

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

REGISTRO DE CAIDAS COMO INDICADOR DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN CENTRO SOCIO SANITARIO DE LARGA ESTANCIA

Autor principal ISMAEL NUÑEZ LEON

CoAutor 1 ALBA PARRAS MOLTO

CoAutor 2 MARIA ELISABETH FERNANDEZ CAMPON

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

Palabras clave CALIDAD SEGURIDAD REGISTROS CAÍDAS

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

Introducción

En una revisión sistemática llevada a cabo sobre estudios observacionales con ancianos que vivían en la comunidad, encontramos que la etiología de las caídas es multifactorial y que los factores intrínsecos, son la causa más frecuente del riesgo de caídas de caídas en ancianos institucionalizados, mientras que los extrínsecos son más frecuentes en el caso de ancianos que viven en la comunidad.

Nosotros, durante el año 2014 hemos creado un protocolo de recogida en el centro, son los llamados registros de caídas, donde se recogen los aspectos relacionados con cada episodio de caídas y poder así evaluar y registrar cada caso, con la finalidad de prevenir y disminuir el riesgo caídas

Sin olvidar que tener registro de caídas y un protocolo de valoración constituye uno de los Indicadores de Calidad habitualmente exigidos en hospitales e instituciones socio-sanitarias.

» **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.

OBJETIVO:

a) Registrar las caídas e incidencias.

b) Análisis de las características de las caídas de los pacientes ingresados.

Con la finalidad por un lado de ver, la importancia de los registros de enfermería en cuanto al

Índice de Caídas para así poder disminuir su Incidencia

» **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.

Estudio realizado en un Centro Residencial, con una media de residentes activos en el año 2014 de 105 personas, con una media de días de 152, detectándose 51 pacientes que sufrieron caídas, sumando entre todos ellos un promedio de 100 caídas.

Hemos utilizado para el registro de caídas el programa informático RESIPLUS.

Dicho programa incluía las siguientes variables:

A).- Factores Intrínsecos.

Edad, Sexo, índice de Barthel, Diagnósticos Principales, Fármacos prescritos, Esfera Cognitiva (Pfeiffer) y Escala de Marcha y Equilibrio (Tinneti).

B).- Factores Extrínsecos.

Lugar de la caída, Actividad que realizaba en el momento de la caída y Turno de Enfermería en el que acontecieron las caídas.

Cada vez que un anciano sufría una caída en el centro, ésta era registrada por el personal de enfermería de la unidad del turno correspondiente.

Se analizaron los datos registrados y analizados las variantes de los factores de riesgos, ocurridas, así como los posibles aspectos de mejoras para disminuirlos.

Se calculó la incidencia acumulada de caídas (número de caídas durante el período del estudio, dividido por el número total de sujetos ingresados en el mismo período).

» **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.

RESULTADOS:

Nos indican que en el Período de estudio: se produjeron 100 caídas en 51 pacientes; y que el paciente tipo sería: Mujer (65% frente al 35%); con una edad media de (83,5 años), DEPENDIENTE MODERADA: 34 (67%) para las actividades de la vida diaria (BARTHEL) y en cuanto a la esfera cognitiva (PFEIFFER); DEMENCIA SEVERA 23 (45%), POLIMEDICADA con medicación psicotrópica: (Benzodiacepinas 41 (80), Antidepresivos 35 (69) y Neurolépticos 32 (63)) seguidos de los Antihipertensivos 36 (71), presentando un riesgo de caídas; ALTO: 29 (57%) tras la realización de ESCALA DE MARCHA Y EQUILIBRIO TINNETI, siendo el diagnóstico más prevalente y la causa más importante de riesgo de caídas (56%).

(ALTERACIONES DE LA MARCHA: 21 y EQUILIBRIO: 16).

En el apartado de las características del entorno, las incidencias mayores de caídas han sido; HABITACIÓN Y BAÑO DE LA PROPIA

HABITACIÓN: 63% Unido a la ACTIVIDAD en el momento de la caída: LEVANTARSE 38% (Cama y Sillón: 32%) y CAMINAR 48% (Pérdida de fuerzas MMII + Resbalar 36%).

Por último reseñar, que el turno donde se produjeron más caídas fue en la Mañana: 55. Siendo la franja horaria de 10 a 11 horas,

con 29 (53%) justo después de finalizar el desayuno 9,30 a 10H, seguido con 19 caídas (34,5%) desde las 13 a 14H. Ambas franjas totalizan un 87,5% de Caídas del Turno.

Pensamos que las movilizaciones de los pacientes antes y después de las principales comidas es una causa muy importante del riesgo de caídas.

DISCUSIÓN.

Tras analizar los hechos por los que suelen ocurrir las caídas y las consecuencias que estas pueden tener, podemos llegar a las siguientes conclusiones.

La mayoría de las caídas se producen en personas con una dependencia moderada, los más difíciles de controlar, puesto que los totalmente dependientes están más vigilados durante el día. A esto se le suma un apartado cognitivo deficiente, es decir, una demencia severa que unido a una marcha y equilibrio alterados multiplican las opciones de caerse.

En cuanto a los fármacos, las personas tratadas con medicación psicotrópica son las más propensas a caerse y suelen hacerlo en la habitación, la gran mayoría, lugar donde permanecen más tiempo solos, moviéndose, andando y con un menor grado de vigilancia.

Pensamos que evitar estas caídas es meramente imposible, pero se nos antoja que podrían reducirse en buena parte haciéndose hincapié en:

- Disminuir los psicofármacos a personas con un deterioro cognitivo alto

- Evitar momentos de evasión o soledad, haciéndoles partícipes de programa de ejercicio físico que puede reportar numerosos beneficios en las funciones alteradas consiguiendo como objetivo final mejorar la calidad de vida del anciano.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Es importante señalar que las lesiones de caídas representan una de las causas más comunes de dolor de larga duración, limitación funcional, discapacidad y muerte en la población anciana.

Por todo lo referenciado en relación a los estudios sobre caídas y sabiendo que una de las principales causas que pueden producirla es la afectación de todos los sistemas que conforman el equilibrio y sabiendo además, que es fundamental evitarla para aminorar los costes sanitarios que supone, así como los estados de dependencia de los ancianos, se hace necesario desde nuestra aportación, incluir en todos los centros socio - sanitarios: Programa de actividades propioceptivas que mejoren el estado físico del anciano (Gerontomotricidad).

Basados en la realización de una serie de ejercicio físico específico encaminado a trabajar la autoestima y el equilibrio con una duración aproximadamente de una hora dividida en tres partes principales: Calentamiento, Parte principal y Vuelta a la calma, con la finalidad de conseguir aumentar el grado de seguridad del paciente.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Es vital llevar a cabo investigaciones que demuestren que, a través del ejercicio físico realizado de manera moderada a lo largo de la vida, conseguimos numerosos beneficios sobre todas las capacidades que se afectan por el transcurrir de los años, destacando la posible mejora sobre la autoestima y el equilibrio, redundando este hecho en un acercamiento a la autonomía e independencia y, en consecuencia de ello un enmarque en un "Envejecimiento Saludable" que nos permita tener mejor percepción de calidad de vida.

» BIBLIOGRAFÍA.

A.- Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012.

Disponible en: <<http://iv.congresocronicos.org/publicaciones/>>.

B.- Rubinstein LZ, Josephson K.R. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40:45-53.

C.- Calvo Aguirre JJ, Epeldegui Aguirre M, González Oliveras JL. Prevención de caídas y fracturas en el medio residencial. En: Grupo de trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Madrid: Mapfre; 2001. p. 175-90.