

Trabajo de investigación

Factores que influyen en el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados

María Lorenza Tapia Cólex,¹ María del Carmen Salazar Ceferino,²
Gabriela Cortés Villarreal,³ Hilda Martínez Santana⁴¹ Licenciada en Enfermería. Jefe del Servicio de Terapia Intermedia.² Licenciada en Enfermería. Jefe del Servicio de Nefrología.³ Enfermera Especialista Cardiovascular. Supervisora de la Sala de Operaciones.⁴ Licenciada en Enfermería. Jefe del Servicio de Cardioneumología.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

Introducción: La alianza mundial para la seguridad del paciente estableció medidas clave para reducir el número de eventos adversos que sufren los pacientes al recibir atención médica, entre ellos se encuentran las caídas, que se definen como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. **Objetivo:** Identificar los factores que influyen en las caídas de pacientes hospitalizados. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de enero a diciembre de 2008; se incluyeron los casos de pacientes hospitalizados que sufrieron caídas. Se elaboró un instrumento para recolectar datos de la base informática del Departamento de Calidad del Cuidado y del expediente clínico de los pacientes quienes sufrieron caída. Variables: edad, sexo, estado neurológico, acompañamiento, riesgo de caída, medidas de seguridad, sitio donde se originó la caída, presencia de lesiones. **Resultados:** Ingresaron 5,753 pacientes, de los cuales 39 presentaron

caída durante su estancia hospitalaria; el 72% fue mayor de 50 años, predominó el sexo femenino con 56%; 31% correspondió a caída del Reposet; 100% de los pacientes estaban en estado de alerta y 74% se encontraban solos. El 92% tenía riesgo de caída alto. **Conclusiones:** El estudio identificó como factores para caída, la permanencia en el Reposet del paciente mayor de 50 años, con una valoración del riesgo de caída alto. Estos datos demuestran que existen áreas de oportunidad para la valoración, comunicación y vigilancia al paciente hospitalizado, por tal motivo es necesario enfatizar la manera correcta de llevar a cabo el estándar de prevención de caídas.

Palabras clave: Prevención, caída, factores.

ABSTRACT

Introduction: The world alliance for patient safety established measurements to reduce the number of adverse events that patients suffer when in medical attention, among them there are the falls that are defined as any event which sends the patient to the floor against his will. **Objective:** Identify the factors that influence the falls in the hospitalized patient. **Material and methods:** A descriptive, transversal and retrospective study from January to December 2008; there were included 7 cases of hospitalized patients who suffer falls. An instrument to collect data from the base of the Health care Quality Department and from the patients' files that suffer falls was created. **Variables:** Age, sex, neurologic status, accompaniment, risk of falling, security measurements, place of falling, lesions. **Results:** 5,753 patients were admitted, 39 of them fell while in the hospital; 72% was older than 50 years, 56% were male; 31% fell from a recliner; 100% were in alertness, and 74% were alone. The 92%

Recibido para publicación: marzo 2012.

Aceptado para publicación: mayo 2012.

Dirección para correspondencia:

Lic. Enf. María Lorenza Tapia Cólex

Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14080, México, D.F.

Tel. 55732911, Ext. 1350

Correo electrónico: investigacioninc@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

had a high risk of falling. **Conclusions:** The study identify as factors of falling the staying on the recliner from patients older than 50, asessed with a high risk of falling. These data show that there are opportunity areas for the assessment, communication, monitoring, because of this is necessary to emphasize the correct way to carry out the prevention standard for fallings.

Key words: Prevention, falling, factors.

INTRODUCCIÓN

Las caídas son un grave problema de salud pública, “son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario, y constituyen un indicador de calidad asistencial”.¹ Están definidas como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad,^{2,3} se encuentran clasificadas como eventos centinela y están reportados como el sexto incidente que ocurre con mayor frecuencia.⁴

Una caída puede parecer inofensiva cuando no produce contusión ni traumatismo, pero ninguna debe ser considerada como benigna; si resulta con lesión de tejidos blandos o fracturas de diversa índole, la gravedad de las consecuencias se medirá con base en las complicaciones del estado clínico inicial, aumento de la estancia hospitalaria, de los costos para la institución y para el paciente; y en algunos casos es causal de una demanda con responsabilidad ética, penal, civil o administrativa,^{5,6} o bien de quejas o inconformidades ante instancias como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que identificó 24 quejas relacionadas a caídas de pacientes en el periodo de 1996 a 2005, de las cuales en el 16.6% estuvo involucrado el personal de enfermería.⁷

Como se mencionó anteriormente, las caídas hospitalarias, que en la mayoría son eventos prevenibles, ocasionan lesiones que pueden producir discapacidad o inhabilidad en el paciente, lo que impacta severamente en la economía institucional, con un costo promedio por lesión en los Estados Unidos de “aproximadamente US\$20,000, asimismo, las caídas en personas mayores de 65 años le costaron al sistema de salud australiano entre 1993 y 1994 US\$406 millones, con US\$212 millones en gastos de internación”.⁸

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició el proyecto de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, para lo cual consigné a la Joint Commission International como centro colaborador en el establecimiento de medidas clave para reducir el número de eventos adversos que sufren los pacientes al recibir atención médica.⁹

A partir de esta iniciativa, surgen las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (en las que está incluida la de reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas), mismas que son auditadas en México por el Consejo de Salubridad General e integran los requisitos indispensables para certificar a instituciones de salud que desean brindar atención de calidad a sus derechohabientes.¹⁰

Por otra parte, la Secretaría de Salud de México diseñó e implementó el Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería que tiene como propósito evitar riesgos y daños innecesarios al paciente al detectar áreas de oportunidad e instrumentar procesos de mejora continua. En su primera etapa se pusieron en marcha tres indicadores relacionados con la administración de medicamentos por vía oral, venoclisis instalada y trato digno. Posteriormente, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en México, como instancia responsable de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, determinaron incluir para su monitoreo en el Sistema de Indicadores de Calidad (INDICA) el relacionado con prevención de caídas en pacientes hospitalizados.¹¹

De acuerdo a la evidencia, los principales factores de riesgo relacionados a la presencia de caídas en el paciente hospitalizado son intrínsecos o extrínsecos, entre los que destacan, el sexo femenino, la edad avanzada del paciente, presentar un antecedente de caída, uso de psicofármacos (benzodiazepinas, los neurolépticos y los antidepresivos), la debilidad muscular, las alteraciones de la marcha y la incapacidad funcional para realizar actividades instrumentales y de la vida diaria, la presencia de barandillas de la cama abajo o su ausencia, cama alta (lo que requiere la escalera), además de timbre fuera del alcance del paciente. La presencia de dos o más factores se asocia con la presencia de este evento.¹²⁻¹⁴

En este contexto y previo al Sistema INDICA, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH) estableció desde el año 2000 la prevención de caídas como un indicador de calidad;¹⁵ su aplicación durante el periodo de 2001 a 2007 mantuvo un nivel de eficiencia en promedio de 85%, con un porcentaje de caídas de 0.46% por año; con la aplicación del proceso estándar de calidad, se logró una elevación del índice a un nivel de excelencia desde el año 2008,⁵ sin embargo las caídas aún persisten

⁵ Datos proporcionados por el Departamento de Calidad del Cuidado. Dirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

y la meta institucional es reducir a cero este tipo de eventos.

Ante tal situación, la presente investigación tiene la finalidad de identificar los factores que influyen en las caídas de pacientes hospitalizados, que encaminen al profesional de enfermería y a sus líderes a una toma de decisiones acertadas, con el objetivo de brindarle seguridad al paciente, aumentar la calidad de los servicios y disminuir costos institucionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de enero a diciembre de 2008; la población de estudio la constituyeron los casos de pacientes hospitalizados en una institución de tercer nivel que sufrieron caídas (N = 39). Los datos se obtuvieron de los registros en el formato de Reporte de Eventos del Programa de Alteración en el Desarrollo de Procedimientos de Enfermería. Se elaboró una cédula para recolectar datos, en el primer apartado se aborda edad, sexo, diagnóstico clínico del paciente, hora en que ocurrió el evento, servicio,

categoría laboral de la enfermera responsable. El segundo apartado contiene variables para evaluar: el estado neurológico del paciente, si estaba acompañado, el riesgo de caída, medidas de seguridad implementadas, lugar de la caída, tratamiento y el estado de salud. El último apartado consiste en tres preguntas abiertas para una breve descripción del evento, lugar y tipo de lesión (en caso de existir), así como la condición clínica asociada.

El análisis de los datos se realizó con porcentajes a través del programa Excel 97-2003.

RESULTADOS

Ingresaron a los servicios de hospitalización del IN-CICH 5,753 pacientes; de los cuales 39 sufrieron caída durante su estancia hospitalaria, por lo que se tiene una prevalencia de 0.67%. En el grupo poblacional predominó el sexo femenino en el 56% de los casos; el 72% de las personas que presentaron caídas tenían más de 50 años; de acuerdo al diagnóstico, los postoperados en el período inmediato ocuparon el 33%, los de cardiopatía isquémica 21%, y con insuficiencia renal crónica 15%, todos ellos durante el turno matutino.

Con relación al lugar de caída, el 31% se encontraba en el Reposet, 23% en la cama, 25% sufrió una caída cuando se encontraba en el baño o en el retrete (Figura 1). Es de resaltar que en la mayoría de las caídas ocurridas tenían instaladas las medidas de seguridad, sin embargo no estaban con compañía (Cuadro I). Los casos que no cumplieron con las medidas de seguridad fue por la falta de timbre disponible, los barandales no instalados y la ausencia del distintivo de riesgo de caídas, entre otros.

Los factores de riesgo identificados en la presencia de caídas fueron: que el 74% se encontraba solo al momento de la caída, 8% tenía secuelas neurológicas, 13% presentaba agitación psicomotriz, a pesar de que todos estaban en estado de alert; y un alto porcentaje de la población estaba en alto riesgo de caída (Cuadro II).

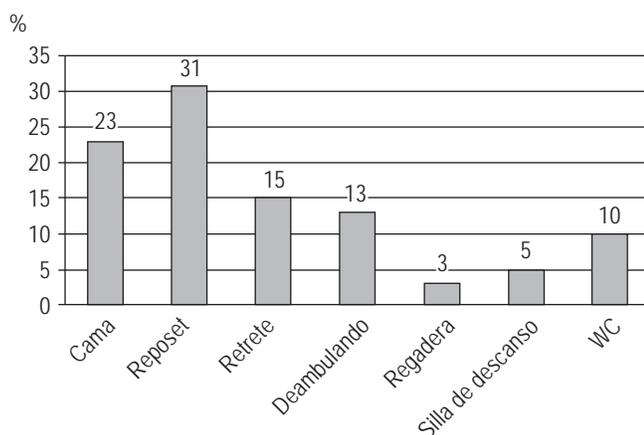


Figura 1. Distribución de caídas de acuerdo con el lugar.

Cuadro I. Factores predisponentes en pacientes por lugar de caída (%).

Factores	Reposet		Cama		Retrete	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Medidas de seguridad	92	8	100	0	78	22
Condición clínica asociada	33	67	78	22	23	77
Caída presenciada	25	75	11	89	17	83

Cuadro II. Factores predisponentes en pacientes con eventos de caídas (%).

Factor	Sí	No
Estado de alerta	100	0
Agitación psicomotriz	13	87
Paciente solo	74	26
Alto riesgo de caída	92	8
Secuelas neurológicas	8	92

Finalmente, las lesiones resultantes de las caídas en general fueron inflamación y/o equimosis en región frontal, temporal, pierna, rodilla o labio; pequeños hematomas en ceja, así como laceraciones en región frontal y mano.

DISCUSIÓN

En lo referente a la variable de edad, Urruela² y Hernández¹⁶ encontraron que las caídas se presentan frecuentemente en adultos mayores entre 65-79 años, datos similares en el presente estudio, donde se observó que la población era mayor de 50 años. Cabe mencionar que el género más afectado es el femenino, contrario a lo observado por Urruela,² que reporta al sexo masculino con 58%. A pesar de la contraposición de estos resultados, tal y como lo reporta Gama y Gómez,¹³ pertenecer al sexo femenino y ser adulto mayor, pueden ser predictores de caída sobre todo al asociarse con factores intrínsecos propios de la edad.

Los factores de riesgo para caída encontrados en este estudio presentan similitud con una revisión cubana hecha por Hernández,¹⁶ donde se detectó que el lugar en donde se caen con mayor frecuencia los enfermos geriátricos y de ortopedia, es en la unidad del paciente y en el baño, con predominio en el horario matutino; mientras que en esta investigación, las caídas registradas fueron del Reposet, la cama y el baño en el mismo turno, sin embargo en el estudio español realizado por Urruela² difiere con el turno, ya que él identificó que las caídas ocurren con mayor frecuencia durante la noche.

En cuanto al estado de conciencia, Urruela² detectó que de 247 pacientes que presentaron caídas, 70% se encontraban orientados y el 28.7% estaban confusos y agitados, datos que difieren con lo encontrado en el INCICH, donde un bajo porcentaje registró agitación psicomotriz y aún menor, los que tenían secuelas neurológicas.

Laguna menciona que las intervenciones de seguridad son la posición baja de la cama, el bloqueo de los frenos de camas y sillas, y la cercanía de los accesorios que el paciente necesite;¹⁷ el Instituto Joana Briggs reportó que 7% de los pacientes estudiados se cayeron a pesar de tener instauradas dichas medidas,¹⁸ datos semejantes a los encontrados en el presente estudio, donde a pesar de contar con el timbre cercano, barandales instalados y asegurados, así como el distintivo de riesgo de caída colocado a la cabecera, los pacientes presentaron caídas de la cama, del Reposet y en el baño, entre otros. Es importante mencionar que en esta revisión la posición y frenos de la camilla, así como la altura de la cama no fueron analizados. En relación a las lesiones como consecuencia de las caídas, la Junta de Andalucía¹⁹ en un símil con lo reportado por este estudio, registra la contusión, erosión y hematomas como las más comunes, sin llegar a un evento de alto impacto, sin embargo registros de EUA y Reino Unido destacan que las fracturas de cadera en personas mayores se relacionan en un 30% a eventos de caídas con mortalidad hospitalaria de un 15%.^{2,20}

En España¹⁹ el 26% de las caídas se produjeron porque el paciente se levantó sólo de la cama o de la silla cuando necesitaba algún tipo de ayuda, a la vez que en Reino Unido la mayoría de las caídas no son presenciadas, ya que el 74% de los pacientes estaba sin compañía y 53.5% de ellos requerían ayuda.²⁰ Estos resultados coinciden con los nuestros, donde la mayoría de los pacientes con alto riesgo de caída se encontraban sin ningún tipo de supervisión, ya sea del familiar o del personal de enfermería, al momento de la caída.

En esta revisión las caídas no causaron limitación en la actividad del paciente, ni fueron causa de inestabilidad hemodinámica, además de no repercutir en la estancia hospitalaria, sin embargo a pesar de no estar clasificadas como de alto impacto, deben ser prevenibles.

CONCLUSIONES

En esta investigación se observó que para que suceda una caída influyen los siguientes factores: Personas en estado de alerta, con edad mayor a 50 años, identificados con riesgo alto de caída, con permanencia en el Reposet, en estado postoperatorio mediato o tardío, sin compañía o supervisión, en turno matutino.

Los múltiples factores encontrados expresan en forma clara la necesidad del profesional de salud

para realizar una valoración completa, llevar a cabo una comunicación eficaz y mantener una vigilancia estrecha del paciente, por tal motivo, es indispensable enfatizar la manera correcta de implementar las medidas de seguridad preventivas, como la identificación del riesgo de caída, posición baja de la cama, bloqueo de frenos en camas y sillas, barandales arriba y acercar los objetos personales al paciente, entre otros. Esto se puede lograr a través de retroalimentación de los estándares de calidad por grupos y con gestores de calidad en los servicios hospitalarios. Otra intervención es orientar al paciente y familiar para preservar su seguridad durante su estancia hospitalaria, a través de la explicación y comprensión de la importancia en la aplicación y mantenimiento de las medidas preventivas de seguridad.

REFERENCIAS

1. Joint Commission. Sentinel Event Statistics. March 31, 2007 [serie en internet]. 2007 [consultado 16 agosto 2007]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
2. Urruela M, Gómez AE, Iglesias AC, Valtierra M, González MY, Escobar A et al. Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. *Rev Mult Gerontol*. 2002; 12(1): 14-18.
3. Molina RE, Pajares RD, Camps BE, Molist SG, Carrera GR. Incidencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Vic. *Rev Soc Esp de Enferm Nefrol*. 2008; 11(1): 64-69.
4. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección de Enfermería Comisión Permanente de Enfermería. Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. México: Secretaría de Salud; 2010.
5. Gómez CAI, Espinosa AF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente, cuidar es pensar. *Revista Aquichan*. 2006; 6(1): 54-57.
6. Baker GR, Norton PG, Flintolf V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Can Med Assoc J*. 2004; 179(11): 1678-1686.
7. Tena-Tamayo C, Arroyo-de Cordero A, Victoria-Ocha R, Manuell-Lee Gabriel, Sánchez-González JM, Hernández-Gamboa LE et al. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. *Revista CONAMED*. México. 2006; 11(5): 18-26.
8. Organización Mundial de la Salud [página en Internet]. New York: Centro de prensa. Notas descriptivas. Caídas. [actualizado 2011; citado 15 Ago 2011]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>
9. OMS.org. [Internet]. Organización Mundial de la Salud, ©OMS 2012 [consultado 14 de mayo 2009] Alianza mundial para la seguridad del paciente. Responsables de salud de todo el mundo se unen a la Organización Mundial de la Salud en el anuncio de un redoblado esfuerzo para mejorar la seguridad del paciente. [aprox. 1 plantilla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr74/es/index.html>
10. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la Certificación de Hospitales. México: Consejo de Salubridad General; 2009.
11. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería Tres nuevos Indicadores para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente. México: Secretaría de Salud; 2006.
12. Gama ZAS, Gómez-Condesa A. Risk factors for falls in the elderly: systematic review. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(5): 946-956.
13. Santillana HSP, Alvarado MLE, Medica BGR, Gómez OG, Cortés GRM. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. *Rev Med IMSS*. 2002; 40(6): 489-493.
14. Inoue KC, Matsuda LM, Melo WA, Murasaki ACY, Hayakawa LY. Risco de queda da cama. O desafio da enfermagem para a segurança do paciente. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29(3): 459-466.
15. Suárez VM, Ortega VMC, Téllez ME, Hernández TME, Jasso SME. Evaluación de los servicios de enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2004; 12(1): 38-40.
16. Ilustrados [Internet]. ©2011 [citado 24 marzo 2009]. Las Caídas: Impacto en los Ancianos; [aprox. 1 plantilla] Disponible en: URL: www.ilustrados.com/publicaciones/EEFAuFZ-puVWXwRvSqM.php
17. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafra LF, Carrascosa-García MI, Luque MFM, Alejo EJA et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Revista Gerokomos* 2010; 21(3): 97-107.
18. Caídas en hospitales. Reproducido del Best Practice [serie en Internet] 1998 [citado 24 marzo 2009]; 2 (2): [aprox. 1 plantilla] 1-6. Disponible en: URL: www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/1998_2_2_CaidasHospital.pdf
19. Junta de Andalucía. España. Agencia de Calidad Sanitaria. Soluciones para la seguridad del paciente 2008. Prevención de caídas. Borrador. [citado 16 febrero 2011] Disponible en: URL: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/portaobservatorio/es/galerias/descargas/prevencion_de_caidas_250308_def.pdf
20. Domínguez CLG, Arellano AG, Leos ZH. Caídas en el anciano. Factores asociados en 168 casos. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2005; 3(2): 83-90.