|  |  |
| --- | --- |
|  | **Centro Educativo Jean Piaget**  *“Aprendemos y construimos para trascender”*  Preparatoria |

FRECUENCIA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN SERVICIOS HOSPITALARIOS

*Nombre del alumno: Andrea Álvarez Muradas*

*Grupo 6° preparatoria*

Miss. Adriana F. Chávez

Taller de Metodología de la Investigación

*Fecha de entrega 8/mayo/2020*

**Índice**

Introducción 3

Pregunta de investigación 3

Objetivos 3

Justificación 3

Marco Teórico 4-5

Método 5-6

Resultado 7

Conclusiones 8

Referencias 9

**Introducción**

Según la (OMS), la caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Las caídas constituyen un evento importante en pacientes hospitalizados y cada organización médica debe evaluar el riesgo de caída de cada paciente e implementar un proceso para anticipar y prevenir que esto ocurra; es importante considerar que el nivel de riesgo puede cambiar durante la hospitalización. La clave en la prevención de caídas en los hospitales es la detección de los pacientes con mayor riesgo de sufrir una caída y el llevar a cabo medidas preventivas garantizan la seguridad del paciente y la calidad de la atención brindada.

**Pregunta de investigación:**

¿Es posible la prevención de las caídas de los pacientes en los servicios hospitalarios?

**Objetivos**

Objetivo general:

Conocer cuáles son las medidas que se deben de tomar para evitar caídas de pacientes en los servicios hospitalarios.

Objetivos específicos:

* Identificar las causas más frecuentes de caídas.
* Analizar los factores que contribuyen a las caídas de los pacientes.
* Identificar a los pacientes que tienen mas riesgos de sufrir caídas.
* Conocer las medidas preventivas para evitar caídas en los pacientes hospitalizados.

**Justificación:**

La estancia de un paciente en el hospital supone siempre un riesgo, independientemente del padecimiento por el que se ingresa. El paciente hace uso de las instalaciones del hospital, es trasladado de un servicio a otro en camilla u otros medios. La interrelación del paciente con el medio, que en este caso es un hospital, origina riesgos, entre los que podríamos mencionar a las caídas como un evento relativamente frecuente en el contexto hospitalario; las caídas deben ser consideradas como un problema serio de salud por sus repercusiones a nivel físico, y por el incremento de la estancia hospitalaria y por lo tanto de los costos durante el internamiento

3

**Marco teórico:**

Las caídas accidentales son el evento adverso más frecuente de los pacientes hospitalizados, siendo la cifra de eventos adversos asociados a caídas alrededor de un 84%.( Nogal 2004- 4) En el servicio de radiología las caídas accidentales son igualmente una de las causas de daños corporales. Estas caídas pueden tener una importante repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes sin olvidar las consecuencias sociales y económicas que suponen.( Nogal 2004- 4)

La mayoría de los equipos de radiología disponen de mesas o camillas de exploración que se encuentran a la altura necesaria para prevenir riesgos laborales en el personal de radiología siendo a su vez un riesgo de caídas para los pacientes. Otras veces simplemente las prisas o el trabajo repetitivo hacen que el trabajador de salud no sea consciente de haber advertido al paciente de no bajar de la camilla hasta que se proceda a adecuar la altura de la misma para evitar caídas. ( Revilla 2014-1)

Existen grupos de riesgo entre los pacientes que tienen una mayor susceptibilidad a sufrir estas caídas. Las personas mayores y las personas con dificultad para movilizarse son las más expuestas a ese riesgo. Es importante saber identificar esos pacientes y tipificar el riesgo para poder realizar las intervenciones que se consideren oportunas en aras de evitar eventos lesivos de posibles graves consecuencias. ( Lohr - 1990 -2 )

Cuando se introducen programas de prevención se ha demostrado una reducción del número de caídas y en radiología podemos disponer de esas medidas de prevención. (Lohr - 1990 -2 )

Las causas de las caídas en los servicios sanitarios son multifactoriales, pudiendo agruparse en causas extrínsecas, dependientes del entorno, y las causas intrínsecas que dependen directamente del paciente. Las causas extrínsecas pueden ser una mala iluminación, mal estado del suelo o los pasillos, obstáculos en el suelo y la altura de las camillas. Las causas intrínsecas serán aquellas asociadas al paciente, como son la edad, antecedentes de caídas previas, estado mental, estado emocional, medicación, estado físico, etc. (González 2012-6 )

Otra organización que ha emprendido acciones por la seguridad de los pacientes, la Joint Commission International (JCI) reportó en el periodo de 1995-2004 cerca de 80% de las caídas tienen como causas principales: la falta de orientación y entrenamiento a los pacientes, así como, la falta de comunicación en más del 60% de los casos; la valoración del paciente ocupó la tercera causa, por lo que el personal de enfermería tiene un rol crítico en la prevención de caídas en todo tipo de centros donde se proporcionen cuidados de la salud. Para 2005, la estadística de caídas reportó como causa principal la valoración del paciente, seguido por la orientación y entrenamiento. Se considera que la comunicación y la transferencia de información, entre profesionales de la salud, son esenciales para reducir el riesgo de caída; la comunicación coordinada puede ayudar al personal a revisar planes de cuidados apropiados e implantar estrategias proactivas de reducción de riesgo de caídas (Bulechek 2005-5 )

4

Prevención de caídas:

Las medidas a tomar en cuenta en un plan para evitar caídas irán encaminadas a reducir las posibilidades en función de las causas extrínsecas, intrínsecas y los antecedentes generales.

Medidas para evitar causas extrínsecas de caídas: (Steffens 2010-3 )

* Informar al paciente sobre el espacio y ambiente físico de la salas de estudios.
* Informar de cómo y cuándo acceder a la camilla de la máquina y cuando es seguro descender.
* Informar del peligro de no seguir las indicaciones.
* Evitar el desorden en el suelo de la sala.
* Disponer de una iluminación adecuada.
* Bloquear las ruedas de las camillas.
* Mantener los equipos de ayuda en buen estado de uso.
* Señalizar los suelos húmedos.

Medidas para evitar causas de caída intrínsecas:

* Informar al paciente sobre la forma adecuada de levantarse de la camilla de exploración.
* Ayudar a levantar al paciente de la camilla y vigilar que no se levante antes de tiempo.
* Hablarle claro y comprobar que lo entiende.
* Realizar levantamiento progresivo de la camilla si hay alteración del equilibrio.
* Tener en cuenta cualquier diversidad funcional.
* Investigar los siguientes antecedentes generales, considerándolos como riesgo de caídas.

Edad igual o superior a 65 años, a más edad mayor es el riesgo de caídas; antecedentes de caídas previas. Pacientes con comportamientos de riesgo. Estado mental y/o emocional: Confusión / desorientación / agitación, alteración de la memoria, incapacidad para entender o seguir las instrucciones. Estado físico: Mareos o trastornos del equilibrio, marcha inestable, enfermedades o trastornos que afecten a las articulaciones que aguanten el peso corporal, pacientes sin capacidad de marcha independiente, debilidad, paresias, convulsiones, trastornos de la visión, trastornos de la audición, diarreas, micción frecuente, utilización de silla de ruedas, andadores o muletas. Medicación: Diuréticos o con efecto diurético, laxantes, hipotensores, depresores del sistema nervioso central (SNC) como opiáceos, sedantes, psicotrópicos, hipnóticos, tranquilizantes, antidepresivos. Medicaciones que aumenten el peristaltismo gastrointestinal (laxantes, enemas), antidiabéticos. Consumidores excesivos de bebidas alcohólicas.

**Método:**

Normalmente se utiliza en los hospitales la escala de riesgo de caídas “MORSE“ (Morse, j.1989) por ser la herramienta más rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída.

El personal aplica esta escala al ingreso del paciente, ya sea por urgencias u admisión hospitalaria; esta valoración usa un código de SI-NO, donde cada respuesta afirmativa suma 1 punto en la evaluación.

5

A continuación se presentan las preguntas contenidas en la escala las cuales se realizan al paciente o al familiar para asignar el riesgo:

1.- ¿Tiene historia de caída previa o ha ingresado por una caída?

2.- ¿Presenta alteraciones del estado de conciencia?

3.- ¿Oye o ve mal?

4.- ¿Necesita acudir con frecuencia al baño o es incontinente?

5.- ¿Tiene dificultades para caminar y/o incorporarse?

6.- ¿Presenta vértigo?

7.- ¿Es mayor de 65 años o menor a 6 años?

8.- ¿Toma fármacos que alteran el sistema nervioso central?

9.- ¿Presenta trastornos cardiovasculares?

10.- ¿Tiene trastornos de líquidos?

Una vez obtenido el resultado de la escala el grupo medico conformado por el tratante, residentes y enfermeras identifican al paciente de bajo riesgo si se obtiene un puntaje de 0 a 2 puntos, y alto riesgo si tiene más de 2 puntos. El manejo y cuidados a seguir son los siguientes.

Cuando sea un paciente de bajo riesgo de caídas se deberán de colocar barandales y frenos a la camilla, dejar el timbre accesible al paciente, colocar la camilla a la menor altura posible.

Cuando un paciente sea de alto riesgo además de implementar las medidas antes mencionadas se deberá colocar al paciente un brazalete rojo, colocar identificadores visuales que permitan al personal reconocer el riesgo y establecer las medidas preventivas durante el proceso de atención, los identificadores visuales que se utilizaran serán: el identificador visual adulto el cual será colocado en el expediente del paciente así como en la cabecera de la camilla, la puerta permanecerá abierta para que cada persona que pase verifique que el paciente se encuentre en la camilla, de igual manera se ofrecerá una silla de ruedas para el traslado, y se deberá de tener una vigilancia estrecha.

Si a pesar de tomar todas estas medidas el paciente presenta alguna caída esta se manejara como un evento adverso el cual es notificado al jefe inmediato para tomar las medidas pertinentes. (Supervisión y manejo medico).

Se tomará la información en forma retrospectiva de una base de datos ya existente en el hospital. Se recopilará el registro de la escala de Morse de 100 pacientes cuya fecha de ingreso sea a partir del 01 de octubre de 2019. Se registrará cuantos de ellos calificaron como alto y bajo riesgo. Posteriormente se revisará cuántos de estos pacientes sufrieron una caída y a cual grupo de riesgo pertenecían. Se hará un análisis de los factores que hayan contribuido a la caída.

6

**Resultados:**

De la base de datos del Hospital Español se revisó un total de 100 pacientes que ingresaron del mes del 1º de octubre al 30 noviembre de 2019.

De este total 69 correspondieron al sexo femenino y 31 al sexo masculino.

De acuerdo a la calificación de riesgo, 46 pacientes presentaron una calificación de 2 o menos y 54 presentaron una calificación de 3 o más, considerándose a estos últimos como pacientes de alto riesgo de caída.

De los 54 pacientes con alto riesgo de caída 14 eran hombres y 40 mujeres, con edades que fluctuaron entre los 32 y 92 años.

De estos pacientes:

26 tenían una calificación en la escala de Morse de 3 a 4; 8 tuvieron una calificación de 5 a 6; 14 presentaron una calificación de 7 a 8 y 6 de ellos tuvieron una calificación de 9 a 10.

Se registró un total de 3 caídas, 2 del sexo femenino y 1 del sexo masculino, con calificaciones de riesgo que fluctúaron entre 3 y 4 puntos.

En el análisis de las caídas las causas fueron las siguientes:

Para el paciente de 65 años del sexo femenino y con 4 puntos de riesgo:

* Pidió ayuda al familiar para sentarse en la cama, sin solicitar ayuda del personal de enfermería.
* Ocurrió pérdida del conocimiento del paciente
* El paciente cae al piso, amortiguando la caída el familiar.

Para el paciente de 69 años del sexo masculino y con 3 puntos de riesgo:

* Se levanta al baño con ayuda de un familiar.
* No quiso usar el pato.
* Familiar no solicita ayuda para desplazarlo.
* Ocurrió pérdida del conocimiento.
* Cae al piso, sin consecuencias graves solo dolor focal en cadera y hombro.

Para el paciente de 47 años del sexo femenino y con 3 puntos de riesgo.

* Se le brindan indicaciones de precaución. La paciente las ignora completamente mientras sigue atenta al celular.
* No sigue indicaciones de que esperara ayuda para la toma de un estudio radiológico
* Decide pararse sola y cae sobre la misma silla.
* Refiere dolor en caderas, sin otra repercusión.

7

**Conclusiones:**

1.- El índice total de caídas fue del 3 %, un índice bajo, por lo que se concluye que los cuidados generales para los pacientes considerados con alto riesgo de caída son funcionales.

2.- Las caídas ocurrieron en pacientes que aunque se consideraban como de alto riesgo, presentaron calificaciones bajas en la escala de Morse, lo cual explica las caidas al ser pacientes con independencia al desplazamiento, lo que traduce que el exceso de confianza es un factor de riesgo agregado.

3.- Se debería entonces trabajar en los pacientes con independencia en el desplazamiento para concientizarlos que durante la hospitalización sus condiciones hemodinámicas cambian y que están en un riesgo de caída alto si deciden movilizarse sin ayuda del personal de enfermería.

4.- Dos de las caídas ocurrieron en pacientes que tenían acompañantes. El trabajo de concientizar el riesgo de caída debería también ser dirigido al acompañante del paciente, para que recurra al apoyo de personal de enfermería o paramédico en caso de necesidad de movilización del paciente.

5.- Debería de analizarse la importancia de concientizar al paciente que durante la estancia hospitalaria se debe prestar atención a las indicaciones de cuidado que tratan de evitar una caída que puede repercutir en una estancia hospitalaria más larga. El uso de medios de comunicación o entretenimiento portables deberían ser prohibidos cuando el paciente es trasladado a alguna otra área para estudios complementarios o bien durante cualquier entrevista con el personal de salud.

6.- Los pacientes con calificaciones más elevadas de la Escala de Morse tienen menor riesgo de caída ya que generalmente son pacientes con movilidad muy limitada o están inconscientes, por lo que el riesgo de caída en ellos está muy supeditado al cuidado que ponga el personal de salud en su traslado.

8

**Referencias:**

1.-Estandares Joint Commission International: Revilla 2014

2. - Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. Lohr 1990

3.-Improving fall risk assessment: Good practices in preventing patient fall (JCI). Steffens 2010

4.- Evitemos las caídas: M.Lazaro del Nogal., 2004 Coordinadora del grupo de caídas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia.

5. - Reducing the risk of falls in your health care organization: Joint Commission Resources. Bulechek 2005

6.-Protocolo para la reducción de caídas en el medio hospitalario: Martin Fraile Médico especialista en rehabilitación, Dr. González 2012 Hospital Virgen de la concha.

7. – Morse,J.Morse,R.M..;Tylko,S.J; Canadian journal on aging. 1989

9