

INTRODUCCIÓN

Alta prevalencia de caídas en la comunidad(30%-50%)¹ y en el medio hospitalario(84%)². El 20% serían prevenibles. Más de un 70% de las caídas en personas mayores tiene consecuencias clínicas, pudiendo incrementar el coste del ingreso en un 61%².

La sensibilización de los profesionales y la disposición de herramientas que nos ayuden a prevenir la ocurrencia y severidad de estos eventos, son las estrategias más avanzadas de las organizaciones sanitarias³. La evidencia científica nos habla de determinados componentes de efectividad demostrada para la reducción del riesgo de caídas intrahospitalarias:

- **Valoración del riesgo:** Al ingreso y tras caída
- **Cumplimiento de precauciones universales:** accesibilidad del timbre, objetos personales, iluminación, calzado apropiado..
- **Revisión de medicación:** polimedicación, fármacos de riesgo
- **Apoyo, asesoramiento clínico y evaluación:** promoción del compromiso sobre el problema
- **Declaración de caídas:** un sistema de declaración
- **Formación de profesionales:** sensibilización y adherencia a iniciativas
- **Educación de pacientes y sus cuidadores.**

OBJETIVO

Analizar la información registrada en las historias para el control de las caídas intra-hospitalarias en una unidad de Medicina Interna (MI).

RESULTADOS

Se han revisado las historias de ingreso de 138 pacientes con una edad media de 86,62 años. El 48.6% fueron hombre y la estancia media fue de 9,66 días. Las características de la muestra se muestran en la tabla 1.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de una cohorte retrospectiva. La población a estudio son 138 pacientes ingresados en MI de OSI Araba durante enero y febrero 2016. Criterio de exclusión: menos de 75 años. Se elaboró un cuestionario ad hoc en el que se recogió información agrupada en (4)bloques:

Valoración sociodemográfica, Valoración de posibles factores de riesgo, Planificación de actividades individualizadas según factores de riesgo detectados y Datos que se registran al declarar una caída.

Tabla 1. VALORACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA

POLIMEDICACIÓN	85,5%
TRATAMIENTO HABITUAL CON FÁRMACOS DE RIESGO	93,5%
SUSPENSIÓN FÁRMACO RIESGO DURANTE EL INGRESO	42%
INCORPORACIÓN NUEVO FÁRMACO DE RIESGO	59,4%
DEPENDENCIA TOTAL (BARTHEL)	84,1%

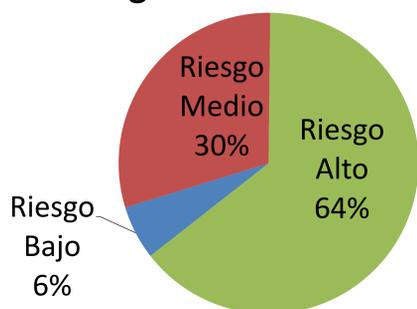
Tabla 2. VALORACIÓN DE POSIBLES FACTORES DE RIESGO

CAÍDAS PREVIAS	30,4%
DETERIORO COGNITIVO	36,2%
DIFICULTAD DE COMPRESIÓN	30,4%
ESTADO MENTAL	
-Orientado	52,2%
-Otros (desorientado, agitado,...)	47,8%
TRANSTORNO DEL EQUILIBRIO	84,8%
USO DISPOSITVO COMPENSATORIO	76,8%
REGISTRO DE SI LO TRAE O SE LE PROPORCIONA	16%
ALTERACIONES VISUALES	68,1%
USO DISPOSITVO COMPENSATORIO	65,2%
REGISTRO DE SI LO TRAE O USO	1,1%
ALTERACIONES AUDITIVAS	45,7%
USO DISPOSITVO COMPENSATORIO	35,6%
REGISTRO DE SI LO TRAE O USO	3,2%

Tabla 3. REGISTRO DE LA PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES INDIVIDUALIZADAS

APLICAR PROTOCOLO DE INGRESO	86,2%
FAMILIARIZAR AL PACIENTE CON EL MEDIO	9,4%
MENTENER TIMBRE CERCA	0%
MANTENER OBJETOS PERSONALES CERCA	81,2%
PROPORCIONAR DISPOSITIVOS PARA MOVERSE	31,9%
VALORAR USO DE BARRAS EN LA CAMA	81,2%
AYUDA EN DESPLAZAMIENTOS	60,9%
ASEGURARNOS QUE ENTIENDEN INSTRUCCIONES	11,6%
REORIENTAR	17,4%
ELIMINAR FACTORES DE PELIGRO AMBIENTE	96,4%
ACONSEJAR USO DE CALZADO APROPIADO	0%
INFORMAR CONVENIENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO	2,2%
ACOMPAÑAMIENTO NOCTURNO (al menos 75% de las noches)	6,9%
ORIENTADOS Y ACOMPAÑADOS	34,4%
NO ORIENTADOS Y ACOMPAÑADOS	
ENSEÑANZA PROCESO DE ENFERMEDAD	56,5%
CASI CAÍDAS	6,5%
-Necesidad de ir al WC (incluida 1 caída)	36%

Riesgo caídas Downton



DECLARACIÓN CAÍDAS

Se declararon 2 caídas (1.44%) por causas accidentales, en la cama, por la noche, con registro de barras subidas, sin referencias a la iluminación nocturna y no se comunicaron a primaria. Los dos casos presentan alteración de la movilidad, uno se encontraba orientado y solo, y el otro agitado y acompañado. Ambas caídas presentaron heridas como consecuencia.

CONCLUSIONES

- A pesar de observarse una alta prevalencia de trastornos de movilidad, visuales y auditivos, apenas se registra la necesidad de dispositivos. En cuanto a las alteraciones visuales, la referencia en la historia a la iluminación nocturna es prácticamente nula.
- En Osakidetza el riesgo se ha establecido en 0.61% en unidades de agudos. En este estudio el riesgo se ha establecido en 1.4%. La tipología de pacientes que ingresan en un Servicio de MI podría relacionarse con mayor riesgo de caídas. Se requieren estudios que avalen esta hipótesis.
- El estado mental, la polimedicación, el consejo de acompañamiento o la necesidad de ir al WC son factores a tener en cuenta para el control de caídas por lo que se requiere un registro exhaustivo en la historia, así como para las recomendaciones universales (ej. calzado, timbre) que en el presente estudio apenas se registran.

BIBLIOGRAFÍA:

1. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
2. <http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/PROTOCOLO%20CA%C3%8DDAS%200411.pdf>
3. http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_PrevencionCaidas_022014_-_with_supplement.pdf