

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTE CON SÍNDROME POR DESUSO

Autor principal M^a DOLORES VAZQUEZ LARA

CoAutor 1 FRANCISCA CRISTINA VARGAS ESPINOSA

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave Atención de enfermería Trastornos musculares Terapia por ejercicios Deambulación

» Resumen

Este trabajo surge de la necesidad para el personal de enfermería de atención primaria, de protocolizar unos cuidados básicos, dirigidos a individuos con inactividad musculo-esqueléticas.

En el ámbito domiciliario, frecuentemente nos encontramos con pacientes con un deterioro de la movilidad física, bien sea por la inmovilización mecánica o prescrita. Consecuencia de esta, puede aparecer el síndrome por desuso. Este se define como el deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo-esquelética prescrita o inevitable..

Según la OMS, la caída se define como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Constituyendo una de las principales causas de morbilidad en personas mayores". Por lo tanto, el riesgo de caída, en los pacientes que tienen un deterioro de la movilidad física, constituye un problema real para la seguridad de estos pacientes.

Se pretende, a través de un programa de ejercicios de fortalecimiento muscular en el propio domicilio, que el paciente recupere el tono muscular y la confianza necesaria para conseguir una deambulación segura y sin caídas.

El objetivo principal es mejorar la movilidad para prevenir caídas y lograr que el paciente se mantenga en pie de manera segura y vuelva a desplazarse de forma autónoma.

Participarán tanto el paciente como sus familiares, en las actividades a realizar, animándolos a que expresen sus sentimientos, dudas,

» 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?

En este trabajo, se ha realizado por la importancia que tiene, una amplia revisión bibliográfica o documental, relacionada con el síndrome por desuso, por la trascendencia que sus efectos tienen sobre los pacientes.

El síndrome por desuso se define como el deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo-esquelética prescrita o inevitable. Las estrategias para mejorar la movilidad incluyen diversas formas de ejercicios(1) y readiestramiento de la marcha.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica para situar el problema en la actualidad, ya que el riesgo de caída fue el principal problema que nos encontramos en este caso y es esto lo que sirvió de estímulo para elaborar este trabajo. Así, se define como caída, según la OMS "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Constituyendo una de las principales causas de morbilidad en personas mayores". La prevención de las caídas se basa en la capacidad de calcular la probabilidad de caída mediante la evaluación de los factores de riesgo.

Según Virginia Henderson, la prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería dirigidos a mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y de su entorno.

Para la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el riesgo de caída se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. Los principales factores de riesgo en adulto del Diagnóstico Enfermero "riesgo de caída", según la clasificación NANDA, son: historia de caídas, uso de silla de ruedas, edad igual o superior a 65 años, mujer (si es anciana), vivir solo, portador de prótesis en las extremidades inferiores y uso de dispositivos de ayuda (andador, bastón).

Según un estudio la osteoporosis es una enfermedad que produce un riesgo elevado de fracturas esqueléticas...En general se considera que el desuso(periodos prolongados de inactividad)...promueven la reducción de la masa ósea, mientras que la carga mecánica lograda a través del ejercicio aumenta la masa ósea. En este estudio se concluye que el ejercicio tiene la posibilidad de ser una manera segura y efectiva para evitar la pérdida ósea en las pacientes postmenopáusicas (Howe T. et al, 2011) (2)

Por otro lado, otro estudio revisado nos demuestra que las lesiones relacionadas con caídas son una importante causa de morbilidad y mortalidad..Se formula como hipótesis el hecho de que las intervenciones basadas en la población, en forma de programas de estrategias y objetivos múltiples, resultan en una reducción en las tasas de lesiones en la población. El abordaje basado en la población para la prevención de

» 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?

Acude al centro de salud, el familiar de un paciente, para realizarle unas curas a domicilio, tras intervención quirúrgica, de drenado de un absceso a nivel de la columna dorsal. La evolución ha sido desfavorable, sobreviniendo la infección de la lesión, por lo que el servicio de cirugía prescribe el reposo en cama, hasta que la infección remita y la cicatrización siga una evolución favorable.

El paciente tiene la movilidad reducida en sus miembros inferiores, como secuela de haber padecido poliomielitis en la infancia. Hasta la intervención y antes de prescribirse la inmovilización, caminaba con ayuda de muletas, siendo independiente para desplazarse. Tras días de reposo en cama, comprueba que la fuerza de sus miembros superiores, de los que depende para poder trasladarse, ha disminuido y al intentar desplazarse con las muletas, sufre una caída. Esto preocupaba mucho al paciente, que temía no poder seguir haciendo una vida normal como hasta ese momento y el consiguiente aislamiento social.

Tras la valoración inicial en domicilio del paciente, hallamos una serie de diagnósticos, de los que solo enumeramos los siguientes, por ser los que están relacionados con el desuso.

-Riesgo de caídas 00155. Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

-Deterioro de la deambulación (00088)

-Deterioro de la movilidad física (00085)

-Riesgo de síndrome por desuso (00040)

1. Para evaluar el riesgo de nuevas caídas, se utilizó la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton.

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS(J.H.DOWNTON, 1993)

Caídas previas No/Si*
Medicamentos Ninguno
Tranquilizantes o sedantes*
Diuréticos*
Hipotensores(no diuréticos)*
Antiparkinsonianos*
Antidepresivos*
Otros medicamentos

Deficiencias sensoriales Ninguna
Alteraciones visuales*
Alteraciones auditivas*
Extremidades(ictus, etc.)*

Estado mental Orientado
Confuso*

Marcha Normal
Segura con ayuda
Insegura con/sin ayuda*
Imposible

Sumar un punto por cada ítem con asterisco

Tres o más puntos indican un alto riesgo de caídas

2. Se desarrolló un plan de actuación en función de los siguientes objetivos:

Objetivo general :- Prevención de caídas(6490)

- Fomento del ejercicio(0200)

Objetivos específicos:- Recuperación del abandono (2512)

- Función muscular (0209)

- Nivel de movilidad (0208)

- Realización del traslado (2010)

- Apoyo al cuidador principal(2512)

PROCEDIMIENTO. Las actividades encaminadas a mejorar la movilidad, se realizaron en sesiones cortas, en función del estado del paciente, a lo largo de cuatro periodos. Todo el programa tuvo una duración de 6 semanas.

Periodo de encamamiento. Se sentará el paciente en el borde de la cama, aumentando poco a poco el tiempo, hasta que consiga mantener el equilibrio sin ayuda, media hora 3 veces al día. Ejercicios suaves de estiramiento y relajación muscular. Girar hacia los lados y flexionar el tronco hacia adelante, con la ayuda de familiares si es necesario.

Periodo "cama-sillón". Corrección postural con la cabeza alineada y el tronco erguido, ayudándose de almohadas si es necesario. Movilización activa/pasiva de los miembros superiores.

Periodo de bipedestación y deambulación. Practicar situando al paciente en un andador, que sirva de apoyo para mantener la posición, no abandonar el ejercicio aunque aparezca inestabilidad. Comenzar con desplazamientos básicos dentro del hogar. Realizarlos todos los días, aumentando cada vez las distancias.

Periodo de mantenimiento. Sin cansarse en exceso, con ejercicios respiratorios, flexión y extensión de brazos y piernas, levantarse y sentarse. Dar paseos cortos varias veces al día y así, poco a poco, abandonar el andador por las muletas.

Como criterios de resultados hemos utilizados los recomendados por la Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Utilizando la siguiente escala de evaluación del paciente y participación familiar.

1. Nivel de movilidad(0208). Capacidad para moverse con resolución.

Escala:1 Dependiente, no participa.2 Requiere ayuda personal y de dispositivos.3 Requiere ayuda personal.4 Independiente con ayuda de dispositivos.5 Completamente independiente.

2. Realización del traslado (0210). Capacidad para cambiar la localización corporal.

Escala:1 Dependiente, no participa.2 Requiere ayuda personal y de dispositivos.3 Requiere ayuda personal.4 Independiente con ayuda de dispositivos.5 Completamente independiente.

3. Función muscular (0209). Idoneidad de la contracción muscular según el movimiento.

Escala:1Extremadamente comprometida.2 Moderadamente comprometida.3 No comprometida

4. Conocimiento: actividad prescrita (1811). Magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescrito.

Escala:1 Ninguno.2 Alguno.3 Moderado.4 Extenso.

5. Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605) Implicación de la familia en la toma de decisiones, administración y evaluación de la atención sanitaria realizada por el personal sanitario.

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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este caso hemos aplicado el criterio de resultados descrito en el procedimiento, rellenando los cuatro apartados correspondiente al estado de la movilidad física del paciente y a su nivel de conocimientos. En la valoración inicial, la puntuación obtenida fue de 6. Tras seis semanas de ejecución del plan de ejercicios realizado por el paciente, y tras una reevaluación, la puntuación obtenida fue de 13.

	Valoración inicial	Valoración tras 6 semanas
Nivel de movilidad	3	4
Realización del traslado	3	4
Función muscular	1	2
Conocimiento: actividad	2	3
Puntuación total	6	13

De la misma forma procedimos para evaluar el riesgo de caídas del paciente, aplicando la escala mencionada en el apartado anterior, obteniendo inicialmente una puntuación de 4, poniendo en la historia del paciente "ALTO RIESGO DE CAIDAS". Tras seis semanas de ejecución del plan de ejercicios realizado por el paciente, y tras una reevaluación, la puntuación obtenida fue de 2.

Valoración inicial Valoración tras seis semanas

Según indican estos resultados, podemos concluir que la terapia de ejercicios aplicada al paciente para conseguir una deambulaci3n segura y disminuir el riesgo de posteriores caídas ha sido efectiva, ya que el estado de movilidad del paciente ha mejorado objetivamente, pasando de una puntuaci3n total de seis a una puntuaci3n ,tras la intervenci3n, de trece puntos y se ha reducido el riesgo de caídas en un punto.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

La evidencia científica sobre las terapias domiciliarias de ejercicios para prevenci3n de caídas mediante el fortalecimiento muscular u óseo, no es todo lo extensa que sería necesaria. También representó un obstáculo la falta de conocimientos inicial del paciente y su familia.

» **Oportunidad de participaci3n del paciente y familia.**

Durante las seis semanas de duraci3n de la terapia de ejercicios, en todo momento contamos con la colaboraci3n del paciente y de sus padres. Esta colaboraci3n fue fundamental, ya que era la única forma de lograr los objetivos marcados. En todas las actividades propuestas participaron el paciente y sus cuidadores principales. Tuvimos en cuenta sus inquietudes, expectativas, sentimientos y dudas. Todo en plan de ejercicios fue pactado con la familia. Se les proporcionó informaci3n según iban demandando, sobre los factores que podían mejorar el estado del paciente con el adiestramiento en los ejercicios diarios. En la valoraci3n inicial de la participaci3n familiar la puntuaci3n fue de 3, tras seis semanas de

» **Propuestas de líneas de investigaci3n.**

La prevenci3n de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería en muchos hospitales. Realmente, la evidencia científica sobre las terapias domiciliarias de ejercicios para prevenci3n de caídas mediante el fortalecimiento muscular u óseo, no es todo lo extensa que sería necesaria. Pero resultaría interesante, la elaboraci3n de guías y protocolos de actuaci3n, junto con estudios que pudiesen demostrar cambios importantes, al comparar, por ejemplo, grupos sometidos a las terapias y los que no se hayan sometido, para poder demostrar así realmente, el impacto de estas terapias y la disminuci3n de caídas relacionadas con el síndrome por desuso. Y definir los programas de ejercicios óptimos para este tipo de pacientes. Las intervenciones se podrían aplicar a todos los pacientes dentro de un grupo "de riesgo", o aplicarse selectivamente según una evaluaci3n individualizada del riesgo. Las medidas de prevenci3n de enfermería en las caídas, deberían estar dirigidas a aplicar medidas de detecci3n del paciente con riesgo de caídas, mediante la escala de valoraci3n del riesgo de caídas, detectar factores de riesgo o del entorno y a desarrollar medidas de educaci3n sanitaria y dirigidas al paciente y su entorno.

» **Bibliografía.**

1.Handoll H,Sherrington C,Mak J.Intervenciones para mejorar la movilidad después de la cirugía por fractura de cadera en adultos.CochraneDatabase of Systematic Reviews 2011 Issue 3.Art.No.:CD001704.DOI:10.1002/14651858.CD001704

2.Howe T,Shea B,Dawson L,Downie F,Murray A,Ross C,Harbour R,Caldwell L,Creed G.Ejercicios para la prevenci3n y el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue