

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN URGENCIAS

Autor/es: **JUAN A. PILARES PUERTAS**

Introducción:

Suceso imprevisto no intencionado que afecta a un paciente y/o acompañante, donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba, de pie, sentado o estirado.

Se trata de un **Efecto Adverso** para el paciente.

Las Caídas en nuestro recinto hospitalario han constituido, en 2015, la primera causa de Incidentes de seguridad (21%)

RELEVANCIA DE LAS CAÍDAS

Alta frecuencia.
Generan complicaciones.
Prolongan la estancia
Restan autonomía al paciente

Incrementan la postración del paciente.
Pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.
Son de orden multifactorial.

Un paciente desde su entrada en el hospital por urgencias debe estar protegido contra las Caídas.

Objetivos:

- Reducir la incidencia de seguridad del paciente causadas por las caídas en un 5-10%.
- Evitar las caídas de los pacientes en el servicio de urgencias mediante la aplicación de las medidas de seguridad.

Metodología:

Estudio descriptivo, trasversal realizado en enero 2015 hasta diciembre 2015, donde la población diana fueron todos los pacientes que se inscriben en el servicio de urgencias de nuestro hospital en esas fechas.

Inicialmente se le realiza una valoración al ingreso en urgencias donde se valora: Estado cognitivo alterado, historia previa de caídas, enfermedad neurológica o movilidad alterada, problemas de incontinencia y si toma medicación de riesgo.

Ante un paciente diagnosticado de riesgo de caídas, se intervendrá en el mayor número de los factores de riesgo asociados detectados.

Por ello, se hace necesaria la coordinación del equipo multidisciplinar, para que el paciente logre la autonomía e independencia y mejore su calidad de vida. Se aplica el proceso enfermero individualmente:

Proceso Enfermero:

Diagnóstico NANDA: 00155 Riesgo de caídas
Resultado Esperado (NOC): 1909 Conducta Prevención de caída
1912 Caídas
Intervenciones (NIC): 6490 Prevención de caídas
4420 Acuerdo con el paciente

De forma específica, se agrupan, el resto de resultados esperados, intervenciones y actividades, según el factor de riesgo al que dan respuesta, teniendo en cuenta los diferentes ámbitos de actuación.

Resultados:

Escala valoración riesgo de Caídas

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (LIL DORRITOS)	
CAÍDAS PREVIAS	NO SI
USO DE MEDICAMENTOS	RIESGO TRÁNSITO ANTES/DESPUÉS SERVICIOS EFFECTOS NO DESIRETOS ANTES/DESPUÉS OTROS MEDICAMENTOS
DEFICIT SENSORIAL	RIESGO VISUAL EXTRÍNSECOS (EJ. PARESIAS...)
ESTADO MENTAL	ORIENTADO CONFUSO
DESABILITACION	NEUTRAL CON LA AYUDA NEUTRAL CON AYUDA ORTOYDIA IMPOSIBLE
EDAD	0-65 65-80 80-90 90+
INDICADOR DE RIESGO	0-1 2-3 4-5 6-7 8-9 10-11

Estudiamos una muestra de 109500 pacientes, de los cuales el 62,8% eran mujeres frente al 37,2% hombres. La edad media fue de 62,3 años (teniendo en cuenta que en nuestro hospital las urgencias de adultos y pediátricas están unificadas). El 37,6% refiere tener alguna historia de caídas.

Al disminuir los factores extrínsecos que favorecen las caídas y manteniendo las recomendaciones en nuestra unidad se redujo el índice de caídas de un 21% en nuestro recinto hospitalario a un 14% a finales de 2015.

Conclusiones:

Existen factores de riesgo que favorecen las caídas que pueden ser:

Intrínsecos

Edades extremas (<5 años y >65 a.)
Uso de fármacos.
Enfermedades agudas/crónicas y sus efectos en el nivel de conciencia.
Hospitalizaciones prolongadas.
Déficit sensorial, marcha insegura.
Incontinencia urinaria.
Recién operados/desorientados.

Extrínsecos

Servicios hospitalarios sin barras de seguridad.
Iluminación deficiente.
Ausencia de barandillas en camas.
Timbres fuera del alcance del paciente.
Desorden en el mobiliario.

Reduciendo al máximo o eliminando los factores extrínsecos disminuimos considerablemente el número de caídas en nuestro servicio de urgencias.

Continuamos con las siguientes recomendaciones:

Utilizar los dispositivos de ayuda (andador, muletas, bastón, silla de ruedas).

Avisar si el suelo está mojado.

Iluminación nocturna.

Colocar los objetos personales al alcance del paciente, en la medida de lo posible.

Recordar al paciente que se levante despacio. Que se tome su tiempo para reincorporarse. Que espere un par de minutos, sentado al borde de la cama, si lleva mucho tiempo acostado.

Que use calzado adecuado (zapatilla cerrada, antideslizante y bien colocada).

Liberar de objetos la zona de tránsito del paciente hacia el baño, el sillón, etc. con el fin de que no le molesten.

Nuestro objetivo continúa siendo ante un paciente diagnosticado de riesgo de caídas, se intervendrá en el mayor número de los factores de riesgo asociados detectados.

Por ello, se hace necesaria la coordinación del equipo multidisciplinar, para que el paciente logre la autonomía e independencia y mejore su calidad de vida.

Bibliografía:

- Calidad de la atención: seguridad del paciente. OMS. Asamblea Mundial de la Salud 55/13 de 23 marzo de 2002.
- ESTRATEGIA para la seguridad del paciente. Sevilla : Consejería de Salud; 2006
- Soluciones para la Seguridad del paciente: Prevención de caídas. OMS.
- Protocolo de caídas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Comunidad de Madrid. Septiembre 2005.
- BestPractice Joanna Briggs. 1998; 2(2): 1-6. ISSN 1329-1874.