

SEGURIDAD DEL PACIENTE. PROTOCOLO DE
PREVENCIÓN DE CAÍDAS. CHRU CARLOS HAYA.
MÁLAGA. 2011

M^a Carmen Cobo Montes.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

DEFINICIÓN.

Cualquier paciente ingresado es susceptible de sufrir una caída, por diferentes causas, ya sean personales o ambientales (factores intrínsecos y extrínsecos), con diferentes consecuencias, de diversa índole y gravedad, con repercusiones inmediatas y/o tardías. Son responsables en general del 70% de todas las muertes por accidente en mayores de 75 años. Un tercio de todas las personas mayores de 65 años y la mitad de los mayores de 80 sufren una caída al año. Al menos el 84% de todos los eventos adversos que suceden teniendo como protagonista al paciente hospitalizado hacen referencia a una caída. Las caídas en el ámbito intra o extra hospitalario traen como consecuencia en un 5% de los casos discapacidad temporal o permanente del individuo, complicaciones en el pronóstico de su problema de salud y necesidad de nuevos cuidados y tratamientos de tipo médico o quirúrgico. Un 5% de todas las caídas tienen por tanto consecuencias graves para el paciente. La incidencia de caídas se considera un indicador indirecto de la calidad de los cuidados enfermeros y su prevención una necesidad cada vez más valorada en lo que respecta a la calidad del servicio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caída como:

“La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo contra su voluntad”

OMS, 2004.

El documento “Estrategia para la seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA)” define la caída como un:

“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 pié, sentado o estirado”.

SSPA, 2009.

OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Disminuir la incidencia de caídas y sus secuelas en la población hospitalizada de alto riesgo.

1. Objetivos Específicos:

- Identificar y valorar a la población con alto riesgo de caídas con escalas estandarizadas (escala de Downton).
- Garantizar la transferencia de información entre profesionales acerca de los pacientes en riesgo de caída estableciendo un registro de notificación que permita reconocer incidencias, causas y estrategias de mejora.
- Establecer intervenciones efectivas para la prevención, detección, actuación y evaluación del riesgo de caídas, identificando factores tanto intrínsecos como extrínsecos.
- Definir indicadores que muestren la prevalencia de caídas, los riesgos asociados y la eficacia de las intervenciones junto con el nivel de implantación de las medidas.
- Establecer estrategias de sensibilización a profesionales, pacientes y cuidadores.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS Y PLAN DE CUIDADOS ASOCIADOS.

Todo paciente ingresado tiene un riesgo de caídas asociado a factores intrínsecos o propios de su persona junto a sus circunstancias puntuales y a factores extrínsecos, relacionados estos con el entorno en el que habita.

La valoración objetiva del riesgo individual de caídas es un elemento indispensable para el adecuado tratamiento del problema, que debe incluir tanto una atención individualizada a los factores de riesgo propios de cada paciente, que llamaremos intrínsecos y a aquellos otros factores no menos importantes aunque más olvidados que afectan por igual a todos, los factores extrínsecos, debidos estos al entorno en donde se desenvuelven pacientes, profesionales, cuidadores y acompañantes y por último, a las medidas generales informativas y educativas que deben adoptarse para aumentar la seguridad de todo ingresado y reducir al máximo el riesgo de accidentes.

La valoración del riesgo de caídas nos permite actuar sobre su incidencia y disminuir de forma eficaz la prevalencia. Hace posible que podamos identificar a la población de mayor riesgo y poner en práctica de forma más eficaz y eficiente las medidas encaminadas a la prevención de estos eventos adversos. Permite establecer un criterio unificado de información accesible por medios electrónicos a cualquier profesional que lo necesite, en cualquier momento y circunstancia. Facilita el uso y la coherencia de las estrategias generales de información y sensibilización dirigidas tanto

a los propios pacientes, cuando sea posible, como a los profesionales, cuidadores habituales y visitantes.

FACTORES DE RIESGO.

1. Factores extrínsecos a la persona:

1.1. Riesgos ambientales generales:

- Iluminación inadecuada.
- Suelos resbaladizos.
- Superficies irregulares.
- Barreras arquitectónicas.
- Espacios reducidos.
- Mobiliario inadecuado (de baja altura).
- Entorno desconocido para el paciente.
- Condiciones meteorológicas adversas.
- Orografía del terreno.
- Vías de acceso.

1.2. Riesgos del entorno referidos a la unidad asistencial:

- Altura inadecuada de las camillas y camas.
- Ausencia de dispositivos de anclaje para las ruedas.
- Altura y tamaño de las barandillas.
- Espacios reducidos.
- Dispositivos y mobiliarios que se comportan como obstáculos.
- Falta, ineficacia o mal funcionamiento de los dispositivos de apoyo.
- De ambulación o estabilización.

1.3. Riesgos del entorno referidos a todos los pacientes:

- Calzado o ropa inadecuada (zapatos mal cerrados...).
- Falta o mala adaptación de gafas o audífonos.
- Carencia de ayudas técnicas para caminar o desplazarse cuando se necesitan.

1.4. Riesgo del entorno referidos a las eventuales evacuaciones y transferencias:

- Vía y medio de evacuación.
- Medidas de sujeción física e inmovilización; formación de los profesionales en vistas a tales circunstancias.
- Efecto del transporte sobre la persona y su proceso de salud.

1.5. Factor de tipo social:

- Carencia o capacitación inadecuada de la red de apoyo: cuidadores y familiares visitantes.

2. Factores intrínsecos:

2.1. Factores propios del paciente:

- Edad, menor de 5 y mayor de 65 años.
- Historia de caídas previas.
- Alteraciones del estado de conciencia.
- Alteraciones de la capacidad de percepción sensorial.
- Alteraciones de la capacidad motora.
- Movilidad, equilibrio, mantenimiento postural, astenia.
- Trastornos en las facultades mentales.
- Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres.
- Existencia de barreras comunicativas.
- Alteración del estado nutricional: obesidad, carencias nutricionales, déficit vitamínico y deshidratación.
- Mujeres en proceso de embarazo, parto o puerperio.

2.2. Factores propios de la enfermedad:

- Enfermedades neurológicas, respiratorias, cardíacas, articulares, inmunológicas, metabólicas, cardiovasculares, musculo esqueléticas.
- Enfermedad aguda, reagudizaciones.
- Falta de conocimientos por parte del paciente acerca de su enfermedad y del régimen terapéutico.
- Dolor agudo y crónico.
- Hábitos tóxicos.
- Pacientes en procesos quirúrgicos.
- Alteración en el control de la temperatura corporal.

2.3. Factores derivados del régimen terapéutico:

- Características del régimen terapéutico, efectos adversos de los medicamentos (antihipertensivos, antiarrítmicos, diuréticos, vasodilatadores, analgésicos, sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, relajantes musculares, antihistamínicos, antidiabéticos, antiepilépticos, betabloqueantes...)
- Pacientes con dispositivos o prótesis implantadas.
- Dispositivos de soporte que emplea el paciente referidos a la inmovilización y eliminación.

2.4. Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad:

- Afrontamiento del estado de salud.
- Conductas de riesgo.
- Falta de solicitud de ayuda cuando se necesita.

- Conducta de cumplimiento del régimen terapéutico.

Perfil del paciente con riesgo de caída:

El perfil del paciente con riesgo de caída se ha asociado con los factores siguientes:

- Toda persona con movilidad limitada.
- Alteración del estado de conciencia, mental o cognitivo.
- Necesidades especiales de aseo (incontinencia, vómitos...).
- Déficits sensoriales.
- Historia de caídas previas en los últimos 12 meses
- Medicación de riesgo.
- Edad < de 5 años y > de 65.

Factor situacional:

- Durante la transferencia y el transporte.

PERSONAL QUE INTERVIENE.

El personal de enfermería es quien se ocupa directamente de la seguridad de los pacientes, identificando, valorando y difundiendo entre el resto del personal y los familiares o cuidadores los riesgos asociados a cada paciente, realizando comunicaciones de incidencias vía informática a través de la página web de Carlos Haya y actuando en la prevención de tales eventos adversos.

1. Identificar al paciente con alto riesgo de caída:

- A) En la valoración inicial del paciente se registrarán los factores de riesgo relacionados con caídas y se aplicará la escala de riesgo de Downton.
- B) Un paciente de alto riesgo tiene 3 o más puntos en la valoración de la escala de Downton u otros factores de riesgo ausentes en la escala que tras la valoración se consideren importantes (incontinencia, edad, necesidades de deambulación...).
- C) Reevaluación del paciente cada vez que se modifique su estado de salud o el de su entorno.

2. Incluir al paciente atendido en el protocolo de prevención de caídas:

- A) Mediante identificador visual, en la historia clínica digital o en papel.

- B) Información a los profesionales que pudieran tener contacto con dicho paciente.
 - A) Información al propio paciente, a la familia o al cuidador para que participe en la prevención del riesgo de caídas.
3. Aplicar medidas preventivas para tratar o modificar los factores de riesgo.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA TRATAR O MODIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO.

a) Factores extrínsecos:

A) Riesgos ambientales generales.

1. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
2. Disponer de una iluminación adecuada.
3. Disponer de superficies antideslizante.

B) Riesgos del entorno referidos a la unidad asistencial.

1. Colocar los objetos al alcance del paciente.
2. Usar barandillas de longitud y altura adecuadas.
3. Colocar las camas en la posición más baja posible.
4. Proporcionar a quien lo necesite un timbre cercano cuando se quede solo.
5. Responder a la luz de llamada con la máxima premura.
6. Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo.
7. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado.
8. Mantener las barandillas de la cama o cuna subidas cuando el cuidador esté ausente. Cerrar las incubadoras cuando el bebé esté solo.
9. Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.
10. Proporcionar dispositivos de ayuda para la deambulaci3n.
11. Sugerir al paciente que lleve sus gafas u otros dispositivos prescritos.
12. Sugerir el uso de un calzado seguro.

C) Riesgos del entorno referidos a la evacuaci3n y a la transferencia.

1. Bloquear cuando sea preciso las ruedas de las sillas, camillas u otros dispositivos de transferencia del paciente.
2. Disponer de sillas con altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos.
3. Utilizar las t3cnicas adecuadas en las movilizaciones.

b) Factores intrínsecos.

a) Factores propios del paciente.

1. Identificar las alteraciones cognitivas.
2. Revisar las historias previas de caídas.
3. Controlar la marcha el equilibrio y el cansancio.
4. Ayudar a la de ambulación a pacientes inestables.
5. Ayudar a ir al aseo a intervalos frecuentes y programados.

b) Factores propios de la enfermedad.

1. Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina en el que se incluya el andar.
2. Determinar con el paciente y el cuidador los objetivos de los cuidados.
3. Explorar con el paciente y el cuidador la mejor forma de conseguir los objetivos.
4. Ayudar al paciente y al cuidador a desarrollar un plan para cumplir los objetivos.
5. Hacer crítica constructiva de los éxitos y los fracasos en el cumplimiento de los objetivos.

c) Factores derivados del régimen terapéutico.

1. Enseñar al paciente y al cuidador a usar bastones y otros utensilios de ayuda.
2. Colaborar con otros miembros del equipo para minimizar riesgos.

d) Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad.

1. Identificar conductas y factores de riesgo.
2. Instruir al paciente y al cuidador para que pida ayuda cuando sea preciso.
3. Ayudar al paciente y al cuidador a identificar las prácticas de vida que desee cambiar.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ASOCIADOS AL DIÁGNOSTICO 00155
RIESGO DE CAÍDAS

-

Resultado esperado (NOC):

1909 Conducta Prevención de caída

1912 Caída

Otros específicos del factor de riesgo.

1928 Conocimiento prevención caída

1910 Ambiente seguro del hogar
1610 Conducta de compensación auditiva
1611 Conducta de compensación visual
0202 Equilibrio
0208 Movilidad
0210 Realización de transferencia
1902 Control del riesgo

- Intervenciones (NIC)

6490 Prevención de caídas
4420 Acuerdo con el paciente

Otras intervenciones específicas:

1806 Ayuda con los autocuidados: transferencia
6580 Sujeción física
6654 Vigilancia: seguridad

MATERIAL NECESARIO.

1. La escala de valoración del riesgo de caídas de Downton (Anexo 1) para identificar a los ingresados con riesgo de caídas y actuar en consecuencia.
2. Registro informático de incidencias de caídas (Web Carlos Haya , Profesionales, Área de Seguridad del paciente, Formulario de Notificación Incidentes)

PROCEDIMIENTO.

Valoración del riesgo de caídas a todo paciente ingresado con sospecha de alto riesgo de caída aplicándole la escala de Downton sin olvidar incluir posibles factores de riesgo intrínseco o extrínseco no incluidos en la escala si existieran en la Historia de Salud.

Comunicar la situación de alto riesgo de caída al paciente mismo siempre que sea posible y a todo el personal involucrado en su vida cotidiana en el hospital, incluyendo cuidadores y familiares.

-De forma oral.

-Mediante el aviso: “**Alto Riesgo de Caídas**” en cualquier documento de interconsulta u otro que se considere oportuno.

-Concienciar al propio paciente, a los familiares y al resto del personal que pueda tener implicación con él de la necesidad de actuar sobre los factores de riesgo para prevenir caídas.

-Remitir cada incidencia de caída utilizando el registro informático de incidencias de caídas del Hospital Carlos Haya.

VALORACION DEL PROCEDIMIENTO.

1-Implantación en cada unidad del Protocolo de Prevención del Riesgo de Caídas en los profesionales de enfermería con un indicador cuantitativo mediante el cual podamos medir el porcentaje de profesionales implicados en el protocolo:

$$\text{Nº de profesionales implicados en el Protocolo de Prevención del Riesgo de Caídas} / \text{nº total de profesionales} \times 100.$$

2- Implantación de la valoración del riesgo de caídas en los pacientes al ingreso mediante un indicador cuantitativo que medirá el porcentaje de pacientes que han sido incluidos en el procedimiento de Evaluación del Riesgo de Caídas mediante la escala de Downton.

$$\text{Nº de pacientes evaluados} / \text{Nº de pacientes ingresados} \times 100.$$

3- Valoración del número de pacientes evaluados que presentan “Riesgo Alto de Caídas” mediante un indicador cuantitativo:

$$\text{Nº de pacientes evaluados como de “Riesgo Alto de Caídas”} / \text{Nº total de pacientes evaluados} \text{ mediante la escala Downton.} \times 100.$$

BIBLIOGRAFIA.

1. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Diciembre, 2007.
2. Protocolo de Valoración y Medidas de Prevención a Pacientes Adultos con Riesgo de Caídas en la Atención hospitalaria de Osakidetza. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.2009.
3. Decálogo para no caer:http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/accidentes_caídas_ancianos.htm
4. Boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud. “Por la seguridad del paciente”.http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm.
5. World Alliance for Patient Safety. Forward. Programme2005. October.
6. Identifying patients likely to fall in hospital. <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band85-3.html>.
7. To err is human, building a safer health system. Institute of Medicine, 2001.
8. Parrilla-Ruiz FM.et al.Factores de riesgo, precipitantes, etiología y consecuencias de las caídas en el anciano. Medicina de Familia 2004.
9. Best practice. Evidence based practice. 1998.
10. Nanda Internacional, Diagnósticos Enfermeros.2007-2008. Elsevier.2008.
11. Generalitat de Catalunya. Evaluación externa de calidad de los centros del ICASS(Institut Catala d’Assistència i Serveis Socials) Indicadores de evaluación de la calidad. 1999. Disponible en: URL: <http://www.Inforesidencias.com>
12. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo M ET . Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Oxford Journals: Age and ageing. Mars 2004.
13. Zapirain Gurrea M, Hernando Urkudun A, Orbegozo Alberdi J, Olazabal Arrizabalaga L, Marquet Imaz L. Análisis de las causas de accidente de los pacientes en el hospital. Hospital Donostia. Septiembre 2004.
14. Coussement J, De Paepe L, Schwendimann R, et al. Interventions for preventing falls in Acute and Chronic-Care Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAGS 2008.
15. National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls in hospital. 2007.

Anexo 1

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS.

Escala de Riesgo de Caídas de J. H. Downton:

Caídas previas:	NO (0)
	SÍ (1)
Medicación:	NINGUNO (0)
	TRANQUILIZANTES-SEDANTES (1)
	DIURÉTICOS (1)
	HIPOTENSORES (no diuréticos) (1)
	ANTIPARKINSONIANOS (1)
	ANTIDEPRESIVOS (1)
	OTROS MEDICAMENTOS (1)
Déficit sensorial:	NINGUNO (0)
	ALTERACIONES VISUALES (1)
	ALTERACIONES AUDITIVAS (1)
	EXTREMIDADES (ictus...) (1)
Estado mental:	ORIENTADO (0)
	CONFUSO (1)
Deambulación:	NORMAL (0)
	SEGURA CON AYUDA (1)
	INSEGURA CON/SIN AYUDA (1)
	IMPOSIBLE (1)
TOTAL.....

Anexo 2

DECALOGO PARA NO CAER DE MEDICOS ECUADOR.

- 1.- ELIMINAR alfombras deslizantes o levantadas en sus bordes.
- 2.- EVITAR suelos encerados.
- 3.- USAR zapatos bajos, de suela de goma, cómodos, ajustables. Si es necesario APOYARSE EN UN BASTÓN.
- 4.- ILUMINAR BIEN pasillos y escaleras.
- 5.- LIBERAR totalmente el piso de objetos o animales domésticos.
- 6.- INSTALAR agarraderas en retretes, baños, y pasamanos en escaleras.
- 7.- COLOCAR un interruptor de luz en la cabecera de la cama.
- 8.- PROCURAR que todo se encuentre al alcance de la mano.
- 9.- NO INCORPORARSE de la cama bruscamente. Sentarse 2 minutos y otro, mantenerse en pie junto a ella.
- 10.-NO DESPLAZARSE en caso de mareo, sensación de debilidad, o zumbidos de oídos.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CAÍDAS

