ESTUDIO DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES ORTO-GERIÁTRICOS

Cristina Mata García*. Agustín López-Espinosa Plaza*
*Enfermeros. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Resumen
Las causas de caídas son multi-factoriales. El motivo de dedicarle una especial atención a los pacientes orto-geriátricos es que presentan tres factores de riesgo añadidos: fragilidad, edad >65 años y antecedentes de caída en el último año.
La caída es un indicador de calidad asistencial, porque es un evento frecuente que puede causar dependencia, agudización de enfermedades y a veces, la muerte en ≥75 años como resultado de esta agudización. Por ello la importancia de prevenirlas.
Otro aspecto del problema es cómo los profesionales de enfermería responden a la demanda cada vez mayor del manejo de la fragilidad y caídas de una creciente población de ancianos.
Se pretende dar a conocer ***prácticas seguras*** de prevención de caídas para disminuir su incidencia.
Se realiza una revisión bibliográfica junto con un estudio observacional retrospectivo en nuestro hospital de pacientes ≥65 años con fractura de cadera por caída, y como variables: nº de caídas, sus factores de riesgo, turno, lugar y edad.
Se llega a la conclusión de que se precisa una actuación sobre los factores de riesgo causantes de caídas en estos pacientes a través del NIC 6490: Prevención de caídas.
Palabras clave: Ancianos, caídas, encamados, fractura de cadera y prevención.
Abstract
Causes of falls are multifactorial. The reason for devoting special attention to ortogeriatrics patients is that they have three additional risk factors: fragility, age >65 years and a history of falling in the last year.
Falls are indicators of quality of care because it is a frequent event that can cause dependence, worsening of diseases and sometimes, death in ≥75 years as a result of this exacerbation. So the importance of preventing them.
Other aspect of this problem is how nurses respond to the increasing demand for managing the fragility and fall of a growing elderly population.
Safe practices to prevent falls are intended investigate and reduce its incidence.
A bibliographic review was performed along with a retrospective observational study in our hospital in patients ≥65 years with hip fracture by fall and as variables, number of falls, their risk factors, shift, place and age.
As conclusion, an action on risk factors causing of falls is required in these patients through the NIC 6490: Prevention of falls.
Keywords: Bedridden, elderly, falls, hip fracture and prevention.

Introducción

El envejecimiento de la población es una cuestión de interés en salud a nivel internacional. Una de las principales líneas de investigación propuestas en el marco Horizonte 2020, es el "Envejecimiento saludable". Dentro de esta línea tienen especial relevancia los pacientes orto-geriátricos, definidos como aquellos perfiles de paciente geriátrico con fractura por osteoporosis, principalmente de cadera[1].
Un problema importante en la vida de estos pacientes es el riesgo de caídas. Las causas que las provocan son multi-factoriales. Se dividen en ***factores extrínsecos e intrínsecos***. Los primeros están relacionados con el ***entorno*** y son responsables del 22%, especialmente cuando tienen lugar en un ambiente desconocido, como puede ser un centro hospitalario. Los segundos se relacionan con el déficit sensorio-motor del ***paciente*** (deterioro de la conciencia o inestabilidad del equilibrio)[2]. (Tabla 1)[3, 4, 5, 6 y 7]
La caída de pacientes orto-geriátricos hospitalizados tiene gran importancia debido a que presentan factores de riesgo (FR) adicionales, tales como la edad >65 años y los que definen su fragilidad clínica: pluri-patología, osteoporosis, poli-farmacia y deterioro cognitivo. Además, en la mayoría de los casos, presentan antecedentes de caída[1].

Tabla 1.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL RIESGO DE CAÍDAS		
FACTORES DEL ENTORNO (EXTRÍNSECOS)	Ausencia de barandilla de la cama o inadecuada.	1
	Ausencia de medidas de sujeción física en cama o inapropiada.	2
	Ausencia de freno de la cama o defectuoso.	3
	Iluminación no adecuada.	4
	Timbre de llamada poco accesible.	5
	Entorno desconocido, desorden y espacios reducidos.	6
	Servicio inaccesible, sin asideros, sin adaptador para WC o demasiado alto.	7
	Permanencia en el sillón solo / medidas inapropiadas de sujeción física en sillón.	8
	Suelo mojado o deslizante.	9
	Ropa y calzado inadecuado.	10
	Sin cuidador.	11
	Participación del cuidador inadecuada.	12
FACTORES DEL PACIENTE (INTRÍNSECOS)	Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad.	13
	Dificultad para comprender, o bien el idioma.	14
	Inestabilidad del equilibrio / marcha.	15
	Alteración de la visión / audición.	17
	Postoperatorio inmediato.	18
	Ingestión de fármacos que produzcan disminución del nivel de conciencia o mareos.	19
	Desorientación con o sin agitación y posible alucinación.	20
	Deshidratación.	21
	Dolor agudo o crónico.	22
	Hipotensión.	23
	Hipoglucemia.	24
	Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.	25
	Agudización de enfermedades previas.	26
	Disminución del nivel de conciencia por enfermedad neurológica, respiratoria o cardiovascular.	27
	Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores...).	28

Este tipo de accidentes pueden desencadenar una cascada de situaciones por fracturas por osteoporosis que van a favorecer el deterioro de su capacidad funcional para las actividades de la vida diaria. Con esta pérdida de autonomía van a necesitar un cuidador. Además, debido a su fragilidad clínica con complicaciones agudas, requieren ser manejados por un equipo multidisciplinar. Todo ello conlleva graves consecuencias de salud que incluso pueden causar la muerte en ≥75 años y un gran gasto económico, por lo que la caída es un indicador de calidad asistencial. Por ser eventos frecuentes es muy importante prevenirlas[8].

Otro aspecto del problema es el aumento de población de ancianos por el incremento de la longevidad[1] y cómo los profesionales de enfermería responden a la demanda cada vez mayor de necesidades de cuidados para prevenir las caídas. Se debe realizar una ***valoración del riesgo*** (escala Morse) (Tabla 2) y ***prácticas seguras*** de prevención. Más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados en Andalucía están relacionados con ellas[4].

La fragilidad, a causa de la inestabilidad, es un poderoso predictor de caídas, hospitalización y pérdida funcional. Se asocia a edad avanzada, sexo femenino, mayor carga de enfermedad y deterioro cognitivo. La actuación e investigación sobre envejecimiento y fragilidad es actualmente una prioridad en Europa, España se encuentra actualmente a la cabeza[13].

Tabla 2

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

CUESTIONARIO DE RIESGO DE CAÍDAS EN HOSPITAL – Morse-

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de una escala hetero-administrada que consta de 6 ítems, con un rango total de 0 a 125. Presenta dos puntos de corte en función al riesgo de caída: Sin riesgo (< 24), Riesgo bajo (25-50), Y Riesgo alto (>50).

ÍTEMS	RESPUESTA	PUNTOS
1. Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses	No	0
	Si	25
2. Diagnóstico secundario	No	0
	Si	15
3. Ayuda para la deambulación	Reposo en cama, ayuda de enfermera	0
	Muletas, bastón, andador	15
	Muebles	30
4. Catéteres IV/ Vía heparinizada	No	0
	Si	20
5. Equilibrio/traslado	Normal, reposo en cama, inmóvil	0
	Débil	10
	Alterado	20
6. Estado Mental	Orientado según las posibilidades	0
	Olvida sus limitaciones	15
	PUNTUACIÓN TOTAL	

Objetivo

Identificar los FR de caídas de pacientes orto-geriátricos de cadera hospitalizados, con intención de disminuir su incidencia.

Material y Método

Se realiza revisión bibliográfica de las siguientes fuentes con el propósito de buscar prácticas seguras de prevención de caídas:

Exploraevidencia, TRYP Database, Cuiden Plus, PubMed, Hemeroteca Cantárida, Cochrane Database of Systematic Reviews, Google académico.

Los descriptores utilizados fueron: ancianos, encamados, fragilidad, caídas, pacientes hospitalizados, unidad de ortogeriatría, fractura de cadera, prevención de caídas, riesgo de caídas y el operador booleano AND.

De los 312 artículos encontrados como criterios de inclusión se han escogido 13 entre los años 2004 al 2014, a texto completo, que versaran sobre caídas en ancianos hospitalizados con riesgo, así como sobre factores que intervienen en el riesgo de caídas hospitalarias. Como criterio de exclusión: se han descartado resúmenes, publicaciones sobre ancianos no hospitalizados y <65 años. (Tabla 3)

La población de estudio ha sido los pacientes ingresados ≥65 años con fractura de cadera (FC) por caída.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA			
FUENTES	TESAUROS	Nº artículos encontrados	Bibliografía seleccionada
Exploraevidencia: Guía de Práctica Clínica	fragilidad y caídas	1	9
CUIDEN PLUS	prevención y caídas	189	2
	caídas y "pacientes hospitalizados"	58	5 y 6
PubMed	"orthogeriatric unit" and "hip fracture"	32	1
	falls and elderly and bedridden	25	10
Cochrane Database of Systematic	"risk of falls" and prevention	2	8
Google académico	prevención de caídas	1	7 y 11

Se realiza una formación educativa al personal sanitario de nuestro hospital para dar a conocer cómo comunicar las incidencias en el Observatorio para la Seguridad del Paciente del SSPA. Luego un estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante la visualización de dicha plataforma y la base de datos del servicio de Documentación de nuestro hospital durante 1 de Enero al 31 Diciembre del 2015. La población de estudio sería la misma, excluyendo las fracturas no relacionadas con la cadera o bien otras patologías y la muestra obtenida es de 539 pacientes.
Las causas del evento caída son sus FR extrínsecos e intrínsecos, según se enumeran en la tabla 1. Además hay que tener en cuenta otras variables como el turno (mañana, tarde y noche), el lugar (cama, sillón, baño y transferencia) y la edad.

Resultados:

-Nivel de evidencia A: Presentan criterios mayores de riesgo los pacientes con fractura previa por fragilidad, edad >65 años y caídas en el último año[9].
-Durante el año 2015 la prevalencia de FC por caídas en nuestro hospital fue de 535 pacientes, con mayor incidencia en mujeres ≥75 años. (Gráfico 1). Se comunicaron 11 caídas en pacientes ≥75 años al Observatorio para la Seguridad del Paciente tras una formación educativa que realizamos al personal sanitario. El lugar en el que sucedió fue desde la cama, durante la noche, en estado de desorientación, con barandillas pero sin sujeción y participación inadecuada del cuidador (dormido o ausente). 4 casos que no tenían cuidador estaban sometidos a sujeción física, pero no sabemos si apropiada. (Tabla 4)

Gráfico 1

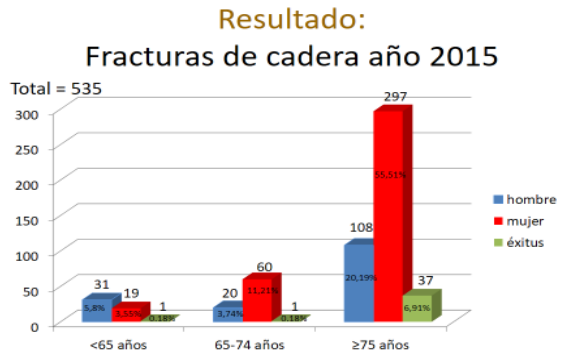

Tabla 4

VARIABLES	Nº CASOS
Nº de caídas	11
Ausencia de medidas de sujeción física en cama o inapropiada.	4
Sin cuidador.	4
Participación del cuidador inadecuada.	7
Desorientación con o sin agitación y posible alucinación.	11
Deshidratación.	11
Turno de noche	11
Lugar: cama	11
Edad ≥75 años	11

-Comparando con otros estudios:
1. Según Moreno Rodríguez, con la edad disminuye la influencia de los factores extrínsecos y aumentan los intrínsecos[2].
2. Según Von Rentein-Kruse, la desorientación y la deshidratación son los FR de mayor frecuencia en pacientes ≥80 años y sobre todo, durante la noche. La duración media de la estancia hospitalaria es mayor en los pacientes con caídas que sin ellas[10].
3. Según Tapia Cólex, en un estudio de 5.753 pacientes, 39 presentaron caídas durante su estancia hospitalaria. Demostró que el lugar de mayor índice de caídas era la permanencia en sillón durante el postoperatorio inmediato en turno diurno y

en segundo lugar, de la cama. En ambos casos sin cuidador ni supervisión[5]. .
-Una práctica basada en la evidencia es que el plan de cuidados estandarizado para el paciente senil y pluri-patológico incluye el Diagnóstico de Enfermería "Riesgo de caídas" y la intervención NIC-6490 "Prevención de caídas". Sus actividades están orientadas a prevenir los FR de caídas[11].

Discusión:

De los resultados obtenidos apreciamos que:
-Se justifica el riesgo de la población de estudio con la Evidencia A.
-Hay una pérdida de información al describir el incidente en el Observatorio porque se carece de identificación de los FR causantes y la patología del paciente.
-Se detecta en los relevos una falta de implicación de los profesionales en su comunicación al Observatorio por lo que la tasa de incidencia previsiblemente es mayor. A esto se suma la gran cantidad de ingresos ectópicos del servicio de Traumatología.
-Se precisa una actuación sobre los FR a través del NIC 6490: Prevención de caídas.
-No olvidar fomentar la hidratación de estos pacientes durante su estancia para evitar la deshidratación y un posterior cuadro confusional agudo.
-Es importante integrar la participación de la familia en la asistencia sanitaria y orientarla sobre cómo prevenir dichos FR.
-Es necesario colocar la cama mecánica en la posición mas baja con barandillas laterales y utilizar dispositivos físicos de sujeción por la noche, si es necesario[12].
Como conclusión, se necesitaría un estudio más exhaustivo a través del Observatorio que incluya los FR que intervienen en las caídas, obligando a registrar edad, sexo y turno y favorecer la implicación de los profesionales en su comunicación, ya que están sometidos a una gran carga asistencial.

Bibliografía:

1. González Montalvo, J I; Gotor Pérez, P; Martín Vega, A; Alarcón, T; Mauleón Álvarez de Linera, J L; Gil Garay, E; García Cimbrelo, E; Alonso Biarge, J. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2011; 46 (4): 193-199. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-unidad-ortogeriatria-agudos-evaluacion-S0211139X11000886
2. Moreno Rodríguez, A; Ramos Hernández, E. Control de Calidad de una intervención enfermera en Prevención de Caídas de los enfermos postquirúrgicos. Rev. ENE. Enferm. 2012;6 (3). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/201
3. Borrador de Prevención de caídas. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2008. Traducido por la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza.
4. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el SSPA. Consejería de Salud. 2009.
5. Tapia Cólex, ML; Salazar Ceferino, MC; Cortés Villarreal, G y Martínez Santana, H. Factores que influyen en el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico. 2012; 20 (1): 7-11.
6. Hernández Herrera, DE; Barcellos Dalri, MC; Canini, SRM da Silvia; Villarreal Ríos, E; Campos de Carvalho, E. Factores de riesgo de caídas en Pacientes Hospitalizados. Desarrollo Cientif Enferm. México. 2011;19 (5): 171-174.
7. Álvarez Morezuelas, N; Asensio Bermejo, B; Azkárate Aperribay, J; Bidea Rodríguez, A; Cantero González, D; Garitano Tellería, B. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria de Osakidetza. Osakidetza: 2011.
8. Cameron, I; Gillespie, L; Robertson, M; Murray, G; Hill, K; Cumming, R y Kerse, N. Intervenciones para la prevención de caídas en pacientes de edad avanzada en centros de atención y hospitales. (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013. Issue 3.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d´Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/02.
10. Von Renteln-Kruse, W. Fall events in geriatric hospital in-patients. Results of prospective recording over a 3 year period. Z Gerontol Geriatr. 2004 Feb; 37 (1): 9-14.
11. Villar Bustos, MC; Martín Vaquero. Y; García Calderón, MS y González Sanz, A. Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatológico. Rev. Enferm. CyL. 2012. 4 (2): 21-39. Disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/83
12. Mc Closkey, JC; Bulechek, GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 5ª ed. Madrid: Harcourt; 2013.
13. Abizanda Soler, P; Espinosa Almendro, JM; Juárez Vela, R; López Rocha, A; Martín Lesende, I. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Junio 2014.