

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

CAÍDAS EN ANCIANOS ASISTIDOS EN RESIDENCIA DE MAYORES DE ARMILLA, GRANADA.

Autor principal IRENE MOLINA CABELLO

CoAutor 1 JOSÉ BERNARDO MOLINA CABELLO

CoAutor 2 LUCÍA MORALES JIMENEZ

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

Palabras clave accidentes por caídas anciano seguridad residencia

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción: La seguridad del paciente es un tema primordial, siendo un aspecto importante para conseguirla, para conseguir esa calidad de cuidados, y en la que se fundamenta este trabajo de investigación, trabajar sobre las caídas innecesarias y evitables en personas ingresadas en hospitales o residentes en instituciones.

Objetivos: Analizar las caídas producidas en ancianos asistidos y sus características intrínsecas favorecedoras.

Materiales y método: Estudio observacional, descriptivo transversal. Población diana formada por 40 ancianos asistidos de dicha residencia con capacidad para la deambulaci3n. Muestra no representativa y no extrapolable. Datos recogidos mediante la escala de riesgo de Downton y la del equilibrio y la marcha de Tinetti.

Resultados: Edad media de 793 a1os, total de caídas en la muestra del 45%; 577% mujeres. 888% polimedicaados, 100% de los pacientes con parkinson habían sufrido una caída. La totalidad tiene déficits sensoriales. Se reflejan importantes alteraciones en el equilibrio estático y durante la marcha en ancianos con caídas previas.

Discusi3n: La edad, la confluencia de medicamentos, ciertas enfermedades y el sexo femenino aumentan la probabilidad de sufrir una caída. Los

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La carencia de seguridad del paciente, es decir, ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables consecuentes de la atención sanitaria, trae consigo el aumento de la morbilidad y mortalidad en todos los ámbitos sanitarios, ya que, cada año, sufren o fallecen por esta consecuencia millones de pacientes, trayendo consigo grandes consecuencias económicas y sociales derivados de su abordaje (1, 2).

Una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios es mejorar esta seguridad, quedando patente en medidas adoptadas por diversos organismos como la OMS, el Sistema Nacional de Salud Español (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) o la Junta de Andalucía (Estrategia para la Seguridad del Paciente (2011-2014) (2, 3).

La seguridad del paciente es un tema primordial, siendo un aspecto importante para conseguirla, para conseguir esa calidad de cuidados y una atención segura, y en la que se fundamenta este trabajo de investigación, trabajar sobre las caídas innecesarias y evitables en personas ingresadas en hospitales o residentes en instituciones. Son efectos adversos que se presentan diariamente en estos ámbitos y su reducci3n aumentaría la seguridad del paciente y el avance en la calidad de cuidados.

La OMS las define como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (2).

Son un importante problema mundial de salud pública, siendo la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente se producen 424 000 caídas mortales, las mayores tasas de mortalidad corresponden a mayores de 60 años, influyendo la edad, el sexo y el estado de salud.

Se producen 37,3 millones de caídas anuales que requieren atención médica, el 50% de los mayores de 80 años y el 30% de los mayores de 65 años se caen al menos una vez al año. La edad es el principal factor de riesgo de las caídas. Aspectos relacionados son, posiblemente, los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos producidos con el envejecimiento. La principal consecuencia psicológica es el miedo a volver a caer, la persona mayor tras la caída disminuye sus actividades habituales por miedo; provocando pérdida de autoconfianza, sentimiento de torpeza, derivando en un cuadro depresivo, en una mayor dependencia para las actividades de la vida diaria y en una mala percepci3n subjetiva de su salud.

Los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales mientras que las mujeres sufren mayor número de caídas no mortales. Las ancianas son especialmente propensas a las caídas y a una mayor gravedad de las lesiones consecuentes, pero las tasas de mortalidad y los AVAD perdidos son mayores en los varones en todo el mundo.

Factores intrínsecos de los ancianos que las fomentan son los problemas nutricionales, efectos colaterales de los medicamentos, problemas cognitivos o el miedo a caerse. En relación a los extrínsecos señalar la iluminaci3n insuficiente, mobiliario inadecuado, barandilla de la cama inadecuada, freno defectuoso, ropa o calzado inadecuado o wc no adaptado (4).

Se trata de un tema de investigaci3n interesante por la utilidad de los resultados como forma de intentar conocer el estado actual de este problema y de vía como soluci3n al mismo. Desde el negativismo, aunque este trabajo no lo consiguiera por su modesta naturaleza, la utilidad que se le puede dar es la de identificar los factores internos más influyentes en las caídas en los ancianos.

Objetivo general

-Analizar las caídas producidas en ancianos asistidos y sus características intrínsecas favorecedoras.

Objetivos específicos

-Identificar la edad de los ancianos con caídas previas.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Técnica y análisis de datos

Estudio de carácter observacional, descriptivo transversal. La información necesaria se recogerá mediante dos escalas de valoración de enfermería realizadas del lunes 21 de octubre al domingo 27 de octubre de 2013:

-Escala de riesgo de Downton.

-A los individuos de la muestra que hayan tenido caídas previas se les aplicará la escala de valoración del equilibrio y la marcha Tinetti.

-Se diferenciará la edad de las personas y el sexo.

La residencia de ancianos de Armilla cuenta con 60 ancianos asistidos, la población de referencia, cogiendo como población diana (muestra) a 40 ancianos asistidos con capacidad para la deambulación a los que sea más accesible valorar. El procedimiento de muestreo se basará en elegir aquellos ancianos que deambulen y a los que sea más fácil valorar a través la escala, escogiendo aquellas que tengan un número suficiente de respuestas para poderlas incluir en el estudio.

Se considerará como caída la definición citada previamente dada por la OMS: acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

La escala de riesgo de Downton consta de 5 ítems en los que se evalúan aspectos como la existencia de caídas previas, los medicamentos consumidos, la existencia de déficits sensoriales, el estado mental y la deambulación. Según la puntuación obtenida se clasificará al anciano dentro de un riesgo bajo, medio o alto.

La escala de valoración del equilibrio y la marcha de Tinetti consta de 22 ítems dividida en dos subescalas, la de equilibrio estático y la de equilibrio durante la marcha. En la escala de equilibrio estático se evalúan aspectos como por ejemplo, el equilibrio sentado, el equilibrio después de un giro de 360°, el equilibrio después de la rotación de la cabeza o el equilibrio para sentarse. En la escala de equilibrio durante la marcha se evalúan ítems como equilibrio al inicio de la marcha, la simetría del paso, la estabilidad del tronco o el giro durante la marcha.

Variables

Dentro de las variables utilizadas en el estudio, se pueden distinguir:

Independientes: edad, patologías, medicación, número de caídas, sexo.

Dependientes cualitativas nominales: práctica de unas medidas adecuadas.

Criterios de selección

Con respecto a los criterios de selección, se establecen los siguientes:

Criterios de inclusión: ser anciano asistido, con capacidad para la deambulación y residir en la residencia de ancianos edad de Armilla con una antigüedad mínima de un año.

Limitaciones del estudio

La muestra no es representativa de todos los ancianos asistidos de Granada y debido a su pequeño tamaño no se pueden extrapolar los datos,

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

La edad media de los residentes de la muestra es de 793 años. De ellos, el 725 son mujeres y el 275 hombres. El total de caídas en la muestra es del 45% (ninguno había caído más de una vez), el número de caídas en mujeres es mayor, del total de ellas, un 577% había sufrido una caída previamente y en los hombres, del total de ellos, un 272%. La edad media de los ancianos con caídas previas es de 815%.

El 100% toma algún medicamento: el 925% toma diuréticos o hipotensores no diuréticos, el 475% tranquilizantes o sedantes y el 225% antiparkinsonianos o antidepresivos. Todos los pacientes con parkinson (125%) había sufrido una caída.

De los ancianos que habían sufrido caída previa, el 777% toma diuréticos o hipotensores y el 888% está polimedicado (más de cinco medicamentos al día durante más de seis meses).

El 100% de los ancianos de la muestra tienen déficits sensoriales, visuales o auditivos, y el estado mental del 125 es confuso y el del 875 es orientado. Además, el 575% utiliza dispositivos de apoyo durante la deambulación y dentro de la proporción de personas con caídas previas (45%), el 833% utiliza un dispositivo. De ellos, el 333% lo usaba en el momento de la caída.

Tras aplicar la escala de riesgo de J.H. Downton la mayor proporción se encuentra dentro de un riesgo medio de caídas.

En los ancianos con caídas previas, al aplicar la escala de Tinetti los datos más significativos fueron que el 944% utiliza los brazos para levantarse o se mueve hacia delante con la silla antes de intentar levantarse, el 833% utiliza ayuda para andar, bastón u otro objeto, para su apoyo. El 944% no mantiene el total equilibrio en bipedestación con los ojos cerrados; el 777% tiene capacidad disminuida para mantener el equilibrio después de la rotación de la cabeza pero no presenta signos de mareo, inestabilidad o dolor y todos son incapaces de mantener el equilibrio en posición unipodal durante 5. El 833% es incapaz de extender la columna vertebral o no lo intenta, el 666% arrastra los pies o los pega totalmente al suelo o los levanta demasiado, la longitud del paso del 722% es anormal y el 666% tiene una simetría del paso anormal ya que es variable a lo largo del paso o avanza con un solo pie. El 611% apoya completamente un pie antes de levantar el otro, interrumpe la marcha o el largo del paso varía, el 722% se desvía del trayecto en una o más direcciones, el 722% marcha con los pies separados y el 888% duda antes de girar durante la marcha o se tambalea al realizar el giro haciéndolo de forma discontinua.

Se corroboran diversos aspectos: la probabilidad de sufrir una caída es mayor a partir de los 80 años; la muestra plasma que la media edad de las personas con caídas previas era del 815%; las ancianas son más propensas a sufrir caídas, como muestran los resultados, del total de ellas, el 577% había sido víctima de una caída, mientras que en los hombres esa proporción se reduce al 272% de todos ellos; aunque también se debería tener en cuenta la mayor proporción femenina cuanto más edad por su mayor longevidad.

Ciertas enfermedades como el Parkinson son un importante factor de riesgo. El consumo diario de medicamentos por parte de los ancianos es patente (100%) y la influencia de los efectos secundarios (desequilibrio, debilidad, etc.), la interacción entre fármacos y la posible relación de la polimediación con las caídas destaca en este estudio, el 888% con caída previa está polimedicado.

Los déficits sensoriales son inherentes con la vejez, aspecto que acrecienta la posibilidad de sufrir una caída. En relación a los dispositivos de apoyo, sólo el 333% lo usaba en el momento de la caída, por lo tanto, se puede cuestionar su relación e influencia y valorarse si quizá usándolos se habrían evitado.

Los pacientes con caídas previas son más inseguros durante el equilibrio estático y en marcha, por haber caído su seguridad se ve alterada, tienen miedo y menos confianza en ellos mismos, tomando mayores posturas de riesgo que puede acrecentar la posibilidad de volver a caer. Una vez analizados estos, se han contrastado los resultados obtenidos con otro estudio. La comparación se centra en un estudio denominado Detección del riesgo de caídas en ancianos en atención primaria mediante un protocolo de cribado (5). En éste, se encontró que la proporción de mujeres es mayor con la edad y que la edad media de la muestra estudiada era de 854 años, similar a los resultados obtenidos. Además de los pacientes con caídas previas, el 546% tenía la visión alterada y el 40% tomaba más de cinco fármacos, ambos datos inferiores a lo de la investigación pero igualmente significativos para realzar su influencia. Inclusive, a través de análisis se encontró relación entre los antecedentes

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Todo lo expuesto permite analizar y determinar puntos, que siendo trabajados, podrían reducir la probabilidad de sufrir una caída, aunque la muestra tan pequeña no permite hacer generalizaciones.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Como una futura continuación se podrían valorar y trabajar los aspectos favorecedores (necesidad real de consumir determinados medicamentos y su interacción; utilización de un dispositivo de apoyo; acompañamiento o ayuda en los momentos más necesarios como en el inicio de la marcha, etc.) sobre un determinado número de ancianos y valorar si efectivamente al cambiarlos o mejorarlos se reducen el número de las mismas, disminuyendo su frecuencia y la gravedad de las lesiones que puedan producir.

» BIBLIOGRAFÍA.

1. Aibar C, Aranaz JM. La seguridad del paciente: Una dimensión esencial de la calidad asistencial. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. p. 2-16.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Citado 20 octubre 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
3. Barrera C; Del Río S, Dotor M, Santana V, Suárez G. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014. Sevilla: Artefacto; 2011.
4. Casas ML, Cerro C, Martínez F, Velasco EM. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Albacete; 2012.
5. Prat I, Fernández E, Martínez S. Detección del riesgo de caídas en ancianos en atención primaria mediante un protocolo de cribado. Enferm Clín. 2007; 17(3):128-33.