

PROCOLO GENERAL

CAÍDAS

PRT / CAID / 007



INDICE

1. Justificación	Pág.3
2. Objetivo	Pág.3
3. Definición de Caída	Pág.4
4. Población Diana	Pág.4
5. Factores de Riesgo	Pág.4
6. Intervenciones al tratamiento	Pág.7
7. Documentación y Registro de la Caída	Pág.8
8. Documentación referenciada	Pág.8

1. JUSTIFICACION

- ✚ Las caídas de enfermos ingresados son un hecho real, constituyen un problema de salud por su repercusión tanto a nivel personal como en costes institucionales. El 5% de las caídas producen lesiones graves:
 1. Discapacidad temporal o permanente.
 2. Aumento de estancias hospitalarias.
 3. Complicación del pronóstico, acciones diagnosticas y tratamientos adecuados.

- ✚ La mayoría de las caídas de los enfermos son debidas a la convergencia de diversos factores que las favorecen:
 - Estado de salud
 - Conducta
 - Actividad del Paciente

La contención física es cualquier dispositivo, material o equipo aplicado (o puesto) cerca del cuerpo y que no puede ser controlado o retirado fácilmente por parte del paciente, y que de manera deliberada previene o pretende prevenir el movimiento de la persona a una posición de su elección y/o un acceso normal a una parte de su cuerpo.

La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras esté hospitalizado.

2. OBJETIVO

Lograr que el paciente no sufra riesgos innecesarios de caídas, durante su hospitalización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar a los enfermos con mayor riesgo de caídas, valorando si presentan factores intrínsecos de riesgo.
2. Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar las causas.
3. Prevenir las caídas por auto lesiones o lesiones a otros.
4. Determinar la incidencia de este tipo de accidentes hospitalarios y analizar sus causas.
5. Estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de caídas, en todas las unidades del Hospital.
6. Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas.

3. DEFINICION DE CAÍDA

Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona.

No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas.

TIPOS:

- Accidental (factor extrínseco)
- No accidental (factor intrínseco), pérdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la de ambulación.

4. POBLACION DIANA

La población susceptible de padecer caídas y a la que va dirigido el protocolo es:

- Población mayor de 75 años.
- La población de riesgo que podemos incluir según su patología y que suele asociarse con los antecedentes siguientes:
 - Desorientación
 - Trastornos mentales
 - Levantarse solo necesitando ayuda
 - Restricción de movimientos en la cama.

5. FACTORES DE RIESGO

Todos aquellos incluidos en los diagnósticos de enfermería: lesión, alto riesgo de traumatismo, alto riesgo de Protección, alteración de la percepción, conciencia.

Para su mejor comprensión se han dividido en factores del entorno y factores del paciente.

FACTORES DEL ENTORNO

1. Barandilla de la cama inadecuada.
2. Freno de la cama inadecuado o defectuoso.
3. Iluminación no adecuada.
4. Timbre de llamada muy retirado o inaccesible.
5. Mobiliario no adecuado
6. Servicio inaccesible y sin asideros.
7. Suelo mojado deslizante.
8. Desorden.
9. Ropa y calzado inadecuado.

FACTORES DEL PACIENTE

1. Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad.
2. Edad superior a 75 años o inferior a 5 años.
3. Estado de confusión, desorientación y/o alucinación
4. Impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada.
5. Alteraciones oculares o sensitivas.
6. Postoperatorio inmediato.
7. Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos.
8. Alcoholismo y/o drogadicción.
9. Actitud resistente, agresiva o temerosa.
10. Hipotensión.
11. Hipoglucemia.
12. Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.
13. Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones...)
14. Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos...)
15. Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)
16. Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores...)

VALORACIÓN DEL RIESGO DE PADECER CAÍDAS

Se considera oportuno realizar una valoración de todos los pacientes, al ingreso, en el hospital.

Los datos para la valoración del riesgo se extraen de la Hoja de Valoración al Ingreso.

Con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas, para corregirlas, se ha adoptado para documentarlas pertinentemente la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton, 1993.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
ESTADO MENTAL	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
DEAMBULACIÓN	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

REEVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

La reevaluación de los pacientes con riesgo de padecer caídas se realizará cuando se produzca un cambio de situación del paciente y se agrupan bajo los siguientes epígrafes:

- Caídas previas.
- Administración de medicamentos.
- Déficit sensorial.
- Estado mental.
- Deambulación.

6. INTERVENCIONES AL TRATAMIENTO

6.A. MEDIDAS PREVENTIVAS DE CAÍDAS

- 6.A.1. Comprobar que la barandilla de la cama está elevada.
- 6.A.2. Verificar que el freno de la cama está puesto.
- 6.A.3. Mantener alguna iluminación nocturna.
- 6.A.4. Asegurar que el timbre de llamada está a su alcance, así como los dispositivos de ayuda –bastones, andador...-.
- 6.A.5. Retirar todo el material que pueda producir caídas –mobiliario, cables, líquidos,...-.
- 6.A.6. Facilitar que el servicio esté accesible y con asideros.
- 6.A.7. Promover el uso de ropa y calzado adecuado.
- 6.A.8. Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene algún mareo.
- 6.A.9. Sentar al enfermo en un sillón apropiado.
- 6.A.10. Aplicar medidas de sujeción, si precisa.

6.B. DEAMBULACIÓN

- 6.B.1. Evitar los suelos húmedos y encerados.
- 6.B.2. Acompañar al enfermo, ayudándole a caminar.
- 6.B.3. Si precisa dispositivos de ayuda –andador, muletas,...-, será acompañado por personal sanitario durante el aprendizaje.
- 6.B.4. **Acompañar al paciente, que lo necesite, en su aseo.**

6.C. MEDIDAS GENERALES EN LA UNIDAD INFANTIL

- 6.C.1. Todo el tiempo que el niño deba permanecer en su cuna, los laterales de la misma estarán en posición elevada. Se instruirá a los familiares para que no abandonen la habitación sin comprobar previamente que los laterales están elevados.
- 6.C.2. Cuando sea necesario realizar una técnica que requiera ser transportado fuera de la cuna, permanecerá en compañía de un miembro de la plantilla o un familiar.
- 6.C.3. No permanecerá sólo en el baño.

6.D. MEDIDAS GENERALES EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

- 6.D.1. Todo el tiempo que el paciente deba permanecer en el área quirúrgica, las barandillas de la cama estarán en posición elevada.
- 6.D.2. Cuando no esté protegido de caídas por barandillas, permanecerá vigilado por personal del área.
- 6.D.3. Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar ningún cambio de cama a camilla o viceversa.
- 6.D.4. Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar ningún movimiento de cambio de posición del paciente o de la mesa quirúrgica.

7. DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA CAÍDA

LA ENFERMERA RESPONSABLE

1. Valorará las consecuencias de la caída y avisará al médico de guardia, si lo considera oportuno.
2. Registrará en la hoja de enfermería la: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente -antes y después de la caída-, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas.
3. Cubrirá el Informe de caídas y lo entregará a la supervisora de la unidad.
4. Controlará el estado del paciente en horas sucesivas.
5. Todos los pacientes de riesgo, tendrán en su historia el registro cumplimentando “Escala de riesgos de caídas (J. H. Downton) “.
6. En el registro de valoración inicial del paciente, se registrarán los siguientes datos del paciente:
 - o Alteraciones de la movilidad/ precisión de ayuda.
 - o Edad
 - o Estado sensorial, conciencia
 - o Tratamiento farmacológico: sedantes
 - o Diagnóstico médico
 - o Estado emocional del paciente
 - o Si es portador de dispositivos externos
 - o Si ha tenido caídas previas

LA SUPERVISORA DE LA UNIDAD

1. Comprobará que estaba evaluado el riesgo de caídas y si se habían establecido las medidas preventivas.
2. Entregará el Registro de caídas a la Unidad de Calidad.

8. DOCUMENTACION DE REFERENCIA

1. Cordoní Gotanegra, Alfons. Estudio sobre caídas en un centro socio-sanitario “Clínica del Carme”. Vilafranca del Penedés. 1.996.
2. AM Tromp et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. J Clinical Epidemiology 2001; 54:837-844.
www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band91/b91-8.html
3. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. Int J. Nurs Stud 1998;35(3):184-913
4. Physical restraint – Part1: use in acute and residencial care. Best Practice Information Sheet Vol 6 Issue 3 2002. www.joannabriggs.edu.au.