

# PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

**Dr. Fabían Vítolo**  
GERENTE DE RELACIONES  
INSTITUCIONALES  
NOBLE S. A. ®

Hemos visto en el último año entre nuestros asegurados un número no despreciable de caídas de pacientes (de la cama, de camillas, en el baño, mientras caminaban etc.). Este hecho confirma en nuestro medio algo que es harto conocido por los administradores de riesgos clínicos de todo el mundo: las caídas de pacientes se producen con una frecuencia alarmante, no sólo en geriátricos y centros de rehabilitación (donde son más frecuentes) sino también en hospitales de agudos, centros de diagnóstico y de atención ambulatoria.

Las caídas en establecimientos sanitarios se encuentran dentro de las 10 primeras causas de demandas contra hospitales. Si bien los costos particulares de una demanda por caída suelen ser bajos en comparación con otras demandas, los costos totales suelen ser considerables a la luz de la frecuencia de estos eventos. A los costos de las demandas se suman aquellos asociados con internaciones más prolongadas y cuidados médicos y de enfermería agregados (ej: fractura de cadera). El costo promedio de una lesión por caída en los EE.UU es de aproximadamente U\$S 20.000. Las caídas en personas mayores de 65 años le costaron al sistema de salud australiano en 1993/94 \$406 millones (\$212 en gastos de internación)

Dejando de lado consideraciones económicas, las caídas generalmente son percibidas por el paciente y sus familias como hechos que pudieron ser prevenidos. Su ocurrencia está señalando una calidad de atención menos que óptima. La insatisfacción de aquellos puede dañar la reputación del

centro. Desde el punto de vista médico-legal se debe puntualizar que debe haber un daño al paciente y negligencia para tener un caso de mala praxis válido. Si el paciente se cae, aún por negligencia del establecimiento, pero no hay daño, no se ha cumplido uno de los elementos básicos a considerar en un juicio por responsabilidad profesional.

Por todo esto resulta importante que las instituciones desarrollen programas abarcativos que contemplen el conocimiento de las causas de las caídas, la identificación de factores de riesgo (del paciente y ambientales), la prevención de las mismas, y una respuesta ante los incidentes que minimice la posibilidad de daño una vez que la caída ha ocurrido (sólo el 20-30% de los pacientes que se caen sufren lesiones).<sup>1</sup>

## FRECUENCIA

En la Argentina carecemos de datos al respecto. En aquellos países en los que se estudia el problema como los EE.UU, se estima que se caen entre el 2% y el 10% de todos los pacientes admitidos en un año. Representan a su vez el 75% de todos los reportes de incidentes hospitalarios<sup>2</sup> en los Estados Unidos y el 38% de los mismos en Australia (en las instituciones que llevan un registro de sus accidentes).

El índice de caídas generalmente es calculado como:<sup>3</sup>

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de caídas de pacientes} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ de días cama}}$$

Nº de días cama

## FACTORES DE RIESGO

### ■ PACIENTE

*La investigación ha demostrado que uno de los pasos más importantes que pueden tomarse para prevenir estos episodios es la identificación de pacientes de riesgo.<sup>5</sup>*

- Edad > 60 años
- Historia de caídas previas
- Debilidad de miembros inferiores
- Trastornos de estabilidad y marcha
- Polimedicación (4 o más drogas)
- Uso de sedantes hipnóticos, de antihipertensivos
- Hipotensión ortostática
- Disminución de la agudeza visual
- Hipoacusia
- Disfunción propioceptiva
- Trastornos del sensorio (incluye demencia y depresión)
- Calzado inapropiado
- Incontinencia Urinaria

### ■ AMBIENTE

*Un estudio de 1993 informó que más del 50% de las caídas se relacionan con factores ambientales<sup>6</sup> (peligros en el espacio físico ocupado por el paciente). El Administrador de Riesgos debería coordinar esfuerzos con los responsables de la planta física y de mantenimiento a fin de controlar al máximo estos peligros:*

- Pisos resbalosos
- Camas en posición alta
- Muebles inestables (que pueden deslizarse al apoyarse)
- Muebles con borde agudos
- Barandas que ocupen todo el largo de la cama
- Falta de acordonamiento de áreas con piso mojado o en construcción
- Objetos o cables en el piso
- Inapropiada señalización
- Falta de material antideslizante en rampas, pisos de baño, ducha y bañeras
- Falta de barandas de agarre en baños y paredes

Es importante cuantificar con este índice la caídas porque permite establecer comparaciones en el tiempo, en la localización, en el tipo de pacientes, etc. También sirve para valorar la efectividad de los programas. Los estudios a larga escala demuestran un índice de caídas que oscilaría entre el 2,5 y el 4,5 por cada 1000 días cama.<sup>4</sup>

El panorama es aún peor en geriátricos y centros de internación de pacientes crónicos que requieren cuidados prolongados. En este tipo de instituciones las caídas representan por lejos la principal causa de demandas (63% del total). También se llevan el 60% de los costos. Entre estas caídas, las producidas en el baño suelen ser las más costosas. Los factores que ayudan a explicar las diferencias entre centros de agudos y crónicos es obvia. En general la edad avanzada es un factor de riesgo importante y los ancianos suelen sufrir lesiones más serias luego de una caída.

## SILLAS DE RUEDAS

Las muertes vinculadas con sillas de ruedas se ven principalmente en personas mayores de 65 años y se asocian más frecuentemente con caídas y deslizamientos.<sup>7</sup>

Elementos antideslizamiento deberán ser utilizados y las ruedas deberán quedar bloqueadas durante los traslados en ambulancia o mientras se espera un estudio. Otros peligros asociados con las sillas de ruedas sobrevienen del uso inapropiado de la misma o por defectos mecánicos (falta de sistemas de bloqueo, ruedas desinfladas, apoyapiés defectuosos, pérdida de piezas, etc). La inspección regular y el mantenimiento de las mismas deberán ser incorporados al programa de mantenimiento de equipos del hospital.

## BARANDAS

Las camas de hospital muy altas con barandas que ocupen todo el largo de la misma representan un peligro. Generalmente las barandas no impiden a algunos pacientes levantarse de la cama. De hecho, las lesiones más graves suelen producirse cuando el paciente intenta saltar sobre ellas, cayéndose entonces desde una altura mayor. En general se prefiere utilizar barandas parciales, de medio cuerpo o alternadas, que impiden que el paciente "ruede" pero eliminan la necesidad de que el mismo "salte" sobre ellas para salir de la cama.

En 1995, las Food and Drug Administration de los EE.UU (FDA) publicó un alerta de seguridad vinculado con el peligro de "atrapamiento"<sup>8</sup>, ya sea entre el colchón y las barandas o entre las barras de las mismas, principalmente en pacientes añosos. Entre 1985 y 2005 se notificaron a dicha agencia 691 incidentes vinculados con atrapamiento y estrangulamientos relacionados a

las barandas. De estos casos, 413 pacientes murieron, 120 tuvieron lesiones no fatales y 158 no las tuvieron debido a la intervención del personal. El Departamento de Salud del Reino Unido y la División de Protección de la Salud de Canadá también han recibido reportes de atrapamiento similares. Todas las muertes se produjeron por atrapamiento de la cabeza, el cuello o el tórax, mientras que la mayoría de las lesiones involucraron fracturas, cortes y abrasión de las extremidades. Si bien el número de incidentes notificados es pequeño en relación al gran número de pacientes que usan camas hospitalarias, todos coinciden en que la utilización de algunas precauciones puede prevenir futuros incidentes.

Entre las medidas que se recomiendan figuran la inspección regular de todas las camas, barandas y colchones del hospital para identificar áreas de posible atrapamiento (espacios entre el colchón y la cabecera, o a los costados), el chequeo de la instalación apropiada de las barandas utilizando las instrucciones del fabricante para asegurar un ensamble adecuado y la identificación de pacientes de riesgo .

## MEDICACION

Se ha observado que los pacientes polimedicados tienen mayor riesgo de caerse<sup>9</sup>. La medicación puede interactuar con factores de riesgo del paciente para producir reacciones idiosincráticas y/o efectos secundarios.

El tipo de medicación también puede influir en el riesgo de caídas. Los hipnóticos, antidepresivos y psicotrópicos contribuyen sustancialmente al riesgo de caídas al alterar la actividad psicomotora. Por otra parte, los efectos extrapiramidales de las drogas antipsicóticas pueden afectar la movilidad debido al temblor, rigidez o trastornos de la marcha. Los bloqueantes alfa adrenérgicos también deben considerarse ya que pueden aumentar la posibilidad de hipotensión ortostática. Las drogas que afectan la función vestibular, como los aminoglucósidos también pueden contribuir con caídas. Los diuréticos pueden producir mareos o confusión. Algunas medicaciones para la Diabetes como así también algunos antiinflamatorios no esteroides pueden producir tendencia la sueño, confusión o visión borrosa que determinen que el paciente se caiga. Los médicos pueden reducir la frecuencia y severidad de las caídas evaluando las indicaciones de los pacientes.<sup>10</sup>

Otro aspecto vinculado con la medicación se refiere al extendido uso rutinario de sedantes para prevenir caídas de la cama. Los sedantes pueden dificultar la rehabilitación de los pacientes y pueden aumentar su desorientación. Estas drogas deberían ser utilizadas sólo por razones médicas o psicológicas justificadas y no deberían ser indicadas sólo para conveniencia del personal como alternativa a otros medios de contención y/o inmovilización del paciente.

## INMOVILIZACIÓN Y CONTENCIÓN FÍSICA

La prevención de caídas es una de las justificaciones esgrimidas más frecuentemente para la utilización de procedimientos de inmovilización física en hospitales de agudos (ataduras de miembros, del tórax, etc.). Sin embargo, el valor de su utilización con estos fines continúa siendo al menos "cuestionable". Los estudios han demostrado que entre un 13% a un 47% de los pacientes añosos que se caen estaban físicamente inmovilizados.<sup>11</sup> También se observaron caídas más serias e incluso muertes que no fueron prevenidas por su utilización. Por otra parte, la inmovilización puede llevar a un deterioro psicológico y físico mayor (lesiones de piel, infecciones intrahospitalarias, incontinencia, angustia, depresión, ira etc.)

Generalmente se asume que los pacientes inmovilizados requieren menor atención y diligencia que los que no lo están. Nada podría estar más lejos de la realidad. De hecho, aquellos pacientes con picos de excitación psicomotriz o que tratan de escapar a su inmovilización están expuestos a peligros que serían inconcebibles para el paciente sin ataduras.<sup>12</sup> El paciente inmovilizado es en general, por el sólo hecho de estarlo menos colaborador y menos capaz de sobrellevar una emergencia o accidente.

A menudo las familias de pacientes añosos presionan a las enfermeras o médicos para que inmovilicen al paciente con el fin de evitar que se caiga. En este caso, habrá que hacerles entender que el hecho de atarlos e inmovilizarlos no previene efectivamente todas las caídas y que el riesgo de caerse es preferible a los riesgos de la inmovilización. De hecho, algunos expertos en responsabilidad profesional sostienen que el número y monto de juicios por lesiones producidas por caídas es despreciable en comparación con los juicios originados en el inapropiado uso de estos métodos de inmovilización (indicación innecesaria, error en la aplicación mecánica, falta de control, etc).

Lo dicho no invalida el uso cauteloso y prudente de métodos de inmovilización física en pacientes seleccionados. Sin embargo, hay coincidencia generalizada en que estos métodos deberían ser utilizados como "último recurso" luego de haber agotado otras alternativas. Se deberían desarrollar y monitorear normas y procedimientos para su utilización. Se deberá documentar en la historia clínica el por qué de las decisiones, las alternativas intentadas y la discusión con el paciente y/o sus familias con respecto a este particular.

## PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Todos los establecimientos sanitarios deberían desarrollar protocolos de prevención de caídas aplicables a pacientes, visitantes y empleados. Los mismos podrán variar dependiendo del tipo de institución (hospital de agudos, centro de diagnóstico o rehabilitación, geriátrico, psiquiátrico, etc).

Se debería enfocar el tema desde el punto de vista multidisciplinario con la formación de un equipo que incluya médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapistas ocupacionales, farmacéuticos, y todos aquellos involucrados en la atención del paciente. En algunas instituciones estos equipos forman un cuerpo consultor encargado de analizar los factores de riesgo y planificar estrategias.

Los planes de prevención de caídas exitosos generalmente incluyen los siguientes elementos:<sup>13</sup>

- Identificación de los pacientes de riesgo en la admisión. (Hay formularios diseñados especialmente, con un checklist prefijado, asignando en algunos casos puntajes. Los mismos son completados por enfermería)
- Identificación de los pacientes que pasan a ser de alto riesgo durante la internación. (Actualización. Los pacientes pueden variar su categoría de riesgo)
- Una vez categorizados como pacientes de riesgo, facilitar su reconocimiento haciendo este hecho claramente visible mediante pulseras de un color determinado, calcomanías del mismo color en historias, en la cabecera de la cama, en los timbres de estación de enfermería, etc.
- Monitoreo permanente de estos pacientes.
- Comunicar el status de riesgo de caída al paciente y a la familia (ayuda a establecer expectativas realistas de independencia y demuestra la preocupación de la institución por la seguridad)
- Capacitar a los pacientes y miembros de la familia (enseñar a levantarse lentamente utilizando soportes estables, a caminar cerca de la pared y apoyarse, etc)
- Crear conciencia del factor ambiental e implementar las modificaciones necesarias (acceso al baño despejado, mesa de luz fija y accesible, barandas parciales, elementos de agarre en las paredes, camas bajas, timbre y luz a mano, etc)
- Educación continua del personal.
- Implementar un sistema efectivo de reporte de estas caídas (reporte de incidentes)
- Evaluar todas las caídas. Establecer una base de datos (circunstancias, horario, lesiones, edad, localización, utilización o no de barandas, etc.)

## RESPUESTA LUEGO DE LA CAÍDA

Aún el mejor programa de prevención no evitará todas las caídas. Por ello, el administrador de riesgos debería, en forma conjunta con la administración, los asesores legales de la institución y sus aseguradores establecer una política al respecto de qué decirles a los pacientes y a sus familias una vez que se ha producido la caída. Se deberá demostrar preocupación por el incidente pero también se evitará autoinculparse antes de que se haya iniciado una investigación.

La política del hospital deberá ser comunicada a las enfermeras de piso a través de programas de educación continua. En el caso de que haya gastos adicionales originados de la caída, se considerará caso por caso, evitando en general que estos costos recaigan en el paciente.

La mayoría de estas medidas de prevención no implican inversiones millonarias sino trabajo en equipo y organización. Los escépticos aducirán falta de tiempo, de recursos o de motivación en un medio con enormes problemas. Pero habiendo visto estas complicaciones no me resigno a la utopía de conseguir un hospital más seguro para pacientes, visitantes y empleados.

### PREVENCIÓN DE CAÍDAS - RESUMEN DE RECOMENDACIONES PARA ENFERMERIA

- 1 Reduzca los factores de riesgo mediante un adecuado programa de prevención de caídas
- 2 Evalúe el riesgo de caídas
- 3 Identifique los factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas potenciales y lesiones.
- 4 Advierta al paciente y/o a su familia si tiene un alto riesgo de sufrir una caída durante la internación. Explíqueles cuáles son sus factores de riesgo y discuta estrategias de prevención.
- 5 Apunte sus estrategias a la minimización de los factores de riesgo identificados
- 6 Maximice la capacidad del paciente guiado por su respuesta a la actividad física.
- 7 Explore con el paciente y su familia los efectos psicológicos que pueden tener las caídas o el temor de sufrirlas y el impacto sobre su confianza para desarrollar tareas diarias
- 8 Agote todas las alternativas junto con el paciente y su familia antes de decidir la más mínima inmovilización del paciente
- 9 Evite el abordaje farmacológico en pacientes con trastornos del sensorio.

- 10 Colabore con el paciente y el equipo médico en la minimización del uso de benzodiazepinas, el número de drogas indicadas y la utilización de drogas con alto riesgo de efectos adversos
- 11 En combinación con otras estrategias de prevención establezca programas de ejercicios individuales o de grupo con el objetivo de mejorar la funcionalidad, la fuerza motora y el equilibrio
- 12 Cuando se indique, asegúrese que los dispositivos de ayuda como andadores, bastones o sillas de ruedas se encuentren en buen estado y adaptados a las necesidades del paciente.
- 13 Utilice un plan de transferencia y movilización basado en la evaluación inicial del riesgo de caídas. Vuelva a evaluarlo si cambia el estado funcional del paciente
- 14 Brinde información acerca de factores de prevención y manejo de la osteoporosis para reducir el riesgo de fracturas en caso de caídas. (dieta, estilo de vida y opciones de tratamiento)
- 15 Modifique los factores de riesgo del ambiente
- 16 Implemente un procedimiento a seguir en caso de producirse una caída (evaluación inicial, tratamiento, comunicación, documentación)
- 17 Incluya en la inducción del nuevo personal el análisis de los factores de riesgo y las estrategias de prevención

## EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA DE LOS PACIENTES (ESCALA MORSE)

La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída. El 83% de las enfermeras/os de los EE.UU consideran a esta escala como "rápida y fácil de usar" y el 54% estima que la calificación del riesgo lleva menos de 3 minutos. Se analizan seis variables y se ha demostrado que tiene valor predictivo. Se utiliza ampliamente tanto en los hospitales de agudos como en centros de internación de pacientes crónicos.

Los puntajes se asignan de acuerdo a las siguientes definiciones:

### 1) ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES:

Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 punto. Nota: si un paciente se cae por primera vez, entonces su puntaje automáticamente sube a 25. Si el paciente sólo puede caminar apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
1. Antecedentes de caídas recientes (en los últimos 3 meses)	NO	0
	SI	25
2. Diagnóstico secundario	NO	0
	SI	15
3. Ayuda para deambular - Reposo en cama / asistencia de enfermería - Bastón / muletas / andador - Se apoya en los muebles		0
		15
		30
4. Vía venosa	NO	0
	SI	20
5. Marcha - Normal / inmovilizado / en reposo en cama - Débil - Alterada requiere asistencia		0
		10
		20
5. Conciencia - Estado mental - Conciente de sus capacidades y limitaciones - No conciente de sus limitaciones		0
		15

### 2) DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:

Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0.

### 3) AYUDA PARA DEAMBULAR:

Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aún siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos .

### 3) VÍA ENDOVENOSA:

Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV. En caso contrario, el puntaje es 0.

### 4) MARCHA:

Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erecta, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos: 0. Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los brazos de la silla o "tomando envión" (ej: realizando varios intentos por incorporarse.).

La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia.

### 5) CONCIENCIA - ESTADO MENTAL:

Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente "¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es conciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos.

### 6) PUNTUACIÓN FINAL Y NIVEL DE RIESGO:

Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas.

#### Nota importante:

*La Escala de Caída Morse debería ser calibrada para cada ámbito particular de atención de la salud de forma tal que las estrategias de prevención se dirijan a quienes tienen más riesgo. No es lo mismo aplicar la escala en un lugar de agudos que de rehabilitación.*

EJEMPLO DEL NIVEL DE RIESGO		
NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ESCALA MORSE	ACCION
Sin riesgo	0-24	Cuidados básicos de enfermería
Riesgo bajo	25-50	Implementar plan de prevención de caídas estandar
Riesgo alto	> 51	Implementar medidas especiales