

# CAÍDAS EN INSTITUCIONES DE SALUD - MANEJO DE RIESGOS

Dr. Fabián Vítolo  
NOBLE Cía, de Seguros

>>> ■ Las caídas de pacientes internados continúan siendo un problema para las instituciones de salud y son una importante fuente de pérdidas económicas evitables. La persistencia de incidentes y reclamos llegados a NOBLE por esta causa nos obliga a actualizar un tema que ya fuera abordado por nuestra compañía en el año 2005. Además de ocasionar muchas veces lesiones serias a los pacientes, las caídas pueden incrementar significativamente los costos, aumentando el tiempo de internación, agregando nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos o bien originando juicios por mala praxis. Los pacientes y sus familias suelen percibir a estos eventos como ocurrencias que pudieron ser evitadas y que denotan una atención médica deficiente. También comienzan a considerarlo así los financiadores y reguladores de los Estados Unidos: desde octubre del 2008, el programa de seguro de salud para personas mayores de 65 años y discapacitados (Medicare) no reembolsa a los hospitales los gastos de tratamientos originados en caídas que pudieron ser evitadas.(1) Desde el año 2005, la prevención de caídas en hospitales, geriátricos y en internación domiciliaria es uno de los objetivos nacionales de seguridad de los pacientes impuesto por la Comisión de Acreditación (Joint Commission).(2) El objetivo requiere que las organizaciones de salud acreditadas implementen programas de prevención de caídas y que evalúen permanentemente la efectividad de los mismos. Las caídas con muerte del paciente o algún grado de incapacidad son también uno de los 28 eventos adversos serios a ser reportados, según el listado realizado por el National Quality Forum de los Estados Unidos,

organización sin fines de lucro dedicada a la calidad de atención y a la medición de desempeño. Las autoridades sanitarias de muchos estados de dicho país han adoptado este listado y exigen que las caídas con consecuencias graves sean notificadas.(3)

## Frecuencia e incidencia de caídas de pacientes en instituciones de salud. Costos.

Las caídas en la tercera edad son muy comunes, tanto en la comunidad como en las instituciones de salud. El Centro para el control y prevención de enfermedades de los EE.UU (CDC) estima que uno de cada tres norteamericanos mayor de 65 años sufre una caída por año.(4) El 10% de estas caídas ocurrirían en instituciones de salud, en donde sorprendentemente las personas corren un riesgo mayor de caídas que en la comunidad.(5) Los estudios sugieren que entre el 2% al 10% de los pacientes internados se caerán durante su estadía hospitalaria.(6) Obviamente, el problema es mayor en geriátricos, donde la mayoría de los pacientes sufren algún episodio de caída durante el año (tres de cada cuatro pacientes, según el CDC).(7) Sin embargo, las instituciones de agudos no se encuentran exentas de este problema: según estimaciones del Dto. de Veteranos de los Estados Unidos, el 15% de las caídas ocurren en hospitales y clínicas generales de agudos.(8)

Afortunadamente, cerca del 70% de los pacientes que se caen no sufren ningún tipo de lesión. (9) (10) Sin embargo, el 30% restante suelen sufrir daños de

distinta índole que pueden incluso amenazar la vida. Ente el 4% y el 6% de los pacientes que se caen en instituciones de salud sufren lesiones serias como fracturas de cadera (la lesión más frecuente), hemorragias masivas y muerte.(9) Más del 24% de las personas que sufren una fractura de cadera a raíz de una caída mueren dentro del año del episodio y el 50% nunca retorna al nivel de actividad que tenía previamente.(11)

Los costos asociados con las caídas de pacientes mayores también son significativos. Un estudio del año 2000 estimó que el tratamiento de caídas en personas de más de 65 años tenía un costo directo para sistema de salud norteamericano de 19,2 billones de dólares.(12) Cerca del 61% de estos costos se asignan a las fracturas de cadera, que representan el 35% de las lesiones no fatales. Las caídas que se producen en pacientes internados también tienen un impacto sobre el sistema: según Medicare, el costo agregado promedio de tratamiento de pacientes que se cayeron estando internados por otra causa durante el año 2007 fue de U\$S 33.894.(13)

Desde un punto de vista epidemiológico, el envejecimiento de la población mundial hace que el panorama a futuro sea preocupante. El Sistema de Salud Australiano estima que si no se hace nada para prevenir las caídas en personas mayores de 65 años, para el año 2051 se deberá triplicar el presupuesto para atender las complicaciones de las caídas, necesiéndose 2500 camas del sistema de salud permanentemente destinadas al tratamiento de caídas. Para poder mantener el porcentaje de gastos actual se necesita una reducción del 66% en la tasa actual de caídas.(14)

### Juicios de mala praxis originados en caídas. Ejemplos de casos manejados por NOBLE

Los juicios originados en caídas de pacientes internados son generalmente de frecuencia alta y de severidad intermedia o baja. En los Estados Unidos, un informe del 2008 del broker de seguros AON informó la 1 de cada 12 casos de mala praxis cerrados por condiciones adquiridas en los

hospitales se debieron a caídas. En contraste con esta alta frecuencia, la severidad de los reclamos fue relativamente baja con un promedio cercano a los 50 mil dólares por caso.(15)

Las caídas son a su vez la principal causa de demandas contra geriátricos y empresas de internación domiciliaria.(16)

En la Argentina, carecemos de datos consolidados. Sin embargo como muestra bien valen estos dos casos cerrados en los cuales NOBLE tuvo que responder para mantener indemne a sus instituciones aseguradas.

#### CASO 1

Paciente de 86 años, lúcida y sin trastornos cognitivos que se interna en diciembre de 2006 en Terapia Intensiva de una institución de agudos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva descompensada. Se efectúa tratamiento con respuesta favorable. Al segundo día de internación, estando en vías de recuperación, el hijo observa un franco deterioro en la lucidez de su madre, observando además un hematoma en el glúteo. La paciente se había caído de la cama mientras estaba desayunando sin que fuera observada con los pies hacia afuera y apoyada a una mesa movable. La Sra. se cayó contra el piso sentada y su cabeza golpeó con una parte contundente de la cama. La tomografía reveló hematoma subdural que requirió intervención quirúrgica. Evolucionó en forma tórpida y falleció a los pocos días. La familia reclamó \$200.000 por daños y perjuicios. Se arribó en mediación a una transacción por valor total de \$60.600.

#### CASO 2

Paciente adulta joven que concurre a los consultorios externos de un hospital de agudos en octubre de 2003 para iniciar un tratamiento con inyecciones esclerosantes a los fines de subsanar la presencia de várices en sus miembros inferiores. El flebólogo actuante le solicitó a la paciente que se parara sobre la camilla, para tener un mejor y más visible acceso a la zona de la lesión desde su posición de sentado en una silla. Al comenzar la aplicación de la inyección preparada, la joven sufrió un desvanecimiento precipitándose al piso, situación que le

provocó una fractura de clavícula izquierda, la cual curó con secuelas estéticas (incapacidad estimada por los peritos del 15%) y le produjo un cuadro depresivo reactivo de intensidad leve (incapacidad psíquica del 10%). La paciente demandó por daños y perjuicios, aduciendo que la posición en que se la colocó la puso en riesgo físico ante eventuales lipotimias, destacando que el galeno no dispuso –al iniciar la práctica médica– que estuviera presente un auxiliar de enfermería o paramédico, que en su caso la podía haber sujetado y evitar o menguar la caída desde un metro de altura con relación al nivel del piso. El caso llegó a la Cámara Civil, siendo obligados el médico, el hospital, la prepaga y las aseguradoras citadas en garantía a indemnizar a la paciente por \$74.000 (\$45.000 por incapacidad sobreviniente, \$ 23.000 por daño moral; 3.840 por tratamiento psicológico y \$2.200 por gastos de atención médica, farmacia y traslados.). A este monto deben agregarse los intereses y las costas de varios años de proceso.

## Definición de Caída

El proceso de desarrollo de un programa de prevención de caídas requiere que la institución defina y comunique a su personal claramente qué se entiende por “caída” y cómo se va a medir este indicador. La consistencia en la aplicación de esta definición es clave para poder contabilizar con precisión el número de caídas en la institución. A continuación, algunas de las definiciones más utilizadas:

- “La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad” (Organización Mundial de la Salud)
- “Desplazamiento súbito, no intencional y descontrolado del cuerpo hacia abajo contra el piso o cualquier otro objeto, excluyendo las caídas que resultan de golpes violentos u otras acciones deliberadas” (Departamento de Veteranos de los EE.UU)(8)
- “Cuando un individuo termina en el piso o en cualquier otro nivel inferior de manera no intencional, no habiendo sido el resultado de una fuerza

externa irresistible (ej: una persona empujando a otra) (Medicare/Medicaid) (17)

- “Evento no intencional que resulta con una persona tirada en el piso o en cualquier otro nivel inferior (con testigos), o en una persona que reporta haber aterrizado en el piso (sin testigos) y que no se debe ningún movimiento voluntario ni a fuerzas extrínsecas como stroke, desmayos o convulsiones” (Florida Hospital Association) (18)

Como sugieren todas las definiciones, muchas organizaciones específicamente excluyen las caídas que resultan de instalación aguda de alguna parálisis, convulsiones o fuerzas externas. Debe tenerse en cuenta que no es necesario que se produzca una lesión para contabilizar la caída. “Un caída sin daños sigue siendo una caída”:

Otras situaciones también ayudan a definir lo que se entiende por caída:

- El paciente es encontrado en el piso. A no ser que existan evidencias que sugieran otra cosa, se considera que se ha caído.
- El paciente se resbala y cae al piso sin recibir ayuda.
- El paciente rueda afuera de la cama o se cae de la silla al piso.
- El paciente se cae de cualquier equipo o dispositivo utilizado para su terapéutica o transferencia (Ej: caídas de tomógrafos, de camillas, etc)
- El paciente se tropieza o patina y se queja o presenta lesiones.
- El paciente, la familia o un visitante notifica una caída.
- Una caída controlada en la cual el paciente es asistido por personal del hospital impidiendo que se golpee no debe ser contabilizada cuando se mide este indicador. Sin embargo, el evento debe ser reportado para adoptar las medidas preventivas que sean necesarias.

## Evaluación comparativa (Benchmarking)

Para evaluar la efectividad de las medidas adoptadas para prevenir caídas, resulta de importancia comparar la tasa propia de caídas contra estándares aceptados. Esta tasa generalmente se expresa calculando el número de caídas que ocurren en la institución sobre mil días/paciente y se mide con la siguiente fórmula: (19)

$$\frac{\text{Nº de caídas de pacientes}}{\text{Número de días-paciente}} \times 1.000$$

Número de días-paciente

El numerador (Nº de caídas de pacientes) representa todas las caídas, no todos los pacientes que se caen, de manera tal que las caídas repetidas de un mismo paciente deben ser contabilizadas cada vez que ocurren. Otro indicador que se utiliza frecuentemente es la tasa de lesiones por caídas, que evalúa las lesiones cada 100 caídas. Dado que no todas las caídas son iguales, es importante separar las caídas basándose en la severidad de las lesiones que estas producen. El Centro Nacional para la Seguridad de los Pacientes del Dto. de Veteranos de los Estados Unidos, de vasta experiencia en este tema, recomienda la siguiente escala de severidad: (8)

- 0 - Nada: ninguna lesión o incapacidad
- 1 - Lesión menor (ej: abrasión, contusión, laceraciones menores): lesiones que no requieren una intervención médica importante y que no extienden el tiempo de internación del paciente, con excepción del tiempo necesario para estudios y observación.
- 2 - Lesión mayor (ej: fractura de cadera, traumatismo de cráneo, fractura de brazo): lesiones que requieren una intervención médica o quirúrgica importante y que aumentan el tiempo de internación o resultan en desfiguración o pérdida permanente de función con o sin reparación quirúrgica.
- 3 - Muerte

Para calcular un índice de severidad de las lesiones se aplica la siguiente fórmula: (8)

$$\frac{\text{Nº de lesiones con una severidad X}}{\text{Número de caídas}} \times 100$$

Número de caídas

Lamentablemente en nuestro país todavía no contamos con suficientes bases de datos que permitan realizar evaluaciones comparativas. En estudios realizados en otros países, los investigadores han publicado tasas que van desde el 2,3 al 7 cada 1.000 días paciente.(9)(20)(21) Este rango tan amplio puede ser explicado por la diferente forma de calcular el indicador en las distintas instituciones. Debe siempre considerarse cómo define la organización a las caídas, las normas de reporte y el coeficiente que se utiliza para medir la tasa (caídas por cama, por paciente, por días-paciente o por paciente-año). Por otra parte, también debe ponderarse el tipo de población y de atención de forma tal de comparar pacientes e intensidad de cuidados similares. No es comparable una población de agudos con la de pacientes en rehabilitación, o internados en neuropsiquiátricos o geriátricos, en donde cerca del 40% de los pacientes sufren episodios de caídas.

Para evitar comparar la tasa propia de caídas con otras que no representan los factores de riesgo de la institución, estas últimas deberían evaluarse comparativamente contra su propia línea de base utilizando los datos que se tengan de caídas en el pasado. La medición de este indicador en forma rutinaria de forma anual permitirá analizar tendencias y valorar la efectividad de los programas de prevención de caídas.

## Factores de Riesgo

Las causas y factores predictivos para la ocurrencia de caídas son numerosos y generalmente pueden clasificarse en intrínsecos, extrínsecos y en asociados a la medicación. Los factores intrínsecos se refieren a la condición física del paciente y generalmente no se pueden eliminar. Los extrínsecos se asocian al ambiente y en su inmensa mayoría

pueden ser modificados. Los factores de riesgo asociado a la medicación son considerados por algunos autores como factores intrínsecos y por otros como extrínsecos.(19) Aquí los presentamos como una categoría separada.

### FACTORES INTRÍNSECOS

- Edad mayor a 65 años
- Historia de caídas previas
- Incontinencia urinaria o urgencia miccional
- Debilidad en miembros inferiores
- Trastornos de la marcha o del equilibrio
- Hipotensión ortostática
- Disminución de la agudeza visual
- Lenta adaptación a la oscuridad
- Trastornos en la percepción (ej: incapacidad para percibir profundidad)
- Hipoacusia
- Neuropatías
- Delirio
- Disfunción propioceptiva
- Trastornos degenerativos de la columna vertebral
- Inactividad funcional (ej: incapacidad para realizar tareas básicas de la vida diaria)
- Alteraciones mentales, incluyendo demencia y depresión
- Trastornos de los pies
- Pobre control de impulsos
- Creencia de que solicitar ayuda es inapropiado

### FACTORES EXTRÍNSECOS

- Baños sin barra de agarre
- Sanitarios muy bajos
- Piezas de mobiliario tales como mesas, camas o sillas que se encuentran sobre ruedas y posean bordes agudos
- Pisos muy encerados, mojados o cubiertos con alfombras que puedan moverse.
- Falta de material antideslizante en rampas, piso de baño, ducha y bañeras.
- Calzado inapropiado (ej: zapatos con tacos altos o suelas de goma crepe que pueden quedarse "pegados" al piso)
- Ropa inapropiada (ej: batas, camisones muy largos)

- Incorrecto dispositivo de ayuda para un déficit físico (ej: paciente utiliza el bastón de otro)
- Pobre mantenimiento de dispositivos para deambular (ej: condiciones deficientes en las gomas de los bastones, muletas y andadores que no permiten su fácil desplazamiento y eficaz frenado)
- Pobre capacitación en la utilización de estos dispositivos
- Insuficiente personal de enfermería
- Hora del día (riesgo aumentado en las primeras horas de la mañana y durante los cambios de guardia)
- Tiempo de internación prolongado
- Camas en posición alta
- Sujeción física
- Barandas que ocupen todo el largo de la cama.
- Ausencia de barandas
- Pobre señalización
- Objetos o cables en el piso
- Ruidos que puedan distraer al paciente
- Pobre comunicación entre el personal, el paciente y su familia
- Capacitación del personal

Hay dos aspectos de los factores de riesgo de caídas extrínsecos que merecen un replanteo en nuestro medio: la utilización de barandas y la sujeción física como medios para prevenir caídas. Para reducir el riesgo de lesiones por caídas de la cama, las instituciones deberían evitar la utilización de barandas que ocupen todo el largo de la cama. Las mismas no impiden a un paciente determinado levantarse de la cama. De hecho, las lesiones más graves suelen producirse cuando el paciente intenta saltar sobre ellas, cayéndose de una altura mucho mayor. También están descritas las lesiones e incluso muertes por "atrapamiento" entre las barras de las mismas o entre las mismas y el colchón. (22) Toda utilización de barandas debería decidirse sobre bases individuales, paciente por paciente. Cuando se considera su utilización, el equipo interviniente debe ponderar junto con el paciente y su familia los riesgos de las barandas vs. los riesgos de no utilizarlas. Si se determina que se requieren barandas y que las mismas beneficiarán al paciente (ej: ayudándolo para cambiar de posición en la cama o dándole

apoyo para salir de la misma), se debe garantizar un adecuado control. Todas las instituciones deberían considerar la utilización de 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, disminuyendo el riesgo de atrapamiento y la altura de una potencial caída. En la medida de lo posible, las camas hospitalarias deberían ser de altura regulable, permitiendo una posición alta y otra baja. Las camas deberían dejarse en la posición baja para permitir a los pacientes que deambulan libertad de movimiento y para reducir el riesgo de lesiones serias en caso de caídas. En estos casos, debe advertirse al personal de limpieza que las mismas deben ser elevadas cuando se limpia la habitación, volviéndolas a ajustar a la baja altura una vez finalizada la tarea.

La sujeción física (sistemas de inmovilización mecánica para el tórax, tobillos, muñecas, etc), es el último recurso al que debe recurrirse cuando se hace necesario controlar conductas violentas o de alto riesgo para la salud o la vida del propio sujeto o del personal que lo atiende cuando otros medios se consideran inaplicables o han fracasado. Su utilización con el único propósito de evitar caídas debe ser restringida al máximo y debería quedar reservada para estas situaciones excepcionales. De ninguna forma deben ser utilizados como medios de coerción, disciplina, conveniencia o represalias por parte del personal. Deberá siempre balancearse la necesidad de estimular la autonomía e independencia de los pacientes contra la necesidad que pueda sentir el personal o la familia acerca de las medidas a tomar para que el paciente esté "seguro". Muchas familias piensan que su ser querido va a estar más seguro si se los inmoviliza de alguna manera o se les impide salir de la cama con una baranda que no pueden manejar. En este sentido, resulta importante informarles al paciente y a sus familiares que la sujeción física puede ser peligrosa, aumentando el deterioro fisiológico y psicológico y aumentando el riesgo de lesiones si el paciente intenta removerse la sujeción o levantarse. Son tan comunes los juicios por la inadecuada utilización de los medios de inmovilización como los juicios por caídas. Por ello, las organizaciones deben

capacitar adecuadamente a su personal médico y de enfermería enfatizando las alternativas a la inmovilización y las técnicas más apropiadas para hacerlo cuando esta se encuentra médicamente indicada.

#### FACTORES ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN

Los pacientes polimedicados (4 o más drogas) tienen mayor riesgo de caídas. Dentro de las drogas que aumentan este riesgo pueden mencionarse: (23)(24)(25)

- Sedantes hipnóticos, antidepresivos y psicotrópicos: alteran la actividad psicomotora. Efectos extrapiramidales (rigidez, temblor, etc)
- Diuréticos y laxantes: aumentan la necesidad de ir al baño
- Hipoglucemiantes e insulina: la baja de glucosa puede producir mareos y posible pérdida de equilibrio
- Antiarrítmicos: actúan sobre el sistema de conducción con la consecuente alteración del gasto cardíaco
- Bloqueantes alfa adrenérgicos: hipotensión ortostática
- Antiinflamatorios no esteroideos: tendencia al sueño, confusión, visión borrosa
- Antihistamínicos: tendencia al sueño

#### Evaluación individual del riesgo de caídas

Para determinar el riesgo de caída sobre bases individuales, el personal de enfermería debe realizar en todos los casos una adecuada evaluación del paciente, ponderando tanto los factores intrínsecos como extrínsecos. Los primeros indican la condición médica, física y fisiológica del paciente (medicaciones, temor a caerse, fuerza muscular, etc.) y los segundos abordan los aspectos del medio

en el cual se internará al paciente, como pisos resbaladizos, personal insuficiente, etc.

Como los factores de riesgo pueden cambiar abruptamente durante la internación, el proceso de evaluación debe ser dinámico. Los pacientes deberían ser evaluados:

- En la admisión
- Cuando la condición física varía (ej: según la medicación administrada, regreso de terapia física, etc)
- Cuando se han caído o “casi” caído
- Cuando son trasladados a otra unidad u a otro nivel de cuidado

Las limitaciones de tiempo del personal obligan a la utilización de herramientas (escalas) que aborden rápidamente los distintos factores de riesgo permitiendo identificar a los pacientes más expuestos. Las mismas son prácticas y han demostrado ser efectivas. Como las distintas escalas suelen aplicarse a distintas poblaciones de pacientes (ej: pacientes geriátricos o de agudos), cada hospital, clínica o sanatorio debería revisar y adaptar estas escalas estándares a las necesidades de la institución. Existen distintos formatos de escalas y la mayoría utiliza puntuaciones para determinar el riesgo de caídas. Cuando se opta por una determinada escala, debe garantizarse que la misma permita diferenciar en forma precisa los niveles de riesgo. Por ejemplo, si una vez tomada la decisión de medir el riesgo en todos los internados, la escala determina que todos los pacientes son de riesgo alto, es muy probable que el personal no la perciba como un indicador creíble.

En el apéndice que acompaña a este artículo, podrá acceder a las escalas más frecuentemente utilizadas por enfermería en instituciones de todo el mundo que aplican estos programas: Escala Morse, Escala Downton y Escala Heindrich II.

## Capacitación del personal

La capacitación de todo el personal sanitario resulta esencial para el éxito de cualquier programa de prevención de caídas. Cerca del 80% de las organizaciones que notificaron caídas fatales o con

lesiones graves a la Joint Commission entre 1995 y 2005 (programa de eventos centinela) hicieron referencia a un incompleto entrenamiento y orientación de su personal. Cuando se analizan las causas raíces de estos eventos, en casi el 50% de los casos se menciona la incompleta evaluación o reevaluación de este riesgo.(26)

Tanto el personal clínico como el de limpieza y mantenimiento deberían recibir una orientación obligatoria sobre este tema describiendo el propósito y los objetivos del programa de prevención de caídas. El programa debería hacerse a medida según los destinatarios: un programa dirigido al personal de limpieza y mantenimiento será diferente al destinado a enfermeras y médicos. Un programa de capacitación para el personal clínico debería abordar los siguientes temas:

- Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos
- Instrucciones para realizar una evaluación del riesgo completa
- Intervenciones para prevenir caídas (ej: recorridas frecuentes preguntando la necesidad de ir al baño)
- Correctas técnicas de transferencia
- Internación de los pacientes de alto riesgo en habitaciones cercanas al office de enfermería
- Utilización de dispositivos para la marcha (muletas, andadores, etc)
- Utilización del mobiliario (freno en las mesas, cómodas, duchas con asiento, etc)
- Instrucciones para completar una evaluación post-caída
- Forma de notificación del incidente y de peligros
- Capacitación a los pacientes y sus familiares

Este entrenamiento debe ser continuamente reforzado con talleres periódicos y por otros

medios, como material impreso acerca del programa. También puede ayudar para mantener el entusiasmo la difusión de las tasas de caída institucional y la evaluación comparativa con estándares aceptados y con la propia historia.

#### CAUSAS RAÍCES IDENTIFICADAS EN LAS CAÍDAS DE PACIENTES INTERNADOS

- Problemas de comunicación entre el personal de salud (en los cambios de guardia, traslado del paciente a otra unidad o centro, falta del registro de cambios en la condición en la historia clínica, etc.)
- Problemas de comunicación entre el personal de salud y la familia (condiciones del paciente, riesgo de caída, antecedentes, etc.)
- Incompleta evaluación o reevaluación del paciente. Ausencia de planes.
- Problemas ambientales (diseño de las ventanas, puertas o estaciones de enfermería)
- Mal funcionamiento o uso inadecuado del equipamiento (ej: llamadores de enfermería)
- Incompleta orientación al personal nuevo
- Atención médica no disponible o retrasada
- Insuficiente capacitación de los pacientes o sus familias
- Insuficiencia de personal
- Utilización de medios de sujeción sin alternativas
- Inadecuada supervisión del personal en entrenamiento

*Fuente: Joint Commission. Sentinel Event Alert. Issue 14-July 12, 2000*

## El equipo de prevención de caídas

Si una institución quiere abordar seriamente la prevención de las caídas, deberá diseñar los procesos necesarios y asignar responsabilidades. El trabajo suele estar liderado por un equipo multidisciplinario de profesionales asistenciales y de administradores. La composición del equipo de prevención de caídas dependerá del tamaño del centro, de la población que atiende y de los recursos con que se cuentan. Se recomienda conformar el equipo con representantes de la cúpula de enfermería, de farmacia, de los médicos de sala y de kinesiología. Es útil la inclusión de los responsables de mantenimiento para la evaluación del material rodante, camas, barandas, etc. También suelen participar, en el caso de contar con estos departamentos, representantes del área de calidad y de seguridad. Este equipo será el responsable de: (27)

- Definir los objetivos del grupo y las responsabilidades de cada miembro.
- Definir a qué se considera como una "caída" basándose en la experiencia propia y en definiciones estándar.
- Establecer una tasa de caídas basal.
- Realizar una inspección de los riesgos ambientales
- Seleccionar las herramientas (escalas) que se utilizarán para determinar el riesgo de caída de cada paciente que se interna.
- Delinear las acciones a implementar en todos los casos.
- Capacitar al personal acerca de cómo realizar, registrar y comunicar los resultados de las evaluaciones de riesgo individual
- Capacitar al personal acerca de la implementación de las medidas
- Evaluar el programa al mes y luego hacerlo trimestralmente.

- Reportar los hallazgos a las autoridades
- Analizar el indicador de caídas y de lesiones y obtener feedback de los pacientes y sus familiares
- Hacer las correcciones del programa que sean pertinentes.

Comunicación del riesgo de caída de un paciente dentro del equipo de salud

Muchas caídas de pacientes no logran ser prevenidas por problemas comunicacionales. Más del 60% de hospitales que reportaron muertos o lesionados graves por caídas en sus instalaciones a la Joint Commission (EE.UU) entre 1995 y 2005 identificaron a la pobre comunicación como el principal origen del accidente.(26) Este problema suele nacer de la falta de capacitación del personal sobre este tema y se caracteriza por la falta de transmisión del riesgo durante los pases de enfermería o traslados a otras unidades, la falta de registro en la historia clínica de los cambios en la condición del paciente y la pobre información que suele brindar la familia acerca de la condición y de los antecedentes del paciente. La probabilidad de caídas aumenta cuando los miembros del personal no han sido debidamente advertidos de que un determinado paciente presenta un riesgo aumentado de caerse. (28) Por ejemplo, las instituciones pueden considerar utilizar formatos de pases de paciente estructurados que obliguen a comunicar el grado de riesgo de caída que presenta cada paciente, entre otras cosas.

Adicionalmente, los pacientes de alto riesgo pueden ser claramente identificados no sólo para alertar al personal de enfermería (de planta y reemplazos) sino para advertir también a las otras personas sin formación clínica que interactúan con el paciente (personal de limpieza, nutricionistas, personal de seguridad, etc). Ellos también tienen un rol y pueden contribuir. El personal encargado de la alimentación podrá entonces, por ejemplo, colocar la bandeja de comida cerca de la cama del paciente sobre una mesa que no se mueva, de forma tal que pueda alcanzarla fácilmente. El personal de limpieza podrá colocar los tachos de

basura cerca de la cama, etc. Los métodos que generalmente se utilizan para aumentar la visibilidad de los pacientes de alto riesgo son:

- Utilización de pulseras de un color determinado que identifican a los pacientes con riesgo de caída aumentado. Si bien esta es una forma de identificación muy utilizada y válida, su utilidad es discutida por muchos especialistas en seguridad del paciente. Aducen que la falta de estandarización de los colores y la amplia variedad que existe entre las distintas instituciones pueden aumentar la confusión y crear un riesgo innecesario. Un estudio randomizado sobre la eficacia de pulseras con colores codificados no demostró mayor utilidad y reveló que esta práctica podría contribuir a un mayor deterioro del paciente por la estigmatización y el temor a caerse.(29)
- Utilización de indicadores de este riesgo (ej: calcomanías de color) en la historia clínica y debajo de la luz de llamada de esa habitación en el tablero de enfermería (para recordar a las enfermeras que las llamadas de ese paciente deben ser atendidas en forma inmediata y en persona).
- Internación del paciente cerca del office de enfermería, una vez que se ha determinado que es de alto riesgo
- Utilización de indicadores en la puerta de la habitación o en la cama del paciente.

## Capacitación del paciente y de su familia

Las instituciones deben instruir tanto al paciente como a su familia acerca de las causas de las caídas y de las posibles medidas preventivas a adoptar. Estas discusiones también ayudan a manejar expectativas desmedidas. La presunción de la familia de que su ser querido no se va a caer de ninguna manera mientras se encuentre bajo el cuidado de la institución debería ser abordada de forma tal que demuestre la seriedad con que la organización aborda la seguridad de sus pacientes.

Algunos hospitales entregan en la admisión información escrita acerca de las causas de las caídas en pacientes internados y brindan pautas para prevenirlas. Estas gacetas incluyen recorda-

torios acerca de la necesidad de cumplir con las indicaciones médicas en cuanto al nivel de actividad y en la de llamar a enfermería cuando requieran ayuda. Dado que muchas veces los papeles dados en la admisión no se leen, resulta importante que la información sea entregada directamente por enfermería a los pacientes y sus familias, en entrevistas individuales. Durante las mismas se puede mostrar la localización del baño y de las barras de agarre, pudiendo instruir también acerca de la utilización del timbre para llamado, el cual deberá ser colocado, junto con otros elementos personales de relevancia para el paciente (ej.: anteojos), al alcance de la mano. En el caso de pacientes de alto riesgo, el personal de enfermería debería explicarles por qué tienen esta mayor propensión (medicamentos que pueden marearlos o bajarles la presión, incisiones quirúrgicas que limitan los movimientos normales, etc.). También debería capacitarse a estos pacientes acerca de cómo caminar y de cómo subirse o bajarse de la cama de manera segura. También puede enseñárseles a caer en caso de que la prevención falle (ej: caminando cerca de la pared y apoyándose sobre ésta si sienten que pierden la estabilidad). El programa de concientización debería incluir también instrucciones acerca del uso seguro de las sillas de ruedas, bastones y andadores. En el apéndice 2 de este artículo podrá acceder a ejemplos de cartillas informativas a los pacientes y sus familias sobre el riesgo de caídas.

Las instrucciones de alta también brindan una oportunidad para recordarles a los pacientes sobre su riesgo incrementado y la necesidad de reforzar las medidas de precaución en su domicilio.

## Recorridas de enfermería

Aún cuando los pacientes son instruidos para que no se levanten de la cama sin solicitar ayuda a enfermería, la mayoría de las caídas ocurren cuando los internados deciden prescindir de la misma. Un estudio del año 2005 evaluó las caídas producidas a lo largo de seis semanas en un importante hospital académico urbano. Encontró que el 85% de los 98 pacientes que se cayeron en el período no habían sido asistidos por enfermería ni

habían utilizado dispositivos de ayuda para caminar.<sup>(21)</sup> A su vez, el 85% de estos pacientes (62 de 73) tenía indicación de levantarse sólo con ayuda de enfermería. Menos del 25% utilizó el llamador para enfermería y casi la mitad (47%) se cayó intentando llegar al baño, generalmente durante la noche (67%). Basándose en estos hallazgos, los autores recomiendan como estrategia en pacientes de alto riesgo aumentar la frecuencia de recorridas de enfermería y tener programadas las idas al baño.

De hecho, algunos hospitales han disminuido su incidencia de caídas adoptando recorridas de enfermería horarias regladas para verificar las necesidades de los pacientes. El concepto de recorridas no es nuevo en enfermería; sí resulta novedosa la idea de utilizarlas en forma regular en pacientes de riesgo focalizándose en medidas que permitan adelantarse a la caída. Durante las mismas, se verifican las necesidades del paciente (ej. Si quiere ir al baño, si tiene lo que necesita a mano –pañuelos, control remoto, anteojos, teléfono, agua etc.). Algunos estudios comienzan a confirmar la efectividad de estas medidas, sobre todo cuando se realizan en forma horaria.<sup>(30)</sup>

Una alternativa a las recorridas cada una o dos horas consiste a recurrir a acompañantes que permanezcan las 24 hs. observando al paciente. Los acompañantes pueden ser voluntarios, miembros de la familia o incluso puede pensarse en acompañantes pagos. Los acompañantes funcionan entonces como una extensión del personal de enfermería garantizando que el paciente tenga el apoyo necesario para sus movimientos o necesidades. Esta opción requiere considerar la determinación de los criterios a considerar para tener acompañante, la capacitación básica de los mismos y la forma de financiar esta medida.

## Respuesta ante las caídas

Aún el programa de prevención de caídas más efectivo no alcanzará para eliminar todas las caídas de pacientes. Por ello, la norma institucional debería contemplar la forma de abordar a la familia en estos casos, sobre todo cuando se han produci-

do lesiones significativas, como por ejemplo una fractura de cadera. Saber transmitir compasión sin asignar culpas en el momento puede aliviar la incomodidad del personal y disminuir la inclinación del paciente o de su familia a iniciar acciones legales. En juicios de mala praxis originados en caídas, la defensa se verá facilitada si la organización siguió normas y procedimientos establecidos, aportó la necesaria documentación respaldatoria y mostró compasión por el incidente.(31) Si la caída origina gastos adicionales, se deberá evaluar la conveniencia de que sean asumidos por la institución, evitando en general que estos costos recaigan sobre el paciente.

### Evaluación del paciente post-caída

Tan pronto como se descubre la caída de un paciente, debe realizarse una completa evaluación del mismo para determinar la presencia y gravedad de las lesiones. Las normas deberían guiar a todo el personal acerca de cómo proceder cuando encuentran un paciente caído. La misma podría especificar, por ejemplo, la necesidad de quedarse con el paciente tranquilizándolo mientras se solicita ayuda.

La reevaluación y el control del paciente pueden continuar por varios días, incluso semanas. Esta debe incluir una revisión de la conducta o del estado funcional para determinar posibles lesiones (ej: marcha, conciencia, déficit neurológico focal, integridad de la piel, signos vitales, apetito, etc)

Deberían también analizarse los factores que contribuyeron al episodio, incluyendo la medicación que estaba tomando el paciente y el calzado utilizado. Además de interrogar al paciente, suele ser útil sumar la versión de los eventuales compañeros de habitación, si correspondiera. Se deben además evaluar los factores intrínsecos fisiológicos y los extrínsecos que puedan haber intervenido en la caída. Por último deberá volver a ponderarse el riesgo de una nueva caída y ajustar el plan de acuerdo a las nuevas necesidades.

Debe brindarse al paciente y a su familia información objetiva y fáctica acerca del evento, su

impacto y sobre cualquier nuevo tratamiento que sea requerido. Además, se le debe garantizar a la familia que se los mantendrá al tanto de cualquier análisis que se haga sobre las causas del incidente. Toda esta información deberá a su vez quedar registrada en la historia clínica.

### Reporte del evento

Luego de la primera evaluación del paciente y de la aplicación de las medidas necesarias para protegerlo y minimizar los daños, el personal sanitario a cargo debería completar un formulario especial denunciando el incidente. Esta acción recae generalmente sobre el personal de enfermería que suele ser testigo o descubrir la caída, si bien la notificación puede ser realizada también por personal no clínico.

El conocimiento de los factores que intervinieron en la caída permitirá un mejor foco sobre las medidas correctivas necesarias para prevenir caídas en el futuro. Es mucho más fácil cumplir con la notificación del incidente cuando la institución promueve una cultura de seguridad y considera a los reportes como oportunidades para mejorar los sistemas y no como una forma de culpar a los individuos.

El formulario de denuncia de caída permite homogeneizar el estilo del informe, considerando los aspectos más relevantes. Si no se hiciera con un formato estandarizado se corre el peligro de que los reportes sean inconsistentes, impidiendo el armado de una base de datos y el análisis de tendencias.(32) Estos reportes son internos y confidenciales. No forman parte de la historia clínica y no debe hacerse mención en la misma de que se ha completado.

Un formulario de reporte de caída típico cuenta con la siguiente información (8)

- Localización de la caída
- Fecha de admisión del paciente al hospital y a la unidad
- Día y resultado de la última evaluación de riesgo de caída y el grado de riesgo del paciente

- Día y hora de la caída
- Descripción de la caída (en las propias palabras del paciente, si es posible)
- Nombre de las personas que fueron testigos que reportaron la caída
- Notificación al paciente/familia, al médico a cargo y a quienes corresponda (supervisoras de enfermería, dto. de seguridad del paciente, etc.)
- Descripción de las lesiones
- Tratamiento brindado al paciente que se cayó
- Factores intrínsecos
- Factores extrínsecos
- Cantidad/ratio de personal
- Equipamiento en uso al momento de la caída
- Medicación en uso al momento de la caída
- Plan para prevenir recurrencia

Debe comprenderse la necesidad de brindar información fáctica y objetiva, evitando subjetividades y opiniones.

En el apéndice 3 de este artículo encontrará un modelo de formulario de denuncia de caídas.

### Prevención de Caídas- Resumen de Recomendaciones para Enfermería

- 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

### APÉNDICE

Clic [aquí](#) para poder acceder a los apéndices correspondientes a éste artículo.

## Bibliografía

1. Medicare program; changes to the hospital Inpatient Prospective Payment Systems and fiscal year 2009 rates [final rule]. 42 CFR §§ 411, 412, 413, 422, 489. Fed Regist 2008 Aug 19;73(161):48433-9084. Disponible en Internet: <http://edocket.access.gpo.gov/2008/pdf/E8-17914.pdf>
2. Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals [online]. Disponible en Internet: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>.
3. National Quality Forum. Serious reportable events: transparency & accountability are critical to reducing medical errors. Disponible en Internet: <http://www.qualityforum.org/projects/completed/sre/fact-sheet.asp>.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Falls among older adults: an overview [online]. 2008 Apr 25. Disponible en Internet: [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/adultfalls.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/adultfalls.htm).
5. Premier, Inc. Fall prevention [online]. 8]. Disponible en Internet: <http://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/safety/topics/falls>.
6. Hendrich A, Bender P, Nyhuis A. Validation of the Hendrich II fall risk model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. Appl Nurs Res 2003 Feb;16(1):9-21.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Falls in nursing homes [online]. 2008 Jun 10. Disponible en Internet: [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/nursing.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/nursing.htm)
8. U.S. Department of Veterans Affairs (U.S. VA). National Center for Patient Safety 2004 falls toolkit [online]. 2004 May Disponible en Internet: <http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/fallstoolkit>.
9. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. J Gen Intern Med 2004 Jul;19(7):732-9.
10. Pennsylvania Patient Safety Authority. Medication assessment: one determinant of falls risk. PA Patient Saf Advis 2008 Mar;5(1):16-8.
11. National Safety Council. National Safety Council joins U.S. Consumer Product Safety Commission to reduce elderly falls and injuries [press release online]. 2005 Feb 14. . Available from Internet: <http://www.nsc.org/news/nr021405.aspx>.
12. Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA, et al. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. Inj Prev 2006 Oct;12(5):290-5.
13. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Medicare program; changes to the hospital Inpatient Prospective Payment Systems and fiscal year 2009 rates [final rule]. 42 CFR §§ 411, 412, 413, 422, 489. Fed Regist 2008 Aug 19;73(161):48433-9084. Disponible en: <http://edocket.access.gpo.gov/2008/pdf/E8-17914.pdf>.
14. Australian Council for Quality and Safety in Healthcare. Preventing falls and harm from falls in older people. Best Practice Guidelines for Australian Hospitals and residential aged care facilities. 2005
15. Aon Corporation. Hospital professional liability and physician liability: 2008 benchmark analysis. Columbia (MD): Aon; 2008.
16. CNA HealthPro. Transforming aging services: CNA HealthPro long term care claims study 2001-2006. Chicago (IL): CNA; 2007.
17. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). State operations manual: appendix PP—guidance to surveyors for long term care facilities [online]. 2008 Aug. [Disponible en Internet [http://cms.hhs.gov/manuals/Downloads/som107\\_ap\\_pp\\_guidelines\\_ltcf.pdf](http://cms.hhs.gov/manuals/Downloads/som107_ap_pp_guidelines_ltcf.pdf).

18. Florida Hospital Association. Building the foundations for patient safety [online]. 2001 Nov. Disponible en Internet: <http://www.fha.org/acrobat/patientsafety2.pdf>.
19. ECRI. Falls. Healthcare Risk Control. Executive Summary. Safety and Security 2. Vol2 March 2009.
20. Donaldson N, Brown DS, Aydin CE, et al. Leveraging nurse-related dashboard benchmarks to expedite performance improvement and document excellence. *J Nurs Adm* 2005 Apr;35(4):163-72.
21. Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, et al. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med* 2005 Feb;20(2):116-22.
22. US Food & Drug Administration (FDA). FDA Safety Alert: Entrapment Hazards with Hospitals Bed Side Rails. August 23, 1995  
Disponible en Internet: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/Alerts andNotices/PublicHealthNotifications/ucm062884.htm>
23. Joint Commission Resources. Root causes: tips and strategies for addressing the top three root causes of falls. *Jt Comm Perspect Patient Saf* 2003 Jun;3(6)5-8
24. Tinetti M. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003 Jan 2;348(1):42-9.
25. National Council on Aging (NCOA). Falls free: promoting a national falls prevention action plan. Washington DC: NCOA; 2005
26. ECRI Institute. Falls prevention strategies in healthcare settings. Plymouth Meeting (PA): ECRI Institute; 2006.
27. Kimbell S. Breaking the fall factor. *Nurs Manag* 2002 Sep;33(9):22-5.
28. Joint Commission Resources. Reducing injuries from patient and resident falls. *Environment of Care News* 2004 Dec;7(12):9-11.
29. Lyons SS. University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core. Fall prevention for older adults [guideline online]. 2004 Feb.  
Disponible en Internet: [http://ngc.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\\_id=%204833&nbr=&string](http://ngc.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=%204833&nbr=&string).
30. Meade CM, Bursell AL, Ketelsen L. Effects of nursing rounds: on patients' call light use, satisfaction, and safety. *Am J Nurs* 2006 Sep;106(9):58-70.
31. Hakim M. Take another look at fall prevention programs. ProAssurance Group 2008..
32. Hake RS. Using CQI to reduce patient falls: a fresh perspective on a chronic problem. *QRC Advis* 1994 Oct;10(12):1-6.