** NÚRIA SANS CAPELL

**CoAutor 2** ANNABEL VIDAL CUPONS

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

**Palabras clave** caídas seguridad personas mayores institución

#### » Resumen

El proceso de intervención para minimizar el riesgo de caídas es un camino lento y en el que hay que plantearse unos resultados en los que quizás la clave no sea solamente el reducir las caídas, sino que en ocasiones el disminuir las consecuencias graves va a ser el objetivo de la intervención.

Durante el año realizamos tres intervenciones: modificamos el entorno y mobiliario, creamos un programa de ejercicios de potenciación de EEII y utilizamos medidas de seguridad.

El estudio se realizó a 83 personas usuarios de una residencia asistida, durante el año 2012. Los datos recogidos de las personas que han caído son las variables Downton y MEC, y los indicadores son llevar contención física, consecuencias, lugar de las caídas y número de caídas.

Analizando todas las personas que cayeron, 33 en total, el 54% de los residentes tenían un MEC inferior a 24, el 15% llevaban algún tipo de sujeción, 75% tenían un Downton igual o superior a 3 y el lugar donde más se dieron las caídas fue en las habitaciones.

Según las consecuencias de 122 caídas, un 1,2% fue fractura, heridas abiertas 6,55% y sin lesiones un 65,5%.

Las familias piden seguridad, y si entienden que no hay otra forma de garantizarla piden sujeciones sin saber que existen alternativas válidas, y sin saber que los centros y sus profesionales deben ser capaces de garantizar la seguridad y de controlar los riesgos sin usar medidas restrictivas

#### » 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?

Uno de los factores que muestran el nivel de salud y calidad de vida de una persona mayor de 65 años es la movilidad. La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del mayor y de su calidad de vida, ya que determina su grado de independencia.

Las caídas en los ancianos constituyen uno de los mejores ejemplos de pérdida de la capacidad funcional y morbilidad asociada, debido a la gran susceptibilidad que tiene el colectivo de personas mayores para desarrollar lesiones severas en relación a los cambios producidos durante el envejecimiento.

El programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre envejecimiento y salud pone especial énfasis en las medidas de prevención para los factores que contribuyen en las caídas.

La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería y fisioterapia que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno.

Según la bibliografía consultada únicamente el 5% de las caídas producen lesiones graves o fracturas, pero aquellas pueden limitar la movilidad de la persona y repercutir en su autonomía ocasionando una discapacidad temporal o permanente.

El proceso de intervención para minimizar el riesgo de caídas es un camino lento y en el que hay que plantearse unos resultados en los que quizás la clave no sea solamente el reducir las caídas, sino que en ocasiones el disminuir las consecuencias graves va a ser el objetivo de la intervención

La identificación de los factores de riesgo asociados a las caídas en general y a las del residente en particular, es una herramienta eficaz para el diagnóstico de los posibles casos. Por lo tanto uno de nuestros objetivos principales es Establecer intervenciones efectivas y personalizadas

#### » 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?

No existe una definición única de caída, sino que cada organismo utiliza aquella que más se ajusta a la población de pacientes en estudio y al análisis a que vaya a someter la información que reciba de la misma

En general, la organización Mundial de la Salud (OMS) define como caída:

la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad.

El medio geriátrico por sí mismo puede ser un elemento de apoyo para el paciente (pasamanos, superficies antideslizantes, etc.) o contribuir al riesgo de caídas (entorno extraño, etc.). A esta doble visión se añade la dificultad de conocer el alcance de este problema ya que las caídas suelen asociarse, erróneamente pero con mucha frecuencia, a una mala praxis.

En general, no todas las caídas pueden prevenirse o minimizarse. Las caídas accidentales pueden prevenirse en parte modificando el entorno; respecto a las no accidentales podemos intentar adaptar o modificar algunos factores, si bien aquellas que ocurren por una pérdida de conciencia momentánea no son previsibles al menos la primera vez que ocurren. Por ello, la identificación de los factores de riesgo asociados a las caídas en general y a las de residentes ingresados en particular, es una herramienta eficaz para el diagnóstico de posibles casos.

Garantizar la seguridad del anciano y prevenir las caídas son importantes indicadores de la calidad del centro.

La clave en la prevención de las caídas en el medio residencial es la detección de los usuarios con mayor riesgo de sufrir una caída.

Se debe asumir que las caídas de residentes ingresados a un centro geriátrico son un hecho real aunque la frecuencia sea relativamente baja y sus consecuencias son raramente graves.

Según la bibliografía consultada únicamente el 5% de las caídas producen lesiones graves o fracturas, pero aquellas pueden limitar la movilidad de la persona y repercutir en su autonomía ocasionando una discapacidad temporal o permanente.

Durante el año realizamos tres intervenciones:

En la primera intervención modificamos el entorno y mobiliario:

o Adaptación de sillas buscando mejorar la comodidad, sillas con mecanismos que eviten el volcar.

o Frenos en camas y sillas de ruedas, quitar las barras laterales, adaptar la altura de la cama. Retirada de los enseres innecesarios.

o Mejorar la luz con luces indirectas a 20cm de la pared y reorganizar el comedor.

Segunda intervención: Crear un programa de ejercicios de potenciación de EEII.

o Programa de paseos.

o Programa de rehabilitación individualizada que se realizan en el gimnasio para mantener el mayor grado de movilidad, equilibrio y autonomía posible a cada residente.

o Actividades de equilibrio y coordinación ejecutados de una manera controlada con el mínimo apoyo.

o Resistencia muscular, fuerza y potencia, sobre todo en los músculos que contribuyen a la alineación postural y estabilidad de la marcha (tobillo, rodilla, cadera y columna).

o Ejercicios aeróbicos y Tai Chi.

Tercera intervención. Medidas de seguridad

o Suelos que amortigüen ante posibles caídas

o Colocar protectores en el mobiliario

o Tiras antideslizantes de color en el recorrido de cama a baño.

o Colchoneta o alfombra detectora de movimiento

o Cojines antideslizantes y abductores.

El estudio es retrospectivo realizado a personas mayores hombres y mujeres usuarios de una residencia asistida, con una ocupación de 59 camas y 12 usuarios de centro de día, en la época comprendida de enero de 2012 a diciembre 2012. Los datos recogidos de las personas que han caído son las variables Downton y MEC, y los indicadores son:

Si llevaban contención física

Consecuencias

Lugar de las caídas

Número de caídas.

Han entrado en el estudio 83 personas de las cuales 33 sufrieron alguna caída.

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

La evolución de las caídas del período de enero a diciembre de 2012 han sido, de 83 residentes, cayeron 33 personas con un total de 122 caídas. Hubo 8 personas que sufrieron caídas múltiples.

Analizando todas las personas que cayeron, el 54% de los residentes tenían un MEC inferior a 24 (deterioro cognitivo), 15% llevaban algún tipo de sujeción, 75% tenían un Dawton igual o superior a 3 y el lugar donde más se dieron las caídas fue en las habitaciones.

Según las consecuencias de las caídas, 122 en total, un 1,2% fue fractura, heridas abiertas 6,55% y sin lesiones un 65,5%.

Destacar que durante el año hubo 6 caídas de dos personas que llevaban sujeción con resultado de dos contusiones y el resto sin lesiones

#### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

Las principales barreras detectadas en el trabajo han sido:

-En primer lugar las arquitectónicas, propias del edificio, por ejemplo nuestro baño interior de la habitación la puerta se abre hacia fuera.

-La segunda dificultad fue hablar con las familias de la importancia de la movilidad aunque existiera el riesgo de caídas.

-En tercer y último lugar la recogida de datos, ya que en muchas caídas no ésta presente el detector.

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

Los familiares deben preocuparse por evitar la excesiva postración e inmovilismo de los residentes, aunque ello les pueda llevar a situaciones de mayor dependencia y riesgo de caídas graves.

La actitud de las familias se forja a través de la experiencia de cuidar al enfermo, del aleccionamiento que reciben por parte de algunos profesionales, de la experiencia de ver lo que se hace en las residencias y de sus propios sentimientos sobre su ser querido.

En muchas ocasiones, la propia familia asume que no puede dominar al enfermo o que no puede evitar que sufra accidentes. Y entonces acude a los médicos, delegando en ellos la responsabilidad.

Las familias piden seguridad, y si entienden que no hay otra forma de garantizarla piden sujeciones. En la mayoría de los casos lo hacen sin conocer los efectos de las mismas, sin saber que existen alternativas válidas, y sin saber que los centros y sus profesionales deben ser capaces de garantizar la seguridad y de controlar los riesgos sin usar medidas restrictivas que afecten a la calidad de vida del enfermo y a sus capacidades. Es posible evitar riesgos con medidas distintas a las sujeciones. Lo que, a nuestro entender, le puede faltar a algunos familiares para forjarse una actitud adecuada respecto a las sujeciones, es una información completa de todos los profesionales, es decir conocimientos

#### » Propuestas de líneas de investigación.

La seguridad tiene un precio, y es importante evitar un excesivo paternalismo- proteccionismo que induzca a inmovilizar a la persona. Más que trabajar para evitar a toda costa caídas, se debe trabajar para reducir la probabilidad de consecuencias graves. Existe un número de caídas en personas mayores que se puede considerar normal. Las Personas Mayores se caen más que las jóvenes por razones fisiológicas, generalmente asociadas al envejecimiento

Es necesario ser permisivos con la movilidad, e incluso estimularla. La función hace al órgano, ese es un paradigma que nos lleva a considerar que la movilidad de una persona es la clave de que conserve sus funciones, sobre la base de tener sus músculos y sus huesos en óptimas condiciones.

La seguridad puede ser garantizada con otras medidas, si bien esto exige que el personal dedique más tiempo y atención, y que se organice mejor. También es imprescindible que la familia colabore.

La literatura nos dice sobre el tema de las caídas que es un tema en el que hay que tener en cuenta múltiples factores. Hay instrumentos que nos permiten medir nivel de riesgo para poder establecer unas intervenciones más ajustadas a los mismos.

Tanto los fármacos y el ejercicio físico son temas a tener en cuenta al estudiar las caídas porque se ha comprobado su influencia en las mismas.

#### » Bibliografía.

Grupo de trabajo de rehabilitación en geriatría. Guía práctica sobre la prevención de caídas y accidentes. Sociedad española de geriatría y gerontología. Pág. 64. 1999

Documento técnico SEEIG nº3. Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Julio 2003

Caídas en personas mayores institucionalizadas: factores implicados y estudio de prevención. Convenio de col. entre la consejería de empleo y asuntos sociales del G.V y la Fundación Matia, 2013.