



RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 10/02/10 DE 25 DE JUNIO DE 2009 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Introducción

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades implican, entre otros factores, el mantenimiento de la seguridad de los enfermos. La promoción de la seguridad reduce la frecuencia de accidentes, los costes del tratamiento, de la hospitalización y los costes sociales, constituyendo, en los centros asistenciales, un indicativo de la calidad asistencial.

A partir de los 65 años, la tasa de morbi-mortalidad por caídas, aumenta de forma considerable y exponencial con la edad^(5;9), y es también la primera causa de incapacidad física, ya que un alto porcentaje de enfermos que han sufrido una fractura no recuperan el nivel funcional que tenían anteriormente. Este hecho afectará la calidad de vida del paciente geriátrico, dado que un número importante de ellas aumentará su dependencia y sus necesidades de ayuda hasta para las actividades básicas de la vida diaria⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la salud (OMS) define el término de caída como, “La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”^(5;6;9). La estancia hospitalaria supone siempre un riesgo añadido al proceso por el que se ingresa, dado que el riesgo a las caídas, se encuentra dentro del grupo de los efectos adversos hospitalarios, poniendo en peligro la seguridad de los pacientes.⁽⁵⁾

Según la bibliografía consultada, las causas de las caídas son multifactoriales, pero se pueden agrupar en dos tipos de causas, las extrínsecas, relacionadas con el entorno del paciente y las intrínsecas, relacionadas directamente con el paciente.

Serán causas extrínsecas, la iluminación inadecuada, suelos y pasillos con obstáculos o en mal estado, muebles inadecuados, objetos de uso personal inalcanzables por el paciente, calzado inapropiado^(1;6;9) y un entorno desconocido, como sucede en el caso del ingreso hospitalario, durante el cual se somete a los pacientes a traslados y cambios de servicio o de zonas dentro de un mismo servicio, desplazamientos para ser sometidos a distintos procedimientos, exploraciones, etc. unos traslados que pueden contribuir a desarrollar un cuadro de desorientación (causa intrínseca) hasta que puede ser



ubicado en la unidad correspondiente, agravando o aumentando el riesgo de caídas intrahospitalarias.

Entre las causas intrínsecas o asociadas directamente al paciente se encuentran:

- 🏠 Antecedentes generales: Edad igual o superior a 65 años, a más edad mayor es el riesgo de caídas, Antecedentes de caídas previas. Pacientes con comportamientos de riesgo.
- 🏠 Estado mental y/o emocional: Confusión / desorientación / agitación, Alteración de la memoria, Incapacidad para entender o seguir las instrucciones
- 🏠 Estado físico: Mareos o trastornos del equilibrio, Marcha inestable, Enfermedades o trastornos que afecten a las articulaciones que aguanten el peso corporal, Pacientes sin capacidad de marcha independiente, Debilidad, Paresias, Convulsiones, Trastornos de la visión, Trastornos de la audición, Diarreas, Micción frecuente, Utilización de silla de ruedas, andadores o muletas.
- 🏠 Medicación: Diuréticos o con efecto diurético, Laxantes, Hipotensores, Depresores del Sistema nervioso Central (SNC) como opiáceos, sedantes, psicotropos, hipnóticos, tranquilizantes, antidepresivos. Medicaciones que aumenten el peristaltismo gastrointestinal (laxantes, enemas), Antidiabéticos.
- 🏠 Consumidores excesivos de bebidas alcohólicas.(1)

Todos estos factores se deben tener en cuenta en el momento de realizar el análisis del riesgo de caídas y planificar las medidas necesarias para la seguridad del paciente, puesto que las caídas son la principal causa de muerte en la población geriátrica (8).



Objetivo

Planificar medidas que minimicen el riesgo de caídas y aumenten la seguridad de los pacientes

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, SEEUE, recomienda las siguientes medidas de prevención.

La prevención ha de ser considerada como la actividad prioritaria de los cuidados del paciente en relación a las caídas. Una vez identificados los factores de riesgo tanto extrínsecos como intrínsecos, las actividades de prevención se planifican de forma individualizada y relacionadas con cada uno de los factores identificados.⁽⁵⁾

Para ello, al ingresar un paciente en una unidad hospitalaria se deberá identificar si está en el grupo de riesgo, aplicando la escala escogida por el centro en el que se encuentre (J.H.Downton,1993 por ejemplo). Todas las escalas de valoración de riesgo de caídas, van orientadas a la valoración de caídas previas, la administración de medicación, el estado mental, los déficits sensoriales y los trastornos de la deambulación.⁽¹⁾

La necesidad que se deberá cubrir será de **seguridad** del paciente, puesto que tendremos un diagnóstico de **Riesgo de caídas** y nuestras intervenciones se deberán dirigir hacia la **Prevención de caídas** (NIC 6490).

Las medidas de prevención sobre factores extrínsecos irán encaminadas a dar

1. Información sobre normativas y consejos del centro:
 - Orientar al paciente, y a la familia y o acompañantes, sobre el espacio y ambiente físico en urgencias.
 - Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente.
 - Informar al paciente y a los familiares de los riesgos implícitos en la toma de determinada medicación.

2. Acciones encaminadas para mantener un entorno seguro:
 - Evitar el desorden en el suelo de la habitación
 - Disponer de una iluminación adecuada.
 - Bloquear las ruedas de las camas, sillas u otros dispositivos
 - Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.

Las medidas de prevención sobre factores intrínsecos:

1. Prevención de caídas: movilidad/estabilidad
 - Proporcionar material de apoyo si los precisa y mantenerlos accesibles al paciente.
 - Ayudar a levantar de la cama.
 - Ayudar en los desplazamientos: cuarto de baño, traslados,
 - Informar sobre la forma adecuada de levantarse
2. Prevención de caídas: alteraciones sensoriales
 - Poner los objetos que precise al alcance de la mano
 - Vigilar alteraciones táctiles
 - Recordar al paciente que lleve colocadas las prótesis siempre que sea posible (gafas, audífonos, etc) o asegurar que las tenga siempre a mano.
 - Hablarle claro y comprobar que lo entiende.
3. Prevención de caídas: Nivel de conciencia.
 - Ayudar a levantarse y acostarse de la cama y en otras movilizaciones.
 - Reorientar temporo-espacialmente
 - Valorar riesgos derivados de la medicación
 - Evitar objetos cerca de paciente que puedan producir algún tipo de lesión
 - Aplicar procedimiento de sujeción mecánica según orden médica
 - Aplicar protocolo de utilización de medidas de contención e inmovilización de pacientes específico del centro o unidad.
4. Prevención de caídas: medicación especial
 - Valorar el efecto de la medicación
 - En el caso de toma de diuréticos, proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la bacinilla durante la noche
 - Realizar levantamiento progresivo de la cama
5. Prevención de caídas: alteraciones de la eliminación
 - Proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la bacinilla durante la noche
 - Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
6. Prevención de caídas: caídas anteriores
 - Conocer historia de caídas previas



7. Prevención de caídas: dificultad en la comprensión
 - Hablar claro y comprobar que entiende
8. Prevención de caídas
 - Vigilar la aparición de un factor de riesgo intrínseco.(4;5;7)

Documentación y registro

A todo paciente que acude a una unidad de urgencias, se deberá, valorar el riesgo de caída a lo largo de su estancia, realizar y registrar los resultados de dichas valoraciones (escala J.H.Downton,1993), planificar los cuidados de prevención de acuerdo a los factores de riesgo presentes y registrar la respuesta del paciente a los cuidados en el registro de la historia clínica.

Si a pesar de la detección de un posible riesgo se llegara a producir una caída, la enfermera responsable del paciente valorará las consecuencias de la caída, registrará en la hoja de enfermería la fecha, el lugar, la causa, el estado general del paciente antes y después de la caída, las consecuencias inmediatas, rellenará el informe de caídas y lo entregará a la supervisión de la unidad y controlará el estado del paciente en las horas posteriores.

La supervisión de la unidad, por su parte, comprobará si estaba evaluado el riesgo de caídas y si se habían realizado medidas preventivas y posteriormente entregará el informe de incidencia de caídas junto con el registro de la caída a la unidad de calidad o a la Dirección de Enfermería, según esté estipulado en el centro en el que se trabaje.(3-5).

Ante la caída de un paciente:

Se deberá colocar en la cama y de la postura más cómoda posible, tomarle las constantes vitales, avisar al médico de guardia y anotar en el correspondiente registro los datos personales del paciente con día y hora de la caída, el turno en el que se ha producido, el lugar y las características de la caída, la actividad del paciente en el momento de la caída, si estaba solo o acompañado, las consecuencias inmediatas de la caída con la localización y el tipo de lesión, el personal interviniente en la atención inmediata, los factores de riesgo, la historia de caídas anteriores, si las hubiera y las medidas que se toman.

En caso de lesión, el medico correspondiente deberá realizar el parte judicial de lesiones.(2)



Medidas restrictivas de protección para pacientes con riesgo de lesión.

Las medidas restrictivas han de utilizarse sólo dentro del contexto terapéutico, después de haber agotado todas las posibles alternativas. Será el último recurso que se adoptará (a excepción de los pacientes psiquiátricos) para controlar conductas violentas o de alto riesgo para la salud o la vida del individuo, para el resto de pacientes o del personal cuidador.

Estará indicado sólo en situaciones excepcionales y teniendo en cuenta que las sujeciones no son una solución al problema del paciente, sino que constituyen una forma temporal de control del comportamiento, por tanto, la duración de la sujeción será tan breve como sea posible.

La sujeción terapéutica consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc, deberán aplicarse con discreción y garantía de seguridad, y sólo se utilizarán como último recurso.(2; 3;10)

Las medidas de sujeción estarán indicadas en casos de € conducta violenta de un paciente con peligro para sí mismo o para los demás, en situaciones de agitación no controlable con medicamentos, negativa a llevar drenajes, sondas,..., en situaciones que representen una amenaza para su integridad física, por su negativa a descansar, beber, dormir,... o cuando se requiera contención temporal para recibir la medicación, realizar técnicas, insertar sondas, etc. En este último caso, es necesario recordar que, a los pacientes capacitados se les debe respetar su derecho a rehusar el tratamiento.(2; 10)

Se debe recordar que la utilización de medidas restrictivas puede comportar dolor, ansiedad, alteración del bienestar, impotencia, riesgo de lesión, riesgo de traumatismo, trastorno de la autoestima, riesgo de alteración de la disfunción neurovascular periférica, riesgo de alteración de la integridad de la piel y deterioro de la movilidad física. Por tanto el objetivo de sujeción será proteger o prevenir conductas de riesgo que puedan provocar lesiones al paciente o a otras personas. Siempre que se aplique una restricción física, se deberá realizar el registro correspondiente que se deberá actualizar cada 24h. Se deberán leer bien las instrucciones del fabricante de los dispositivos que se utilicen, con el fin de evitar lesiones adversas, inspeccionar bien la zona donde se colocará la sujeción para que no interfiera en la administración del tratamiento y comentar con el médico responsable los motivos por los que se debe aplicar la restricción, valorando conjuntamente la conveniencia de continuarla y dejarlo todo registrado.(2)



Principios generales de una contención mecánica

Solo se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas (4 o 5). Mientras, se debe distraer la atención del paciente, el personal se deberá colocar a una distancia adecuada y siguiendo un plan preacordado. Se le informará en tono firme de que está perdiendo el control, pero que se le va a ayudar. Al tratar con un paciente violento o combativo se deberá actuar con precaución, colocarse a su lado para proteger las zonas vulnerables, no ponerse nunca frente a él, colocarse a más de un brazo de distancia del paciente para protegerse de posibles embestidas o patadas, no dar nunca la espalda al paciente ni pasar antes que él al entrar en una habitación, colocarse uno mismo y no el paciente cerca de la puerta para poder escapar más fácilmente, evitando estar de pie en un lugar donde el paciente quede atrapado en la habitación, recordar que el paciente puede usar como armas objetos como estetoscopios, tijeras joyas, por lo que se debe tener cuidado con lo que se lleva en los bolsillos.

La paranoia y la hostilidad son reacciones frecuentes en diversos trastornos médicos, si el paciente está bajo los efectos de fármacos o de alcohol y se debe realizar un tratamiento contra su voluntad, se le deberá hablar lentamente con voz baja y tranquila, advirtiéndole a la vez, que no se tolerará una conducta violenta y que si es incapaz de controlar su conducta, el equipo le ayudará para prevenir que se haga daño a sí mismo o a otras personas.

El personal deberá despojarse, por tanto, de los objetos peligrosos para proteger su integridad física y la del paciente, evitando la presencia de público en el momento de la reducción, escogiendo el momento de la intervención cuando ejecuta actos violentos contra objetos y/o personas o cuando se detenga a coger fuerzas, en este momento cada extremidad será sujeta por una persona como mínimo por la zona más distal, evitando los huesos largos y el tórax por el riesgo de lesiones.

La actitud del personal deberá ser enérgica pero respetuosa, evitando golpear o humillar al paciente, puesto que se debe reducir con intención terapéutica y no como castigo. La sujeción será autorizada por el facultativo de forma verbal o escrita y siempre se realizará el registro con la razón de la contención, su duración y la respuesta del paciente mientras esté en contención. (2; 3; 10)



Técnica de la contención mecánica terapéutica.

Informar y explicar al paciente y a la familia el motivo de la contención, un miembro del equipo deberá estar siempre visible para el paciente con la finalidad de tranquilizarlo.

Se deberán sujetar las extremidades extendidas y ligeramente abiertas, en posición anatómica, los tobillos y las muñecas a las tiras o a una parte fija de la cama, el tronco se sujetará con el cinturón ancho, cuidando que no esté flojo por el riesgo a deslizarse y ahorcarse, ni muy apretado, porque puede dificultar la respiración, se colocará por encima del pijama sin que presione los botones.

La contención deberá permitir administrar perfusión endovenosa en el antebrazo y recibir líquidos y/o alimentos, se deberá mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada, para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.

Se deberá controlar de forma continua los potenciales efectos secundarios de la contención, como son, la integridad cutánea, el color y la sensibilidad de la zona sujeta, pulsos y temperatura de la extremidad cada 2 h. Es recomendable sacar las sujeciones de 15 a 20 minutos cada 3-4 h, aprovechando este momento para movilizar las extremidades y cambiarlas de posición. Si el paciente no colabora, pedir ayuda a otros profesionales o a los familiares, en este tiempo el paciente no puede quedarse solo. Cuando esté bajo control, se irán eliminando las restricciones a intervalos de 5 minutos, hasta que sólo queden 2, éstas últimas se retirarán al mismo tiempo.

La contención se deberá mantener el menor tiempo posible.

La sujeción de las extremidades estará indicada cuando exista riesgo de que el paciente se arranque vías, drenajes, sondas, etc., en presencia de conductas agresivas, cuando esté contraindicada la sujeción del tronco o cuando se deba reforzar la contención del mismo. Están contraindicadas en pacientes con crisis convulsivas.

La sujeción corporal o del tronco se realizará para evitar que el paciente pueda levantarse o caer de la cama o de la silla.

Las complicaciones que pueden aparecer como resultado de una contención mecánica son, trastornos circulatorios o soluciones de continuidad de la piel en las extremidades con restricciones, trastornos respiratorios relacionados con la posición del paciente o con la aspiración de vómitos, aumento de la vulnerabilidad del paciente frente a agresiones o abusos producidos por otros pacientes o familiares. Para garantizar la seguridad del



paciente está justificada una estrecha observación. Se producen trastornos de la dignidad, intimidad, confort y derechos del paciente y las lesiones del personal o del paciente durante la aplicación de la contención.(2; 3; 10)

Acciones de enfermería en pacientes con sujeción terapéutica

En primer lugar se deberá mantener y respetar la dignidad y la autoestima del paciente, preservando su intimidad, manteniendo contacto verbal con intervalos regulares mientras esté despierto i implicarlo en los planes de cuidado para poder finalizar la contención.

En segundo lugar mantener la integridad física, porque no va a poder realizar sus necesidades fisiológicas de forma autónoma y puede sufrir los riesgos de la inmovilidad, por tanto se deberá ayudar en la higiene corporal, acompañarle al baño o proporcionar la bacinilla, mantener una buena regulación de la temperatura ambiental de la habitación, realizar cambios posturales, ejercicios pasivos de la articulaciones, almohadillar las sujeciones, ofrecer alimentación y bebidas, retirar los objetos peligrosos del entorno, y observarlo con frecuencia a la vez que se comprueba la presencia de pulso, se vigila la temperatura, el color y la sensibilidad de la piel por debajo de las sujeciones.(3)

COROLARIO Y RECOMENDACIÓN SEEUE

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, SEEUE, recomienda a los profesionales enfermeros que el abordaje de la atención y de los cuidados de urgencias al paciente con riesgo de caída, sean tenidas en cuenta las consideraciones que en este documento se contemplan a fin de alcanzar los mejores resultados en salud derivados de dicha práctica enfermera.

Esta recomendación pretende, también, que dicha práctica enfermera se ejecute de manera generalizada al objeto de promover una adecuada estandarización de los cuidados enfermeros al paciente con riesgo de caída.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mesures de seguretat per a malalts amb risc de lesió. In: Consorci Sanitari de Barcelona, editor. Protocols i procediments d'infermeria del Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Barcelona: 2005. p. 1-7.
- (2) Mesures restrictives de protecció per a malalts amb risc de lesió. In: Consorci Sanitari de Barcelona, editor. Protocols i procediments d'infermeria. Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Barcelona: 2009. p. 1-8.
- (3) Protocolo de contención y prevención de caídas. In: Hospital da Costa B, editor. Lugo: 2002. p. 1-32.
- (4) Protocolo general de Caídas. In: SaludMadrid, editor. Protocolos Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid: 2005. p. 1-8.
- (5) Alvarez Morezuelas N, Asensio Bermejo B, Azkárate Aperribay J, Bidea Rodriguez 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 de Osakidetza. Osakidetza: 2009.
- (6) Calvo Mesa M, Riu Camps M, Villares García MJ. Las caídas intrahospitalarias << una realidad>>. Revista Rol de enfermería 2001;24 (1):25-30.
- (7) McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta ed. Madrid: Elsevier/Mosby; 2007.
- (8) Novak A. Traumatismo geriátrico. Sheehy Manual de urgencia de enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007. p. 773-80.
- (9) Urruela M, Gómez Ahedo E, Iglesias Astorga C, Valtierra M, González Molina Y, Escobar A, et al. Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. Mult Gerontol 2002;12 (1):14-8.
- (10) Will TL, Proehl J.A. Aplicación de restricciones. Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. tercera ed. Madrid: Elsevier/Mosby; 2005. p. 832-8.