

REGISTRO DE CAÍDAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE DURANTE EL AÑO 2.000

AUTORES: Ambrosio Pescador Valero (*)

Máxima Lizán García (**)

M^a Ángeles Salas Saiz (*)

Antonia Romero González (*)

Pilar Córcoles Jiménez (*)

(*) Diplomados en Enfermería. Complejo Hospitalario de Albacete

(**) Facultativo Especialista de Área. Complejo Hospitalario de Albacete

AGRADECIMIENTOS:

A todo el grupo de trabajo que colaboró en el desarrollo del registro de caídas

A todo el personal de Enfermería del Complejo Hospitalario de Albacete por su colaboración en el proceso de recogida de datos

RESUMEN

Introducción: El ingreso hospitalario plantea una serie de riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, sino que se extienden a la interacción del paciente con el medio. Durante el paso por las instalaciones del hospital pueden suceder incidentes imprevistos que originen lesiones y entre estos incidentes destacan por su morbilidad y secuelas las caídas, que tradicionalmente se han utilizado como indicador de calidad de los cuidados de Enfermería. En el Complejo Hospitalario de Albacete se ha establecido un registro que tiene como objetivo identificar caídas de los pacientes hospitalizados, describir las circunstancias en que se producen, identificar los factores relacionados con las mismas y examinar sus consecuencias.

Material y método: Para el diseño del registro se trabajó con un grupo de expertos de las distintas Unidades del Complejo Hospitalario. La cumplimentación del registro estuvo a cargo de los profesionales de Enfermería de todas las Unidades, de forma voluntaria.

Resultados: Durante el año 2.000 se registraron 37 caídas, siendo un 78,4% varones y con una edad media de 57 años. Las caídas ocurren tanto en bipedestación como en situación de reposo (cama o sillón). Un 56,3% del total se produjeron en los tres primeros días del ingreso. Un 70,3% ocurrieron en las habitaciones, estando el paciente acompañado por un familiar en un 62,2% de los casos. Casi la mitad de las caídas ocurrieron por la noche, y en un 66,6% de éstas no había iluminación general. En cuanto a las consecuencias, en un 35,1% no hubo ningún tipo de lesión. Se registraron erosiones (en once casos), hematomas (en seis casos), heridas abiertas (otros seis casos, de los cuales dos precisaron sutura) y un solo caso de fractura.

Conclusiones: La finalidad del registro de incidentes no es la culpabilización de los profesionales, sino el descubrir los

factores relacionados para poder adoptar las medidas imprescindibles de prevención. En este sentido, es fundamental la colaboración de todos para identificar las situaciones de riesgo.

ABSTRACT:

Introduction: The hospital intake involves various risks, not only related to nosocomial infections, but also extended to the patient's relationship with the environment. Along the stay at the hospital facilities, unexpected occurrences that cause injuries may happen. Among these occurrences, we might emphasize falls because of their morbidity and sequels. They have been used traditionally as an indicator of the quality of nursing care. Within the Albacete hospital complex a chart has been developed. Its objective is to identify falls among intaken patients, describe the circumstances in which they happen, identify factors related to them and examine their consequences. **Material and methods:** a group of experts from several of the hospital complex units supported the design of the survey. Nursing staff of all units, in a voluntary way, carried out the filling in of the questionnaire.

Results: 37 falls were registered along 2000, being a 78,4% man, and 57 years old on average. The falls occur not only while standing, but also while resting (bed or armchair). A 56,3% of the whole happened along the first three days after the intake. A 70,3% took place in the rooms, being the patient joined by his relative in a 62,2% of cases. Almost half of falls happened at night, and in a 66,6% of these, there was no general light on. As for consequences, in a 35,1%, there were no injuries. There were registers of erosions (11 cases), hematomas (6 cases), open wounds (6 cases, 2 of them required suture) and one only case of fracture. **Conclusions:** the aim of the incident register is not to make guilty to professionals, but to discover related factors in order to be able to adopt the essential prevention measures. In this way, it is indispensable the cooperation of all of us to identify risk situations.

PALABRAS CLAVE: Caídas, calidad de cuidados, paciente hospitalizado

KEY WORDS: falls, quality of care, hospitalized patient.

INTRODUCCIÓN

La estancia de un paciente en el hospital supone siempre un riesgo, independientemente del proceso por el que se ingresa. El paciente hace uso de las instalaciones de hospital, se traslada o es trasladado de un sitio a otro en camilla u otros medios, se desplaza por el hospital y es sometido a procedimientos y técnicas curativas o de exploración y/o intervenciones quirúrgicas. La interrelación del paciente con el medio hospitalario origina riesgos, entre los que podríamos mencionar caídas en el cuarto de aseo, caídas desde la cama, lesiones al pasar al paciente de una camilla a otra, lesiones que se pueden producir al realizar alguna exploración por material defectuoso (como el estallido de una lámpara de exploración), etc.

Podríamos definir incidente como un suceso imprevisto que hubiera podido dar lugar a un accidente y que afecta a un paciente o acompañante; mientras que accidente sería la lesión corporal que sufre el paciente o acompañante a consecuencia de su estancia en el hospital, o su paso por las Consultas Externas y Servicios Centrales.

Dentro del amplio abanico de los riesgos del medio hospitalario, las caídas constituyen un evento relativamente frecuente en todos los hospitales del mundo y pueden tener consecuencias importantes tanto a nivel individual como de la institución, siendo uno de los indicadores usados para la medición de la calidad de los cuidados de Enfermería. Los estudios indican que las dos terceras partes de las caídas se pueden prevenir ⁽¹⁾.

Aunque existe bastante bibliografía sobre los accidentes y caídas en el medio comunitario y en ancianos institucionalizados ^(2, 3, 4, 5, 6), los estudios sobre las caídas en el medio hospitalario son escasos. Sin embargo, para darnos idea de la magnitud e importancia del problema basta recordar que el porcentaje de caídas en ancianos institucionalizados se ha calculado en un 50% ⁽⁷⁾; en España se han identificado tasas de caída en este tipo de ancianos de 0,75 por anciano y año ^(3, 6), mientras que entre los enfermos crónicos domiciliarios se halló que un 42% de los mismos habían presentado alguna

caída ⁽⁴⁾ y hasta en un 10% de estos casos se produjeron fracturas.

En el medio hospitalario se ha planteado también la necesidad de conocer tanto la incidencia del problema como sus consecuencias, haciendo especial énfasis en la identificación de los pacientes en riesgo para articular las medidas preventivas adecuadas. Sin embargo se plantean los problemas de la variedad de incidentes que pueden producirse y de la diversidad de factores de riesgo que pueden influir ⁽⁸⁾. Dado que las caídas obedecen a una etiología multifactorial, las medidas preventivas también habrán de dirigirse a los diferentes factores que se relacionan con las mismas.

En el Complejo Hospitalario de Albacete no existían datos sobre incidentes / accidentes, por lo que a través de su Unidad de Garantía de Calidad se comenzó una intervención sobre este tema. Evidentemente, el establecer la magnitud del problema al que nos enfrentamos es el primer paso para dimensionarlo e implantar estrategias, ya que el estudio detallado de los accidentes / incidentes y de las circunstancias que los rodean nos permitirán identificar las personas que están en riesgo y poner en marcha medidas que minimicen y/o eviten los incidentes.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es identificar accidentes / incidentes originados por caídas de los pacientes hospitalizados en el Complejo Hospitalario de Albacete. Como objetivos secundarios, nos planteamos describir las circunstancias en que se producen, identificar los factores relacionados con las mismas y examinar las consecuencias de los incidentes. Asimismo, pretendemos actuar sobre los factores relacionados como medida de prevención de nuevos incidentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Para conseguir estos objetivos, se puso en marcha un registro de incidentes. La población a estudio era el conjunto de personas que utilizaban las instalaciones del Complejo Hospitalario de Albacete, aunque por motivos de orden práctico se estableció como criterio de inclusión el ingreso hospitalario. De esta manera el registro se limitó a los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Albacete que sufriesen algún tipo de incidente durante su estancia. Se excluyeron en esta fase los pacientes ambulatorios, los acompañantes, los trabajadores y visitantes.

La declaración de incidentes por parte del personal de Enfermería era el método de captación de casos. El periodo de recogida de datos abarcó desde Enero a Diciembre del 2.000. Antes de iniciar la recogida de datos, se mantuvieron reuniones por parte del Supervisor de Calidad con los Supervisores de las distintas Unidades hospitalarias y con los profesionales de las mismas para concienciarles de la importancia del problema. Se diseñó una ficha de recogida de datos que debía cumplimentar el personal de Enfermería de la Unidad en la que se produjese el incidente. Para el diseño de la ficha se trabajó con un grupo de expertos, constituido por personal de distintas Unidades, que aportasen su visión sobre el problema, siendo además un medio para facilitar la introducción del registro entre los profesionales. Asimismo se revisaron los registros sobre incidentes que existen en otros hospitales.

En la ficha de recogida de datos (ANEXO I) se incluían las siguientes variables:

- § Información sobre el paciente: edad, sexo, fecha de ingreso, servicio en el que estaba ingresado.
- § Datos sobre el incidente: fecha en que se produjo, hora, servicio en el que se produce, lugar físico concreto (habitación, servicio, pasillo, otros), situación del paciente (sólo, acompañado por un familiar, acompañado por personal sanitario), iluminación que existía en el momento del incidente (luz natural, iluminación eléctrica general, pilotos, oscuridad).
- § Tipo de incidente: caída en reposo (desde la cama, camilla, silla o sillón, silla de ruedas) y caída en bipedestación (deambulando, al levantarse, al acostarse, al sentarse, en el servicio, en la ducha).
- § Condiciones estructurales que puedan influir en el incidente: ausencia de barandillas en la cama, suelo resbaladizo, falta de agarraderas.
- § Estado general del paciente en el momento de sufrir el incidente: nivel de consciencia (orientado, confuso, inconsciente, agitado), nivel de movilidad (independiente, apoyo mecánico, ayuda parcial, ayuda total), patologías que puedan influir en el incidente (inestabilidad motora, problemas de visión), fármacos administrados (psicofármacos, diuréticos, hipotensores).
- § Causa del incidente, tal como la identifica el paciente si está consciente o los profesionales en caso contrario (mareo, desconocimiento del entorno, resbalón, movimiento en la cama).

- § Consecuencias del incidente: sin lesiones, erosiones, hematomas, heridas abiertas, fracturas. A excepción del primer ítem, los demás nos harían incluir el incidente en la categoría de accidente según la definición expuesta.
- § Zona/s afectada/s, en caso de que la respuesta a la variable anterior haya sido positiva se identifica la localización anatómica de la lesión.
- § Observaciones: se dejó un apartado abierto para los comentarios de los profesionales y cualquier eventualidad que no estuviese recogida en las variables anteriores.

Se elaboró asimismo un breve manual de normas de cumplimentación de las fichas de registro de incidentes.

Los datos registrados se introdujeron para su análisis en el programa SPSS 7.5. Se ha realizado un análisis estadístico univariante con medidas de tendencia central (media aritmética, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas; y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

RESULTADOS

Durante el año 2000 existen registros de 37 incidentes sufridos por pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Albacete. Un 78,4% del total de pacientes de los que se registró algún incidente eran hombres. En cuanto a la edad, encontramos una media de 57,97 años (s.d.= 30,86). Si nos limitamos a los incidentes que se produjeron en adultos, vemos que tanto la mediana como la moda de la edad se sitúan en 76 años, siendo el grupo de 71 a 80 años un 55,6% del total de incidentes y el de 82 a 89 años un 18,5% del total.

Los pacientes que sufrieron los incidentes llevaban ingresados una media de 6,44 días (s.d.= 5,97), pero un 56,3% del total se produjeron en los tres primeros días del ingreso.

Un 70,3% del total de incidentes se produjeron en las habitaciones donde los pacientes se hallaban ingresados. También en los cuartos de aseo correspondientes (18,9%), siendo los pasillos (5,4%) y las salas de Radiología (5,4%) localizaciones menos frecuentes. En un 62,2% de los casos de incidente el paciente se encontraba acompañado por un familiar.

La mayoría de incidentes registrados corresponden a los cuatro primeros meses del año (56,8% del total), bajando los registros a medida que avanza el año (hay uno solo correspondiente el mes de diciembre, frente a los 7 de febrero y los 5 de enero y marzo).

La mayoría de incidentes se produjeron en el turno de noche (48,6%), y entre éstos, un 66,6% ocurrió estando como única iluminación los pilotos de referencia. Solamente un 5,4% de los pacientes estaba diagnosticado de problemas de visión.

De las caídas que se produjeron, 19 ocurrieron estando el paciente en bipedestación y 18 estando en reposo (cama o sillón). La mayoría de las caídas producidas en bipedestación sucedieron en el momento de levantarse de la cama o sillón (21,6% del total) o estando el paciente en el aseo (21,6%). De las caídas en reposo, un 72,2% se produjo estando el paciente en la cama.

Las caídas fueron originadas por movimientos en la cama en un 51,5% del total de casos, siendo la causa siguiente los resbalones (21,2%) y los mareos (15,2%).

En la mayoría de los casos, los profesionales que cumplimentaron la ficha no identificaron una causa estructural del incidente, pues sólo en ocho casos cumplimentaron este apartado. De estos ocho casos, en tres ocasiones se identificó la falta de agarraderas en el cuarto de aseo como causa, en otros tres fue la falta de barandillas en la cama (aunque en uno de éstos, se hizo constar que el paciente se negaba a tenerlas) y dos casos fue atribuido al estado resbaladizo del suelo.

Del total de incidentes registrados, un 35,1% no tuvieron consecuencias, de manera que quedarían en tan sólo "incidentes". En el resto de los casos se produjeron lesiones corporales, lo que nos llevaría a incluirlos según la definición en la categoría de "accidentes". Las consecuencias de estos accidentes fueron erosiones (en once casos), hematomas (en seis casos), heridas abiertas (otros seis casos, de los cuales dos precisaron sutura) y un solo caso de fractura. La cabeza y cara fueron las zonas más afectadas (46,9% del total).

En cuanto al estado de consciencia de los pacientes que sufrieron algún tipo de incidente, un 51,4% estaban

conscientes y orientados; un 35,1% sufrían confusión y sólo un 5,4% estaban agitados. Un 35,1% de los pacientes tenían una movilidad activa e independiente, y otro 35,1% necesitaban ayuda parcial para la movilización. Solamente en un 16,2% del total de incidentes se identificó la administración de fármacos que pudiesen tener relación con el suceso (8,1% de psicofármacos y 5,4% de hipotensores).

DISCUSIÓN

En primer lugar, nos llama la atención el escaso número de caídas que se han registrado, comparándolo con las frecuencias obtenidas en otros estudios, como el que se realizó en el Hospital Ramón y Cajal entre febrero y junio de 1996, donde se recogieron 133 caídas en dicho periodo ⁽⁹⁾. Pensamos que existe un importante sesgo en este dato, ya que al ser la cumplimentación del registro voluntaria, los profesionales han olvidado realizarla. En este mismo sentido podemos interpretar la disminución de registros a lo largo del año, que no creemos esté relacionada con una menor incidencia sino con los olvidos de los profesionales a la hora de cumplimentar los impresos, más acusados cuando avanza el año y disminuye el recuerdo de la importancia del problema. Por esta razón no hemos calculado ninguna medida de incidencia, pues resulta evidente que existe una infravaloración. Como se ha constatado en otros Centros hospitalarios, la monitorización de efectos adversos o complicaciones mediante la declaración voluntaria resulta bastante difícil de implantar ^(8, 9).

Por otra parte, los profesionales de Enfermería no han recogido en el registro datos de otro tipo de incidentes distinto a las caídas (golpes con elementos fijos o móviles, por ejemplo).

Destaca la elevada frecuencia con que se producen incidentes en los hombres, aun admitiendo el sesgo mencionado anteriormente, que ocurriría por igual en hombres que en mujeres. Esto contrasta con los resultados de otros estudios ⁽⁶⁾, donde las mujeres tenían casi el doble de riesgo de sufrir una caída que los hombres, aunque sobre este aspecto hay bastante variabilidad en la bibliografía, pues en el Hospital Ramón y Cajal también se encontró que un 73% de las caídas ocurrían en varones ⁽⁹⁾, mientras que Segura Noguera y cols. no encontraron diferencias en cuanto al sexo ⁽⁴⁾.

Durante la noche, los pacientes parecen más propensos a sufrir incidentes, lo que podría relacionarse con la desorientación que produce la ausencia de luz (especialmente por la mayor incidencia en ausencia de iluminación general, a pesar de que la casi totalidad no tenía problemas de visión diagnosticados). Aunque el reducir la iluminación parece imprescindible para facilitar el descanso nocturno de los pacientes hospitalizados, debemos considerar la necesidad de medidas preventivas que reduzcan los incidentes asociados a la falta de visibilidad. Las caídas ocurren prácticamente igual estando en la cama que durante la bipedestación, lo que contradice la opinión generalizada de que la mayor parte de las caídas de pacientes ingresados se producen desde la cama ⁽⁹⁾.

Más de la mitad de las caídas se produjeron en los tres primeros días del ingreso, lo que puede ser atribuido a que es el momento en que la patología causante del ingreso suele estar en su fase más aguda, y además el medio resulta aún desconocido, factores que pueden combinarse para originar más caídas.

Es importante señalar un elevado porcentaje de caídas ocurrieron en la habitación, lo que coincide con otros estudios ^(3, 5, 6, 9), y estando el paciente acompañado, lo que muestra que la presencia del acompañante no es una garantía que nos pueda hacer descuidar otro tipo de medidas.

Destaca también que la mitad de los incidentes se producen en personas conscientes y orientadas, hallazgo que también se identificó en el Hospital Ramón y Cajal ⁽⁹⁾ y en estudios prospectivos sobre pacientes ancianos institucionalizados, donde el número de enfermedades actuaba como factor protector ⁽⁶⁾. Este hecho puede llevarnos a pensar que las mayores medidas preventivas que se toman en el caso de pacientes agitados son eficaces. Sin embargo, en las personas que están clasificadas como orientadas y con movilidad independiente se produce un buen número de incidentes, lo que nos debe llevar a ser más precavidos en estos casos, especialmente cuando se trata de personas de edad avanzada. A diferencia de otros estudios ^(4, 6), no parece relevante la influencia de psicofármacos o de los déficits visuales en las caídas.

En cuanto a las consecuencias de las caídas, resalta que más de una tercera parte no tuvo consecuencias, lo que unido a las consecuencias leves como puede ser la aparición de erosiones, alcanza un total del 64,8% del total de incidentes. Tan sólo en un caso apareció una consecuencia grave (fractura) y hubo dos que precisaron sutura de heridas abiertas, lo que supone una baja incidencia de lesiones importantes (2,7% del total de incidentes). Aunque hay estudios ^(3, 4, 6) en los que las fracturas sobre el total de caídas registradas oscilan entre el 8 y el 10%, hay que tener en cuenta que en ellos se trataba de

una población anciana, y por tanto, con mayor riesgo de sufrir fracturas como consecuencia de la caída que una población general.

La finalidad del registro de incidentes no es la culpabilización de los profesionales, sino el descubrir los factores relacionados con los incidentes para poder adoptar las medidas imprescindibles de prevención. A la vista de estos primeros resultados se establecieron ya algunas medidas correctoras (adquisición de nuevo mobiliario, camas con barandilla incorporada, etc.).

En la actualidad continúa el registro de incidentes y accidentes. Sería interesante que todos los profesionales se concienciasen de la importancia de cumplimentarlo a fin de identificar las personas que se hallan en mayor riesgo de caer. De esta manera podrían centrarse las medidas preventivas en la población más susceptible.

CONCLUSIONES

- § El registro de caídas en el Complejo Hospitalario de Albacete nos proporciona una aproximación al problema. Aunque resulta insuficiente para establecer un perfil-tipo de paciente con mayor riesgo de caídas, lo interpretamos como una primera intervención para fomentar en los profesionales de Enfermería la preocupación por los incidentes que se producen en el medio hospitalario y el deseo de hallar soluciones.
- § Es importante que para todos sea claro que la finalidad del registro no es en absoluto punitiva sino el afán por mejorar la atención a los usuarios. Es fundamental la colaboración de todos para identificar las situaciones de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BRAKEY, M.R. Mitos y realidades acerca de las caídas de los pacientes. *Nursing* 1997; 15(1): 54.
- (2) NAVARRO CEBALLOS C, DOMÍNGUEZ LÓPEZ, M.O., CUESTA TRIANA F, LÁZARO DEL NOGAL M, RIBERA CASADO JM. Caídas en el anciano. *JANO* 1998; 1263:36-39.
- (3) PADILLA RUIZ F, BUENO CAVANILLAS A, PEINADO ALONSO C, ESPIGARES GARCÍA M, GÁLVEZ VARGAS R. Frecuencia, características y consecuencias de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. *Atención Primaria* 1998; 21(7): 437-445.
- (4) SEGURA NOGUERA JM, BARREIRO MONTAÑA MC, BASTIDA BASTÚS N, COLLADO GASTALVER D, GONZÁLEZ SOLANELLAS M, LINARES JUAN DE SENTMENAT C. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. *Atención Primaria* 2000; 25(5): 297-301.
- (5) MORENO V, GÓMEZ A, SKURZOK H, NSUE DO, CAMAÑO E, GARCÍA F et al. Caídas en una residencia asistida. Estudio de un año de seguimiento. *Gerokomos* 2000; 11(2): 62-70.
- (6) BUENO CAVANILLAS A, PADILLA RUIZ F, PEINADO ALONSO C, ESPIGARES GARCÍA M, GÁLVEZ VARGAS R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clínica* 1999; 112 (1): 10-15.
- (7) TINETTI, ME, SPEECHLEY M, GINTER SF. Risk factors for falls among elderly persons living in a community. *N Engl J Med* 1988; 319: 1701-7.
- (8) JUVÉ UDINA ME, CARBONELL RIBALTA MD, SÁNCHEZ JIMÉNEZ P, BROSSA MIQUEL P, ORTÍ CONTEL F, VILLANOVA SOLANO ML, et al. Riesgo de caída en adultos hospitalizados. *Enferm Clínica* 1999; 9(6):257-263.

- (9) COMISIÓN DE CALIDAD DE ENFERMERÍA. Identificación de pacientes ingresados con riesgo de sufrir caídas y propuestas para su prevención. Publicación del Programa de Calidad Hospital Ramón y Cajal 1997; 3; 6-9.