



PRÁCTICAS SEGURAS RELACIONADAS CON CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Prevención de caídas de
pacientes ingresados



Gobierno del
Principado de Asturias

Consejería de Salud
y Servicios Sanitarios



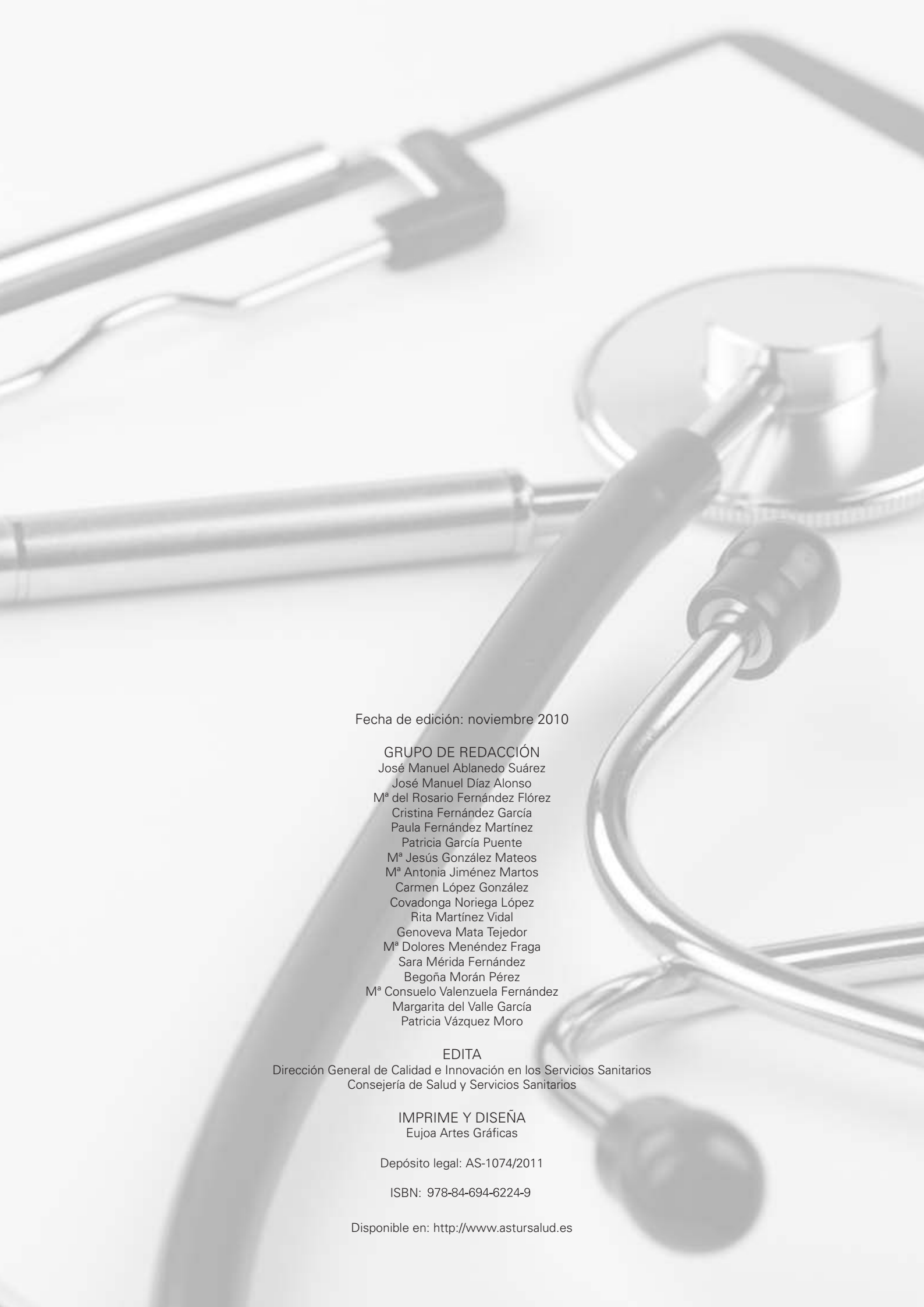
PRÁCTICAS SEGURAS RELACIONADAS CON CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Prevención de caídas de
pacientes ingresados



Gobierno del
Principado de Asturias

Consejería de Salud
y Servicios Sanitarios



Fecha de edición: noviembre 2010

GRUPO DE REDACCIÓN

José Manuel Ablanedo Suárez
José Manuel Díaz Alonso
M^ª del Rosario Fernández Flórez
Cristina Fernández García
Paula Fernández Martínez
Patricia García Puente
M^ª Jesús González Mateos
M^ª Antonia Jiménez Martos
Carmen López González
Covadonga Noriega López
Rita Martínez Vidal
Genoveva Mata Tejedor
M^ª Dolores Menéndez Fraga
Sara Mérida Fernández
Begoña Morán Pérez
M^ª Consuelo Valenzuela Fernández
Margarita del Valle García
Patricia Vázquez Moro

EDITA

Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

IMPRIME Y DISEÑA
Eujoa Artes Gráficas

Depósito legal: AS-1074/2011

ISBN: 978-84-694-6224-9

Disponible en: <http://www.astursalud.es>

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETO	6
ALCANCE	6
DEFINICIONES	6
PRÁCTICAS SEGURAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	
1. Desarrollo	7
2. Descripción general de los factores de riesgo y actividades preventivas	7
2.1. Factores de riesgo intrínsecos	
2.2. Factores de riesgo extrínsecos	
3. Actuaciones preventivas en familiares y recomendaciones	10
4. Metodología enfermera: NANDA, NOC Y NIC	11
RESPONSABILIDADES	11
DIFUSIÓN	11
EVALUACIÓN	11
REGISTROS	12
BIBLIOGRAFÍA	12
ANEXOS	
1. Definiciones de los Factores de Riesgo Intrínsecos	14
2. Metodología enfermera	17
3. Formulario de registro de caídas	22
4. Flujograma	24

INTRODUCCIÓN

Cada vez es mayor la preocupación y concienciación de los profesionales sanitarios por conseguir unos cuidados de calidad que ofrezcan una atención segura y basada en evidencias científicas. La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Los efectos no deseados, secundarios en la atención sanitaria, representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados.

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Constituye la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas.

La Dirección General (D.G.) de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios considera las políticas de la seguridad del paciente fundamentales y una apuesta imprescindible del sistema de calidad. Dentro de la prevención de eventos adversos se incluye la elaboración e implantación de un *Programa de Prevención de Caídas* que normalice la actuación en este área en todos los hospitales.

Según la *Organización Mundial de la Salud*, se define caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”.

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los distintos hospitales.

Las caídas son efectos adversos que se presentan diariamente en el ámbito hospitalario. En la replicación del estudio ENEAS realizado en Asturias la frecuencia de las caídas como efecto adverso es de un 0,5%. Hay que tener en cuenta que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 sufren, al menos, una caída al año. Sus consecuencias tienen, a menudo, gran repercusión en el bienestar del paciente y su familia, y en los costes y la sostenibilidad del sistema. Es necesario hacer el esfuerzo por encontrar estrategias que minimicen el número de caídas de los pacientes durante su ingreso en el hospital.

Aunque todos los pacientes tienen, en alguna medida, riesgo de caerse durante su estancia hospitalaria, existen múltiples factores asociados al aumento del riesgo que sería necesario detectar a través de instrumentos de evaluación, que identifiquen al paciente de alto riesgo y así poder reducir el número de caídas en el hospital. Este protocolo describe los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos más habituales en los pacientes hospitalizados.

En la búsqueda bibliográfica que se ha realizado con el objeto de encontrar una escala validada que permita identificar a estos pacientes de alto riesgo, no se ha encontrado ninguna con suficiente nivel de evidencia para su aplicación, por lo que se identificarán siguiendo el Proceso de Atención de Enfermería.

La Joint Commission International incluye la reducción del riesgo de caídas como una de las metas incluidas en el área de seguridad del paciente en la acreditación de hospitales.

Dentro de los criterios referentes a los cuidados para la seguridad del paciente se encuentra el Proyecto Séneca, basado en el Modelo EFQM de Excelencia (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad). El Proyecto Séneca es un convenio financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Universidad de Cádiz en el que participaron un grupo de investigadores enfermeros de todo el país, con el objetivo de elaboración de un modelo de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente -SENECA 100- en los hospitales del SNS.

La implantación de un protocolo de prevención de caídas (que informa de los pasos a seguir para la valoración del riesgo, prevención y tratamiento de las caídas de los pacientes hospitalizados) es un subcriterio incluido en los criterios: *Procesos* (PR 10) y *Resultados clave* (RC 03) del modelo de evaluación de la seguridad del paciente (SENECA 100).

Para la elaboración de este documento se ha formado un grupo de trabajo constituido por profesionales expertos de todos los hospitales de la Red de Utilización Pública del Principado de Asturias.

OBJETO

Este proyecto tiene como objeto:

1. Establecer criterios de actuación homogéneos en la prevención y cuidados a pacientes con riesgo de caídas de acuerdo a las últimas evidencias científicas disponibles.
2. Disminuir el número de caídas en los pacientes ingresados y los efectos adversos derivados de las mismas.
3. Fomentar la cultura de seguridad entre profesionales, pacientes y familiares.

ALCANCE

Este protocolo se aplicará en todos los hospitales de la Red de Utilización Pública del Principado de Asturias y los centros privados que deseen adherirse al programa.

Se considera una declaración de mínimos, que no limita que cada centro pueda introducir las mejoras en su organización que considere oportunas, para incrementar la seguridad del paciente en éste ámbito.

DEFINICIONES

Caída: Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad (OMS).

Riesgo de caídas: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico (Taxonomía NANDA-I 2009-2011).

PRACTICAS SEGURAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

1. DESARROLLO

A todo paciente que ingrese en el hospital se le realizará la valoración enfermera para detectar aquellos pacientes con riesgo de caída, según los factores de riesgo especificados en el diagnóstico enfermero "Riesgo de caídas", descritos en el Anexo 2. Dicha valoración debe ser una actividad continua dirigida a detectar el riesgo cuando se producen cambios en el estado del paciente.

En aquellos pacientes en los que se haya identificado dicho diagnóstico, se seleccionarán los Resultados (NOC) que se han de obtener y las Intervenciones enfermeras (NIC) que se han de poner en marcha para que el paciente consiga dichos resultados, haciendo especial hincapié en la educación al paciente y familia.

Las actividades de prevención se planifican de forma individualizada y relacionada con cada uno de los factores identificados. Estas actividades han de ser consideradas como la actividad prioritaria de los cuidados del paciente en relación a las caídas.

Las medidas de prevención generales sobre los factores de riesgo extrínsecos deben planificarse y aplicarse a todos los/las pacientes hospitalizados/as desde el ingreso y a lo largo de su estancia.

En caso de producirse una caída, la enfermera realizará una valoración del estado del paciente y posibles lesiones que se puedan haber producido, aplicará los cuidados pertinentes y avisará al facultativo responsable del paciente, en caso necesario, según su criterio. Evaluará la efectividad de las medidas aplicadas hasta ese momento y programará las intervenciones necesarias en relación con la prevención de caídas.

De todo ello debe quedar constancia escrita en la historia clínica del paciente, tanto de las actividades de prevención como de las realizadas cuando se produce una caída y las posteriores actividades, de acuerdo al formato de registro establecido en cada hospital.

2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS FACTORES DE RIESGO Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Existen numerosos factores que pueden incrementar el riesgo de caídas de los pacientes. Este riesgo aumenta cuantos más factores se asocian. Se pueden clasificar en:

- 2.1. FACTORES INTRÍNSECOS O PERSONALES. Son los factores relacionados con la condición o comportamiento de la persona.
- 2.2. FACTORES EXTRÍNSECOS O AMBIENTALES. Son los factores relacionados con el ambiente de la persona o su interacción con el entorno.

Con el fin de normalizar el lenguaje, se utilizarán para describir el proceso de cuidados las taxonomías NANDA, NOC Y NIC. De los factores de riesgo descritos en la NANDA asociados a Riesgo de Caídas se han seleccionado los que por consenso se han considerado más importantes. Se describen los factores de acuerdo a la taxonomía NANDA I y las actividades preventivas de forma más amplia que en la intervención NIC "Prevención de Caídas".

En la tabla 1, se relacionan los factores de riesgo intrínseco y las medidas preventivas generales a aplicar según la metodología enfermera.

Tabla 1. Descripción general de los factores de riesgo intrínsecos y actuaciones preventivas.

FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS	
Relacionados con	Actividades Preventivas
Eliminación: Nicturia, Urgencia miccional Diarreas, Fármacos	Proporcionar, a menudo, ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la botella durante la noche (pacientes varones). Colocar a los pacientes con incontinencia cerca de los baños. Vigilar a los pacientes que estén tomando laxantes y diuréticos. Recomendar a los pacientes masculinos orinar sentados. Disminuir el aporte de líquidos por la tarde, o a partir de las 19 horas y administrar los diuréticos por la mañana.
Medicación: la administración de los siguientes grupos de fármacos: Diuréticos, Hipoglucemiantes Antihipertensivos, Betabloqueantes Antiarrítmicos, Anticoagulantes Inotrópicos	Observar los efectos que producen en el paciente los medicamentos administrados e instruir a la familia / paciente acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación.
Historia anterior de caídas N° Caídas último año	Conocer la historia previa de caídas e investigar y actuar sobre los factores desencadenantes.
Estado cognitivo Agitado, Confuso y Desorientado severo y leve	Observar las modificaciones en el estado de conciencia de los pacientes.
Déficits sensorceptivos Sordera, Ceguera Hipoacusia, Visión disminuida	Asegurar que el paciente lleve correctamente colocadas sus prótesis (gafas o audífonos) siempre que sea posible, proporcionándole ayuda si precisa para su colocación.
Estado físico-dependencia -movilidad Deambula con ayuda Portadores de dispositivos externos Limitación de la movilidad Deambula inestable Mareos o síncope por alteraciones en la perfusión sanguínea	Tener en cuenta estas características de los pacientes tanto de los déficits sensorceptivos como del estado físico y aplicar alternativas (apoyo familiar u otros).
Dificultades en la comprensión Limitación cognitiva, Idioma, Expresión	
Otros factores Enfermedad neurológica, cardíaca, respiratoria	

En la tabla 2, se describen los factores de riesgo extrínseco y las medidas preventivas generales a aplicar según la metodología enfermera.

Tabla 2. Descripción general de los factores de riesgo extrínsecos y actuaciones preventivas.

FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS	
Relacionados con	Actividades Preventivas
<p>Cama Ausencia o mal estado de las barandillas de la cama, del freno de la cama Altura de la cama</p>	<p>Mantener la cama en la posición más baja posible excepto cuando se realice algún tipo de cuidado.</p>
<p>Habitación Iluminación deficiente Timbre de llamada (mal funcionamiento o alejado) Falta de pasamanos en la habitación Mobiliario inadecuado Desorden físico de la habitación Limitación del espacio físico, demasiadas camas por habitación</p>	<p>Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo de la habitación (mobiliario en su sitio, carros, sacos de ropa, cableado, alargaderas).</p> <p>Retirar muebles bajos que supongan un riesgo para la deambulaci3n (tropezos).</p> <p>Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas, mesillas).</p> <p>Seleccionar sillas/sillones adecuados con reposabrazos y una altura apropiada para poder levantarse y sentarse.</p> <p>Disponer de una iluminaci3n adecuada para facilitar la visibilidad.</p> <p>Mantener la luz de emergencia de la habitaci3n (o del ba3o) encendida durante la noche.</p> <p>Facilitar a los pacientes el acceso a timbres y luces. Comprobar siempre antes de abandonar la habitaci3n que el paciente tiene a su alcance el timbre y los utensilios b3sicos que pueda necesitar (vaso para beber, botella para orinar).</p> <p>Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos, especialmente en los desplazamientos y transferencias de pacientes.</p> <p>Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.</p>
<p>Ba3os Servicio con mala accesibilidad, sin asideros y con limitaci3n del espacio f3sico</p>	<p>Barras de seguridad de sujeci3n vertical en lugar de horizontal.</p> <p>Ba3os con ducha en vez de ba3era.</p> <p>Suelo antideslizante.</p> <p>Timbre de llamada a mano.</p>
<p>Utensilios personales Ropa y calzado inadecuado</p>	<p>Establecer revisiones peri3dicas del estado de los andadores, bastones y sillas de ruedas de la unidad.</p> <p>Orientar a los pacientes y familiares en el uso de zapatillas cerradas y suela antideslizante.</p>
<p>Infraestructuras Suelo mojado deslizante. Organizaci3n inadecuada de la unidad en cuanto a recursos personales y / o materiales</p>	<p>Evitar suelos irregulares, mojados o resbaladizos; si de momento no es posible, se3alizar adecuadamente la zona.</p> <p>Valorar la inclusi3n de las mejoras en los correspondientes planes funcionales, obra nueva,...</p>

FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS	
Relacionados con	Actividades Preventivas
Personal Personal insuficiente Falta de instrucción de la familia	Insistir en que paseen cuando haya algún familiar o personal disponible en pacientes de alto riesgo. Instruir a los pacientes para pedir ayuda cuando lo necesiten. Reevaluar las necesidades de instrucciones y acompañamiento familiar.
Gestión No cumplimiento del protocolo Índice de ocupación del servicio o unidad Duración de la estancia (19 días o más) Momento del día (cuando la capacidad observacional es baja, como por ejemplo: en la ducha, durante las comidas o fuera de los horarios de visita).	Aplicación y seguimiento del protocolo. Aplicar medidas extraordinarias de seguridad (acompañamiento familiar, vigilancia estrecha...) En el momento del alta, dejar reflejado en el informe de enfermería si el paciente continúa en riesgo de caída o ha sufrido alguna durante su ingreso. Reevaluar las necesidades de personal en relación con los pacientes de riesgo de acuerdo con la disponibilidad existente de personal.

3. ACTUACIONES PREVENTIVAS EN FAMILIARES.

El principal objetivo es educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria. Se proporcionará información oral y/o escrita. El contenido de esta información podría operativizarse en un folleto con el siguiente contenido:

A. Consejos para el paciente durante el ingreso:

- Indicarles que pidan ayuda cuando lo necesiten al personal hospitalario.
- Informarles de la altura de las camas y la forma apropiada de levantarse.
- Aconsejarles que pidan ayuda para recoger los objetos que se les caigan.
- Recomendarles el uso de calzado adecuado, antideslizante y cerrado.
- Advertirles de los peligros de los suelos húmedos.

B. Consejos para familiares y/o acompañantes durante el ingreso:

- Solicitar la colaboración de los familiares y/o acompañantes en las medidas de prevención de caídas desarrolladas por el personal hospitalario y tratar de concienciarlos sobre las normas básicas a observar durante el ingreso del paciente.
- Que pidan información sobre la actuación a seguir ante cualquier dispositivo colocado al paciente.
- Que pidan información para acompañar al paciente al baño.
- Que pidan información de la actuación a seguir ante las actividades que pueda realizar el paciente.
- La necesidad de informar al personal sanitario de que la visita ha finalizado.

4. METODOLOGÍA ENFERMERA: NANDA, NOC Y NIC.

Se describe en el anexo 2.

RESPONSABILIDADES:

De la implantación en los centros

1. La gerencia del centro apoyará e impulsará el proyecto para su correcta implantación en el centro.

De la aplicación del protocolo:

1. La enfermera realizará la valoración de los factores de riesgo que presenta el paciente y determinará las medidas preventivas a implementar.
2. La enfermera procederá al registro de los datos del protocolo y pondrá en marcha el plan de cuidados en relación al diagnóstico "Riesgo de Caídas" (Anexo 1).

Del seguimiento y mejora:

1. Se realizará el seguimiento a través del registro que ofrece la historia clínica digitalizada (SELENE) en el formulario diseñado para este fin (Anexo 3).
2. El seguimiento de los datos obtenidos se realizará por parte de los servicios de calidad y/o gestión de riesgos, o por quien se designe en cada hospital. Serán responsables del seguimiento y de la valoración de medidas de mejora a implantar.
3. Se elaborarán informes de periodicidad semestral con los datos básicos, que se enviarán a la gerencia, a los profesionales y a la Consejería de Salud y al SESPA.

DIFUSIÓN

Para la difusión de este documento:

- La *D. G. de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud* remitirá al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) el presente documento para que proceda a su implantación.
- La *Subdirección de Gestión Clínica y Calidad* del SESPA procederá a realizar las actuaciones oportunas para la implantación en los centros.
- Las Gerencias de los Centros serán responsables de su difusión a todas las unidades implicadas en su desarrollo.

EVALUACIÓN

El seguimiento se realizará midiendo unos indicadores básicos, sin que ello impida a cada centro medir además otros que estimen necesarios. Los indicadores comunes son:

1. Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso}}{\text{Nº total de altas}} \times 100$$

2. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de riesgo de caída que han sufrido una caída:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con diagnóstico "Riesgo de caída" que han sufrido una caída}}{N^{\circ} \text{ total de pacientes con diagnóstico "Riesgo de caídas"}} \times 100$$

3. Porcentaje de pacientes sin diagnóstico de riesgo de caída que han sufrido una caída:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes sin diagnóstico "Riesgo de caída" que han sufrido una caída}}{N^{\circ} \text{ total de pacientes sin diagnóstico "Riesgo de caídas"}} \times 100$$

4. Porcentaje de caídas.

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de caídas}}{N^{\circ} \text{ total de estancias}} \times 100$$

5. Porcentaje de pacientes con lesión debido a caídas.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con lesión}}{N^{\circ} \text{ de pacientes con caídas}} \times 100$$

Se entiende por lesión, cualquier tipo, desde la más mínima, incluido el dolor, hasta las más graves.

REGISTROS

El registro se efectuará a través de la historia clínica electrónica, en los formularios de "Registro de caídas". En los hospitales que todavía no esté implantada se recogerá en formularios similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Rieiro C, Velasco-Gago MC, Chacón-García A, Izquierdo-Membrilla I, Sanchidrián-de Blas C, Rodríguez-Pérez P. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(3):128-32 "Caídas en el hospital: registro del año 2005".
2. Caídas en hospitales. Best Practice 1998, 2:1-6. (Actualizada: 15-3-2007). The Joanna Briggs Institute.
3. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas. En: La Cochrane Library plus en español. Número 3, 2001. Oxford: Update Software.
4. Generalitat de Catalunya. Evaluación externa de calidad de los centros del ICASS (Institut CÀtala d'Assistència i Serveis Socials). Indicadores de evaluación de la calidad. 1999. [acceso 23 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.Inforesidencias.com>
5. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caída en la atención hospitalaria. Osakidetza. 2009.

6. Protocolo de Caídas. [acceso 27 Nov 2009].
Disponibile en: <http://www.geriatricos.org>
7. A systematic review and meta-analysis of studies using the STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? D. Oliver, A. Papaioannou, Lora Giangregorio, Lehana Thabane, Katerina Reizgys, Gary Foster. *Age and Ageing* 2008; 37: 621–627
8. Joint Commission International Accreditation Standards For hospitals Third edition. Joint Commission International, 2007.
9. Falls. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical guideline 21 November 2004. National Institute for Clinical Excellence. NHS.
10. NANDA.: Diagnóstico enfermero: definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Elsevier. 2009 Madrid.
11. BULEBECK,G; Mc CLOSKEY,J. (2009) : Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Ed. Elsevier. Madrid.
12. JHONSON, M; MAAS, M; MOORHEAD,S. (2009): Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Elsevier. Madrid.
13. JHONSON, M; BULEBECK, G; Mc CLOSKEY,J; BUTCHER, H; MAAS, M; MOORHEAD, S. (2007): Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed.2ª Elsevier Mosby.

ANEXOS

Anexo 1. Definición de los Factores de Riesgo Intrínsecos asociados a caídas

Factores fisiológicos relacionados con la eliminación

- *Nicturia*: Aumento en la eliminación de orina durante la noche. Puede ser un signo de insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, prostática o trastornos edematosos.
- *Urgencia miccional*: Deseo intenso y súbito de orinar, con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento. Puede ser debida a múltiples causas: infección urinaria, diabetes, trastornos del sistema central como ictus, demencia, esclerosis múltiple.
- *Diarreas*: La patología gastrointestinal puede contribuir a la aparición de caídas por hipotensión (descenso de la tensión arterial), como hemorragias, síncope vasovagal postdefecación, o por la urgencia de ir al baño.
- *Fármacos*: Diuréticos (que aumentan la frecuencia de orinar) y laxantes y enemas (que aumentan la necesidad de defecar), influyen directamente sobre las necesidades de eliminación.

Factores relacionados con historia de caídas

Se considera el antecedente de caídas en el último año. Prácticamente el 25% de los mayores, que han sufrido una caída reconocen haber restringido su movilidad y tener dificultades para mantener una independencia en el desarrollo de las actividades instrumentales y ordinarias de la vida diaria. No se explica este fenómeno solo por la aparición de lesiones físicas. Este cambio de comportamiento se denomina síndrome post-caída o *síndrome de Kennedy* (restricción de la movilidad alentada, en muchas ocasiones, por la familia y los profesionales sanitarios y el miedo a volver a caer). Se describen como factores de riesgo de este síndrome: la edad avanzada, el sexo femenino, las alteraciones de la movilidad y el equilibrio y el antecedente de caídas con permanencia prolongada en el suelo.

Factores relacionados con la medicación

Comprende los siguientes grupos de fármacos:

- *Diuréticos*: Aumentan la frecuencia de orinar.
- *Laxantes y enemas*
- *Hipoglucemiantes*: Al disminuir los niveles de glucosa, pueden producir mareo y pérdida de equilibrio.
- *Antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes*: Pueden causar confusión, somnolencia, adinamia y cambios de conducta.
- *Betabloqueantes*: Causan alteraciones en el sistema de conducción y posible hipotensión arterial.
- *Antiarrítmicos*: Actúan sobre el sistema de conducción con alteración del gasto cardíaco.

- *Anticoagulantes*: Las lesiones en pacientes anticoagulados revisten especial importancia por las posibles formaciones de hematomas y hemorragias que favorecen las complicaciones leves o graves.
- *Inotrópicos*: Pueden causar alteraciones en el gasto cardíaco, hipotensión, hipertensión, taquicardia o bradicardia.

Factores relacionados con el estado cognitivo

- *Agitado*: Fases de agitación de forma brusca e intermitente, agitación de forma permanente, agitación acompañada o no de desorientación o pérdida de conciencia.
- *Confuso y desorientado severo*: Perturbación de la memoria de forma permanente y perturbación de la orientación de forma permanente en lugar, tiempo y espacio.
- *Confuso y desorientado leve*: Perturbación de la memoria de forma intermitente, perturbación de la orientación de forma intermitente en lugar, tiempo y espacio.

Factores relacionados con déficits senso perceptivos

- *Sordera*: Pérdida de audición de uno o ambos oídos.
- *Ceguera*: Pérdida de visión de uno o ambos ojos, visión deteriorada manifestada por visión sólo de contornos, sólo de masas o volúmenes o sólo percibe cambios de luminosidad.
- *Hipoacusia*: Audición disminuida en la percepción de sonidos graves o agudos, existencia de tapones, portador de prótesis.
- *Visión disminuida*: Disminución de visión por diplopía, estrabismo, utilización de medidas correctoras como gafas y lentillas.

Factores relacionados con el estado físico – dependencia y movilidad

- *Deambula con ayuda de personas y/o aparatos*: precisa ayuda para deambular, levantarse, acostarse, ir al baño, etc. Necesita ayuda de muletas o bastones, silla de ruedas, andador para desplazarse.
- *Portadores de dispositivos externos* que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero...).
- *Limitación de la movilidad*: deambulación limitada por hemiplejía y/o prótesis, artrosis avanzada, comienzo de deambulación tras encamamiento prolongado.
- *Deambula inestable, con vértigos*: deambulación insegura por problemas en miembros inferiores, dolor, alteraciones en articulaciones, alteración anatómica de los pies, portador de yesos o bastones, vértigos o mareos de forma esporádica o en fases cíclicas.
- *Pacientes con mareos o síncope por alteraciones en la perfusión sanguínea* (hipoxia cerebral secundaria a una disminución del flujo sanguíneo cerebral): síndrome del seno carotídeo.

Factores relacionados con dificultades en la comprensión.

- *Dificultad para comprender las enseñanzas dadas sobre medidas de prevención.*
- *Dificultad para comprender el idioma y expresarse.*

Otros factores intrínsecos.

Enfermedades que comportan mayor riesgo de caídas:

- *Enfermedades neurológicas.*
- *Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos...).*
- *Enfermedades del aparato respiratorio.*

Anexo 2. Metodología enfermera.

La prevención de caídas en los pacientes hospitalizados ha de hacerse desde una consideración holística de la persona, siendo esta y su familia el centro de atención de los cuidados. Estos han de adaptarse a su cultura, recursos, capacidad de recuperación y preferencias.

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

VALORACIÓN

En los hospitales de la Comunidad del Principado de Asturias se ha implantado un modelo de "Valoración Enfermera al Ingreso del Paciente" que ha de cumplimentarse en las primeras 24 horas de ingreso del paciente en una unidad de hospitalización. Esta valoración es integral, ya que, no puede considerarse la necesidad de seguridad de la persona separada de otras necesidades.

Los datos que se recogen están organizados según los Dominios de la taxonomía NANDA I. Los Factores de Riesgo del diagnóstico "Riesgo de Caídas" se valoran en los siguientes Dominios:

Dominio Eliminación

- Problemas al orinar (sensación de urgencia, nicturia, incontinencia urinaria).
- Incontinencia fecal.

Dominio Actividad Ejercicio

- Nivel de autonomía para utilizar el retrete, para trasladarse, para deambular (Escala de Barthel).
- Paresias/plejias.
- Amputaciones.
- Prótesis.
- Pérdida funcional.

Dominio Percepción Cognición

- Nivel de conciencia.
- Orientación.
- Dificultad para ver.
- Dificultad para oír.

Dominio Seguridad

- Presencia de sondas, vías venosas.
- Presencia de escayolas, tracciones.

- **Riesgo de caídas:** En este punto el enfermero ha de dejar constancia de si el paciente tiene riesgo de caerse o no. Para ello se basará en los datos recogidos en la valoración, y en su juicio clínico. Se ha demostrado que este es tan buen predictor como la utilización de escalas.
- Se hace también una evaluación del Cuidador Principal a tener en cuenta en el Informe de Continuidad de Cuidados. Según la circunstancia del paciente la presencia e implicación del Cuidador en el domicilio determina el grado de riesgo de caer.

Dominio Rol Relaciones:

- Apoyo familiar: Bueno, relativo, rechazo, no hay familia.
- Valoración del cuidador principal: Dificultad para el cuidado de la persona enferma.

Se valoran también, aunque no en la estructura de Dominios, otros datos que determinan el aumento del Riesgo de Caídas:

- Caídas previas.
- Medicación en el domicilio.

Se valoran circunstancias del paciente que pueden influir en la probabilidad de caerse. La reevaluación ha de hacerse siempre que haya cambios en su estado de salud. El control de Factores de Riesgo ambientales y del entorno ha de considerarse en las políticas de seguridad de los hospitales.

Se describe a continuación el desarrollo del diagnóstico NANDA "Riesgo de caídas" y sus interrelaciones con los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC:

DIAGNÓSTICO (NANDA)

Riesgo de Caídas (00155)

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

De los Factores de Riesgo que se identifican en la taxonomía, se han seleccionado los más frecuentes en los pacientes hospitalizados y descritos anteriormente en este protocolo:

- Historia de caídas.
- Prótesis en las extremidades inferiores.
- Uso de dispositivos de ayuda.
- Disminución del estado mental.
- Medicación.
- Dificultad en la marcha.
- Deterioro de la movilidad física.

- Cambios en la glucemia posprandial.
- Urgencia en la eliminación.
- Dificultades auditivas.
- Dificultades visuales.

CRITERIO DE RESULTADOS (NOC)

Dentro del modelo de cuidados de Virginia Henderson, el paciente y su familia han de alcanzar resultados que les permitan ser autónomos lo antes posible, para lo que han de conocer como prevenir las caídas y llevar a cabo las conductas necesarias para no caerse.

Se proponen los siguientes Criterios de Resultados e Indicadores que se seleccionarán según los Factores Relacionados de cada paciente:

Conocimiento: Prevención de caídas (1828)

Definición: Grado de la comprensión transmitida sobre la prevención de caídas.

Indicadores:

- 182801 Descripción del uso correcto de dispositivos de ayuda
- 182802 Descripción del uso y propósito de los mecanismos de seguridad
- 182803 Descripción del calzado adecuado
- 182807 Descripción del uso correcto de la iluminación ambiental
- 182808 Descripción de cuando pedir ayuda personal
- 182812 Descripción de medicaciones que aumentan el riesgo de caídas
- 182813 Descripción de condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas
- 182817 Descripción de cómo deambular de manera segura
- 182818 Descripción de cómo mantener el camino libre
- 182820 Descripción del uso de esterillas de bañera /ducha
- 182821 Descripción de cómo mantener las superficies del suelo seguras

Escala: 1 Ninguno, 2 Escaso, 3 Moderado, 4 Sustancial, 5 Extenso

Conducta de prevención de caídas (1909)

Definición: 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
- 190910 Uso de zapatos con cordones bien ajustados

190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda

190918 Uso de gafas oculares

190922 Proporciona la iluminación adecuada

190913 Adaptación de la altura adecuada de la cama

190916 Agitación e inquietud controladas

190917 Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumente el riesgo de caídas

Escala: 1 Nunca demostrado, 2 Raramente demostrado, 3 A veces demostrado, 4 Frecuentemente demostrado, 5 Siempre demostrado.

INTERVENCIONES

Las Intervenciones de Enfermería que han de ponerse en marcha para ayudar al paciente a obtener estos resultados son las siguientes:

Prevención de caídas (6490)

Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

- Ayudar a la deambulación a personas inestables.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastones, andador) para conseguir una deambulación más estable.
- Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador.
- 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 a nivel más bajo.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre).

Manejo ambiental: seguridad (6486)

Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.

Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)

Definición: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso, nivel de glucosa...).
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o interrumpir bruscamente la medicación.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas a tomar si se producen efectos secundarios.

Ayuda con los autocuidados: aseo (1804)

Definición: Ayudar a otra persona en la eliminación.

- Ayudar al paciente en el uso de la cuña o botella.
- Facilitar la higiene de aseo después de la eliminación.
- Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- Enseñar al paciente/familia la rutina del aseo.
- Instaurar idas al baño si procede.

Ayuda con los autocuidados: baño / higiene (1801)

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama/en el baño.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Facilitar que el paciente se bañe el mismo.
- Aportar material necesario para el aseo de boca.
- Proporcionar la ayuda necesaria hasta su independencia.

La inclusión en los Planes de Cuidados Estandarizados del Diagnóstico RIESGO DE CAÍDAS con los Resultados e Intervenciones descritas y su introducción en la base de datos de la aplicación SELENE o similar para la digitalización de la historia clínica, ayudarán a la implantación de este Protocolo "Prevenición de caídas de pacientes ingresados" contribuyendo a las "Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería".

Anexo 3. Formulario de registro de caídas.

Se ha elaborado un formulario unificado para todos los hospitales de la Red de Utilización Pública en el que se recogerán las circunstancias relacionadas con la caída de un paciente que se ha implementado en dichos centros.

CAMPOS E INDICADORES DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE CAÍDAS

Hora de la caída	
» Datos previos a la caída	
Estado de conciencia	Multiselección: Orientado Confuso Desorientado Agitado
Estado físico	Desplegable: Independiente Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa Totalmente dependiente
Déficit sensorial	Multiselección: No Auditivo Visual
Caídas en el último año	Desplegable: Si No
Medidas de protección previas a la caída	Multiselección: No Barandillas Presencia acompañante C M Miembros superiores C M Contralateral C M Miembros inferiores C M Torax C M Abdomen
Medicación relacionada	Desplegable: Ninguno Tranquilizante/Sedantes Diuréticos Hipotensores (no diuréticos) Antiparkinsonianos Antidepresivos
» Datos de la caída	
Ubicación del paciente en el momento de la caída	Desplegable: Cama Sillón Baño Otros
Otros especificar	

Actividad que realizaba en el momento de la caída	Desplegable: Deambulando Al levantarse Al acostarse Al ir al servicio Transferencia Otros
Otros especificar	
» Datos después de la caída	
Lesión	Multiselección: Sin lesión aparente Contusión Erosión Herida Fractura Alteración de la consciencia
Localización	
Cuidados	Multiselección: Vigilancia Cura Sutura Otros
Avisado facultativo	Desplegable: Si No
Estudios complementarios	Desplegable: Si No
Especificar	
Observaciones	

Anexo 4. Flujograma de actuación en la prevención de caídas.

