

“Parece sorprendente, que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño”

Florence Nightingale
(Notas de enfermería - 1863)

ÍNDICE

1. ÍNDICE DE ABREVIATURAS	1
2. RESUMEN	2
3. INTRODUCCIÓN	3
3.1 Metodología.....	6
3.2 Objetivos.....	7
3.3 Estructura	7
4. CAPÍTULO I. SEGURIDAD CLÍNICA: LA CAÍDA COMO EVENTO ADVERSO EVITABLE	8
5. CAPÍTULO II. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS	11
5.1 Factores de riesgo	11
5.1.1 Factores de riesgo intrínsecos.....	12
5.1.2 Factores de riesgo extrínsecos o ambientales	13
5.2 Consecuencias de la caída	14
6. CAPÍTULO III. ESCALAS DE VALORACIÓN PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS Y PRÁCTICAS SEGURAS DE ENFERMERÍA.	17
6.1 Escalas de valoración del riesgo de caídas.....	18
6.2 Intervenciones de enfermería.....	22
6.3 Evaluación de los resultados.....	24
7. CAPÍTULO IV. NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LAS CAÍDAS. SITUACIÓN ACTUAL EN EL HUMV.	25
7.1 Notificación de la caída.....	25
7.2 Situación actual en el HUMV	26
8. CONCLUSIONES	29
9. AGRADECIMIENTOS	29
10. BIBLIOGRAFÍA	30
11. ANEXOS	35

1. ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

EAs: Eventos Adversos

ENEAS: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización

HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

IOM: Institute of Medicine

JCI: Joint Commission International

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NIH: National Institute of Health

NNN: Lenguaje NANDA-NIC-NOC

NOC: Nursing Outcomes Classification

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

SNS: Sistema Nacional de Salud

2. RESUMEN

La prevención de los EAs en las instituciones sanitarias, es un tema de absoluta actualidad enmarcado en el contexto de la Seguridad Clínica. Hacer del medio sanitario un entorno más seguro, es el principal objetivo de multitud de organizaciones internacionales, y sus estrategias y planes de actuación así lo demuestran.

Las caídas de los pacientes durante su hospitalización, se perfilan como uno de los EAs que más daño causan al individuo de forma directa, y más secuelas y discapacidades producen.

Las intervenciones para disminuir la incidencia de caídas son múltiples, pero todas ellas precisan de una adecuada evaluación del riesgo de caer. Existen multitud de instrumentos para evaluar este EA (escala de Morse, evaluación del riesgo de caídas de Heindrich, escala STRATIFY...) que ayudan a identificar a los pacientes en riesgo, para instaurar intervenciones preventivas desde una perspectiva multifactorial e interdisciplinaria, que aborde componentes no sólo del comportamiento, sino también del entorno.

En definitiva, nos encontramos ante un problema de salud importante, pero sin lugar a dudas, las cifras reales de la incidencia de caídas en nuestros hospitales es un dato que todavía está por descubrir, pues la notificación conocida de estos accidentes es sólo la punta del iceberg.

Palabras clave: *Pacientes internos, seguridad del paciente, medición del riesgo, accidentes por caídas, hospitalización.*

ABSTRACT

Prevention of AEs in health institutions is an up-to-date matter in the Clinical Safety context. In order to do the health system safer, many international organizations are performing strategies and action plans.

Accidental falls during patient hospitalization, is emerging as one of the most damaging AEs. It is also one of the main cause of sequels and disabilities.

There are many possible interventions to reduce the incidence of accidental falls, but all require an appropriate fall risk assessment. There are several tools to evaluate this AE (Morse scale, the Hendrich fall risk assessment, STRATIFY scale...). These tools allow the identification of patients at risk, in order to establish preventive interventions from a multifactorial and interdisciplinary perspective, addressing both behavior and environment components.

Definitely, accidental falls is an important health problem. However, without a doubt, the actual figures for the incidence of falls in our hospitals are unknown. The notification of these accidents is low nowadays, just the tip of the iceberg.

Keywords: *Inpatients, patient safety, risk assessment, accidental falls, hospitalization.*

3. INTRODUCCIÓN

En líneas generales, se puede definir el EA como: *“todo accidente o incidente recogido en la Historia Clínica que ha causado daño al paciente o ha podido causarlo, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia sanitaria recibida y no a la enfermedad de base del individuo”*¹. Las publicaciones de algunos autores, señalan que aunque el EA no haya resultado perjudicial para la salud del individuo, siempre tendrá la connotación de “daño para el paciente”, simplemente por la gran potencialidad de generarlo que posee².

La reducción de las cifras de incidencias de los EAs en el sistema de salud, es uno de los componentes principales a la hora de hablar de la Seguridad Clínica en el medio sanitario, lo que mejoraría exponencialmente la Calidad Asistencial de las distintas intervenciones y procedimientos que el equipo de salud lleva a cabo en los pacientes. Pero ¿cómo podríamos definir la Seguridad Clínica y la Calidad Asistencial?

La Seguridad Clínica, se define como: *“la asistencia sanitaria exenta de riesgos o EAs, en la que el individuo puede recibir un nivel de Calidad Asistencial óptimo sin sufrir incidentes que dañen o puedan dañar su salud”*. La Seguridad Clínica es un componente indispensable a la hora de hablar de Calidad Asistencial³.

Avedis Donabedian, a quien se considera padre de la Calidad Asistencial, propuso en 1980 una definición de la misma que se formula como: *“Calidad de la atención, es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”*. La OMS, en una definición más reciente, describe en el año 2000 la Calidad Asistencial como: *“el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud, por parte de los sistemas sanitarios, y de receptividad a las expectativas legítimas de la población”*. Se trata de conseguir que la balanza de riesgo-beneficio derivada de la atención, sea lo más favorable posible para el paciente⁴.

La complejidad creciente del sistema sanitario, hace que se tengan que poner en práctica las medidas oportunas destinadas a la prevención de los EAs que se pueden derivar de la actividad asistencial, en la que el gran número de profesionales que participan, el extenso abanico de técnicas y pruebas diagnósticas que se realizan así como la amplia demanda a la que los sanitarios tienen que atender, conlleva a que la frecuencia de errores en la práctica clínica sea uno de los principales problemas a los que la sanidad tiene que enfrentarse en los últimos tiempos, todo ello para ir en pro de la prestación de unos cuidados de calidad^{5,6}.

Es indiscutible el hecho de que este aumento progresivo de la complejidad del sistema, conlleva por sí solo a la obtención de unos mejores resultados y una mayor efectividad de nuestras intervenciones, logrando que diariamente las expectativas y esperanzas que el paciente tiene puestas en el medio sanitario sean mayores. Sin embargo, es esta misma complejidad, fundamentada sobre todo por la atención de un equipo multidisciplinar cada día mayor, y unas intervenciones diagnósticas y terapéuticas progresivamente más especializadas, la que convierte al usuario en una figura vulnerable y con alto riesgo de sufrir un evento no deseado que puede llegar a menoscabar su integridad.

Resulta de una gran importancia dotar de conocimiento e información sobre el tema a los profesionales sanitarios; sólo una adecuada concienciación del problema puede favorecer la sensibilización del personal, y por consiguiente, la prevención de todos aquellos eventos no deseados y que son fácilmente evitables. Una práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible es una garantía de éxito de nuestras intervenciones, una evidencia que queda

recogida en las guías de práctica clínica, protocolos de actuación y en las recomendaciones basadas en la evidencia¹.

A pesar de que en la década de los años 50 comienzan a aflorar los primeros estudios sobre la temática de la Seguridad del Paciente, la mayor parte de ellos con escasa relevancia y repercusión, multitud de artículos, informes y protocolos consultados, convergen en la opinión de que la publicación *“To err is human: building a safer health system”* del IOM en 1999, traducido al Castellano como *“Error es humano: construyendo un sistema de salud más seguro”*, constituyó la plataforma de lanzamiento para un tema que en pocos años ha alcanzado unas dimensiones globales, como es la seguridad del paciente en el medio sanitario. Fué el primer estudio cuyos resultados y conclusiones, evidenciaban de forma clara la magnitud de las consecuencias que los errores derivados de la atención sanitaria tenían sobre los pacientes, y consiguió que las agendas y debates políticos incluyeran entre sus asuntos un hecho que ya se venía advirtiendo, aunque con poca fuerza, **que las instituciones sanitarias no eran un medio seguro para los pacientes**⁶⁻⁹.

La creciente preocupación sobre la Seguridad del Paciente, ha llevado a la comunidad internacional a adoptar numerosas estrategias y planes de actuación destinadas a la mejora de la Seguridad Clínica.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, fue creada en el año 2004 con el objetivo de incrementar la seguridad de la atención sanitaria de todos los países miembros de la OMS. Dicha Alianza considera que la falta de seguridad sanitaria es un problema de salud pública de primer orden, y establece la Seguridad del Paciente como un principio fundamental sobre el que se tienen que regir todos los sistemas sanitarios del mundo^{7,10}.

Su línea de trabajo viene marcada, especialmente, por la investigación dirigida a la búsqueda de soluciones que permitan hacer del entorno sanitario un espacio más seguro y protegido, seguido de la puesta en práctica de los resultados obtenidos, para lograr así una reducción de los daños que la práctica clínica diaria ocasiona en el usuario. Establece que las investigaciones sobre la Seguridad del Paciente, deberían realizarse siguiendo el siguiente esquema¹⁰:

1. **Determinar los daños:** cuáles son los principales EAs, y establecer la magnitud del problema en cifras.
2. **Entender las causas:** factores, evitables o no, precipitantes de los EAs.
3. **Encontrar soluciones:** para que la atención sanitaria sea más segura.
4. **Evaluar el impacto:** de las soluciones encontradas, una vez han sido llevadas a la práctica.

La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido, publica en el año 2005 un documento titulado *“Seguridad del Paciente en Siete Pasos”*, una guía en la que se recogen las diferentes fases que, llevadas a la práctica clínica, proporcionarían una organización sanitaria y, por tanto, un servicio sanitario lo más seguro posible¹¹.

- PASO 1:** Construir una cultura de seguridad.
- PASO 2:** Liderazgo del equipo de personas.
- PASO 3:** Integrar las tareas de gestión de riesgos.
- PASO 4:** Promover que se informe.
- PASO 5:** Involucrar y comunicarse con el paciente y público.
- PASO 6:** Aprender y compartir lecciones de seguridad.
- PASO 7:** Implementar soluciones para prevenir daños.

En España, a nivel estatal, el Ministerio de Sanidad y Consumo, conocido en la actualidad como Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, incluyó la Seguridad del Paciente como una de las estrategias por las que trabajar en el Plan de Calidad para el SNS, teniendo como principal propósito la consecución de una asistencia sanitaria más segura. Los objetivos sobre los que se basa esta estrategia, pasan por⁸:

- Extender el conocimiento y la cultura sobre la seguridad del paciente, entre todos los profesionales y los pacientes.
- Establecer un sistema de notificación y registro de incidentes relacionados con la práctica clínica.
- Guiar las intervenciones sanitarias a través de la implantación en el SNS de prácticas seguras basadas en la mejor evidencia disponible.
- Fomentar la investigación en materia de seguridad del paciente.
- Promover la participación de los pacientes en la propia estrategia de seguridad del paciente.
- Consolidar la participación de España en todos los proyectos internacionales destinados a la investigación y abordaje de la seguridad del paciente.

De esta lectura, se extrae la importancia que la investigación, el conocimiento, el trabajo en equipo y la participación de los pacientes en sus propios asuntos de salud, entre otros, tienen para hacer del medio sanitario un lugar en el que el individuo pueda recuperar o mejorar su estado de salud, sin exponerse a riesgos innecesarios que puedan ir en contra de su integridad.

El presente trabajo, se centrará en la caída como uno de los EAs que más importancia tiene en el ámbito sanitario, tanto por las repercusiones que puede llegar a ocasionar en los pacientes que lo sufren, como por las numerosas estrategias y planes de actuación que se han puesto en marcha en los distintos centros sanitarios para su prevención y abordaje.

Según los resultados del proyecto SENECA, sobre la seguridad de los cuidados del paciente hospitalizado, que realizó su estudio en 33 hospitales españoles diferentes, un 3,6% de los pacientes afirmaba haber sufrido una caída durante su estancia hospitalaria, dato que difería significativamente con la información que proporcionaban los propios sistemas de notificación y registro de los centros, los cuales constataban una incidencia de caídas del 1,04%¹².

El panorama y los datos actuales que se manejan, exige que la valoración de este riesgo se generalice a todos los pacientes que ingresan en las distintas unidades asistenciales, con el objetivo de estudiar los factores de riesgo que rodean al enfermo, y así poder poner en marcha las estrategias de prevención específicas e individualizadas pertinentes. La prevención de la caída se perfila como uno de los indicadores de calidad en la prestación de cuidados de enfermería, por lo que es competencia del personal enfermero llevar a cabo un amplio abanico de intervenciones que tengan como objetivo principal minimizar el riesgo de caídas¹³.

El interés que ha suscitado la realización de este trabajo, radica en la gravedad de las consecuencias que se pueden derivar de este EA, en gran medida evitable, mediante la correcta ejecución de las intervenciones enfermeras oportunas destinadas a la prevención de la caída. El aumento de la morbi-mortalidad del paciente ingresado, alargamiento de estancias, reingresos hospitalarios... son algunos de los resultados que se pueden desencadenar tras la precipitación del individuo al suelo.

Asimismo, cabe destacar que la literatura referente a las caídas en el anciano es muy extensa, no siendo tan amplia la bibliografía y los estudios disponibles para el análisis de las caídas en los pacientes adultos hospitalizados. Este hecho ha sido también determinante a la hora de acotar el marco de estudio de esta monografía.

3.1 Metodología

La metodología utilizada para la realización esta monografía, se basa en la búsqueda bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Dialnet), en la biblioteca virtual biomédica (SCIELO), en buscadores electrónicos (Google Académico), en la biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC) y en las páginas web de organismos nacionales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) e internacionales (Joint Commission International, Organización Mundial de la Salud). Asimismo, han sido de gran apoyo la consulta de protocolos y guías de actuación de diferentes hospitales y centros sanitarios, así como la consulta de distintas guías de práctica clínica.

Por otra parte, la colaboración del Área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo de Enfermería del HUMV, ha permitido dar a conocer en este trabajo el panorama actual de las caídas en dicho hospital, gracias a la facilitación de los datos recogidos en los últimos años en todas las unidades asistenciales del centro.

Para la búsqueda del material científico en bases de datos se han utilizado un amplio número de descriptores en ciencias de la salud, tanto en español (DeCS) como en inglés (MeSH). Los descriptores utilizados han sido:

- **Pacientes internos/ Inpatients:** Personas que son admitidas en las instalaciones de salud que brindan alojamiento con el propósito de observación, cuidado, diagnóstico y tratamiento.
- **Seguridad del paciente /Patient Safety:** Los esfuerzos para reducir el riesgo, para tratar y reducir los incidentes y accidentes que pueden afectar negativamente a los consumidores de salud.
- **Hospitalización/ Hospitalization:** Internación de un paciente en un hospital.
- **Riesgo / Risk:** La probabilidad de que un evento ocurrirá. El abarca una variedad de medidas de probabilidad de un resultado generalmente no favorable (MeSH/NLM). Número esperado de pérdidas humanas, personas heridas, propiedad dañada e interrupción de actividades económicas debido a fenómenos naturales particulares y por consiguiente, el producto de riesgos específicos y elementos de riesgo.
- **Accidentes por Caídas/ Accident Falls:** Caídas causadas por resbalar o tropezar y que producen lesión.
- **Medición de Riesgo/ Risk Assessment:** Métodos y técnicas aplicados para identificar factores de riesgo y medir la vulnerabilidad a los daños potenciales causados por desastres e sustancias químicas.

Estos términos se combinaron en un orden lógico mediante los operadores booleanos AND y OR.

La búsqueda bibliográfica se realizó en inglés y español. Por tratarse de un tema de actualidad y en constante evolución, se han excluido aquellos artículos anteriores a 2005, a excepción de aquella bibliografía que por su impacto en el tema propuesto se ha considerado de interés. Tras una exhaustiva revisión bibliográfica, se procedió a la lectura crítica y selectiva de la información más relevante para dar respuesta al tema abordado. Por otro lado, se excluyeron artículos que no tenían acceso libre al texto completo por ser de pago.

Como gestor bibliográfico se utilizó “Refworks”, donde se registraron todas las referencias bibliográficas utilizadas para la realización de la monografía.

3.2 Objetivos

Objetivo principal

- Situar la valoración inicial del riesgo de caídas como la principal herramienta para la detección de los factores de riesgo que rodean al paciente, así como para la puesta en marcha de las intervenciones específicas para la prevención de este EA.

Objetivos secundarios

- Enmarcar las caídas durante la hospitalización en el escenario de la Seguridad Clínica, como un EA evitable en la mayor parte de los casos.
- Describir los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, así como las consecuencias físicas y psicológicas derivadas del accidente.
- Analizar las diferentes escalas de valoración del riesgo de caídas.
- Describir el proceso de notificación y registro de caídas en los hospitales, más concretamente en un hospital de tercer nivel (HUMV).

3.3 Estructura

En base a los objetivos propuestos, la presente monografía ha sido estructurada en cuatro capítulos o bloques principales a desarrollar:

- En el primer capítulo, se explica el concepto de Seguridad Clínica/Seguridad del Paciente como meta a alcanzar por parte de todas las instituciones sanitarias. Únicamente se han seleccionado los conceptos más relevantes para la exposición del tema, pues la amplia literatura existente exigiría la realización de una monografía adicional. Se ha considerado importante enmarcar la problemática de las caídas como uno de los principales EAs derivados de la atención sanitaria, así como introducirlo dentro de los EAs evitables.
- En el siguiente bloque, se enumeran los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos que aumentan la susceptibilidad del individuo a caer. Igualmente, se pretende mostrar las consecuencias biopsicosociales que este EA tiene para el paciente.
- En el tercer capítulo, queda reflejado como se trabaja con este tema en la práctica diaria, resaltando la importancia que tiene una correcta valoración del riesgo de caídas, para poder poner en marcha las intervenciones enfermeras oportunas destinadas a la prevención del accidente.
- En el cuarto y último bloque, se enumerarán los obstáculos que impiden la notificación de los EAs que se producen en los centros sanitarios. Así mismo, se pretende mostrar la situación de este tema en el HUMV, exponiendo la incidencia, valoración y registro de la caída del paciente hospitalizado.

4. CAPÍTULO I. SEGURIDAD CLÍNICA: LA CAÍDA COMO EVENTO ADVERSO EVITABLE

La Seguridad Clínica es uno de los componentes imprescindibles de la Calidad Asistencial, así como un derecho inherente para todos los pacientes y usuarios del SNS¹⁴:

La Ley General de Sanidad de 1986, establece en uno de sus artículos que: <<“*Son características fundamentales del SNS (...) e) la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados*”>>¹⁵.

Así mismo, La Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003, refleja que: <<“*La prestación de servicios asistenciales del SNS se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación...*”>¹⁶.

Además, todos los ciudadanos deben obtener la información pertinente sobre la seguridad de la atención sanitaria que van a recibir, algo que ha de brindarse en un lenguaje apropiado y que permita una relación profesional sanitario-paciente de confianza y entendimiento mutuo. La toma de decisiones y la participación del individuo en sus propios asuntos de salud, es fundamental a la hora de aumentar la Seguridad del Paciente⁷.

Cuando hablamos de seguridad, nos referimos a que la oferta de atención y cuidados que se ofrecen es segura, algo que se demuestra cuando se realiza una correcta valoración de los posibles riesgos, con un personal capacitado para prevenir y evaluar los posibles incidentes y EAs que se puedan producir, aprender de ellos y aplicar las soluciones pertinentes para minimizar el riesgo de que ocurran⁷.

La Seguridad Clínica ha adquirido una importancia de grandes dimensiones en los últimos años. Se ha producido un aumento exponencial de la literatura científica que centra su labor en la investigación y formación sobre este asunto, así como los estudios y proyectos relacionados con la prevalencia e incidencia de EAs en los sistemas de salud⁹.

A nivel estatal, cabe destacar el estudio ENEAS, cuyos resultados mostraban una incidencia del 9,3% de EAs relacionados con la asistencia sanitaria que recibían los pacientes. Los diversos resultados que arrojaba dicho estudio, evidenciaban que las dimensiones de la problemática eran mayores si atendemos a las consecuencias derivadas de los EAs¹:

- Un 31,4% de los EAs propiciaron un alargamiento de estancia de los pacientes que sufrieron el evento. El alargamiento de la estancia hospitalaria se situó en 4 días más de media¹.
- El 24,4% de las víctimas precisó un reingreso hospitalario. El alargamiento de la estancia debida a un reingreso, supuso 7 días más de media¹.
- Un alto porcentaje de EAs relacionados con la asistencia hospitalaria (42,8%) podrían haber sido evitables, mientras que el 57,4% de los EAs restantes, se consideraron no evitables¹.

Este último indicador, evidencia la responsabilidad que el equipo sanitario tiene a la hora de hacer de la práctica clínica una labor más segura para el paciente.

El estudio ENEAS se perfila como el quinto trabajo de investigación a nivel mundial con mayor número de pacientes incluidos en su proyecto, hasta la fecha de su publicación, y como el tercer estudio más potente de Europa de sus características¹.

Igualmente, sus resultados han sido similares a los estudios de otros países más avanzados que se habían realizado hasta la fecha ¹; dos estudios Canadienses y Británicos, constataban una incidencia de EAs del 7,5-11,7% respectivamente, considerando como EAs prevenibles entre el 36,9-46% de los mismos^{17,18}.

Con el análisis de los datos expuestos, se puede concluir que alrededor de 4 de cada 10 EAs derivados de la asistencia sanitaria que sufren los pacientes, podrían ser prevenibles.

Pero el EA no es el único concepto que debemos entender para hablar de la Seguridad Clínica. El estrecho margen que separa el error asistencial, el riesgo y el daño producido en el enfermo, hace que sea necesario comprender dónde se encuentra la línea que diferencia los distintos términos que se utilizan con más frecuencia, a la hora de hablar de la seguridad en la práctica clínica.

- **EA no evitable:** retomando la definición inicial, el EA no evitable es *“todo daño real o potencial producido en el paciente derivado de la asistencia sanitaria”*. En este caso, la intervención sanitaria se ha realizado sin error de la práctica, pero el resultado no ha sido el esperado o deseado. En ningún caso existe intencionalidad por parte del profesional sanitario de desencadenar el EA^{1,2}.
- **EA evitable:** *“daño real o potencial producido en el paciente derivado de la asistencia sanitaria”*. El EA evitable se desencadena cuando las intervenciones que el equipo sanitario puede llevar a cabo en beneficio del paciente, son mayores que las que éste ha recibido, o cuando la actuación del profesional no ha sido la correcta. Para estar ante un EA evitable, éste debe incluir otro concepto, el error. Tampoco existe intencionalidad^{1,2}.
- **Error:** la planificación de intervenciones equivocadas para la consecución de unos resultados esperados, o el fallo en la ejecución del plan propuesto, forma parte del error en la práctica asistencial².
- **Casi EA:** se hace referencia a este concepto, cuando se ha producido un error en la labor asistencial pero éste no ha supuesto ningún daño para el paciente. La identificación y eliminación de los casi EA, llevará a la prevención de una buena parte de los EAs evitables².
- **Incidente:** se trata de un suceso que, si hubiese ocurrido en otras condiciones, podría haber dado lugar a daño o complicaciones en el paciente. En otras palabras, se puede decir que el paciente ha sido expuesto a una situación de riesgo, pero no le ha supuesto un perjuicio^{1,2}.
- **Accidente:** es un suceso súbito e inesperado, que ocasiona un daño de cualquier tipo en el paciente (físico, material, económico...)².

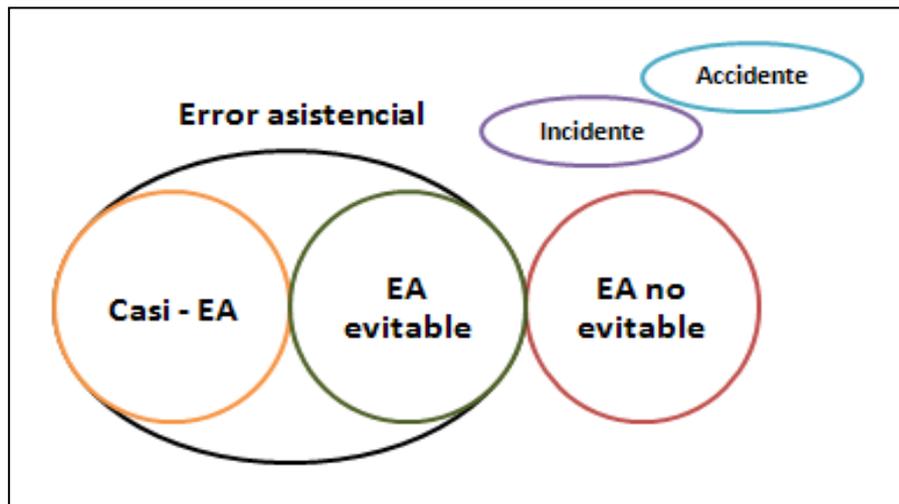


Figura 1: Mapa gráfico conceptual.
Fuente: Elaboración propia

Sin duda alguna, la prevención de los sucesos adversos que se pueden derivar de la actividad asistencial, es en gran medida responsabilidad de la enfermería. La calidad de los cuidados, está directamente relacionada con la incidencia de EAs en la asistencia sanitaria, evidenciando por tanto que una menor incidencia de estos eventos se traduce en una mejor práctica enfermera.

Si el equipo de enfermería es reconocido por ser generador de salud, así como líder en la prestación de cuidados, no se puede permitir que el paciente sufra daños importantes en su estado de salud, a consecuencia de infortunios que se producen en el medio sanitario y que podrían haberse evitado, como es el caso de las caídas.

La JCI, incluye la “reducción del riesgo de daño al paciente causado por las caídas” como uno de los seis objetivos internacionales para la Seguridad del Paciente, unos objetivos que persiguen promover mejoras específicas en esta materia para conseguir una atención sanitaria segura y de alta calidad¹⁹.

Para la consecución del objetivo propuesto, la JCI expone una serie de elementos a desarrollar por parte de las instituciones sanitarias, y que siguen la línea de lo que este trabajo pretende exponer en sus sucesivos capítulos¹⁹:

1. Implantación de un protocolo de valoración inicial del riesgo de caídas del paciente, así como su reevaluación cuando lo indique un cambio en su estado.
2. Una vez valorado al paciente; implementación de medidas de prevención del riesgo detectado.
3. Evaluación de los resultados obtenidos tras la aplicación de las medidas ofrecidas.

Esta monografía, sitúa las caídas en el medio sanitario como un EA evitable en la mayor parte de los casos, por lo que el error que se produce en la planificación de los cuidados de enfermería y que hace que el individuo caiga, debe ser abordado y erradicado. Para ello, la valoración continuada del individuo marcará el plan de intervención de enfermería, un plan de actuación que será dinámico y abierto a cualquier tipo de actualización y modificación durante el tiempo que el paciente permanezca ingresado en la unidad, siempre que la situación del enfermo así lo requiera.

5. CAPÍTULO II. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS.

La revisión de la literatura, refleja una evidente falta de consenso en cuanto a la definición de la caída como EA:

La OMS, define el concepto caída como: *“un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”*²⁰.

El plan estratégico de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, 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 pie, sentado o estirado”*²¹.

Por su parte, en los servicios de hospitalización parece utilizarse una definición más práctica, que incluye los términos daño y lesión como consecuencia del evento: *“la caída es el cambio de posición brusca e involuntaria de un individuo a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo, que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial”*²².

Lo que sí se puede afirmar abiertamente, es que las caídas que sufren muchos enfermos hospitalizados en la actualidad, está considerado como un problema de salud tanto por su repercusión a nivel personal, como por los costes institucionales que conllevan las consecuencias derivadas de este acontecimiento adverso²³.

Las graves secuelas físicas, psicológicas y socio-económicas que pueden derivarse de esta problemática, hacen que sea necesaria la realización de una correcta valoración inicial al paciente, evaluando los factores de riesgo que están presentes y llevando a cabo las medidas oportunas para disminuir o eliminar, en la medida de lo posible, la probabilidad de que el individuo caiga al suelo²¹.

El origen multicausal que predispone al paciente a caer, obliga al equipo profesional a individualizar las estrategias de acción para intervenir directamente en los factores específicos que contribuyen a la caída, por lo que cada persona necesitará un plan de cuidados particular y unas intervenciones y actividades individualizadas para su situación.

En lo sucesivo, se enumeran los elementos que inciden de forma negativa sobre el paciente hospitalizado, los conocidos como factores de riesgo, así como las consecuencias resultantes del evento.

5.1 Factores de riesgo

La posibilidad de que un paciente sufra una caída, está directamente relacionada con la presencia de factores de riesgo; un mayor número de éstos aumenta la predisposición del individuo a sufrir el evento^{6,24}.

A continuación, se enumeran los factores de riesgo extrínsecos al individuo, derivados del entorno y distribución del ambiente hospitalario, así como los factores de riesgo intrínsecos, entendiendo éstos como aquellos inherentes a la propia situación de la persona. Algunos estudios y protocolos sitúan el desconocimiento del entorno en el que ingresa el paciente como un factor de riesgo extrínseco, lo que clasificaría a todos los usuarios como pacientes con riesgo de caídas, algo que exigiría que la valoración de dicho riesgo se generalizase a todos los enfermos^{6,25,26}.

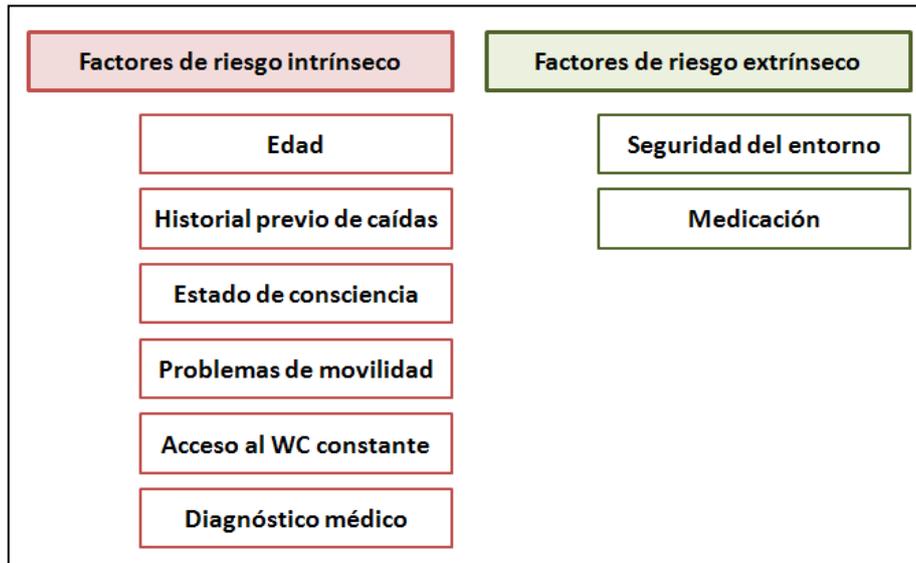


Figura 2. Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos
Fuente: Elaboración propia

5.1.1 Factores de riesgo intrínsecos

Los condicionantes inherentes al paciente, es decir, los derivados de su comportamiento o condición, se perfilan como el grupo de factores de riesgo intrínsecos para sufrir la caída²⁷.

Existe una diferencia fundamental entre el riesgo intrínseco y el extrínseco, ya que una buena planificación y ejecución de nuestras intervenciones, lograría modificar en gran parte los condicionantes extrínsecos, con el objetivo de reducir el riesgo de caída. Sin embargo, los factores intrínsecos que pasaremos a enumerar a continuación son difíciles de modificar, y sólo una buena valoración del riesgo para la posterior prevención, lograría minimizar las consecuencias derivadas de ser un paciente de riesgo para la caída.

- Uno de los factores predisponentes por excelencia para sufrir una caída es la **edad**. Los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, así como la disminución de la calidad de los reflejos y el progresivo deterioro de los sentidos, hacen que el adulto mayor sea uno de los grupos poblacionales con más riesgo de precipitación involuntaria al suelo¹³.
- Es importante conocer el **historial previo de caídas**, actuando en la prevención y/o eliminación de los factores desencadenantes⁵.
- El **estado de la consciencia** es fundamental incluirlo en la valoración. Cuadros de agitación psicomotriz, confusión o desorientación, exigen una reevaluación constante del paciente y la necesidad de considerarlo de alto riesgo en dicha valoración. La alteración del estado cognitivo, es el factor que más se identifica en los pacientes que sufren caídas^{6,24}.
- Indudablemente, los **problemas de movilidad** son causa directa de caídas involuntarias, problemas que se manifiestan como alteraciones en la marcha y la deambulación²⁷.

- ✓ Pacientes con patologías orgánicas como el Parkinson, artrosis avanzada o discapacidades derivadas de eventos cerebrovasculares, aumentan considerablemente su susceptibilidad de sufrir una caída²⁷.
 - ✓ El uso de dispositivos de ayuda como bastones, muletas o andadores, necesita siempre la supervisión del personal, especialmente en aquellos pacientes que se inician en el manejo de los mismos⁶.
 - ✓ Otros eventos como los mareos, síncope o vértigos, son también condicionantes importantes a la hora de realizar la valoración⁶.
- La necesidad de **acudir en numerosas ocasiones al servicio** especialmente durante la noche, cuando las condiciones de iluminación no son las más adecuadas, favorecen la caída. Estas situaciones pueden deberse a procesos que cursan con diarrea, urgencia miccional o nicturia⁵.
 - Finalmente, los **diagnósticos médicos** que más se asocian con el riesgo de caer son la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, neoplasias y accidentes cerebrovasculares. Igualmente, las unidades asistenciales con mayores índices de caídas, son las unidades de rehabilitación y las unidades geriátricas²⁴.

5.1.2 Factores de riesgo extrínsecos o ambientales

Se establecen como factores de riesgo extrínsecos, los relacionados con el entorno del paciente y los derivados de la interacción de éste con el medio hospitalario. No cabe duda, que la infraestructura del servicio o unidad donde el individuo se encuentra ingresado constituye un ambiente desconocido para el mismo, siendo necesaria la adaptación a este nuevo entorno para poder resolver las necesidades básicas. También se incluyen en este apartado los factores derivados del tratamiento farmacológico, atendiendo principalmente a los efectos secundarios que los medicamentos prescritos pueden causar en el estado funcional del paciente^{13,27}.

- Los elementos asociados a la **infraestructura y distribución** del entorno desconocido de la hospitalización, son la causa principal de los accidentes que conllevan caídas por causas externas¹³:
 - ✓ La **luz deficiente** en las habitaciones, pasillos u otras instalaciones del hospital, que dificulta la visión y consecuentemente facilita la caída¹³.
 - ✓ Baños con **mala accesibilidad**, que no están correctamente adaptados a las necesidades del enfermo (falta de asideros, espacio físico reducido...)⁵.
 - ✓ Es fundamental que se realice una exhaustiva **revisión de los dispositivos de ayuda existentes** para la deambulación, ya que las malas condiciones de mantenimiento de éstos ponen en serio peligro la estabilidad de los pacientes¹³.
 - ✓ **Personal sanitario insuficiente** o de reciente incorporación. De la misma forma, la falta de **formación a la familia** del paciente en riesgo por parte de los profesionales, también se considera factor de riesgo extrínseco⁵.
 - ✓ **No cumplimentación del protocolo** de valoración del riesgo de caídas del centro, o ausencia de un protocolo de estas características⁵.
- La mayor parte de las caídas se identifican desde la cama (en traslados cama-sillón, cama-silla de ruedas), en el pasillo (mientras deambulan) y en el cuarto de baño (en el aseo o mientras se utiliza el inodoro)²⁴.

- o Una buena parte de la bibliografía consultada sitúa la **medicación** como factor de riesgo intrínseco, sin embargo, las intervenciones de colaboración pueden ir encaminadas a la modificación de la pauta de tratamiento del paciente. La enfermería, junto con el personal facultativo, deberá conseguir que el plan terapéutico interfiera lo menos posible en la capacidad de la persona para desarrollar un hábito de vida diario normalizado²⁸. Entre los medicamentos que aumentan la susceptibilidad del individuo a sufrir una caída se incluyen:
 - ✓ **Antiarrítmicos**, que causan alteraciones en el sistema de conducción vascular, afectando al gasto cardíaco^{6,13}.
 - ✓ Los **antidepresivos tricíclicos** pueden favorecer la caída, debido a sus efectos secundarios anticolinérgicos (hipotensión, taquicardia refleja, visión borrosa, confusión, alteración de la atención y la memoria...)²⁷.
 - ✓ **Antihipertensivos**, pudiendo producir somnolencia, vértigos y mareos¹³.
 - ✓ **Benzodiacepinas**, causantes de somnolencia, confusión, miorelajación...²⁵
 - ✓ Otros fármacos que también alteran el sistema de conducción vascular son los **betabloqueantes**, produciendo efectos hipotensores^{6,13}.
 - ✓ **Diuréticos y laxantes**, los cuales aumentan la frecuencia de la necesidad de orinar y defecar, incrementando por tanto los desplazamientos del paciente al baño^{6,13}.
 - ✓ **Hipoglucemiantes**, que pueden reducir considerablemente las cifras de glucemia, ocasionando mareos y pérdidas del equilibrio¹³.
 - ✓ Los fármacos **inotrópicos positivos y/o negativos** pueden ocasionar hipotensión, hipertensión, taquicardia o bradicardia¹³.
 - ✓ Fármacos **neurolépticos o antipsicóticos**, que en ocasiones producen sintomatología parkinsoniana y sedación²⁷.

Se tiende a relacionar el número de fármacos que consume el enfermo con el aumento de la predisposición a la caída, considerándose que a partir de cuatro medicamentos este riesgo se vería incrementado considerablemente. Por tanto, la **polimedicación** se presenta como otro factor más de riesgo a tener en consideración por el equipo de salud^{6,24}. De la misma forma, los profesionales deberán ser conscientes de que la introducción de nuevos fármacos al plan terapéutico del paciente, necesita una vigilancia exhaustiva durante los primeros días, supervisando que la reacción del individuo a esta nueva pauta de tratamiento no suponga un aumento de la vulnerabilidad ante el riesgo de caídas²⁹.

Es responsabilidad del equipo sanitario identificar todas aquellas causas externas a la condición del paciente que predisponen a la caída, la eliminación de los factores de riesgo extrínsecos es algo factible que puede conseguirse mediante una correcta valoración del medio, con el propósito de prevenir los accidentes que pueden derivarse de la distribución de éste²⁷.

5.2 Consecuencias de la caída

Como ya se ha comentado anteriormente, el proyecto SENECA informaba que un 3,6% de los pacientes llevados a estudio, afirmaron haber sufrido alguna caída durante su estancia hospitalaria. Del total de pacientes que sufrieron el evento, un 70% aseguraba que el accidente no había tenido consecuencias en su estado de salud, mientras que el 30% restante reconocía algún tipo de resultado adverso¹².

Según un estudio reciente de la NIH realizado a gran escala sobre prevalencia y tendencia de caídas en pacientes hospitalizados de los Estados Unidos, en el que participaron un total de

1.263 hospitales y 6.100 unidades asistenciales con presencia de equipo de enfermería en todas ellas, del total de caídas que registra la publicación, el 26,1% de las mismas ocasionó algún tipo de lesión en el individuo, dividiéndose éstas según su gravedad en; leves (85,6%), moderadas/graves (14,1%) y un 0,2% desembocó en la muerte del paciente³⁰.

Los resultados anteriores, se asemejan significativamente a los de otros estudios donde se notificaron un 29-33,6% de caídas con lesiones, de las que; el 82-88,3% resultaron ser leves, el 11,7-16% moderados/graves y el 0-2% dieron como consecuencia el fallecimiento del paciente. Entre las causas de los fallecimientos, se nombraron el hematoma subdural y la fractura de cadera^{31,32}.

De estos datos, podemos interpretar que no sólo ha de ser una preocupación las consecuencias inmediatas del evento, sino que las complicaciones derivadas de las lesiones ocasionadas por las caídas, pueden favorecer un empeoramiento gradual del paciente y predisponerle a sufrir un progresivo deterioro que le lleve finalmente a fallecer, como es el caso de las fracturas de cadera especialmente en el paciente anciano.

Las cifras que anteriormente se han comentado, son sólo una mirada hacia todos los estudios que hay publicados sobre caídas en pacientes hospitalizados hasta la actualidad, pero es suficiente para evidenciar que la caída no pasa desapercibida para el individuo en un importante porcentaje de las ocasiones. Con los datos anteriores, se puede decir que uno de cada cuatro pacientes que sufren una caída resultan heridos en mayor o menor medida, siendo algunos de los principales daños físicos los siguientes:

- Entre las lesiones consideradas como leves, o de daño menor, se pueden encontrar con mayor frecuencia^{31,32}:
 - ✓ Contusiones.
 - ✓ Dolores.
 - ✓ Arañazo o hematomas.
 - ✓ Heridas superficiales.

- Por su parte, entre las consecuencias más graves o lesiones mayores que pueden causar serios problemas de salud en el paciente, se han encontrado^{31,32}:
 - ✓ Luxaciones.
 - ✓ Fracturas en las extremidades superiores (manos y brazos).
 - ✓ Fracturas costales.
 - ✓ Fracturas en las extremidades inferiores, siendo una de las principales afecciones documentada la fractura de cadera.
 - ✓ Traumatismos craneoencefálicos.
 - ✓ Hemorragias intracraneales, especialmente el hematoma subdural.
 - ✓ Para el adulto mayor, las caídas se perfilan como uno de los síndromes geriátricos más estudiado e investigado, pueden llegar a ocasionar el 75% de los fallecimientos por accidentes en los ancianos.

Junto con el daño físico, se pueden derivar otro tipo de situaciones que aunque no se valoren tras las primeras impresiones de la caída, pueden ocasionar circunstancias desfavorables tanto para el paciente como para el sistema de salud:

- La restricción de la movilidad derivada del miedo a sufrir nuevas caídas, es una de las principales consecuencias psicológicas que pueden afectar sobre todo a los pacientes ancianos. Este fenómeno conocido como “Síndrome post caída”, puede llevar al

individuo a una progresiva limitación del movimiento que le conduzca incluso a la inmovilización total, algo que puede deteriorar gravemente la calidad de vida del paciente²⁶.

- Una de las intervenciones a desarrollar tras la caída, pasa por explorar como ésta ha afectado al estado psico-social del paciente, esto es, valorar el autoestima y la confianza en sí mismo que mantiene el individuo tras tener un historial de caídas previo, y cómo esto afecta en el desarrollo de las ABVD²⁸.
- Tras un episodio de caída, el temor a que ésta se vuelva a producir no sólo afecta a quien la sufre, sino que el personal sanitario y los familiares aumentan las solicitudes de contenciones físicas para que el evento no se vuelva a producir, con todo lo que conlleva el uso de la contención mecánica³¹.
- Hospitalización prolongada y aumento de los costes económicos:
 - ✓ El estudio ENEAS concluía un alargamiento de la estancia hospitalaria de hasta 4 días más de media¹.
 - ✓ Derivación del paciente a un centro de atención a media-larga estancia²⁹.
 - ✓ Responsabilidad legal. Una responsabilidad que recaerá íntegramente en el sistema de salud, y que puede ir en contra de la reputación y la imagen social de los centros sanitarios³².

La implementación de un programa de prevención de caídas interdisciplinario, debería ser uno de los objetivos de calidad que todo centro sanitario se marcara como meta a alcanzar. Dado que este fenómeno produce daño físico y/o psicológico en quien lo sufre, aumento de costos sanitarios, daños a la reputación del sistema... en definitiva, afecta a la Seguridad del Paciente, se hace indiscutible la necesidad de instaurar programas de prevención de caídas que tengan como punto de inicio la valoración del individuo al ingreso.

6. CAPÍTULO III. ESCALAS DE VALORACIÓN PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS Y PRÁCTICAS SEGURAS DE ENFERMERÍA.

El proyecto SENECA recoge entre los resultados del estudio, que en 12 de los 33 hospitales donde llevó a cabo sus investigaciones, no se había implantado un protocolo de prevención de caídas para pacientes. La misma fuente, indicaba que los centros poseedores de protocolos de prevención y evaluación del riesgo de caídas, tenían una menor incidencia de este EA que aquellos en los que no se habían establecido. Además, cuatro de los siete hospitales en los que se registró que la incidencia de caídas había sido del 0%, incluían una valoración de este riesgo protocolizada e instaurada¹².

El objetivo principal que la enfermería debe marcarse en la lucha contra este EA, pasa por lograr que el paciente no sufra riesgos innecesarios de caídas durante su hospitalización²³. Para ello, es fundamental valorar dicho riesgo al ingreso, lo que permitirá orientar las múltiples intervenciones que demuestran ser efectivas para la reducción del mismo²⁸.

La clasificación de los enfermos como pacientes con riesgo de caer, no reducirá por sí mismo la incidencia de caídas en la hospitalización, sino que favorecerá la elección de las intervenciones adecuadas a cada tipo de paciente que llevarán a la consecución de la prevención, lo que sí disminuirá las tasas de caídas²⁸.

Al igual que todas las actuaciones propias de la enfermería, la prevención de la caída estará guiada por el PAE, abordando el cuidado del paciente desde su llegada a la unidad asistencial hasta la finalización de su ingreso. La valoración y diagnóstico del individuo, la planificación y ejecución de las intervenciones, así como la evaluación de los resultados de las acciones profesionales, ha de ser un proceso dinámico y continuo, que vendrá marcado por la evolución del estado clínico del paciente. El PAE en la prevención de la caída, pasa por:



Figura 3. Proceso de Atención de Enfermería (PAE)
Fuente: Elaboración propia

- o Realizar una **valoración inicial** del paciente, donde quedarán recogidos todos aquellos factores de riesgo relacionados con las caídas²¹.
- o **Identificar** al paciente con **riesgo de caídas**²¹.

- o Incluir a los pacientes con riesgos de caídas en el **protocolo de prevención del centro sanitario** en el que se encuentre ingresado. Los cuidados de prevención, estarán supeditados a los factores de riesgo presentes²¹.
- o Aplicar las **medidas e intervenciones preventivas** que permitan modificar o eliminar, los factores predisponentes de la caída²¹.
- o **Reevaluar** periódicamente el grado de riesgo en el que se encuentra el individuo. Por lo general, habría que **valorar** de nuevo la situación cada vez que se modifique el estado de salud o el entorno en el que se encuentra el paciente²¹.
El registro de la respuesta de la persona a los cuidados recibidos, quedará reflejado en la historia clínica⁶.

6.1 Escalas de valoración del riesgo de caídas

Una de las principales herramientas que podemos utilizar para disminuir la incidencia de caídas en los pacientes, son las escalas de valoración que evalúan el grado de riesgo de caer que el individuo tiene en un momento determinado. Es importante resaltar que la escala utilizada ha de estar correctamente validada, y ser un instrumento cuyo uso práctico sea factible en el ámbito asistencial, teniendo siempre presente que no se dispone en la actualidad de ninguna escala que contemple todos los factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad del paciente²¹.

Tras haber realizado una búsqueda bibliográfica de las diferentes escalas de valoración para este riesgo, se ha comprobado que no existe ninguna que esté ampliamente respaldada por las diversas instituciones de salud que trabajan para la prevención de la caída, así como tampoco se puede hablar abiertamente de que exista una de uso generalizado. A continuación, se exponen las escalas de mayor trascendencia en la práctica clínica:

La **escala St. Thomas o Stratify**, incluye cinco preguntas de respuesta dicotómica, una obtención de dos o más contestaciones positivas clasificaría al individuo como paciente de alto riesgo para sufrir una caída³³.

ESCALA ST. THOMAS MODIFICADA (STRATIFY)		
ESCALA PARA LA VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS	SI	NO
1 ¿Tiene historia de caídas previas o ha ingresado por una caída?		
2 ¿Está agitado, confuso, desorientado?		
3 ¿Oye o ve mal?		
4 ¿Necesita acudir con frecuencia al aseo, o es incontinente?		
5 ¿Tiene dificultades para caminar y/o incorporarse?		

Figura 4: Escala St. Thomas Modificada (STRATIFY)

Fuente: Fernández Flórez R. *Proceso de cuidados: valoración enfermera*. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias; 2010.

Stratify es una herramienta para la predicción del riesgo de caídas, no siendo un instrumento que permita la identificación de factores de riesgo ni, por tanto, la posibilidad de programar intervenciones específicas para los diferentes factores precipitantes existentes. De

la misma forma, su diseño impide que pueda emplearse para la reevaluación del riesgo de caída de los pacientes, por lo que no sería el instrumento idóneo si lo que pretendemos es valorar de forma continua al individuo que sufre cambios en su estado de salud durante el ingreso³⁴.

No obstante, algunos estudios sitúan la escala Stratify como una de las escalas más eficaces a la hora de predecir el riesgo de caídas en pacientes adultos en la hospitalización de agudos, aunque no tenga en cuenta prácticamente ningún factor de riesgo extrínseco o intrínseco^{26,35}. Esta escala demostró tener una mayor efectividad que otras como la escala Morse o Hendrich II²⁶.

Por otra parte, su sencillez y factibilidad para la aplicación en el entorno sanitario, puede favorecer que su uso se generalice en las distintas instituciones de salud³⁴.

Una de las escalas más utilizadas en la práctica clínica, es la de **J.H. Downton**, caracterizada por incluir en su registro alguno de los factores de riesgo que tienen mayor incidencia en los pacientes (historial previo de caídas, medicaciones, alteraciones de la movilidad o la consciencia...). Se recomienda completar la valoración registrando todos aquellos factores de riesgo en los que, a juicio del profesional, sea necesaria la planificación de unas intervenciones para su abordaje, y que no queden especificados en esta escala²¹.

Cada uno de los ítems de los que consta, posee una puntuación que oscila entre cero (ausencia del factor de riesgo) y uno (factor de riesgo presente). La obtención de 1 o 2 puntos, clasificará al enfermo como paciente con bajo riesgo de caer, traduciendo una puntuación mayor a 3 como de alto riesgo²¹.

El uso de la escala de valoración de J. H. Downton, está bastante extendido en la sanidad Española. La revisión de la literatura, refleja que algunos hospitales de reconocido prestigio como el Ramón y Cajal o el Gregorio Marañón de Madrid, así como organizaciones como la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, incluyen este medio de valoración en sus protocolos oficiales^{21,23,36}.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
Caídas previas	NO	0
	Si	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 ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Figura 5. Escala de Riesgo de Caídas (J.H. Downton)

Fuente: Acha Sánchez Y. coordinador. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía. Andalucía: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2009.

Destinada a la población general hospitalizada, la **escala Morse** se mide con una puntuación que va desde 0 a 150 puntos. Si el resultado total es menor a 25, no se consideraría la existencia de riesgo de caídas, clasificando al paciente con un riesgo bajo si obtiene entre 25-50 puntos, y con un riesgo alto si el sumatorio total es mayor a 50³⁷.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE		
Caídas recientes (últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
Diagnóstico secundario	No	0
	Si	15
Ayuda para la deambulación	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

Figura 6: Escala de riesgo de caídas Morse.

Fuente: Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Prevención de caídas. Andalucía: Junta de Andalucía; 2010.

En su valoración, incluye algún ítem común a otras escalas como es el caso de los antecedentes de caídas, ayudas para la deambulación, estado del equilibrio o marcha y estado de consciencia. Es característica la inclusión de la “vía venosa” como factor de riesgo para la caída, algo que diferencia esta escala del resto.

Se puede interpretar, a falta de bibliografía que lo respalde, que los tratamientos endovenosos que justifican la presencia de un catéter en el paciente, pueden suponer un peligro para su estabilidad cuando éste se encuentra deambulando, debido fundamentalmente a los sistemas necesarios para la administración del tratamiento por gravedad, o a los palos de gotero utilizados durante la marcha.

Por otra parte, resulta llamativo el hecho de que el paciente valorado con menos de 25 puntos sea considerado como “sin riesgo”, algo que no va en la misma dirección de lo que se pretende transmitir en esta monografía. Si defendemos que la presencia de un solo factor precipitante clasifica al individuo como paciente con riesgo de caer, la obtención de la mínima puntuación en esta escala ya debería significar riesgo de caídas.

La **escala de valoración del riesgo de caídas Hendrich II**, está diseñada para evaluar de una forma rápida el riesgo de caer de los pacientes hospitalizados. Su diseño, permite explorar varios factores de riesgo en el individuo, incluyendo una breve prueba para la valoración de la marcha y el equilibrio conocida como “*Get Up and Go Test*”, traducido al Castellano como “*Levántese y Camine*”³⁸.

Escala de Hendrich II		
Factor de Riesgo	Riesgo	Puntos
Confusión/desorientación/impulsividad	4	
Depresión sintomática	2	
Alteraciones de la eliminación	1	
Mareos/vértigo	1	
Sexo masculino	1	
Medicación antiepiléptica	2	
Administración de benzodiacepinas	1	
Test "Levántese y Camine"		
Capacidad para levantarse en un movimiento sin pérdida de equilibrio	0	
Impulsándose hacia arriba, consiguiéndolo en un intento	1	
Múltiples intentos pero lo consigue	3	
Incapaz de levantarse sin ayuda	4	

Figura 7: Escala de valoración del riesgo de caídas Hendrich II.

Fuente: Hendrich A. Predicting patient falls. Using the Hendrich II fall risk model in clinical practice. *AJN*. 2007; 107 (11): 50-58.

Cada uno de los ítems de valoración posee una puntuación independiente del resto, asignando 0 puntos cuando el factor de riesgo no exista para el individuo, o la puntuación indicada a cada caso cuando esté presente³⁸.

De los siete factores de riesgo que se evaluarán con la escala Hendrich II, se puede comprobar que la mayor parte de ellos son comunes al resto de las escalas propuestas (alteración de la consciencia, alteración de la eliminación, tratamiento con benzodiacepinas o antiepilépticos...). Sin embargo, la inclusión del "sexo masculino" como factor precipitante, diferencia a Hendrich II del resto de escalas.

En este sentido se puede interpretar, dada la bibliografía que se ha consultado, que el hombre cae con más frecuencia que la mujer, por lo que no es de extrañar que alguna escala de valoración integre como factor de riesgo el ser varón^{25,39-42}.

Otra de las novedades con respecto a las escalas comentadas anteriormente, es la introducción de una prueba para valorar la marcha y el equilibrio del paciente, denominada "Get Up and Go Test". Este pequeño examen de la movilidad, evalúa la capacidad del paciente para pasar desde la sedestación a la bipedestación, calificando con 0 puntos la ausencia de problema en el individuo para levantarse por sí mismo y con 4, al paciente que se muestre incapaz de levantarse sin ayuda³⁸.

El resultado del sumatorio de puntos adjudicados en cada uno de los apartados, se traducirá de la siguiente manera: paciente de riesgo (1-4 puntos) y de alto riesgo (a partir de 5 puntos). Ante un paciente incapacitado para realizar el test de equilibrio, solo se evaluará la primera parte de la prueba³⁸.

La evaluación de los factores ambientales que pueden incrementar el riesgo de que el paciente sufra una caída, es una limitación generalizada a todas las escalas de valoración. De la misma forma, factores como la saturación de los servicios asistenciales, el ratio enfermera-paciente o el personal sanitario de reciente incorporación, son también elementos que no se

tienen en cuenta a la hora de valorar este riesgo, y que pueden aumentar las probabilidades de caer en los pacientes²⁴.

Asimismo, es importante reiterar que el registro y la cumplimentación de escalas de valoración, resultará de poca utilidad si no se acompaña de las intervenciones específicas destinadas al abordaje de los factores de riesgo detectados⁴².

6.2 Intervenciones de enfermería

Las intervenciones que se pondrán en marcha, deberán estar enfocadas hacia los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos que se han detectado durante la valoración. Las acciones que el equipo deberá llevar a cabo estarán dirigidas a la prevención de la caída, la promoción de la salud y la consecución de un rol autónomo e independiente que permita al paciente mejorar su calidad de vida²¹.

La mejor evidencia disponible sobre el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados, defiende una intervención múltiple para la prevención de este EA. Este enfoque, trata de dar respuesta a todos los factores de riesgo que rodean al individuo, sugiriendo diversas intervenciones específicas para el abordaje de cada uno de ellos²⁴:

- Intervenir sobre todos aquellos **factores ambientales** que puedan suponer un obstáculo para el individuo: evitar el amontonamiento de objetos alrededor de la cama, mejorar la iluminación si es preciso, mantener en buen estado los muebles en los que es probable que se apoyen los pacientes...²⁴
- Revisar **la medicación** de forma regular con el médico responsable del paciente, evitando en la medida de lo posible la combinación de fármacos de alto riesgo²⁴.
- Valorar la **necesidad de eliminación**, procurando que los pacientes con incontinencia estén situados cerca de los baños, y controlar frecuentemente a quienes toman laxantes y diuréticos²⁴.
- Ante un paciente con **movilidad reducida**: valorar el uso de calzado antideslizante, enseñar cómo debe ser un desplazamiento seguro, fomentar la deambulación con ayuda de familiares o personal sanitario...²⁴
- Orientar a los pacientes con **alteración del estado cognitivo** en el entorno dónde se encuentran²⁴.
- Asegurar que la **cama** se encuentra en una posición baja, correctamente frenada y que el paciente tiene a su alcance los accesorios que necesite. De la misma forma, velar por el buen estado de los **dispositivos de ayuda**²⁴.

Por su parte, el método científico enfermero, cuyo uso se está generalizando en la actualidad a todos los servicios asistenciales donde hay un profesional de enfermería realizando su labor, incluye dentro del lenguaje NNN un diagnóstico específico para la actuación en caso de existencia de riesgo de caer. La NANDA Internacional, define el diagnóstico **“Riesgo de Caídas”** como el **“Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico”**⁴³.



Figura 8: Plan de Cuidados basado en el lenguaje NNN.
Fuente: Elaboración propia.

Para enunciar el diagnóstico **“Riesgo de Caídas”**, la NANDA Internacional incluye una serie de factores de riesgo, también conocidos como factores precipitantes o facilitadores de la caída. A continuación, se detallan algunos de estos factores que se pueden encontrar con más frecuencia en la práctica clínica:

- Riesgo de origen extrínseco: habitación débilmente iluminada, habitación desconocida, entorno desordenado, uso de dispositivos de ayuda, medicaciones (ansiolíticos, hipnóticos, tranquilizantes...)⁴³.
- Riesgo de origen intrínseco: disminución del estado mental, edad superior a 65 años, historial previo de caídas, procesos patológicos (anemia, cambios en la glucemia, deterioro de la movilidad, incontinencia, insomnio...)⁴³.

La realización de un Plan de Cuidados guiado por el lenguaje NNN, exige al profesional de enfermería marcarse una serie de objetivos o resultados a alcanzar utilizando la taxonomía NOC, mediante la ejecución de las intervenciones específicas para el diagnóstico en cuestión y los objetivos propuestos, unas intervenciones que vienen recogidas en la taxonomía NIC.

A modo de ejemplo, se exponen algunos de los objetivos más significativos para este diagnóstico, que pueden encontrarse en la taxonomía NOC⁴⁴.

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. NOC

Conocimiento: prevención de caídas (1828): grado de conocimiento transmitido sobre la prevención de caídas. NOC

Del mismo modo, de entre las intervenciones que se incluyen en la taxonomía NIC para llevar a cabo la consecución de estos resultados, se han seleccionado las siguientes⁴⁵:

Identificación de riesgos (6610): análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgo para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas. NIC

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

Ayuda con el autocuidado (1800): ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. *NIC*

Potenciación de la seguridad (5380): intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente. *NIC*

La realización de Planes de Cuidados basados en el diagnóstico **“Riesgo de Caídas”** mediante la utilización del lenguaje científico, es un método eficaz y basado en la mejor evidencia disponible. Este hecho, justifica que muchos de los protocolos de actuación para la prevención de caídas que han sido consultados para la realización de esta monografía, incluyan entre sus recomendaciones la utilización de este procedimiento para dirigir las actuaciones de enfermería^{5,21}.

6.3 Evaluación de los resultados

La evaluación constante de los resultados de las intervenciones puestas en marcha para la prevención de la caída, se hace imprescindible especialmente entre los pacientes que se encuentran en la fase aguda de su enfermedad. Los cambios en el proceso patológico, la modificación del tratamiento farmacológico, el estado físico o de la cognición del enfermo... requieren una reevaluación individual a fin de prevenir la caída mediante la reasignación del nivel de riesgo y, por tanto, la reorientación del plan de actuación a llevar a cabo en cada momento²⁶.

Por otra parte, el anciano, perfil de paciente mayoritario en las instituciones sanitarias y especialmente vulnerable en este contexto, puede sufrir con más frecuencia desorientación, agitación o pérdidas de la funcionalidad durante su estancia en el hospital, por lo que es indiscutible la necesidad de que los centros sanitarios dispongan de instrumentos rápidos, fáciles y que puedan utilizarse para la reevaluación del riesgo en repetidas ocasiones²⁶.

7. CAPÍTULO IV. NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LAS CAÍDAS. SITUACIÓN ACTUAL EN EL HUMV.

7.1 Notificación de la caída

Los sistemas de notificación y registro de cualquier EA acaecido en el medio sanitario, surgen como una oportunidad de mejora y aprendizaje de los errores producidos. Sin embargo, existe un amplio desconocimiento entre los profesionales de la salud, de las herramientas existentes para la comunicación de los errores cometidos a diario en la práctica asistencial, y una mentalidad que lleva a interpretar este hecho como una posible forma de castigo o penalización, haciendo que la mayor parte de estos EAs no sean notificados⁴⁶.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en un informe realizado en colaboración con la Agencia de Calidad del SNS titulado *“Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos”*, identifica ocho barreras principales para la notificación de errores en la práctica clínica por parte de los profesionales⁴⁶:

1. Ausencia de conciencia del error cometido.
2. Desconocimiento de lo que se debe registrar y porqué.
3. Percepción de que el error cometido no ha sido perjudicial para el paciente.
4. Miedo a la sanción o denuncia.
5. Falta de familiaridad con las herramientas de notificación y registro.
6. Pérdida de autoestima profesional.
7. Justificar la falta de documentación con la carga asistencial a la que tienen que hacer frente.
8. Falta de feedback cuando se produce un registro.

Las conclusiones que se obtienen tras conocer los principales obstáculos que dificultan la notificación de los errores producidos en la asistencia sanitaria, pasan por:

- Entender que todo sistema de registro de EAs ha de ser anónimo y no punitivo.
- Concienciarse de que el objetivo principal es aprender de los errores y trabajar para prestar una atención sanitaria más segura.
- Dar a conocer los sistemas de registro y notificación de EAs existentes en cada centro, ofreciendo formación al personal a cerca de su funcionamiento.
- Concienciar al personal sanitario, respecto a la importancia de la notificación de los errores cometidos en la práctica clínica.

La ley 16/2003 del 28 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS, a la que se hacía referencia con anterioridad en esta monografía, incluye en el artículo 59 que: *“La infraestructura para la mejora de la calidad del SNS estará constituida por (...) e) el registro de acontecimientos adversos, que recogerá la información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente”*¹⁶.

De lo que no cabe duda, por tanto, es de que la notificación y el registro de los EAs que ocurren en la práctica diaria, no surge sólo como una recomendación o estrategia de actuación de ningún organismo en particular, sino que se trata de un deber de todo centro sanitario recogido en una normativa oficial del estado.

Uno de los estándares contenidos entre los resultados del proyecto SENECA, evaluaba la implantación de *“un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil”* entre los hospitales que estaban incluidos en el estudio. Se determinó que solamente el 33,3% de los hospitales (11 centros), poseía un sistema de notificación con dichas características¹². Con estos resultados, se interpreta por tanto que tan

solo se conocen las dimensiones que alcanza la problemática relativa al error asistencial de manera muy superficial, dado que la no implantación de este tipo de sistemas, no favorece en absoluto que el personal sanitario se decida a notificar estos eventos.

Las caídas, al igual que el resto de EA, son sucesos que han de registrarse tanto en el sistema de notificación de incidentes y EA propios del centro, como en la historia clínica del paciente. Cuando el accidente ya se ha producido, se hace necesario llevar a cabo una actuación organizada emprendiendo acciones autónomas y de colaboración, para valorar y atender la situación inicial del paciente y las necesidades que éste pueda requerir.

1. Atención inmediata a las consecuencias que la caída haya ocasionado al enfermo, avisando al médico de guardia si es necesario²³.
2. Registrar el suceso en las hojas de enfermería (**anexo I**). En lo que al registro de la caída se refiere, cada hospital posee sus propios formularios donde quedan reflejados los accidentes acontecidos, manteniendo todos ellos una estructura similar en la que se recogen los siguientes datos^{21,47}:
 - ✓ Identificación del paciente y su diagnóstico.
 - ✓ Lugar, fecha y hora de la caída, actividad que realizaba y situación previa (acompañantes, medidas que se habían tomado para la prevención...).
 - ✓ Factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos (estado de la consciencia, alteraciones de la movilidad, historial previo de caídas...).
 - ✓ Tiempo que permanece en el suelo.
 - ✓ Consecuencias del accidente (existencia de lesión, localización, tipo...).
 - ✓ Acciones inmediatas tomadas tras la caída.

Todos los informes de caídas, serán entregados a la supervisora de la unidad.

3. Controlar el estado del enfermo en los momentos posteriores al suceso. Si el paciente tenía registrada la valoración del riesgo de caídas en su historia clínica, esta deberá cumplimentarse de nuevo llevando a cabo una reasignación del riesgo si es preciso (reevaluación del riesgo, incrementar el nivel de riesgo detectado con anterioridad...). Si no tenía realizada la valoración, asegurarse de que ésta se cumplimente debidamente.
4. La supervisora de la unidad, será la responsable de comprobar que la valoración del riesgo de caer se establece como una medida preventiva. De la misma forma, entregará los registros de caídas a la unidad de calidad del centro²³.

7.2 Situación actual en el HUMV

El HUMV, es un hospital de nivel III referente para toda la Comunidad Autónoma de Cantabria, posee más de 900 camas de hospitalización y se perfila como el mayor centro sanitario existente en la comunidad.

El área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo de Enfermería, publica anualmente un informe donde se recogen los objetivos de calidad que se desarrollan en el hospital, en el que incluye un minucioso análisis de la incidencia de caídas que se producen en las distintas unidades asistenciales. En este sentido, el centro justifica que marcarse como objetivo una política de “*cero caídas*”, es algo a lo que no se puede aspirar si se desarrollan

intervenciones destinadas a la recuperación de la movilidad, la rehabilitación y la independencia de los pacientes⁴².

Sin embargo, dado que esta monografía defiende la caída como un EA evitable, así como que la eliminación de estos eventos se hace necesaria para la consecución de la excelencia en los cuidados, no podemos compartir la política a la que hace referencia el hospital. El camino hacia el logro de una incidencia cero de caídas es posible, y ese camino comienza con la realización de una correcta valoración inicial a todos los pacientes.

A continuación, y gracias a la colaboración del Área de Calidad de Enfermería del HUMV, se exponen las conclusiones generales extraídas del análisis de la información referente a los años 2009, 2010, 2011 y 2012. No ha sido posible ofrecer los datos más inmediatos correspondientes al año 2013, ya que todavía no se dispone del informe definitivo.

- Del total de pacientes llevados a estudio para la elaboración de los informes, se evidencia una preocupante tendencia a la baja en la valoración del riesgo de caídas al ingreso. En 2009, un 92,9% de los pacientes incluía en su historia clínica la valoración de dicho riesgo, dato que caía al 76,1% en 2010, al 67,9% en 2011 y se situaba en el 67,7% en 2012³⁹⁻⁴².

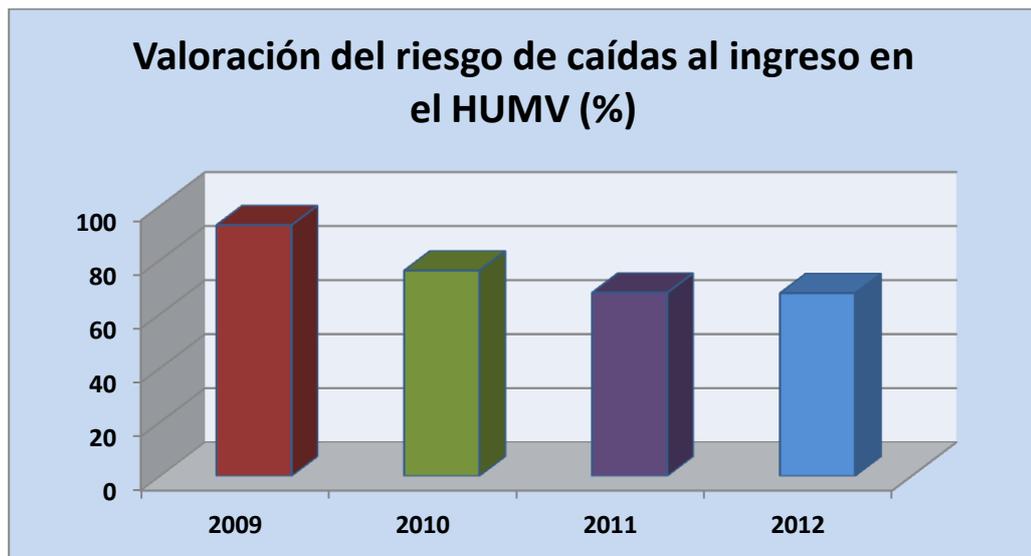


Figura 9: Valoración del riesgo de caídas al ingreso en el HUMV.

Fuente: Elaboración propia.

- El porcentaje de caídas que se notificaron durante el año 2012 fue del 1% (1 caída/100 pacientes), similar respecto a años anteriores (0,87% en 2009, 1,08% en 2010, 0,85% en 2011)³⁹⁻⁴². Estas cifras suponen un dato muy positivo si lo comparamos con otros estudios a los que se han hecho referencia, donde se registraron valores de 3,6-7,2%^{12,32}. Ante esta situación, se puede plantear la posibilidad de que el grado de notificación de estos eventos no sea el adecuado, o que sólo queden registradas las caídas cuyas consecuencias han sido más graves para el paciente³⁹.

- Las plantas de Psiquiatría y Medicina Interna, son las unidades que más caídas acumularon por cada 100 ingresos entre los años 2010 y 2012⁴⁰⁻⁴². Si relacionamos parte de la información ofrecida en capítulos anteriores con este hecho, podemos considerar:
 - ✓ Que el perfil de paciente del servicio de Medicina Interna posee una edad avanzada, arrastrando con ello en muchas ocasiones problemas de movilidad, polimedicación, pluripatología o alteraciones de la consciencia. Al ser todos los elementos anteriores considerados factores de riesgo para la caída, no sorprende que el servicio de Medicina Interna sea una de las unidades de hospitalización más susceptibles a tener las mayores tasas de caídas.
 - ✓ El tratamiento del paciente psiquiátrico suele incluir antidepresivos, benzodiacepinas y/o neurolépticos o antipsicóticos, medicaciones cuyos efectos pueden predisponer al individuo a caer. Asimismo, son frecuentes los cuadros de agitación, delirios o confusiones, que pueden llegar a desembocar en situaciones de difícil manejo y de contención mecánica. Por todo ello, no es de extrañar que el servicio de psiquiatría esté también a la cabeza en incidencia de caídas.

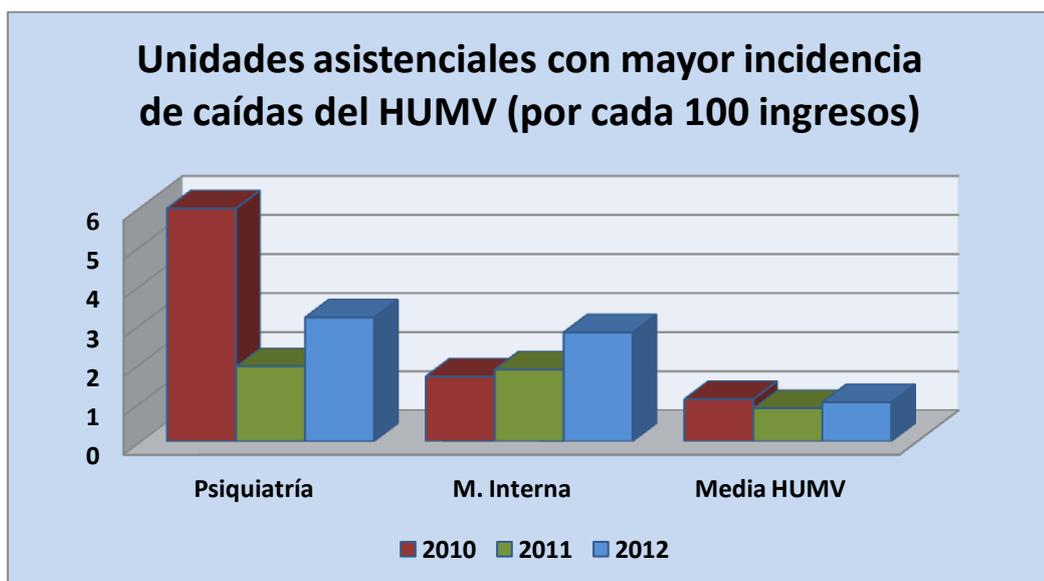


Figura 10: Unidades asistenciales con mayor incidencia de caídas por cada 100 ingresos del HUMV.
Fuente: Elaboración propia.

El estudio de los informes consultados, hace pensar que la notificación de este tipo de EAs por parte de los profesionales difiere sustancialmente de la realidad. Resulta complicado entender cómo la incidencia de caídas se sitúa en unos niveles tan bajos, que incluso disminuyen año tras año, cuando por otra parte se recoge un progresivo descenso del porcentaje de pacientes a los que se les realiza una valoración del riesgo de caídas al ingreso.

Aún así, lo cierto es que la exposición del protocolo de actuación que se lleva a cabo en el HUMV para la prevención de las caídas (**anexo II**), sus resultados, la incidencia de caídas, las

lesiones más frecuentes producidas por éstas, etc... sería un tema muy interesante a tratar y cuyo desarrollo merecería un trabajo dedicado a ello en su totalidad.

8. CONCLUSIONES

Tras la lectura y el análisis del material bibliográfico centrado en la temática que aborda esta monografía, se procede a continuación a exponer las conclusiones que se han obtenido al finalizar el trabajo:

- El equipo de enfermería es **líder en la prestación de cuidados**, entre sus competencias se encuentra la necesidad de hacer que el ingreso del paciente sea seguro y centrado en la consecución de los resultados esperados; la recuperación o mejora del estado de salud.
- Entender las **caídas como un EA evitable** en la mayor parte de los casos, es fundamental para comprender la importancia de llevar a cabo un plan de cuidados individualizado y centrado en la disminución del riesgo de caer, es decir, centrado en la prevención de la caída.
- Se hace imprescindible que todas las instituciones sanitarias cuenten con un protocolo de **valoración del riesgo de caídas**, que pueda ser aplicado a todos los pacientes a su ingreso y durante el mismo. Informar a todo el personal sanitario y a los familiares y acompañantes de los enfermos del peligro detectado, es la herramienta más potente a la hora de reducir la incidencia de este EA.
- Etiquetar a un paciente con el diagnóstico de *“Riesgo de caídas”*, exige una **reevaluación continuada**. La modificación del estado de salud del individuo durante la hospitalización, puede hacer que el nivel de riesgo de caer detectado al comienzo de ésta se vea incrementado o disminuido, siendo importante entonces una reasignación de dicho nivel de riesgo.
- La contemplación de los **sistemas de notificación y registro de EAs** como una herramienta que favorece el aprendizaje y una práctica sanitaria cada vez más segura, es fundamental para comprender la importancia que tiene la comunicación de todos los sucesos, problemas o incidentes que se produjeron en el ámbito asistencial.
- La **notificación y el registro de la caída**, una vez que ésta se ha producido, permitirá conocer las dimensiones verdaderas de esta problemática, facilitando con ello la generalización de un protocolo de prevención del riesgo de caídas en todos los centros sanitarios.

9. AGRADECIMIENTOS

Al Área de de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo de Enfermería del HUMV, por recibirnos y mostrar completa disposición a facilitarnos información para la realización de esta monografía. Sin su colaboración, parte de este trabajo no habría podido desarrollarse.

10. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Aranaz Andrés, JM. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- (2) Luengas Amaya, S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Revista Vía Salud [Internet] 2009 [consultado en mayo de 2014] (48): [6-21]. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>
- (3) Tomás S, Chanovas Borrás M, Campodarve I, Roqueta Egea F, Orrego Villagran C. Seguridad Clínica de los Pacientes de los Servicios de Urgencias. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2007, 1 (3).
- (4) Asenjo Velasco C, Colomer Revuelta C, Espiga López I, García Izaguirre C, López Rodríguez I, Peiró Pérez r. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/informeSNS2005ParteGeneralCompleta.pdf>
- (5) Ablanedo Suarez JM, Díaz Alonso JM, Fernández Flórez MR, Fernández García C, Fernández Martínez P, García Puente P et al. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería: prevención de caídas de pacientes ingresados [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias – Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2011 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%20caidas.pdf
- (6) Álvarez Morezuelas N, Asensio Bermejo B, Azkarate Aperribay J, Bidea Rodríguez A, Cantero González D, Garitano Tellería B et al. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria [Internet]. Álava: Osakidetza, 2011 [Consultado en mayo de 2011]. Disponible en: <http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/PROTOCOLO%20CA%20C3%8DDAS%200411.pdf>
- (7) Barrera Becerra C, Bejarano Rojas MD, Cortes Martínez C, Fernández de la Mota E, Fernández Santiago E, Lacida Baro M et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/estrategia_seguridad_paciente/estrategia_seguridad_paciente.pdf
- (8) Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, Agencia de Calidad del SNS. Desarrollo de la estrategia nacional en seguridad del paciente 2005-2011 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf

(9) Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Informe técnico Diciembre 2008 [Internet]. Madrid: Secretaría General Técnica; 2009 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

(10) Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La investigación en seguridad del paciente [Internet]. Ginebra; 2008 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1

(11) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) – Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. La seguridad del paciente en siete pasos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica; 2006 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf

(12) Ministerio de Sanidad y Política Social. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado – Proyecto SENECA [Internet]. Madrid; 2010 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>

(13) Tena-Tamayo C, Arroyo de Cordero G, Victoria-Ochoa R, Manuell Lee GR, Sánchez González JM, Hernández Gamboa LE. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Rev CONAMED 2006, 11 (5): 18 - 26.

(14) Rodríguez Ruiz HJ, Sánchez Almagro CP. coordinadores. Guía de práctica clínica seguridad del paciente [Internet]. España: Empresa pública de emergencias sanitarias; 2010 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia_practica/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Pacient_e-2ed.pdf

(15) Ley general de sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-4-1986).

(16) Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-5-2003).

(17) Ross Baker G, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian adverse events study; the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004; 170 (11): 1678–1686.

(18) Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001; 322: 517 – 519.

(19) Joint Comission International Accreditation. Accreditation standards for hospitals. 4th edition. USA: Joint Comission Resources, Inc; 2011 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://hastane.ege.edu.tr/duyurular/TKY/files/JCIA_Standards_Hospitals_4th_Edition.pdf

(20) Nota descriptiva sobre Caídas, Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra [consultada en abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

(21) Acha Sánchez Y. coordinador. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2009 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicaseguras/procedimientocaidas.pdf>

(22) Moreno R, Ramos Hernández E. Control de Calidad de una intervención enfermera en Prevención de Caídas de los enfermos postquirúrgicos. ENE. Revista de Enfermería [Internet] 2012 [consultado en mayo de 2014]; 6 (3): []. Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Adrii/Mis%20documentos/Downloads/201-761-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Adrii/Mis%20documentos/Downloads/201-761-1-PB%20(3).pdf)

(23) Dirección de Enfermería. Protocolo general: Caídas [Internet]. Madrid: Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2005 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true>

(24) Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. Caídas en Hospitales. Best practice [internet] 1998 [consultado en mayo de 2014]; 2 (2): 1–6. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/1998_2_2_CaidasHospital.pdf

(25) López ME. Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. Cultura del Cuidado Enfermería [Internet] 2010 [consultado en mayo de 2014]; 7 (1): [16–23]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3716291>

(26) Aranda Gallardo M, Morales Asencio JM, Canca Sánchez JC, Barrero Sojo S, Pérez Jiménez C, Morales Fernández A et al. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2013; 13 (122).

(27) Sonalí Olvera Arreola S, Hernández Cantoral A, Arroyo Lucas S, Nava Galán MG, Zapien Vázquez MA, Pérez López MT et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Invest Clín. 2013; 65 (1): 88-93.

(28) Viraní T. director. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores [Internet]. Toronto: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2005 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/PrevencionCaidas_022014.pdf

(29) Shuto H, Imakyure O, Matsumoto J, Egawa T, Jiang Y, Hirakagua M et al. Medication use as a risk factor for inpatient falls in an acute care hospital: a case-crossover study. *Br J Clin Pharmacol.* 2010; 69 (5): 535–542.

(30) Bouldin ED, Andresen EM, Dunton NE, Simon M, Waters TM, Liu M et al. Falls among adult patients hospitalized in United States. Prevalence and trends. *J Patient Saf.* 2013; 9 (1): 13–17.

(31) Mion LC, Chandler AM, Waters TM, Dietrich MS, Kessler LA, Miller ST. Is it possible to identify risk for injurious falls in hospitalized patients?. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012; 38 (9): 408–413.

(32) Schwendimann R, Bühler H, de Geest S, Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6 (69).

(33) Fernández Flórez R. coordinador. Proceso de cuidados: valoración enfermera [Internet]. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias; 2010 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/GUIA%20VALORACION%20INTERACT.pdf

(34) Oliver D, Papaioannou A, Giangregorio L, Thabane L, Reizgys K, Foster G. 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 and Ageing.* 2008; 37: 621–627.

(35) Vasallo M, Stockdale R, Sharma JC, Briggs R, Allen S. A comparative study of the use of four fall risk assessment tools on acute medical wards. *Ann Longterm Care.* 2005; 53 (6): 1034-1038.

(36) Dirección de Enfermería. Prevención de caídas [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2011 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Prevenci%C3%B3n+de+caidas.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310821513855&ssbinary=true>

(37) Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Prevención de caídas [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía; 2010 [consultado en mayo de 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h14_1_escala_morse.pdf

(38) Hendrich A. Predicting patient falls. Using the Hendrich II fall risk model in clinical practice. *AJN.* 2007; 107 (11): 50-58.

(39) Área de formación, calidad, investigación y desarrollo de enfermería. Objetivos de calidad 2009: Prevención de caídas. Cantabria: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2009.

- (40)** Área de formación, calidad, investigación y desarrollo de enfermería. Objetivos de calidad 2010: Prevención de caídas. Cantabria: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2010.
- (41)** Área de formación, calidad, investigación y desarrollo de enfermería. Objetivos de calidad 2011: Prevención de caídas. Cantabria: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2011.
- (42)** Área de formación, calidad, investigación y desarrollo de enfermería. Objetivos de calidad 2012: Prevención de caídas. Cantabria: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2012.
- (43)** Heather Herdman J. NANDA International: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. 1st Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
- (44)** Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 5th Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
- (45)** Bulechek GM, Butcher HK, Docteman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5th Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
- (46)** Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [consultado en abril 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
- (47)** Grupo de Trabajo de Enfermería de Prevención de Caídas en el Medio Hospitalario (GTEPC). Manual de procedimientos: prevención de caídas en el medio hospitalario. Cantabria: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2005.

11. ANEXOS

ANEXO I. REGISTRO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. HUMV. (47)

	<h2 style="margin: 0;">REGISTRO CAIDAS EN PACIENTE HOSPITALIZADO</h2>	
Unidad: Fecha y hora de caída: Diagnóstico médico:		ETIQUETA IDENTIFICATIVA
VALORACIÓN DEL PACIENTE PREVIA A LA CAIDA		
Nivel de conciencia: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Otro		Alteraciones en la movilidad: <input type="checkbox"/> Sin alteración <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ayuda parcial <input type="checkbox"/> Dependiente		<input type="checkbox"/> Inestabilidad caminar <input type="checkbox"/> Hemiplejia <input type="checkbox"/> Utiliza equipos de apoyo
Necesita acudir frecuentemente al baño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Déficit visual que afecta a las funciones diarias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medidas de seguridad previas a la caída: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Barreras <input type="checkbox"/> Contención <input type="checkbox"/> Otras		
DATOS DE LA CAIDA		
Acompañado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de caída en este ingreso:
Iluminación: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Cabecera <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Oscuridad		
Lugar de la caída: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Pasillo <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Sala de espera <input type="checkbox"/> Otro		Caída desde: <input type="checkbox"/> Cama / camilla <input type="checkbox"/> Caída silla /sillón <input type="checkbox"/> En bipedestación <input type="checkbox"/> En WC <input type="checkbox"/> En la ducha <input type="checkbox"/> Otro
Actividad que realizaba en el momento de la caída: <input type="checkbox"/> Levantarse <input type="checkbox"/> Acostarse <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Eliminación <input type="checkbox"/> Alcanzar algo desde la cama <input type="checkbox"/> Otra actividad		
Posibles causas de la caída: <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Pérdida equilibrio <input type="checkbox"/> Fallo miembros inferiores <input type="checkbox"/> Debilidad / deterioro físico <input type="checkbox"/> Fallo de sistema de apoyo <input type="checkbox"/> Tropezón con obstáculo <input type="checkbox"/> Tropezón / resbalón <input type="checkbox"/> Suelo mojado <input type="checkbox"/> Cama / sillón sin frenar <input type="checkbox"/> Salta las barras de la cama <input type="checkbox"/> Por el hueco de las barras <input type="checkbox"/> Relacionado con la medicación (especificar) <input type="checkbox"/> Otros		
VALORACIÓN POSTERIOR A LA CAIDA		
Tipo de lesión: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Herida <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> TCE <input type="checkbox"/> Otro		Localización de la lesión: <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Otro
Precisa atención médica: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sugerencias para mejorar la prevención de la caída:		
Informe realizado por: Nombre y apellidos legibles		Firma de la supervisora:

ANEXO II. DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HUMV. (47)

