

MEMORIA DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO
EN ENFERMERÍA

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES CRÍTICOS: SEGURIDAD

Autor: Koldo Arakama Artetxe
Director Académico: Miguel Ángel Navarro García
Asesor Externo: Ana Larumbe

18 de febrero de 2013

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR ACADÉMICO

D. MIGUEL A. NAVARRO GARCÍA, profesor asociado del Área de Enfermería del Departamento de Ciencias de la Salud de la UPNA, como Director del Trabajo fin de Grado de Enfermería titulado: *Prevención de caídas en pacientes críticos: seguridad* realizado en la E.U de Estudios Sanitarios de la Universidad Pública de Navarra durante el curso académico 2012-2013 por el alumno **Koldo Arakama Artetxe**, autorizo la presentación del citado trabajo dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Grado.

En Pamplona a 18 de febrero de 2013

EL DIRECTOR ACADÉMICO

Fdo: Miguel A. Navarro García

RESUMEN

Este artículo presenta una revisión de las estrategias de prevención de caídas en los pacientes críticos ingresados en cuidados intensivos. La incidencia de las caídas aumenta con la edad produciendo un incremento de la morbilidad, mortalidad y el uso de los servicios sanitarios. Los factores de riesgo intrínsecos de caídas de estos pacientes críticos están mayoritariamente relacionados con la alteración del estado cognitivo; los extrínsecos, en cambio, con la maquinaria, el cableado y el equipamiento complejo de estas unidades. Estos factores extrínsecos son potencialmente modificables, por lo que las caídas que son causa de ellos son un evento evitable, teniendo en cuenta que cuantos más son los factores de riesgo mayor es el riesgo de caída. Para la adecuada selección de intervenciones preventivas es primordial la identificación de los pacientes de riesgo, para así planificar y ejecutar las intervenciones y por tanto, reducir el riesgo de caída. La forma más adecuada para identificarlos parece ser la evaluación del riesgo de caída en el ingreso mediante una escala o plantilla, por ello se presenta en este trabajo una plantilla de propuesta adaptada al paciente crítico. La mayoría de la literatura publicada trata la prevención de caídas en pacientes geriátricos, al igual que ocurre con los protocolos de las terapias restrictivas, por lo que es preciso continuar estudiando estos temas en el área de los cuidados intensivos.

ABSTRACT

This article presents a checking of fall prevention strategies with critical patients admitted to intensive care. Incidence of falls increases with age causing a rise in morbidity, mortality and the use of health care services. Intrinsic fall risk factors of these patients are mainly related to alterations in the cognitive estate while the extrinsic fall risk factors are to do with the machinery, wiring and complex equipment of these units. These extrinsic factors are potentially modifiable which means that the falls brought about by these are an avoidable happening. We must keep in mind that the more risk factors the greater the risk of a fall. So that accurate preventive interventions are selected it is essential the identification of patients at risk of falling and thus be able to carry out a series of intervention with the aim of the risk of a fall. The most precise way to identify them seems to be the assessment of the risk of a fall on admission at the hospital by means of template. That is why the template is put forward in this article adapted to critical patients. Most literature published deals with the prevention of falls in elderly patients as it is the case with restrictive therapies so that it is necessary to keep studying these themes within the area of intensive care.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA.....	2
OBJETIVOS	2
MARCO CONCEPTUAL.....	3
Riesgo de caídas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	3
Epidemiología.....	4
▪ Edad	4
▪ Temporalidad de las caídas.....	5
▪ Consecuencias	5
Intervenciones de prevención de caídas	7
Aplicación de nuevas tecnologías en la prevención de caídas.....	13
Evaluación de la Contención Mecánica como método preventivo de caídas en UCI	14
Tras una caída	16
PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS-A DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)	18
Situación actual	18
Propuesta de mejora	19
▪ Plantilla de evaluación del riesgo de caída en el paciente crítico de UCI....	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	26

INTRODUCCIÓN

La seguridad es una asistencia sanitaria cada vez más compleja, tal es su trascendencia que la seguridad de los pacientes se ha convertido en una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. Las caídas de pacientes son el sexto evento más notificado de las base de datos de Sucesos Centinela de la Joint Commission, por ello viene englobada como el indicador nº 90 de la calidad del enfermo crítico actualizado en 2011 ⁽¹⁾. Dicho documento recalca que es un evento evitable y que la utilización de protocolos relacionados con la seguridad del enfermo y medidas de restricción puede disminuir su incidencia.

Asimismo también viene englobada en el dominio 11 de la taxonomía NANDA: Seguridad/Protección ⁽²⁾. En la segunda clase, lesión física, de este dominio podemos encontrar el siguiente diagnóstico de riesgo “Riesgo de caídas” (00155) cuya definición es: Aumento de la susceptibilidad de las caídas que pueden causar daño físico. Desde este punto de vista, lo más primordial es identificar aquellos pacientes a los que se les pueda aplicar este diagnóstico enfermero para así llevar a cabo las intervenciones de enfermería de prevención del mismo.

En cuanto a la frecuencia de incidentes, según un estudio realizado en 2006 ⁽³⁾, se producen 1.22 incidentes por cada paciente que ingresa en una unidad de cuidados intensivos, la probabilidad de sufrir al menos un incidente es del 70% y se producen 6 incidentes por cada 100 pacientes y hora de seguimiento. Es importante recalcar la diferencia entre incidente y efecto adverso, entendiendo por el primero cualquier evento o circunstancia que resultó o podría haber resultado en un daño innecesario a un paciente, y por evento adverso aquellos incidentes que producen daño no intencionado a un paciente. Por tanto entendemos que las caídas pueden ir desde un incidente hasta un efecto adverso grave ⁽⁴⁾. Cabe destacar que el estándar marcado en dichos estudios para las caídas era del 2% y los resultados mostraban un porcentaje menor al establecido. Las consecuencias de las caídas pueden ser muy graves ⁽⁵⁾ (muerte, parada cardiaca recuperada, extubación accidental, retirada accidental de catéteres, vías, drenajes y sondas, interrupción del suministro de oxígeno etc.) por lo que es preciso abordar este tema con rigor y desde un punto de vista multidisciplinar ya que el 85.9% de las caídas deja alguna consecuencia en el paciente según estos estudios. Además en el ámbito de los cuidados intensivos la situación previa a la caída es muy compleja, por lo que es verdaderamente primordial identificar a este tipo de pacientes.

La forma más eficaz de identificación según diversos autores ^(6, 7) parece ser la protocolización de una escala que aborde todos los factores de riesgo de los pacientes pudiendo así clasificar a aquellos pacientes de un determinado perfil, pero las escalas existentes no llegan a abordar todas las características especiales que podemos encontrar en este tipo de unidades, siendo este el principal objetivo del trabajo que a continuación se presenta.

La metodología a seguir en este trabajo ha consistido en la revisión bibliográfica en bases de datos informatizadas, comenzando con la búsqueda de revisiones existentes en la Cochrane Library y determinando después las bases de datos preferibles para realizar la búsqueda, siendo estas: CSIC (IME); Pubmed/Medline; PILOTS; Dialnet; CUIDEN; y Google Académico. Los términos de búsqueda utilizados en estas bases de datos han sido los siguientes: “Prevention”, “Falls”,

“ICU”, “Risk Factors”, y “Nursing”. Los estudios seleccionados han sido mayoritariamente escritos en inglés, el resto de los seleccionados han sido publicados en castellano. La estrategia de búsqueda llevada a cabo ha comenzado con la siguiente pregunta: ¿Cómo se pueden prevenir las caídas en los pacientes de UCI y cuáles son sus factores de riesgo? Se han utilizado como criterios de inclusión las caídas documentadas dentro del ámbito hospitalario y las estrategias de prevención de caídas intrahospitalarias, ya que la literatura publicada sobre prevención de caídas en paciente críticos es muy escasa, excluyendo por tanto aquellos estudios relacionados con las caídas fuera de las instituciones. También ha sido criterio de exclusión la bibliografía publicada anteriormente a la última década. Igualmente, se ha analizado la forma de actuación de distintos centros sanitarios mediante el estudio de protocolos de caídas de la comunidad de Madrid, del Principado de Asturias y de Osakidetza. Asimismo se han revisado las escalas de caídas de J.H. Downton (1993), Heindrich II (1996), y Morse (1989). Finalmente, también se ha realizado una búsqueda en las listas de referencias y las bibliografías de todos los artículos para encontrar estudios adicionales.

OBJETIVOS

- Proporcionar los elementos para planificar y realizar el análisis de un estudio bibliográfico sobre las caídas y su prevención en el paciente crítico e interpretar sus resultados
- Identificar y priorizar los puntos críticos en materia de riesgo de las caídas en UCI
- Identificar estrategias de intervención valorando su importancia y viabilidad en la UCI-A del CHN

MARCO CONCEPTUAL

La seguridad del paciente es uno de los componentes más importantes en cualquier sistema sanitario, sin embargo entraña riesgos potenciales que complican su desarrollo, estos riesgos potenciales son los llamados efectos adversos (EA). Entre ellos se encuentran las caídas, las cuales ocupan el 30% de todos los EA⁽⁵⁾ y que son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo en contra de su voluntad”. El 50% de los pacientes hospitalizados están en riesgo de caídas, y casi la mitad de los que caen sufren alguna lesión^(4, 5, 15), además, más de un tercio de las personas mayores a 65 años sufre alguna caída al año^(4, 10, 17), aunque los ancianos no son los únicos pacientes en riesgo⁽⁹⁾. Debemos entender que la mayoría de las caídas intrahospitalarias pueden ser evitadas, y que la seguridad del paciente es responsabilidad de todo el equipo sanitario.

Riesgo de caídas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

Está generalmente aceptado que las caídas son el resultado de factores intrínsecos y extrínsecos^(4, 11, 14, 17, 22, 23). Los factores intrínsecos son aquellos relacionados al paciente, mientras que los extrínsecos son los relacionados con el entorno. En otras unidades hospitalarias los enfermeros se centran en los factores intrínsecos realizando turnos para asegurarse de que el paciente tiene todo lo que necesita y aportando asistencia rutinaria en el aseo, con especial hincapié en aquellos con fármacos sedantes, analgésicos o diuréticos^(5, 17). Asimismo, el riesgo del entorno fuera de la UCI es controlado con pasamanos, iluminación adecuada y evitando suelos resbaladizos.

Los factores intrínsecos en UCI están más relacionados con la desorientación de los pacientes, que ocurre rápidamente en adultos críticos tras el ingreso. En cambio, los factores extrínsecos relacionados con las caídas están menos relacionadas con el uso de pasamanos o de luz y parece que lleva mayor peso la cantidad de maquinaria, cableado y equipamiento que dificulta la creciente movilidad del paciente⁽¹⁷⁾.

La gran mayoría de la literatura publicada trata las caídas de los pacientes ingresados en unidades médicas y quirúrgicas, por lo que el conocimiento general de caídas será incluido en este artículo con aplicaciones para que sean útiles en unidades críticas. También cabe destacar que existen lagunas relacionadas con las caídas en la bibliografía, por lo que es un tema a seguir estudiando.

Tradicionalmente las caídas han sido clasificadas en 3 subgrupos que en orden de frecuencia^(4, 6, 22) son: caídas fisiológicas previstas, caídas accidentales⁽¹⁾, y caídas fisiológicas no previstas. El 78% de las caídas son previstas, asociadas a los factores intrínsecos como la edad, deficiencias mentales, déficits sensitivos o alteraciones motoras. El 14% son clasificadas como accidentales, estas están relacionadas con los factores extrínsecos, como son el levantarse o acostarse en camas sin frenar, sillas de ruedas, o suelos deslizantes. El típico paciente crítico ingresado en una UCI está conectado como mínimo a una tubuladura, cable o drenaje, factores extrínsecos que pueden contribuir en las caídas. Las caídas fisiológicas imprevistas ocupan el 8% de todas las caídas, y mayoritariamente son consecuencia de eventos fisiológicos inesperados, como pueden ser la

hipotensión ortostática, desmayos, convulsiones o efectos secundarios de medicamentos. Algunos autores añaden también un cuarto subgrupo denominado caídas intencionadas, que son aquellas en las que el paciente se cae voluntariamente contra el suelo, este tipo de caída también se clasificaría como imprevisible ⁽⁵⁾. Entender los diferentes tipos de caídas mejora la capacidad de valorar la efectividad de los programas de prevención.

Epidemiología

La bibliografía sobre caídas en unidades hospitalarias y geriátricos es muy abundante, pero la investigación llevada a cabo para pacientes específicos de UCI es muy limitada. Aun así Flanders et al. ⁽¹⁷⁾ examinaron las tasas de incidencia de caídas entre los pacientes que habían sido tratados en la UCI antes de haberles trasladado a una planta hospitalaria y los pacientes de planta que no habían recibido cuidados intensivos. Curiosamente, en este estudio, los pacientes que habían estado en una UCI cayeron 3 veces más que aquellos que no habían estado. La incidencia de caídas también varió según el tipo de UCI de donde procedían. Los pacientes derivados de una UCI médica cayeron con una tasa de caídas de 52.9 caídas por cada 1000 pacientes, les siguen las UCI neurológicas, donde la tasa es de 40.1 por cada 1000 pacientes. La incidencia de caídas en aquellos que procedían de una UCI quirúrgica y coronaria era considerablemente menor, 15.6 caídas por cada 1000 pacientes.

Los pacientes con caídas previas también tienen mayor posibilidad de caer de nuevo, por lo que este tipo de pacientes tiene mayor posibilidad de lesionarse ⁽⁵⁾. En un estudio publicado en 2009 ⁽¹⁷⁾, los investigadores concluyeron que los pacientes con caídas previas tenían una tasa de caída posterior de 91.7 por cada 1000 pacientes, comparándola con la de 18.7 por cada 1000 pacientes que presentaban los que caían por primera vez.

▪ Edad

La edad ha sido frecuentemente asociada con las caídas, véase figura 1. Está generalmente aceptado que la edad de riesgo comienza a los 65 años, y como este estudio indica, el mayor porcentaje de caídas (58%) se encuentra entre la franja de edad de los 70 hasta los 99 años de edad. Más mujeres que hombres sufren caídas, y la edad de mayor riesgo se encuentra entre los 80-89 años.

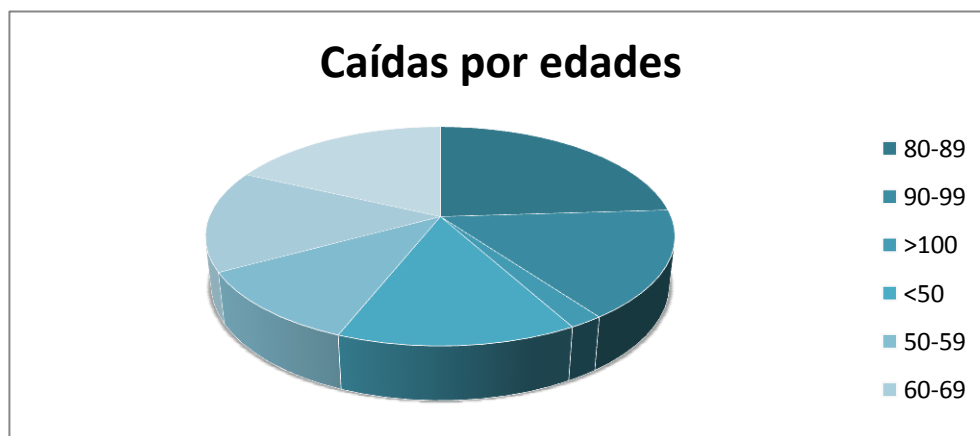


Figura 1 Juliana Hart, Jack Chen, Ali H. Rashidee, [et al.] Epidemiology and Impact of Patients Falls in Healthcare Facilities. *Patients safety & Quality Healthcare* 2009

Desciende a un 16% entre los 90-99 y a un 2% entre los mayores de 100 años, aunque cabe resaltar que el número de personas con esa edad es considerablemente menor.

▪ Temporalidad de las caídas

En cuanto a la hora del día donde se concentran más caídas podemos confirmar que según este estudio publicado en 2009 ⁽¹³⁾, el 34% de las caídas ocurren durante las 07.00h y las 15.00h, es decir, en el turno de mañana. El turno de tarde y noche comparten el mismo porcentaje, 29% frente a las caídas no documentadas, que ocupan el 8%.

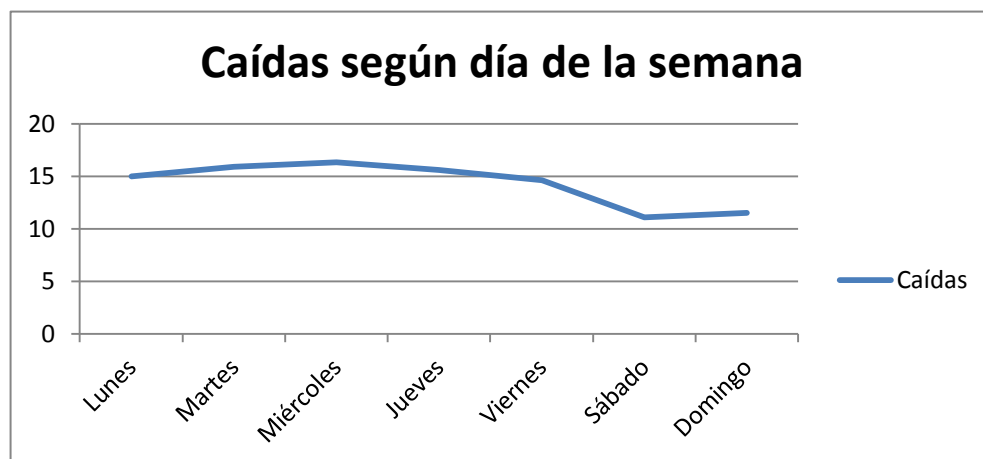


Figura 2 Juliana Hart, Jack Chen, Ali H. Rashidee, [et al.] Epidemiology and Impact of Patients Falls in Healthcare Facilities. *Patients safety & Quality Healthcare* 2009

Las caídas documentadas no variaron mucho en cuanto al día de la semana o a la hora del día, véase figura 2. Curiosamente los fines de semana cuentan con menor porcentaje de caídas (11.1% el sábado y 11.5% el domingo), y el miércoles es el pico más alto con un 16.3%. Llama la atención que el porcentaje de caídas documentadas descienda el fin de semana teniendo en cuenta que el número de personal en el hospital esos días es menor que durante la semana. Este hecho necesita un estudio adicional para identificar cualquier causa para la valoración y determinación significativa en la atención de los cuidados.

▪ Consecuencias

De un 20% a un 30% de los pacientes que se precipitan contra el suelo sufre algún tipo de daño, este tipo de lesiones limitan la movilidad del paciente y aumentan el riesgo de una muerte prematura; los daños pueden ir desde el más leve hasta serias lesiones como pueden ser fracturas o hematomas subdurales. Una de las fracturas más comunes relacionadas con las caídas es la fractura de cadera, aproximadamente el 50% de los pacientes que sufren este tipo de fractura nunca recuperan su nivel funcional previo y un 30% fallece a los 6 meses ⁽⁵⁾. Algunas caídas incluso pueden causar la muerte inmediata del paciente ^(17, 21).

Las caídas también causan problemas psicológicos, tanto en los pacientes que sufren caídas como en los que no. Las consecuencias psicológicas incluyen miedo, pérdida de confianza, y disminución de la actividad física, lo que desemboca en una menor calidad de vida. Este es el llamado síndrome postcaída. Se estima que entre un 29% y un 92% de los pacientes adultos que han sufrido al menos una caída tienen miedo de volver a caer. Entre los que no han caído, tienen miedo de caer entre un 12% y un 65%, más mujeres que hombres ⁽⁵⁾. Si un paciente cae dentro de un recinto hospitalario, puede perder la sensación de protección y seguridad que debería percibirse en una institución sanitaria ⁽¹⁵⁾. El miedo a las caídas es una consecuencia negativa de éstas ⁽¹¹⁾. Las caídas incluso pueden causar ansiedad y sensación de culpa en el personal del hospital.

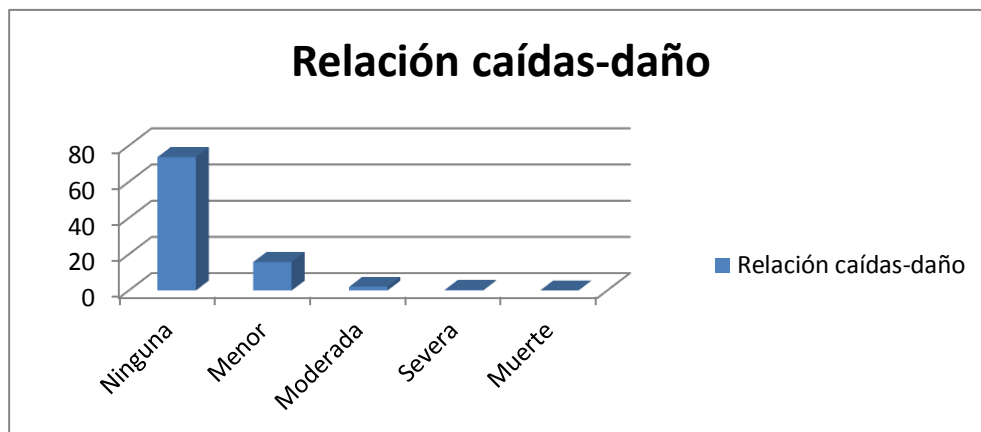


Figura 3 Juliana Hart, Jack Chen, Ali H. Rashidee, [et al.] Epidemiology and Impact of Patients Falls in Healthcare Facilities. *Patients safety & Quality Healthcare* 2009

Categorizar las caídas en relación con el grado de daño o lesión puede ser de gran ayuda para entender la magnitud de estos eventos. Dicha magnitud varía desde los que no producen ningún tipo de daño hasta los que causan la muerte del paciente, véase figura 3. En este estudio, el 73.7% de los pacientes no experimentaron ninguna lesión relacionada con la caída pero es importante resaltar que incluso las caídas con una relación de menor (15.8%) a moderada (2.1%) pueden aumentar considerablemente el coste de su estancia hospitalaria, ya que necesitan más pruebas diagnósticas, procedimientos adicionales, etc. ⁽¹³⁾

Económicamente, los costes relacionados con las caídas pueden ser muy elevados, ya que estas acarrearán una serie de pruebas diagnósticas, tratamientos de las lesiones, rehabilitación, e incluso una mayor estancia hospitalaria. Se estima que la estancia hospitalaria de aquellos pacientes que han sufrido una caída durante el ingreso es de 12.3 días mayor frente a los que no sufren caídas ^(5, 7). En un estudio realizado en 2011 ⁽⁵⁾, aquellos que sufrieron alguna lesión en la caída incrementaron el gasto sanitario de cuidados un 61% por paciente. Algunos pacientes necesitaron más de un año de rehabilitación, otros sufrieron una discapacidad y tuvieron que ser institucionalizados porque eran incapaces de volver a su casa ya que perdieron su independencia, lo que también implicó un incremento de los gastos. Además, las lesiones relacionadas con las caídas contaron aproximadamente con un 15% de los reingresos ⁽⁵⁾.

Intervenciones de prevención de caídas

Las intervenciones para la reducción de caídas pueden ser múltiples pero todas ellas requieren una evaluación de incidencias de caídas. Un proceso muy utilizado para la prevención de caídas es la evaluación de riesgo de caídas de los pacientes. Uno de esos procesos es llamado STRATIFY, es una herramienta de predicción desarrollada para el uso con pacientes agitados, utilizando una escala de 0-5 para predecir los pacientes con mayor riesgo ⁽¹⁵⁾. Sin embargo, el centro nacional americano de la seguridad del paciente recomienda que se utilicen la escala de caídas Morse y la evaluación de riesgo de caídas de Heindrich, utilizando STRATIFY solo en los pacientes agitados ^(7, 24, 25). A pesar del extendido uso de estos instrumentos la evidencia sugiere que estas evaluaciones podrían no ser efectivas en la reducción del número de caídas y que el juicio clínico de los enfermeros y las intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas podría ser más efectivo, sin embargo, ayudan a crear una cultura de seguridad y a que el personal sea consciente de su importancia ^(16, 17). Aun así, existe una escasa investigación de estrategias preventivas, y la mayoría son basadas en opiniones de expertos. Muy raramente se utilizaron métodos de investigación rigurosos en los estudios realizados, por lo tanto, los resultados de los estudios pueden estar sesgados, lo que causa limitaciones y es por ello que la información es clasificada como la opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos ⁽⁹⁾. De hecho, existe un estudio donde formularon una simple herramienta de valoración con opiniones de expertos con solo 3 preguntas ⁽⁷⁾ que resultó ser lo suficientemente específica para predecir el riesgo de caída y reducir el tiempo que una enfermera necesitaba para rellenar la hoja de valoración de riesgo de caídas hasta un 85%. Además de identificar a los pacientes en riesgo esta herramienta también ayudaba a los enfermeros a seleccionar las intervenciones apropiadas, véase tabla 1. Estas intervenciones están dirigidas para 3 grupos de riesgo. El primer grupo de intervenciones deben ser aplicadas a todos los pacientes e incluyen intervenciones básicas de seguridad como son la observación o la regulación de la altura de la cama. Las intervenciones del nivel 1 van dirigidas a los pacientes que hayan puntuado positivamente a una de las preguntas del cuestionario e incluyen además de las intervenciones universales del primer grupo, una pulsera de identificación amarilla; entre estas intervenciones se encuentra por ejemplo valorar la posibilidad de implantar alarmas en las camas. El nivel 2 va dirigido para aquellos que puntuaron positivamente a 2 o más preguntas del cuestionario, e incluyen además de las intervenciones universales y las del nivel 1, la implantación obligatoria de alarmas en la cama, la consideración del uso de caso etc. La prevención de caídas es un componente esencial para el mantenimiento de la salud de nuestros pacientes ⁽²⁴⁾, existen diferentes tipos de programas de prevención de caídas, todos ellos siguen el mismo modelo de enfermería: evaluación, planificación, ejecución y reevaluación. El uso de este tipo de programas puede evitar muchas caídas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, por ello todos los hospitales deberían implementar un programa de prevención de caídas, véase Tabla 2.

TABLA 1: The Journal of Nursing Administration. Fall Initiatives, Redesigning Best Practice 2010

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA Y LA FORMA DE INTERVENCIÓN		
Fecha: _____ Hora: _____ Enfermera/o: _____ Nº colegiado: _____		
Tipo de evaluación: <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Cambios en el paciente		
1. ¿Este paciente... - Necesita asistencia para levantarse, caminar o eliminar? - Trata de salir de la cama/sillón sin asistencia cuando la requiere?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Al levantarse <input type="checkbox"/> Al caminar <input type="checkbox"/> En la eliminación <input type="checkbox"/> Trata de salir de la cama/sillón sin asistencia	
2. ¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 6 meses o durante el ingreso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí-últimos 6 meses sin riesgo <input type="checkbox"/> Sí-en los últimos 6 meses con riesgo aumentado <input type="checkbox"/> Si-en el ingreso <input type="checkbox"/> NS/NC	
3. ¿Existen factores de riesgo que puedan lesionarle desde su punto de vista de enfermera? (edad, medicación, postoperatorios, etc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí -¿Cuáles? _____ <input type="checkbox"/> Otros	
<p>Por favor, marque las intervenciones que está realizando con este paciente</p> <p style="text-align: center;"><u>Guía de Intervención</u></p> <p>Intervenciones universales > Todos los pacientes</p> <p>Intervenciones Nivel 1 > Pacientes han puntuado positivamente en una pregunta</p> <p>Intervenciones Nivel 2 > Pacientes que han puntuado positivamente en al menos 2 preguntas</p>	<p>UNIVERSAL</p> <input type="checkbox"/> Orientación del timbre <input type="checkbox"/> Entorno –sin derrames, vías limpias <input type="checkbox"/> Objetos personales a mano <input type="checkbox"/> Iluminación adecuada <input type="checkbox"/> Cama en posición más baja/frenada	<input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Luces nocturnas <input type="checkbox"/> Salida de cama segura <input type="checkbox"/> Dcha. <input type="checkbox"/> Izqda. <input type="checkbox"/> Barras laterales bajadas <input type="checkbox"/> Calzado antideslizante
	<p>NIVEL 1</p> <p><u>Obligatorio</u></p> <input type="checkbox"/> Intervenciones universales <input type="checkbox"/> Pulsera amarilla <input type="checkbox"/> Educación al paciente	<p><u>A considerar</u></p> <input type="checkbox"/> Alarmas en la cama <input type="checkbox"/> Alarmas personal/silla <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Consulta farmacia por medicamentos
	<p>NIVEL 2</p> <p><u>Obligatorio</u></p> <input type="checkbox"/> Intervenciones universales y de Nivel 1 <input type="checkbox"/> Alarmas en la cama	<p><u>A considerar</u></p> <input type="checkbox"/> Colocación del paciente en la unidad <input type="checkbox"/> Alarmas en sillón <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Cuidador continuo <input type="checkbox"/> Protectores de cadera

TABLA 2: ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement). *Health Care Protocol: Prevention of Falls* (Acute Care). Bloomington, MN: ICSI; April 2010

RECOMENDACIONES PARA LAS INSTALACIONES SANITARIAS:

El ICSI recomienda seguir estas consideraciones a la hora de desarrollar e implementar un programa de prevención de caídas

1. Apoyo organizacional para el programa
2. Establecimiento de un proceso para evaluar los pacientes hospitalizados según el riesgo de caída
3. Evaluación de riesgo
 - Test de función cognitiva en pacientes con demencia o delirium
 - Alteración de la marcha y de la movilidad
 - Efectos secundarios de los medicamentos
 - Entorno seguro
4. Comunicación de factores de riesgo
 - Utilizar instrumentos de comunicación visuales
 - Comunicación con pacientes y familiares
 - Comunicación con el equipo de trabajo
5. Realización de las intervenciones en los pacientes con riesgo
 - Establecimiento de intervenciones universales de prevención de caídas para todos los pacientes
 - Precauciones estrictas para pacientes con riesgo
 - Implementar intervenciones de movilidad reducida
 - Realizar turnos de vigilancia
6. Seguimiento continuo y revaloración

Los componentes de estos programas preventivos deben determinarse basándose en los procedimientos desarrollados desde la evidencia, y estos procedimientos deben ser distribuidos a todo el personal ⁽²⁵⁾. Una de las claves de estos programas preventivos es la identificación de los pacientes en riesgo de caer y llevar a cabo las intervenciones o actividades óptimas para cada paciente, de forma individualizada ^(24, 25). La forma más eficaz para llevar a cabo esto según un estudio realizado por Fitzpatrick et al. son las reuniones del personal cada 2-3 días, discutiendo quienes son los pacientes en riesgo mediante 3 preguntas sencillas: ¿Quiénes son los pacientes que más nos preocupan? ¿Por qué están en riesgo de caer? ¿Cuál es el plan de seguridad para cada uno? ⁽⁵⁾ El objetivo de la evaluación multidimensional del riesgo de caídas es identificar los factores de riesgo de futuras caídas y aplicar intervenciones adecuadas.

Esta evaluación puede ser integral, dirigida a sujetos de alto riesgo (p.ej. personas con caídas recientes o con varios factores de riesgo), o específica, más apropiada para sujetos con riesgo medio (p.ej. personas de edad avanzada) ⁽¹¹⁾. Todos estos programas deben ser evaluados de forma periódica, identificando las tendencias de caídas y lesiones, y determinando si existe alguna unidad que requiera mayor educación o asistencia para llevar a cabo estos procedimientos. Los programas de reducción de caídas deben convertirse en parte integral de las organizaciones. Un reciente metaanálisis ⁽¹⁴⁾ sobre estudios de intervenciones de prevención de caídas ha concluido que existe una escasa investigación que evalúe

adecuadamente las recomendaciones de programas de prevención de caídas, falta de reproducibilidad de las intervenciones planteadas en las diferentes investigaciones, y falta de evidencia de los costes de efectividad de dichas intervenciones. Para diseñar un programa de prevención, los precedentes cruciales y los factores de riesgo de las caídas y de las lesiones de estas deben ser identificadas primero.

Un programa de prevención de caídas efectivo debe realizarse desde una perspectiva multifactorial que incorpore componentes de comportamiento y entorno. Los ejercicios para mejorar el equilibrio del paciente o la educación de pacientes y familiares son importantes ⁽²³⁾. La revisión de medicamentos y las intervenciones especialmente dirigidas a los pacientes de riesgo, tales como el uso de un casco en pacientes hematológicos con niveles de plaquetas y hemoglobina bajos o la ayuda en el aseo a los pacientes con problemas de eliminación también pueden ser de gran utilidad ⁽⁵⁾. Los pacientes de riesgo deben ser identificados en el ingreso ⁽²²⁾, en este grupo se encuentran aquellos pacientes que sufran agitación, delirium, hipotensión ortostática, movilidad o visión reducida, mareos, debilidad física o una historia reciente o previa de caída. Existen hospitales americanos que tienen una plantilla de valoración del riesgo de caídas que cumplimentan durante las primeras 24h del ingreso, clasificando así los pacientes que tienen “bajo riesgo” (aquellos que tienen una puntuación menor o igual a 9) y los que tienen “alto riesgo” (aquellos que tienen una puntuación mayor o igual a 10) ⁽⁷⁾. Algunos estudios han afirmado que entre el 16% y el 52% de los pacientes pueden experimentar más de una caída durante su hospitalización ⁽⁹⁾. Después de identificar que el paciente tiene riesgo elevado de caída, se pueden llevar a cabo una serie de intervenciones sencillas antes de elaborar el plan de enfermería, estas intervenciones pueden ser: documentación en la historia clínica y en la habitación del paciente, traslado de pacientes de alto riesgo a habitaciones próximas al control de enfermería para facilitar su observación, pulsera de identificación de riesgo de caída al paciente etc. ^(7, 11). También debemos tener en cuenta el nivel de energía de cada paciente, ya que la fatiga puede contribuir al aumento de riesgo de caída. Los pacientes inquietos o agitados tienen un alto riesgo de caída durante cierto tiempo del ingreso hospitalario, esto es así sencillamente porque se encuentran en nuevo entorno que desconocen, recibiendo medicación, y experimentando procedimientos médicos ⁽¹⁴⁾. Más de un 70% de los pacientes ingresados en UCI sufre algún grado de agitación durante su ingreso en la unidad ⁽¹⁸⁾, en muchas ocasiones esto ocurre también por retención urinaria, porque el tubo endotraqueal se encuentra mal posicionado o por el des confort del paciente con la posición de su cuerpo en la cama, todas ellas pueden ser evitadas disminuyendo así la agitación. Las caídas ocurren en pacientes de todas las edades y de ambos sexos, indistintamente de la función motora o cognitiva ⁽⁵⁾. La alteración del estado cognitivo es uno de los factores más comúnmente identificados en pacientes que sufren caídas durante su estancia en el hospital, esta alteración ha sido definida como confusión o desorientación, aunque la memoria limitada o la incomprensión también aumentan el riesgo ⁽⁹⁾. A pesar de que se hayan descrito una serie de factores de riesgo “universales”, cada institución puede tener grupos de población con riesgos propios. Factores como el personal nuevo, la gravedad del paciente, y los índices de ocupación del servicio, pueden tener un impacto sobre el número de caídas del paciente, pero no están incluidos en ningún instrumento de evaluación.

Un estudio ⁽¹⁰⁾ realizado en 8 unidades de un hospital general demostró que la educación sobre los factores de riesgo realizada sobre el grupo experimental era efectiva en la reducción de caídas respecto al grupo control. En ese grupo se encontraban aquellos con antecedentes de caídas, los que habían sufrido caídas anteriormente y los ingresados en el hospital después de una “casi-caída”. Las intervenciones eran de carácter multidisciplinar como calzado de seguridad, regulación de la altura de la cama y revisión de la medicación. Se observó una reducción estadísticamente significativa en el número de caídas del grupo de intervención mientras que no fue así en el control, aunque la incidencia de las lesiones no fue significativa.

Explicar a los pacientes y familiares porqué están en riesgo de caída y como pueden beneficiarse siguiendo y colaborando en las intervenciones de seguridad también puede ser de gran ayuda, haciéndoles ver que las caídas pueden ocurrirle a cualquiera en cualquier momento y que ellos tienen mayor riesgo. La familia es una importante parte de la estrategia ⁽⁵⁾. Se encontró evidencia sólida en un estudio de 226 seleccionados donde el grupo de intervención recibió un programa educativo que el grupo control no recibió ⁽¹⁰⁾. El programa educativo se centraba en las caídas en el entorno subagudo e incluía sesiones individuales entre paciente y una terapeuta ocupacional. Se observó una reducción significativa en la incidencia de caídas en el grupo de intervención frente al grupo control aunque los resultados no fueron significativos para las personas sin deterioro cognitivo.

Las caídas de los pacientes críticos ingresados en UCI deberían evitarse desarrollando ciertas estrategias rutinarias utilizadas fuera de este ámbito, tales como: prevención de desplazamientos, promover la estabilidad, eliminación de peligros deslizantes, asegurarse rutinariamente de que el paciente está orientado con el entorno y de que el timbre está a su alcance, mantenimiento de las camas en la posición más baja y frenadas, proporcionar una adecuada iluminación, y proporcionar calzado antideslizante y ayuda técnica al levantar a los pacientes de la cama ⁽⁹⁾. El tiempo de respuesta prolongado de la llamada al timbre del paciente o de la familia es solo una de las causas potenciales de caídas, por un lado porque si el tiempo de respuesta es mayor atendemos sus necesidades más tarde, y por otro porque al no recibir respuesta el paciente puede empezar a sentirse agitado ⁽¹⁴⁾. Los turnos horarios de las enfermeras pueden ser particularmente efectivos para prevenir caídas, ya que permiten al personal anticiparse y dirigirse a las necesidades de cada paciente ^(5, 7). Estos turnos consistirían en que cada hora una enfermera fuera pasando por toda la unidad para ver la situación de los pacientes, de este modo, disminuirían también las llamadas innecesarias al timbre, y el personal de enfermería podría anticiparse a muchas caídas ⁽¹⁴⁾.

Mantener las camas en la posición más baja reduce la distancia en la que el paciente caería desde la cama al suelo, además, permite que el paciente se siente en la cama con las rodillas flexionadas en 90° con los pies bien apoyados en el suelo, lo que favorece el equilibrio para aquellos pacientes que se levantan de la cama. En cambio, para mayor seguridad cuando el paciente esté de pie o para traslados (de una cama a otra etc.) es aconsejable mantener la cama más alta.

Existe una gran discusión sobre la posición de las barras laterales de la cama para la prevención de caídas. Algunos estudios dicen que lo ideal es que las barras estén bajadas ya que las barras subidas favorecen las caídas porque muchos pacientes intentan “saltar” por encima de ellas para salir fuera de la cama ⁽⁵⁾. Sin embargo, en la práctica se tiende a hacer todo lo contrario para evitar la caída del paciente manteniendo las barras subidas, pero todo ello debería ser estudiado dependiendo del tipo de paciente. Algunos estudios incluso recomiendan el uso de barandillas de media longitud para reducir la necesidad del paciente de saltar las barandillas para salir de la cama ⁽⁹⁾.

Las tubuladuras, drenajes y cables deben estar de forma segura para evitar tropiezos al levantar o encamar a los pacientes. Aunque las caídas pueden ocurrir sin preaviso (caídas fisiológicas imprevistas 8%), las posteriores caídas pueden ser evitadas si la etiología de las mismas es identificada.

Como este tema de estrategias de prevención de caídas en pacientes críticos es un tema con poca literatura publicada y poca investigación, valorar la efectividad de la monitorización de las tasas de caídas, la medición de la efectividad de las estrategias de prevención y compartir resultados es muy complicado.

La literatura describe claramente la movilidad como un factor de riesgo común y significativo ^(17, 19), pero este es un problema añadido ya que movilizar a pacientes críticos es en ocasiones parte de la terapia, y cuando está prescrito, los pacientes de UCI deben ser levantados de la cama para minimizar los efectos sistemáticos de la inmovilidad, como complicaciones neuromusculares etc. ⁽⁸⁾. Los enfermeros de estas unidades deben estar en alerta considerando estrategias para la eliminación de los factores de riesgo. Cuantos más son los factores de riesgo del paciente mayor es la probabilidad de caída. ^(4, 5, 7, 9, 11) El traslado del paciente de un lugar a otro, habitualmente implicando una cama o una silla, es la actividad más citada en el momento de la caída del paciente. El objetivo a conseguir es movilizar los pacientes con seguridad.

Una intervención multifactorial e interdisciplinaria podría disminuir el número de caídas hospitalarias de forma considerable ^(7, 15), se consideran intervenciones multifactoriales aquellas en las que se combinan varias estrategias preventivas de caídas dentro de un programa coordinado. Para ello es imprescindible que las organizaciones demuestren una cultura de seguridad, una colaboración interdisciplinaria, evidencia basada en la práctica, evaluación comparativa, y una mejora cualitativa. Los resultados de un metaanálisis reciente ⁽¹²⁾ indican que la estrategia más eficaz para la prevención de caídas es una evaluación multidimensional individualizada con intervenciones dirigidas a reducir los riesgos. Las intervenciones basadas en evaluaciones multidimensionales y en la reducción de riesgos lograban que el riesgo de caída disminuyera un 18% y reducían el número medio de caídas en un 43%. La formación dirigida a los miembros de plantilla, pacientes y familiares es imprescindible para aumentar la concienciación sobre el riesgo de caídas durante la hospitalización ⁽²³⁾. En este sentido un ensayo clínico aleatorio ⁽¹⁰⁾ mostró un beneficio significativo del uso de programas de intervención múltiple para la prevención de caídas, que incluía una tarjeta de alerta de riesgo, folleto informativo, programa de ejercicios, programa de educación y el uso de protectores de cadera donde se observó una reducción estadísticamente significativa tanto en el número de caídas como en las lesiones relacionadas con caídas, que fueron un 28% menores en el grupo intervención. El

uso de protectores de cadera y suplementos de vitamina D y calcio para aumentar la resistencia ósea y muscular son otras estrategias prometedoras dirigidas a la reducción de caídas y a las lesiones asociadas a ellas ⁽¹⁰⁾. En un metaanálisis basado en 5 ensayos aleatorizados controlados ⁽¹¹⁾ se indicaba que los suplementos de vitamina D pueden reducir el riesgo de caídas en pacientes ambulatorios por su efecto beneficioso directo en la función neuromuscular. Sin embargo, en estos estudios no se midieron los valores basales de vitamina D, por lo que no está claro si es beneficioso o no. A pesar del extendido uso de los protectores de cadera, tampoco se ha mostrado si su efecto es beneficioso o no.

En conclusión, el orden a seguir para la prevención de caídas sería el siguiente: identificación de los pacientes en riesgo, planificar y ejecutar intervenciones adecuadas y finalmente conseguir reducir el nivel de riesgo de caída del paciente.

Aplicación de nuevas tecnologías en la prevención de caídas

Las tecnologías también pueden ayudarnos a la prevención de caídas. Las alarmas instaladas en camas y sillas son otra de las herramientas de gran utilidad para salvaguardar la seguridad de los pacientes ⁽¹⁸⁾. Algunos hospitales americanos tienen camas con alarmas que indican que la cama no está frenada para alertar al personal, este tipo de alarmas incluso alertan a paciente, familia y personal cuando un paciente se está moviendo sin asistencia. También son útiles para avisar al personal cuando un paciente se está intentando levantar de la cama sin permiso. Suelen estar colocadas en almohadas de las sillas, sillas de ruedas, camas, o incluso algunas suelen estar sujetas al tobillo o alguna parte del cuerpo del paciente. Estas alarmas avisarían al personal cuando el paciente se está moviendo, o incluso si una barra lateral de la cama que debería estar subida se encuentra bajada. Sin embargo, este tipo de tecnología es cuestionada por su efectividad, ya que las caídas ocurren de forma muy rápida por lo que serían más útiles para la rapidez de actuación tras una caída que para la prevención de las mismas ⁽⁵⁾.

Existen un tipo de “camas inteligentes” disponibles para unidades médico-quirúrgicas y UCI, las cuales ofertan una gama de características para la prevención de caídas. Estas camas están comunicadas con el control de enfermería donde se reciben los siguientes datos: peso del paciente, situación de los frenos, posición de las barras laterales de seguridad y posición de la cabecera de la cama. También poseen la habilidad de modificar e informar sobre el estado de la superficie de la cama, lo que ayudaría en gran medida al personal de enfermería para posicionar a los pacientes. Todos estos datos que se reciben en el control pueden ser modificados desde allí, por lo que si una barra se encuentra bajada cuando debería estar subida podría subirse desde el control, lo que permite ganar tiempo al personal ⁽⁵⁾. Para este tipo de tecnologías los hospitales deberían realizar estudios de coste-beneficio.

Las camas de cuidados intensivos posibilitan movilizar al paciente en una variedad de posiciones, desde el supino hasta al high-flower, incluso permiten colocarlos en la posición de sentados sin ser levantados para aquellos pacientes con patología cardíaca. Algunas camas incluso ayudan al paciente a levantarse, colocando al paciente en una posición de ayuda. Con este tipo de mecanismos existe menos posibilidad de que los pacientes caigan ya que facilitan el apoyo de

pacientes para levantarse o pueden modificar su postura sin ser levantados de la cama ⁽²⁶⁾.

Evaluación de la Contención Mecánica como método preventivo de caídas en UCI

La contención mecánica (CM) o restricción física es un procedimiento utilizado para restringir la movilidad de un paciente usando dispositivos adecuados con el fin de evitar daños al propio enfermo, a terceras personas y/o al entorno cuando hayan fracasado otras medidas alternativas como la contención verbal y la farmacológica. Las instituciones sanitarias deben esforzarse para crear el entorno menos restrictivo pero más seguro para sus pacientes, teniendo en cuenta la dignidad y el confort de los mismos ⁽¹⁸⁾. Por sus implicaciones éticas y legales, la CM debe estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso terapéutico, se debe evitar la rutina de la utilización de estos dispositivos y valorar que el riesgo de que el paciente sufra un EA sea mayor que el riesgo físico, psicológico y ético del uso de terapias restrictivas ^(18, 19, 24). En las UCI el riesgo de que se produzcan EA es mayor debido a la gravedad y vulnerabilidad del enfermo crítico, los avances científicos y tecnológicos etc. provocando un riesgo para los enfermos, un coste económico adicional, daño al personal y a las instituciones, y pudiendo erosionar la confianza de los pacientes en los sistemas sanitarios. Por todo ello, las UCI deben actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente, introduciendo nuevas medidas y con protocolos actualizados. De acuerdo a las recomendaciones de la SEMICYUC sobre la seguridad en la UCI ⁽¹⁾, se recomienda reducir al mínimo las medidas de limitación de la movilidad evitando que se utilicen de forma rutinaria, ya que en España existen protocolos sobre CM únicamente dirigidos a paciente psiquiátricos y geriátricos, sin figurar referencias al paciente crítico. Según las directrices del uso de estas medidas publicadas por el American College of Critical Care Medicine (ACCM) ⁽⁶⁾ las órdenes de restricción deberían tener una duración limitada de 24h debiendo ordenar por escrito aquellos que precisen continuar, y aquellos que sigan con la terapia deberían ser evaluados para minimizar la terapia cada 8h. Los pacientes deben ser evaluados de forma rutinaria para considerar alternativas a la CM ⁽¹⁸⁾, los analgésicos, sedantes y neurolépticos utilizados para el tratamiento del dolor o ansiedad deben ser utilizados como fármacos para reducir la necesidad de terapias de restricción, pero también debe evitarse el uso rutinario de estos como restricción química ⁽¹⁸⁾. El paciente que reciba agentes de bloqueo neuromuscular debe tener adecuada sedación y analgesia, los agentes bloqueantes neuromusculares no deben utilizarse como agentes de restricción, salvo que esté indicado; en tal caso se deben implantar sistemas de evaluación (BIS, entropía...) ^(6, 18). Estos deben ser principalmente utilizados para pacientes con una severa disfunción respiratoria etc. pero cuando su uso está dirigido a prevenir movimientos será considerado restricción química.

En un estudio realizado en 2012 ⁽⁶⁾, véase figura 4, se demostró que el motivo principal de CM fue evitar la interrupción de procesos terapéuticos (80%), como son la retirada de catéteres, drenajes, sondas etc. Se encuentra en segundo lugar el riesgo de caídas (29.4%), lo que demuestra que no se utilizó como última medida para garantizar la seguridad de los pacientes, desestimándose en muchos casos la contención farmacológica; sucede igual en EE.UU. y Australia, todo lo

contrario en Inglaterra y Noruega, donde utilizan la restricción física en casos excepcionales. Como alternativas previas a la CM, la contención verbal fue aplicada en el 100% de los casos y la contención farmacológica en un 48.2%.

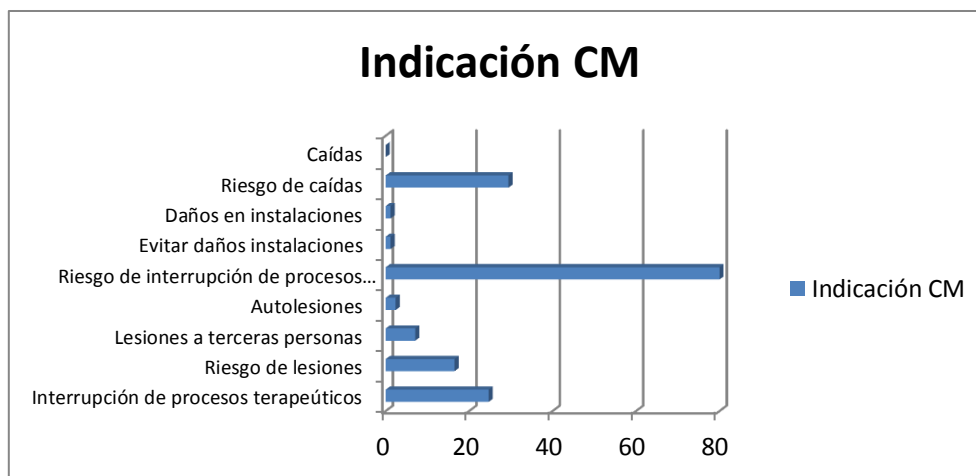


Figura 4: Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2012.

El tipo de contención aplicada fue en su mayoría en brazos (80%) como muestra la figura 5; la terapia restrictiva debe ser lo más mínimamente invasivo posible para asegurar el confort, la dignidad, y la seguridad del paciente ⁽¹⁸⁾. Existe un estudio bicultural que realiza una comparación del uso de CM en unidades intensivas de EE.UU. y Noruega ⁽¹⁹⁾, donde se demuestra que el uso de estas terapias es muy utilizado en Norteamérica para evitar la interrupción y procesos terapéuticos y las caídas, y que sin embargo en Noruega estas terapias están muy limitadas. Este estudio recalca que aunque las terapias restrictivas son utilizadas entre el 13% y el 50% de los pacientes de UCI en EE.UU. su efectividad reduciendo caídas o evitando interrupciones de procesos terapéuticos nunca ha sido registrada. Las medidas físicas son en muchas ocasiones inefectivas previniendo lesiones, ya que la proporción de caídas de pacientes y de extubaciones accidentales ocurren significativamente a pesar de estas medidas ⁽²⁰⁾.



Figura 5: Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2012.

Los pacientes y familiares también deben recibir educación sobre las terapias restrictivas ⁽¹⁸⁾. Existen diferencias entre la percepción de médicos y enfermeras sobre la necesidad de aplicar terapias restrictivas, los profesionales de enfermería

siguen siendo el principal personal que inicia la decisión o la discusión del uso de terapias restrictivas, y un estudio concluyó que el estado clínico del paciente tiene menos influencia en la probabilidad de que los médicos ordenen terapias restrictivas que la relación de trabajo con las enfermeras o el comportamiento del paciente ⁽²⁰⁾.

En estudios descriptivos, se han descrito caídas que implican sillas y sillas de ruedas. Las intervenciones utilizadas para limitar este riesgo incluyen el uso de correas o cinturones de seguridad en sillas y sillas de ruedas, y el uso de una malla de látex en las sillas para prevenir deslizamientos ⁽⁹⁾.

Hasta hace poco, las limitaciones físicas eran los recursos más utilizados para la prevención de caídas, como son los chalecos blandos o las barandillas. Durante la última década se ha producido una reducción notable de este tipo de limitaciones ya que la investigación ha demostrado que los EA de estas superan cualquier efecto beneficioso potencial en cuanto a prevención de caídas. Específicamente, hay datos que indican que las limitaciones físicas realmente pueden contribuir a las caídas, las lesiones y la muerte ⁽¹¹⁾. En estos sujetos se deben sopesar cuidadosamente los riesgos de caída frente a los riesgos no despreciables que conlleva la limitación de la actividad.

En conclusión, la contención farmacológica es poco y mal usada como alternativa previa a la CM, existe falta de información de los profesionales y de concienciación de las repercusiones éticas y legales, y una gran falta de evidencia de la efectividad de terapias no restrictivas en UCI. Es preciso elaborar un registro específico de CM para el paciente crítico.

Tras una caída

El registro de caídas es de gran utilidad para realizar programas preventivos, ya que con estos datos podemos obtener la incidencia de caídas, descripción del tipo de caídas y su severidad, población más afectada y las lesiones más comunes. Como método de estandarización del sistema sanitario, se debe cumplimentar la documentación después de todas las caídas. Un estudio realizó esta tarea administrativa de forma rigurosa en una plantilla donde anotaban la información del paciente después de la caída ⁽⁷⁾, véase tabla 3.

TABLA 3: The Journal of Nursing Administration. *Fall Initiatives, Redesigning Best Practice 2010*

<p>Evalúe las circunstancias de la caída e identifique la raíz del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la última caída documentada (día/hora) • Factores extrínsecos (entorno) • Condición médica del paciente o medicación relacionada • Incumplimiento del paciente • Falta de medidas de prevención de lesiones • Factores de riesgo de lesiones por caídas • Discapacidad cognitiva • Otros <p>Recomendaciones/acciones correctivas</p>

En dicha plantilla se anotaba el enfermero o personal responsable en el momento de la caída, la unidad, el día y la hora de la caída; también se discutían las circunstancias de la caída y se trataba de identificar la raíz de la causa. Esta plantilla incluía la opción de anotar recomendaciones y acciones correctivas.

Existen cuatro categorías de adultos que están en riesgo de sufrir serias lesiones después de una caída: aquellos adultos mayores de 85 años, aquellos diagnosticados o en riesgo de osteoporosis, los que se encuentran en tratamiento con anticoagulantes y los pacientes postquirúrgicos ⁽⁵⁾.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS-A DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)

Situación actual

La UCI del pabellón “A” del complejo hospitalario de Navarra es una UCI polivalente de 18 camas ampliables hasta 20 distribuidas linealmente en dos salas distintas (conocidas como ala grande y ala pequeña). Durante el año 2011 hubo 492 estancias hospitalarias, la estancia media por paciente fue de 7.39 días, y el índice de ocupación del 76.26%. El índice de mortalidad fue del 16.5%, lo que demuestra la gravedad de los pacientes de esta unidad.

Las intervenciones de prevención de caídas llevadas a cabo en esta unidad son múltiples. La intervención universal llevada a cabo para todos los pacientes es mantener las barras de la cama subidas, el resto de las intervenciones van considerando las necesidades de cada paciente. Curiosamente, la medida universal llevada a cabo en esta unidad es justamente la contraria a la que cita la bibliografía, el mantenimiento de las barras de la cama bajadas. La literatura justifica este procedimiento en pacientes conscientes y orientados, ya que el mantenimiento de las barras subidas podría incitarlos a saltarlas para salir de la cama. Sin embargo, en esta UCI la mayoría de los pacientes se encuentra sedoanalgesiados, y son varios los turnos en los que se baja el nivel de sedación y analgesia para contactar con ellos. Este momento es bastante decisivo para la valoración de enfermería y los pacientes suelen estar desorientados y agitados, es por este tipo de razones por las que se mantienen las barras subidas de manera justificada.

Por las características de la unidad, los pacientes del “ala pequeña” se encuentran generalmente inconscientes y por tanto no son levantados de la cama. A estos se les realizan sus cambios posturales correspondientes, lo que también se consideraría como factor de riesgo de caídas por la movilidad que conlleva el ejercicio. Las medidas farmacológicas utilizadas para el dolor en este tipo de pacientes son también utilizadas como método preventivo de caídas, como es en el caso de la sedación, cuya acción principal es disminuir el nivel de conciencia y a su vez es beneficioso para disminuir las terapias restrictivas para evitar las caídas. La limitación física más utilizada es la CM en manos, aunque este procedimiento es más utilizado para evitar la interrupción de procesos terapéuticos como es la auto retirada del tubo orotraqueal, también es utilizada como método preventivo de caídas, lo que demuestra que no siempre se anteponen todas las medidas preventivas antes de las limitaciones físicas.

Es mayoritariamente en el ala grande donde se encuentran los pacientes que se levantan al sillón y que por tanto presentan mayor riesgo de caída, donde se les facilita la ayuda técnica al levantarlos y se tiene en cuenta todos los factores externos (drenajes, suelos resbaladizos etc.) que pudieran facilitar el tropiezo. En aquellos pacientes que precisan levantarlos al sillón pero que muestran un deterioro cognitivo se lleva a cabo una vigilancia intensiva, programando generalmente dicha actividad con la entrada de la visita de la familia para así aumentar el número de cuidadores en el momento de mayor riesgo.

En pacientes especialmente agitados, bien por su estado emocional o por su estado cognitivo, también se emplea una vigilancia intensiva, es en este tipo de

paciente donde es más frecuente la utilización de CM y la regulación de la cama a la posición más baja. En pacientes excesivamente agitados por su deterioro cognitivo severo también se puede valorar la necesidad de incrementar el número de restricciones físicas por el gran riesgo de caída que presentan.

Propuesta de mejora

Como ya se ha citado en el marco conceptual la literatura publicada clasifica las caídas en 3 grupos ^(4, 17), las caídas fisiológicas previstas, las caídas accidentales y las caídas fisiológicas no previstas. Las dos primeras son clasificadas como evitables y ocupan el 92% de todas las caídas, dato importante porque son eventos evitables que pueden provocar lesiones a los enfermos, además de influir negativamente en la calidad percibida. Los estudios indican que la utilización de protocolos relacionados con la seguridad del enfermo pueden disminuir su incidencia ⁽¹⁾. Las caídas fisiológicas previstas (78%) son aquellas relacionadas con los factores intrínsecos del paciente, y en el caso de las UCI, los factores intrínsecos más asociados a las caídas son la desorientación y la alteración del estado cognitivo del paciente. Las caídas accidentales (14%) en cambio, son aquellas relacionadas con los factores extrínsecos del entorno, que en el caso de las UCI, están menos relacionados con los suelos resbaladizos y la iluminación de la unidad y más relacionados con la maquinaria, el cableado, y el equipamiento de la unidad. Conociendo cuales son los principales factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con las caídas en UCI, disponemos de los principales factores de riesgo diana relacionados con el riesgo de caída. Las caídas fisiológicas no previstas (8%) son consideradas inevitables la primera vez que ocurren ya que ocurren con eventos fisiológicos inesperados, sin embargo, las posteriores también pueden ser evitadas una vez que conozcamos la etiología de la primera. Véase tabla 4 donde se especifican de manera sintética las caídas relacionadas con estos factores con una serie de intervenciones que se desarrollan más adelante.

TABLA 4

Etiología	Tipo de caída	Propuesta de intervenciones
F. Intrínsecos	Fisiológica prevista (78%)	Evaluar el nivel de consciencia y orientación Control de niveles de sedación y analgesia Orientación temporo-espacial
F. Extrínsecos	Accidental (14%)	Adecuada iluminación Calzado antideslizante Eliminación de peligros deslizantes Objetos personales a mano

La inmensa mayoría de la bibliografía publicada también está de acuerdo en que los pacientes con caídas previas tienen mayor posibilidad de caer de nuevo ^(5, 17). Está demostrado que este es uno de los factores de riesgo más repetidos en las

historias de caídas y estudios indican que su tasa de caída es estadísticamente mayor en aquellos con antecedentes de caídas, por lo que también es un factor a tener en cuenta en el paciente crítico.

La movilidad también viene enunciada como un factor de riesgo importante de caídas en la literatura publicada ^(17, 19), este es un tema de cierta controversia ya que en muchos casos es parte del plan de cuidados intensivos a seguir y se deben valorar exhaustivamente los beneficios y los riesgos que esta conlleva. Por otro lado, hay que tener en cuenta que en las UCI es frecuente el traslado de pacientes tanto dentro de la unidad como fuera de ella, para la realización de pruebas diagnósticas etc; y los traslados son la actividad más citada en las caídas accidentales ⁽⁸⁾, por lo que es un factor añadido en este tipo de unidades especiales. El objetivo a seguir es la movilización completamente segura del paciente.

Existe muy poca bibliografía que cite específicamente la prevención de caídas en el paciente crítico, ya que este tema ha sido estudiado pero en pacientes geriátricos; y los estudios realizados están en su mayoría basados en opiniones de expertos o profesionales de reconocido prestigio. Un estudio citado en el marco conceptual ⁽⁷⁾ diseñó una herramienta de valoración mediante la opinión de expertos que resultó ser lo suficientemente específica como para identificar a los pacientes con riesgo de caída. Esta herramienta consta de 3 preguntas y una serie de intervenciones a seguir divididas en 3 niveles dependiendo de la respuesta a dichas preguntas, por lo que mi propuesta de mejora es la siguiente: la adaptación de este tipo de herramienta en los pacientes críticos de UCI.

Teniendo en cuenta que el 92% de las caídas son las caídas fisiológicas y las accidentales, y que estas están relacionadas con los factores intrínsecos y extrínsecos ⁽⁴⁾, y conociendo además cuales son los principales factores relacionados con las caídas en UCI, solo nos queda formular las preguntas. Como bien se ha dicho antes, los factores intrínsecos más relacionados con las caídas en UCI son la desorientación y la alteración del estado cognitivo ⁽¹⁷⁾, por tanto formulando esta pregunta cubriríamos las caídas fisiológicas previstas ya que estas están asociadas a factores intrínsecos. La pregunta que propongo para este apartado sería la siguiente: ¿Se encuentra el paciente inconsciente y/o desorientado? En segundo lugar también se debería realizar alguna pregunta relacionada con las caídas accidentales al tratarse del segundo tipo de caídas más frecuente. Estas caídas ocurren por una serie de factores del entorno, que según un estudio publicado en 2009 ⁽¹⁷⁾, en la UCI principalmente son la maquinaria, el cableado y el equipamiento. Por tanto, la propuesta para esta pregunta es la siguiente: ¿Está este paciente conectado a alguna máquina o sistema mediante tubuladuras o posee algún tipo de drenaje u objeto que pudiera facilitar el tropiezo? En tercer lugar también sería conveniente abordar el tema de la movilidad en una de las preguntas ya que la bibliografía la define como un claro factor de riesgo en las caídas y por los numerosos traslados que se llevan a cabo en estas unidades ^(8, 17, 19). Por tanto sugiero la siguiente pregunta: ¿Se levanta este paciente de la cama al sillón y/o tiene pendiente algún traslado fuera de la unidad en las próximas 24h? Y por último, las caídas previas son definidas como uno de los factores de riesgo más comúnmente encontrado en personas que han sufrido caídas ^(5, 17), por lo que creo que es una pregunta imprescindible: ¿Presenta caídas previas y/o tiene antecedentes de caídas este paciente? Las

preguntas son formuladas de manera en la que todas las respuestas positivas a las mismas puntúen y nos dirijan a una serie de intervenciones.

Este tipo de herramienta también indica las intervenciones a seguir en base a las respuestas obtenidas de dichas preguntas ⁽⁷⁾. Según un Best Practice actualizado en 2007 las intervenciones de prevención de caídas en UCI, deben ser las mismas que se llevan a cabo en plantas hospitalarias adaptándolas a este tipo de unidades especiales ⁽⁹⁾. Estas intervenciones deberían ir en relación con los mayores factores de riesgo de caída en los pacientes críticos que hemos citado anteriormente, por tanto las intervenciones a seguir que propongo para cada apartado serían las siguientes. En relación a los factores intrínsecos (desorientación...) la intervención principal a seguir sería asegurarse de que el paciente se encuentra orientado; en el caso de que así sea anotaríamos este dato en la plantilla de evaluación y si el paciente se encontrara sedoanalgesiado convendría anotar los fármacos del tratamiento y su respuesta cuando se intenta conectar con él. En el caso de los pacientes conscientes pero desorientados, deberíamos anotar las características importantes a juicio del personal de enfermería, que también decidiría las intervenciones a elegir. En cuanto a los factores extrínsecos, en muchos casos las intervenciones a llevar también son útiles para la movilización segura del paciente. Ocurre así por ejemplo en el caso de mantener una adecuada iluminación y calzado antideslizante, ya que por un lado esta intervención crea un entorno de seguridad a la hora de levantar al paciente y por otro aumenta la concienciación de la existencia de posibles factores extrínsecos en el entorno; ocurre lo mismo con la intervención de la eliminación de peligros deslizantes. Las intervenciones exclusivamente dirigidas a los factores extrínsecos (maquinaria, cableado...) son entre otras asegurarnos de que sus objetos personales están a su mano, el cuidado con los tubos, drenajes, y cables etc. La prevención de desplazamientos y la ayuda técnica al levantar al paciente son intervenciones principalmente dirigidas al área de la movilidad. Y por último, promover la estabilidad y mantener las camas en la posición más baja y frenadas son intervenciones muy citadas en la bibliografía ^(5, 7, 9), que serían muy apropiadas para aquellos pacientes con caídas previas aunque también cubrirían el apartado de la movilización segura. La educación al paciente y a la familia sería una intervención dirigida también a aquellos pacientes con antecedentes de caídas.

Aunque muchas de estas intervenciones vayan relacionadas con uno de los apartados citados anteriormente, son intervenciones que deberían aplicarse a todos los pacientes ingresados ya que todo paciente ingresado tiene riesgo de caer y así disminuiríamos el riesgo de caída en muchos de ellos. Por tanto, las intervenciones que propongo como “universales” son las siguientes: Adecuada iluminación, objetos personales a su alcance, promover la estabilidad, regulación de la altura de las camas a la posición más bajas, y mantenimiento de las camas frenadas.

Otras intervenciones como la identificación de pacientes de alto riesgo mediante un sistema de pulseras o anotaciones en las habitaciones, o el desplazamiento de pacientes de alto riesgo a camas que se encuentren cerca del control de enfermería para la cumplimentación de un cuidado continuo irían destinadas a aquellos pacientes de alto riesgo de caída, es decir, aquellos que hayan contestado positivamente a 2 o más preguntas de la plantilla. El mantenimiento de las barras subidas y la CM serían intervenciones que quedarían a juicio del

personal sanitario, recordando siempre que la CM debe ser siempre la última opción terapéutica ^(18, 19). Resumiendo todo lo anteriormente citado, la plantilla de adaptación para el paciente crítico que propongo es la que se encuentra en la tabla 5.

Este tipo de ejercicio de prevención de caídas debe ir siempre acompañado de seminarios informativos dirigidos al personal que vaya a manejar la herramienta, para la buena utilización y máxima eficacia del mismo. Asimismo, se debe recordar siempre que las caídas son un problema serio dentro de las instituciones sanitarias y crear una rutina de seguridad hacia el paciente.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA DEL PACIENTE CRÍTICO EN UCI Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Enfermera/o: _____ Tipo de evaluación: <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Cambios en el paciente		
F. Extr.	1. ¿Se encuentra el paciente inconsciente y/o desorientado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sedoanalgesiado: Fcos _____ <input type="checkbox"/> Desorientado: características _____	<input type="checkbox"/> Control de los niveles de sedación y analgesia <input type="checkbox"/> Orientación temporo-espacial
F. Intr.	2. ¿Está este paciente conectado a alguna máquina o sistema mediante tubuladuras o posee algún tipo de drenaje u objeto que pudiera facilitar el tropiezo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Conectado: (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Drenajes: (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Control de tubos, drenajes, y cables <input type="checkbox"/> Entorno seguro
Mov.	3. ¿Se levanta este paciente de la cama al sillón y/o tiene pendiente algún traslado fuera de la unidad en las próximas 24h? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se levanta: ¿Cuándo? _____h <input type="checkbox"/> Pruebas: _____h	<input type="checkbox"/> Prevención de desplazamientos <input type="checkbox"/> Calzado antideslizante <input type="checkbox"/> Eliminación de peligros deslizantes <input type="checkbox"/> Ayuda técnica al levantarlos
Caída. Prev.	4. ¿Presenta caídas previas y/o tiene antecedentes de caídas este paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí-últimos 6 meses sin riesgo <input type="checkbox"/> Si-en los últimos 6 meses con riesgo aumentado <input type="checkbox"/> Si-en el ingreso <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Educación al paciente y familia
INTERVENCIONES UNIVERSALES: <input type="checkbox"/> Adecuada iluminación <input type="checkbox"/> Objetos personales a su alcance <input type="checkbox"/> Promover la estabilidad <input type="checkbox"/> Regulación de la altura de las camas a la posición más bajas <input type="checkbox"/> Camas frenadas		PARA AQUELLOS PACIENTES QUE CONTESTEN POSITIVAMENTE A 2 O MÁS PREGUNTAS: <input type="checkbox"/> Tarjeta de alerta de riesgo <input type="checkbox"/> Movilización de pacientes cerca del control de enfermería <input type="checkbox"/> ¿BARRAS, CM?

BIBLIOGRAFÍA

- (1) León C, Cuñat J, Palencia E, [et al.] 2011 Indicadores de Calidad en el enfermo crítico *Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias* (SEMICYUC). ISBN: 978-84-615-3670-2
- (2) Herdman T.H, Heath C, Lunney M, [et al.] 2011. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación. *Elsevier*; ISBN: 978-84-9860-338-5.
- (3) Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, [et al.] 2006 Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. *Ministerio de Sanidad y Consumo*.
- (4) Santos M.A, Zapata AI, Ollobarren C [et al.] 2007 Prevención de caídas, estrategias de intervención *Rev. Rol Enf.* ISSN: 0210-5020. Vol. 30 (9) pp:54-58
- (5) Fitzpatrick MA, [et al.] 2011 Best Practices for Falls Reduction: A Practical Guide. *ANT*, Vol. 6 (2) pp: 1-20
- (6) Martín Inglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra M.T. [et al.] 2012 Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. ISSN: 1130-2399 Vol. 23 (4) pp: 164-170 <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.02.002>
- (7) Kolin MM, Minnier T, Hale KM [et al.] 2010 Fall Initiatives Redesigning Best Practice *J Nurs Adm.* Vol. 40 (9) pp: 384-391
- (8) Ciesla ND, Murdock KR. 2000 Lines, tubes, catheters and physiologic monitoring in the ICU. *Cardiopulm Phys Ther*; ISBN: 1-55642-534-1 Vol. 11 (1) pp: 16-25.
- (9) Best Practice Caídas en Hospitales 2007; *JBI* ISSN: 1329-1874 Vol. 2 (2) pp: 1-6
- (10) Fuentelsaz C, 2012 Best Practice Intervenciones para reducir la incidencia de caídas en personas mayores en unidades hospitalarias de cuidados agudos.; *JBI* Vol.14 (15) pp: 1-4
- (11) Rubenstein LZ, Josephson KR, 2005 Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* Vol. 40 (2) pp: 45-53
- (12) Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, [et al] 2004 Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *BMJ.* Vol. 328 (7441) pp:680.
- (13) Juliana Hart, Jack Chen, Ali H. Rashidee, [et al.] Epidemiology and Impact of Patients Falls in Healthcare Facilities. *Patients safety & Quality Healthcare* 2009
- (14) Tzeng HM, Yin CY.; 2009 Relationship between call light use and response time and inpatient falls in acute care settings. *J Clin Nurs*, Vol. 18 (23) pp: 3333-3341
- (15) Oliver D, Papaioannou A, Giangregorio L [et al]. 2008 A systematic review and meta-analysis of studies using the stratify tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? *Age Ageing* ; Vol. 37 (6) pp: 621-627
- (16) Vassallo M, Poynter L, Sharma JC, [et al.] 2008 Fall risk assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation Ward. *Age Ageing*; Vol. 37 (3) pp: 277-281

- (17) Flanders SA, Harrington L, Fowler RJ. 2009 Falls and Patient Mobility in Critical Care: keeping patients and staff safe. *AACN* Vol.20 (3), pp.267-276.
- (18) Maccioli GA, Dorman T, Brown BR [et al.] 2003 Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies- American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002 *Crit Care Med*; Vol 31 (11) pp:2655-2676
- (19) Beth Martin, Lars Mathisen, 2005 Use of Physical Restraints in Adult Critical Care: A Bicultural Study *Am J Crit Care* (AJCC), Vol. 14 (2) pp: 133-142
- (20) Mion LC, Sandhu SK, Khan RH [et al.] 2010 Effect of Situational and Clinical Variables on the Likelihood of Physicians Ordering Physical Restraints *J Am Geriatr Soc*. Vol. 58 (7) pp:1279-1288,
- (21) Thill L. 2008 The big picture: experts agree that patient safety is a broad concept, but one that must be addressed. *J Healthcare Contracting* <http://www.jhconline.com/article-marapr2008>.
- (22) Dirección Enfermera Hospital Universitario Ramón y Cajal. 2005. Protocolo General de caídas. Madrid.
- (23) Ablanedo JM, Díaz JM, Fernández MR [et al.] 2011. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería: Prevención de caídas de pacientes ingresados. *Dirección general de calidad e innovación en los servicios sanitarios; Consejería de salud y Servicios sanitarios*. ISBN: 978-84-694-6224-9
- (24) Álvarez n, Asensio B, Azkarate J [et al.] 2011 Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria. *Osakidetza* ISBN: 978-84-89342-98-9
- (25) Joint Commission Resources 2007 Good Practices in Preventing Patient Falls: A Collection of Case Studies *Joint Commission Resources* ISBN 13: 9781599400808 pp: 17-30
- (26) Griffiths H. 2006 Manual handling risk management: critical care beds and support systems *Nursing Standard* Vol 20 (32) pp:45-53.

ANEXOS

Anexo 1: Metodología enfermera

Para describir el proceso de cuidados a los pacientes con mayor riesgo de caer se propone la utilización de la metodología enfermera y el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Diagnóstico (NANDA)

Riesgo de caídas (00155): Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico

Factores de riesgo: Historia de caídas, uso de dispositivos de ayuda, disminución del estado mental, medicación, deterioro de la movilidad física, dificultades auditivas/visuales etc.

Criterio de Resultados (NOC)

Conocimiento: Prevención de caídas (1828): Grado de la comprensión transmitida sobre la prevención de caídas

Indicadores:

- 182801 Descripción del uso correcto de dispositivos de ayuda
- 182202 Descripción del uso y propósito de los mecanismos de seguridad
- 182803 Descripción del calzado adecuado
- 182808 Descripción de cuando pedir ayuda personal
- 182821 Descripción de cómo mantener las superficies del suelo seguras

Conducta de prevención de caídas (1909): Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal

Indicadores:

- 190903 Colocación de barreras para prevenir caídas
- 190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda
- 190913 Adaptación de la altura adecuada de la cama
- 190916 Agitación e inquietud controladas

Intervenciones (NIC)

Prevención de caídas (6490): Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas

Actividades:

- Colocar los objetos personales al alcance del paciente sin que tenga que realizar esfuerzos
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama
- Colocar la cama al nivel más bajo
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre...)
- Reorientas temporoespacialmente cuando sea necesario

Manejo ambiental: seguridad (6486): Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad

Actividades:

- Eliminar los factores de riesgo del ambiente
- Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas

Anexo 2: Escala STRATIFY

COMPLETE FALLS RISK INDICATOR (observational assessment - use 'yes'/no' answers and record dates when appropriate)					
1a. Did the patient fall prior to admission?					
<ul style="list-style-type: none"> Record date/s of previous known falls (last 6 months). Dates: Record date/s of previous falls related fractures. Dates: 					
Observational assessment:	Record assessment date:	date	date	date	date
1b. Has the patient fallen since last review? Note date of fall/s since last review.					
<i>Is the patient:</i>					
2. Agitated, restless or impulsive or very confused?					
3. Presenting with a history of faints, giddiness, seizures etc?					
4. Unsafe standing/ transferring without supervision or assistance?					
5. Unsafe walking without supervision or assistance?					
6. In need of frequent supervised or assisted toileting/ continence care?					
7. Communication and sensory issues that impact on safety?					
8. Is the patient at risk of falling out of bed? If yes, Falls risk indicator part 2 (use of bedrails record & decision aid) must be completed.		If yes complete part 2	If yes complete part 2	If yes complete part 2	If yes complete part 2
Number of yes responses: If the response is 'yes' to two or more of questions 1-8 the 'FALLS PREVENTION & INTERVENTION PATHWAY' must be completed		Two or more complete pathway	Two or more complete pathway	Two or more complete pathway	Two or more complete pathway
CHECK 'SIT TO STAND' ABILITY (observed assessment - tick one only)		date	date	date	date
Record assessment date:					
A. Ability to rise in a single movement, without loss of balance					
B. Needs to use hands to push up, but successful in one attempt to stand					
C. Multiple attempts to get up, but successful to stand without assistance					
D. Unable to get up/stand without assistance/support					
E. Cannot stand/weight bear / chair or bedridden					
Signature of assessor					

Anexo 3: Hoja recogida datos: contención mecánica

HOJA RECOGIDA DATOS: CONTENCIÓN MECÁNICA

SEXO: Hombre Mujer EDAD: _____
 MOTIVO DE INGRESO:
 DIAGNOSTICO NEMS: * PostQx Digestivo * PostQx Torácica ó Traumatología
 * Respiratorios * Médicos (intoxic, PCR, cetoacid....)
 * Neurológicos ó PostQx * PostQx Urología * Otras cirugías

PUNTUACIÓN NEMS:

FECHA INGRESO:

FECHA ALTA DE LA UNIDAD:

MOTIVO ALTA: * Por Mejoría * Traslado * Éxitus

FECHA INICIO DE CONTENCIÓN:

FECHA RETIRADA:

TURNO INICIO: Mañana Tarde Noche
 TURNO RETIRADA: Mañana Tarde Noche

DECISIÓN DE LA CONTENCIÓN: Enfermera Médico ORDEN ESCRITA DE LA CONTENCIÓN: SI NO ¿SE HA TRATADO COMO UNA MEDIDA URGENTE? SI NO NS/NC

MEDIDAS ALTERNATIVAS:

▪ Contención Verbal SI NO ▪ Contención Farmacológica SI NO ✧ Medicación Oral: SI NO Tipo: _____✧ Medicación Parenteral: SI NO Tipo: _____¿SE INFORMÓ A LA FAMILIA? SI NO NS/NC ¿QUIÉN INFORMÓ? _____¿SE REGISTRÓ EL PROCEDIMIENTO? SI NO ¿DÓNDE QUEDÓ REGISTRADO? Notas de Enfermería Gráficas Tratamiento Médico Otros: _____

TIPO DE CONTENCIÓN:

- Brazo/Pierna
- Brazos
- Piernas
- Tórax

TIPO DE CONTENCIÓN2:

- Brazo/Pierna
- Brazos
- Piernas
- Tórax

DISPOSITIVO UTILIZADO: Vendas y Muñequeras Homologado

INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN:

- Caídas
- Riesgo de Caídas
- Se han producido daños en las instalaciones
- Evitar daños en las instalaciones
- Interrupción de procesos terapéuticos (TOT, SNG, vías.....)
- Riesgo de interrupción procesos terapéuticos
- Autolesiones
- Riesgo de lesiones (tanto al paciente como a terceras personas)
- Lesiones a terceras personas
- Otros _____

SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE:

* Agitación Psicomotriz * Violento/Agresivo * Confuso/Desorientado

* Otros: (Referencias al destete). _____

Anexo 4: Escala de caídas Morse

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE		
CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	No	0
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VÍA VENOSA	No	0
	Si	20
DEAMBULACIÓN	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15

Clasificación según nivel de riesgo

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ESCALA MORSE	ACCIÓN
Sin riesgo	0 - 24	Cuidados básicos de enfermería
Riesgo Bajo	25 - 50	Implementar plan de prevención de caídas estándar
Riesgo Alto	≥ 51	Implementar medidas especiales

Anexo 5: Escala Heindrich II

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS HEINDRICH II Alto riesgo: Mayor a 5 puntos	
Confusión, Desorientación, Impulsividad	4
Depresión sintomática	2
Alteración en la evacuación/diuresis	1
Mareos, Vértigo	1
Género masculino	1
Administración de cualquier antiepiléptico	2
Administración de cualquier benzodiazepina	1
EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN Y MARCHA	
Capacidad para levantarse en un solo movimiento. No pierde el balance cuando camina	0
Necesita empujarse así mismo, siendo exitoso en un intento	1
Múltiples intentos por incorporarse, culminando con éxito	3
No puede levantarse sin asistencia durante la prueba o tiene indicación de reposo absoluto	4

Puntaje Total:

Anexo 6: Escala Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1