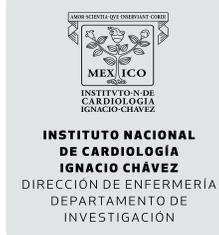


Del hospital por una enfermedad, ¿a la muerte por una caída...?



Las lesiones relacionadas con las caídas pueden generar comorbilidades y llevar hasta la muerte. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) ocasionan 646,000 defunciones, y más del 80% de ellas se registran en países de bajos y medianos ingresos.¹

Las caídas intrahospitalarias de acuerdo con la OMS se definen como "cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad". La prevalencia es de 1.1% a 22%, y es uno de los principales eventos adversos que provoca pérdida de la autonomía e independencia de las personas que lo sufren, a pesar de ser prevenible.^{1,2} La Joint Commission International (JCI) reporta que 2 de cada 5 eventos adversos reportados se deben a caídas.

Esta entidad es multifactorial, genera un gran número de complicaciones al paciente, como fracturas, hematomas y hemorragias, que aumentan los días de estancia hospitalaria en promedio 12.3 días y repercute en los costos sanitarios, mismos que se pueden elevar hasta en un 61%.^{1,3} De acuerdo con la JCI, en el 80% de las caídas, las causas principales se atribuyen a la falta de orientación y educación de los pacientes, la deficiencia en la comunicación y la valoración del paciente al ingreso y durante su estancia hospitalaria.⁴

La valoración y estratificación de riesgo de caída de todo paciente que ingresa a una unidad hospitalaria debe ser una prioridad para el profesional de la salud; encaminado a establecer medidas preventivas y evitar la presencia de eventos adversos, pero **¿cómo se pueden prevenir las caídas del paciente hospitalizado?**

Para establecer una respuesta a este problema, se realizó una revisión sistematizada de la literatura científica en las bases de datos: SciELO, CUIDEN, LILACS y PubMed, con un periodo de publicación del 2014-2019 en los idiomas inglés, español y portugués. Dicha búsqueda permitió constituir 4 dimensiones: 1) Factores de riesgo, 2) Clasificación de las caídas, 3) Escalas para valorar el riesgo de caídas y 4) Intervenciones del profesional de la salud.

Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos^{1,5-9}

Los factores de riesgo intrínsecos se relacionan a condiciones, procesos y patologías propias de la persona, como:

- Respecto al género, tanto el hombre como la mujer corren riesgo de caída, pero se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, pero las mujeres mayor probabilidad de caer.
- Extremos de edad <de 5 años y >70 años, esto secundario principalmente a trastornos físicos, sensoriales y cognitivos, en personas mayores; en el caso de los pacientes pediátricos, estado de desarrollo incompleto, curiosidad y aumento de nivel de independencia, predisponen conductas de riesgo.
- Se debe remarcar que la presencia de dolor en pacientes pediátricos y adultos mayores es un factor de alto riesgo.
- Alteraciones psicológicas como depresión y ansiedad; comorbilidades tales como evento cerebrovascular, déficit visual, hipertensión arterial, hipotensión postural, cáncer, diabetes mellitus, alteraciones pulmonares y metabólicas, artritis, osteoporosis, limitaciones físicas/movilidad e incontinencia vesical o intestinal.

Los factores extrínsecos son secundarios a variables externas a la persona, tales como:

- Los objetos personales fuera del alcance de los pacientes e infraestructura deficiente (barandales, escaleras, pisos resbaladizos o mojados, iluminación y calzado inadecuado).
- Uso de fármacos como antihipertensivos (aumentan el riesgo de caídas hasta ocho veces), oncológicos, benzodiacepinas, neurolepticos y diuréticos.

Clasificación de las caídas

Este evento se clasifica de acuerdo con el factor causal. La caída accidental es cuando el paciente resbala o tropieza de manera secundaria a factores relacionados al medioambiente; la caída fisiológica anticipada

ocurre cuando el paciente presenta signos y síntomas que indican una probabilidad para caer; y finalmente, la caída fisiológica no anticipada puede ser definida como imprevisible y está asociada a la presencia de desmayos y convulsiones.^{1,10}

Escalas para valorar el riesgo de caídas

Existen distintos instrumentos que permiten la valoración y estratificación del riesgo de caídas, pero el profesional de enfermería debe confirmar la validez de cada una de ellas y utilizarlas de acuerdo con las características del paciente. Dentro de las que destacan las escalas Downton y Morse, que pueden ser aplicadas en pacientes pediátricos y adultos; ambos instrumentos cuentan con alta especificidad y sensibilidad.

Intervenciones del profesional de la salud^{5,8,9,10,11}

1. Identificar la presencia de factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos.
 - a. Determinar estado de conciencia, agudeza visual, auditiva y limitaciones físicas/movilidad.
 - b. Valorar terapia farmacológica de riesgo.
 - c. Identificar presencia de comorbilidades.
 - d. Determinar el buen estado de las instalaciones o dispositivos utilizados por el paciente.
2. Valorar y estratificar el riesgo de caída del paciente con ayuda de una escala en cada cambio de turno, de área o servicio, de estado de salud y modificación del tratamiento.
3. Proporcionar al paciente y al cuidador primaria educación continua sobre las caídas, medidas preventivas y posibles repercusiones en su salud. Por consiguiente, hacerlos partícipes de su cuidado.
4. Hacer uso de identificadores de riesgo de caídas y explicar al paciente y cuidador primario, la razón del mismo.
5. Mantener barandales arriba, acercar el timbre y control de la cama (mantener la cama en posición baja).
6. Acercar al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas y lentes, entre otros artículos personales.
7. Verificar el funcionamiento de las instalaciones o dispositivos para el desplazamiento del paciente, como barandales de las camas, camillas y sillas de ruedas.
8. Colocar banco de altura cerca de la cama del paciente.
9. Evitar realizar cambios rápidos de postura al incorporar al paciente.
10. Trasladar al paciente en camilla con barandales en posición elevada o en sillas de ruedas, ambos con frenos funcionales; siempre solicitar apoyo de personal capacitado para el traslado o movilización, de ser necesario.
11. Realizar contención física (sujeción gentil) del paciente en caso de ser necesario y siguiendo las políticas institucionales, previa solicitud de consentimiento informado.
12. En el caso de pacientes pediátricos se debe informar al cuidador primario que el menor debe permanecer en su cama o cuna con los barandales en posición elevada, los frenos colocados y por ningún motivo dejarlo solo.
13. Informar al cuidador primario que para movilizar al paciente requiere de la ayuda de un miembro del equipo de salud.
14. Si se requiere, acompañar al paciente al baño.
15. Promover ejercicios pasivos con ayuda del cuidador primario.
16. Retirar de la habitación el equipo que no esté en uso.
17. En caso de que el paciente sufra una caída, se debe registrar y notificar inmediatamente, siguiendo el protocolo institucional para reporte de eventos adversos.

En conclusión, el profesional de la salud debe establecer estrategias preventivas dirigidas a la educación, capacitación, desarrollo de un ambiente hospitalario más seguro y seguir políticas que reduzcan la posibilidad de complicaciones.

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor información o quieres proponer algún tema? Escríbenos al siguiente correo: investigacioninc@cardiologia.org.mx



Referencias bibliográficas

1. OMS [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [16 de enero de 2018; citado 15 febrero 2019], <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Ferreira LRdaM, Azevedo C, Policarpo AG, Teixeira JM. Factores asociados al riesgo de caída en adultos en el posoperatorio: estudio transversal. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017; 25:e2904.
3. Leiva-Caro JA, Salazar-González BC, Gallegos-Cabrales EC, Gómez-Meza MV, Hunter KF. Relación entre competencia, usabilidad, entorno y riesgo de caídas en el adulto mayor. Rev Latino-Am Enfermagem nov-dic. 2015; 23(6):1139-48.
4. Jiménez-Maciél SL, Lara-Montes AA, Monzón-Arriaga RI, Hernández-Martínez E, Ortiz-Luis SR. Evaluación de riesgo de caída con la escala J.H. Downton modificada en pacientes pediátricos hospitalizados. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018; 26(1):46-51.
5. Petronila LG, Aragón SC, Calvo MB. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos. 2017; 28(1):2-8.
6. Bittencourt VLL, Graube SL, Stumm EMF, Battisti IDE, Loro MM, Winkelmann ER. Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult patients. Rev Esc Enferm USP. 2017; 51:e03237.
7. Terra LJ, Diniz KVL, Inácio MS, Mendes MA, da Silva JV. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? Gerokomos. 2014; 25(1):13-16.
8. Avancecan D, Calliste D, Contreras T, Lim Y, Fitzpatrick A. Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting compared to usual care: a systematic review. JBI database Syst Rev Implement reports [Internet]. 2017; 15(12):3006-48.
9. Intervenciones de Enfermería para la prevención de caídas en adultos mayores hospitalizados. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud, CENE-TEC, 2015.
10. PiCuida, Estrategia de Cuidado de Andalucía. Guía fase para la prevención y actuación ante una caída. España: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de salud, 2017.
11. Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, 2017.