



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Máster

Plan de mejora para la prevención de caídas en un centro residencial de discapacitados intelectuales

Presentado por: Mireya Núñez Manchado

Tipo de TFM: Máster Universitario en Dirección y
gestión de Unidades de Enfermería

Director/a: Emilio Ignacio García

Ciudad: Logroño

Fecha: 24 de septiembre de 2017

Índice

1. Resumen y palabras clave.....	2
2. Introducción, justificación y propósito del trabajo	3
2.1 – Las caídas. Factores de riesgo y trascendencia.....	3
2.2 – La discapacidad intelectual y el riesgo de caídas	4
2.3 – Los cuidados de enfermería en la seguridad del paciente.	6
Justificación:	8
Propósito del trabajo.....	8
3. Oportunidad de mejora:	9
4. Objetivo de mejora	9
5. Análisis de las causas.....	10
6. Planificación de acciones correctivas	12
7. Implantación, medición de resultados y monitorización	16
8. Conclusiones.....	19
9. Bibliografía.....	20
10. Curriculum del candidato.....	24
ANEXO 1 – Hoja registro control de caídas	26
ANEXO 2 – Escala de Tinetti	28
ANEXO 3 – Fichas de indicadores	30

1. Resumen y palabras clave

El concepto de discapacidad intelectual comprende un gran número de alteraciones caracterizadas por limitaciones significativas tanto del funcionamiento intelectual como de la conducta adaptativa. Estas particularidades hacen que éste sea un colectivo con una serie de características y necesidades propias y diferenciadas desde el punto de vista de la asistencia sanitaria y los cuidados.

Sin embargo, son escasos los estudios que tengan en cuenta sus necesidades específicas en materia de seguridad del paciente y en la prevención de uno de los principales eventos adversos que ocurren en personas institucionalizadas: las caídas.

Se pretende con este trabajo realizar un plan de mejora en prevención de caídas para un centro de discapacitados intelectuales, con la doble finalidad de mejorar este aspecto en su atención diaria y visibilizar éstas y otras demandas asistenciales de las que actualmente apenas disponemos de evidencia científica.

Abstract

The concept of intellectual disability includes a large number of alterations characterized by significant limitations of both intellectual functioning and adaptive behavior. These particularities make a collective with a particular characteristics and needs differentiated from the point of view of health care.

However, there are few studies that take into account their specific needs in terms of patient safety and especially in the prevention of one of the main adverse events that occur in institutionalized persons: falls.

The objective of this work is to carry out an improvement plan in fall prevention for a intellectual disability center with the dual purpose of improving this aspect in their daily care and to make these and other health care demands visible, which currently we do not have barely scientific evidence.

Palabras clave: Caídas, Discapacidad intelectual, Seguridad del paciente.

2. Introducción, justificación y propósito del trabajo

Introducción:

2.1 – Las caídas. Factores de riesgo y trascendencia.

Es indiscutible que las caídas representan un problema de salud pública de nivel mundial. Son fuente de morbilidad, lesiones, discapacidad y aumento del gasto sanitario.

La Organización Mundial de la Salud define las caídas como un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio, causando lesiones al golpear el cuerpo contra el suelo u otra superficie. Son la segunda causa de muerte por lesiones no intencionadas, por detrás de los accidentes de tráfico, y según datos recogidos por la OMS, unas 646.000 personas mueren anualmente en el mundo por caídas, encontrándose las tasas de mortalidad más elevadas por esta causa entre los mayores de 60 años en todas las regiones del mundo.¹

La edad como podemos observar, resulta ser uno de los principales factores de riesgo para las caídas, por lo que son numerosos los estudios y programas de prevención de caídas entre la población anciana, tanto a nivel nacional como internacional.

Sin embargo, en estos estudios también encontramos bien referenciados otros factores de riesgo intrínseco, alguno de los cuales están relacionados con el proceso de envejecimiento, como pueden ser la pérdida de masa muscular y fuerza, deterioro cognitivo y enfermedades crónicas; si bien también encontramos otros factores de riesgo que, si bien aparecen con más frecuencia entre los ancianos, no son exclusivos de los mismos, como son: padecimiento de trastornos neurológicos o discapacitantes, polifarmacia y en particular empleo de psicofármacos, tener antecedentes de caídas, alteraciones de la movilidad y de la percepción.

Otro dato interesante es que las tasas de caídas en residentes de centros sociosanitarios o de larga estancia son mayores a las de los ancianos que viven en la comunidad²

En cuanto a la trascendencia de las caídas, el 70% tienen consecuencias clínicas, la mayoría de carácter leve pero generadoras de morbilidad y aumento de los costes sanitarios tales como esguinces, hematomas y fracturas simples, si bien una de cada diez caídas en ancianos genera lesiones graves como la fractura de cadera, la cuál es, además, la que mayor gasto sanitario supone. En un estudio en 2008 se estimó en 8365€ el coste medio por paciente (alta) por esta causa^{3,4}.

2.2 – La discapacidad intelectual y el riesgo de caídas.

El concepto de discapacidad intelectual ha ido variando con el paso del tiempo y admite múltiples enfoques. Para la AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) se “caracteriza por limitaciones significativas tanto del funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas”. Desde este enfoque, tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y el Manual DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Americana coinciden en tres criterios en común para el diagnóstico del retraso mental:

- Funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, definida por el cociente de inteligencia (CI) obtenido por evaluación mediante uno o más test de inteligencia, administrados individualmente, con un resultado inferior a 70 puntos.
- Limitaciones en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y/o trabajo.
- Inicio antes de los 18 años.

En cuanto a la clasificación o graduación de la discapacidad intelectual, la OMS propone la siguiente:

- Discapacidad intelectual leve (CI= 50-69). Pueden realizar tareas cotidianas, aunque las realizan de forma más pausada. Pueden formarse y desempeñar trabajos, consiguiendo una cierta independencia.

- Discapacidad intelectual moderada (CI= 35-49). Este grupo desarrolla habilidades de comunicación y sociales limitadas. Las personas moderadamente discapacitadas intelectuales raramente consiguen una vida completamente independiente.
- Discapacidad intelectual grave (CI= 20-34). Se refleja un marcado déficit motor, lenguaje mínimo y generalmente incapacidad para progresar en el aprendizaje.
- Discapacidad intelectual profunda (CI <20). Los afectados de retraso mental profundo suelen tener una movilidad muy restringida o inexistente. Esto hace que necesiten ayuda y supervisión constantes.

Además de estas características, las personas con discapacidad intelectual presentan un patrón de salud diferente al de la población general, presentando hasta 25 veces más casos de epilepsia y el doble de obesidad. También se aprecia una alta presencia de problemas sensoriales, de movilidad y psicosis ^{5,6}.

Sin embargo, los métodos actuales para el diagnóstico de trastornos mentales no están adaptados a las particularidades de éste colectivo, hasta el punto de que los datos sobre el porcentaje de trastornos mentales son tan dispares que oscilan entre el 10 y el 50% según los estudios. Añadido a estos problemas en el diagnóstico, encontramos que, bien por necesidad terapéutica, bien por errores en el diagnóstico, el 84% de estas personas consumen medicación a diario, de la cuál el 65% corresponde a psicofármacos, mayoritariamente anticonvulsivos y neurolepticos. Además se produce una fuerte polimedicación, con una media de 4,25 fármacos al día por persona.⁷

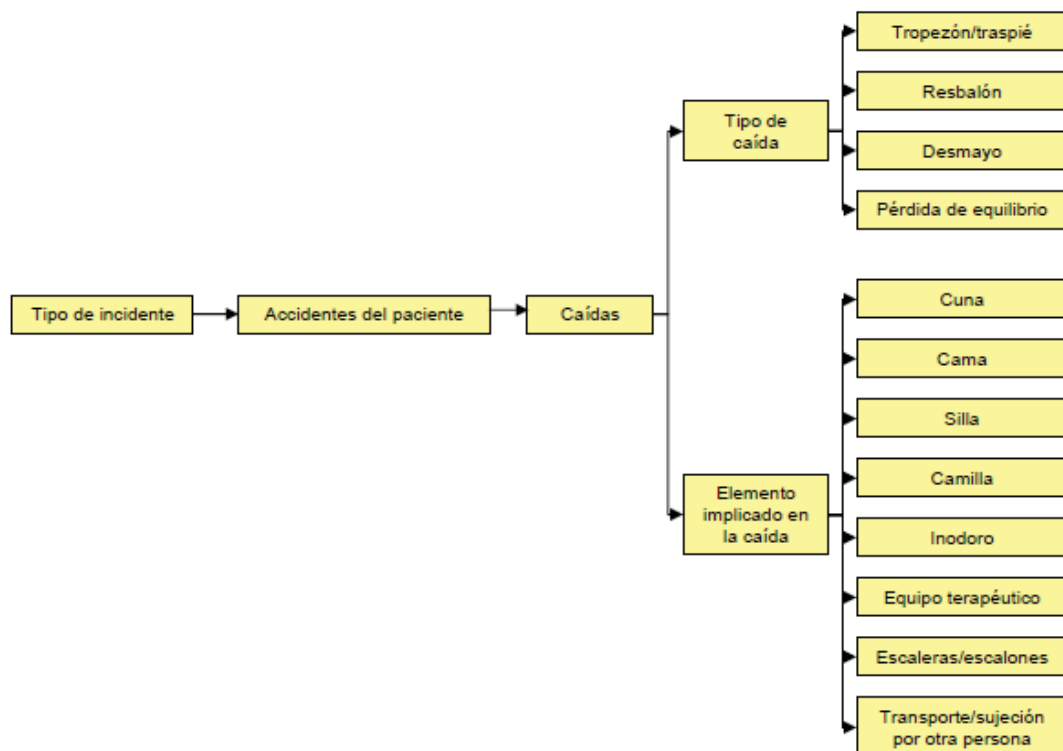
Resulta evidente la semejanza que, a priori, puede establecerse entre la morbilidad señalada y alguno de los factores de riesgo de caídas identificados en ancianos.

Siguiendo en esta línea, y pese a que se trata de un campo de estudio poco explorado, algunos estudios en España ya evidencian el gran impacto que suponen las caídas entre los discapacitados intelectuales, quienes a su vez tienen una serie de factores de riesgo específicos como son principalmente, el uso de psicofármacos, la epilepsia, las alteraciones de la marcha y las alteraciones conductuales⁸. La prevalencia de las caídas en personas con discapacidad intelectual varía del 34 al 57% según estudios, provocando el 84% de estas caídas lesiones de diversa gravedad⁹.

2.3 – Los cuidados de enfermería en la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es uno de los pilares básicos de la calidad asistencial. La OMS la define como “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro” en su Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, documento que pretende crear un consenso internacional en cuanto a los conceptos clave en seguridad del paciente. En este marco conceptual se identifican las caídas como uno de los principales tipos de incidentes, así como los principales tipos y elementos implicados.¹⁰

Tipo de incidente – Accidentes del paciente – Caídas



El papel de la enfermería en la prevención de caídas es indiscutible. De hecho el proyecto SENECA, el cual propone 100 estándares de calidad como modelo de evaluación de los cuidados enfermeros, considera el índice de caídas como uno de los indicadores clave para evaluar la calidad asistencial en general y de los cuidados enfermeros en particular¹¹.

También cabe destacar el papel de la enfermería en los cuidados generales de las personas con discapacidad intelectual, los cuales deben estar, desde el actual enfoque bio-social de éstos trastornos, no sólo focalizados en el cuidado como prestación de servicios y prevención de complicaciones sino también como elemento que ayude a aumentar la visibilidad y demandas particulares de éste colectivo.

Justificación:

La discapacidad intelectual es un fenómeno creciente relacionado con los adelantos científicos en salud y los estilos de vida. Según datos del IMSERSO, un total de 268.633 personas tienen una discapacidad intelectual reconocida. Dicha discapacidad está asociada frecuentemente a problemas de salud y enfermedades tales como la epilepsia, parálisis cerebral y alteraciones conductuales que son a su vez factores de riesgo para padecer caídas^{12,13}.

Por otra parte, el estudio EARCAS sobre eventos adversos en centros sociosanitarios indica que los pacientes con mayor probabilidad de sufrir un incidente relacionado con la seguridad son los que padecen deficiencias en la función cognitiva en primer lugar y los que padecen alteraciones del comportamiento en cuarto lugar¹⁴.

Contrariamente a la importancia señalada por estos datos, los estudios referentes a la prevención de caídas se han centrado casi exclusivamente en ancianos institucionalizados, no encontrándose apenas estudios nacionales ni internacionales centrados en el colectivo de discapacitados intelectuales. Es por ello que se pretende con este trabajo, al menos, aumentar la visibilidad de éste colectivo y sensibilizar sobre la necesidad de generar protocolos y cuidados específicos.

Por último, justifica la elaboración de éste trabajo la importancia del papel de la enfermería en la atención de este tipo de personas, especialmente en lo relacionado con la seguridad, como garante de sus derechos y como medio para disminuir la morbilidad debida a eventos adversos, además de como se ha señalado anteriormente, ser el índice de caídas considerado como uno de los indicadores clave de la calidad de los cuidados enfermeros.

Propósito del trabajo:

Llevar a cabo una propuesta para la mejora de los cuidados enfermeros en la prevención de caídas, en un centro para personas con discapacidad intelectual situado en la Comunidad Autónoma de Aragón.

3. Oportunidad de mejora:

Se eligió ésta área de mejora por varios motivos:

- Los factores de riesgo, lesiones, morbilidad asociada y costes que suponen las caídas están ampliamente estudiadas en ancianos institucionalizados. Sin embargo, pese a que los escasos estudios sobre caídas en discapacitados intelectuales indican una alta prevalencia de las mismas⁸, así como gran similitud en sus factores de riesgo, se trata hoy en día de un colectivo muy poco estudiado.
- El estudio EARCAS indica que las caídas (en la deambulación y el baño o habitación) son los dos principales incidentes que con mayor frecuencia aparecen en los centros sociosanitarios, encontrándose en cuarto lugar las caídas desde la cama o sillón. Igualmente dicho estudio indica que para más del 25% de los expertos consultados, las caídas suponen el principal evento adverso sobre el que se debe emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención¹⁴.
- Tras la revisión de las Historias Clínicas de los usuarios del centro, se constata que las caídas suponen el principal evento adverso documentado. Es reseñable que la mayoría de usuarios tiene registrada al menos una caída en los últimos cinco años.
- La no existencia en dicho centro, en el momento actual, de ningún protocolo específico para la prevención de caídas desde el punto de vista de los cuidados prestados por enfermería para el colectivo de discapacitados intelectuales.

4. Objetivo de mejora

Objetivo general: Elaborar una propuesta de mejora centrada en la prevención de caídas en personas con discapacidad intelectual.

Objetivos específicos:

- Evaluar las características de los cuidados que se prestan en el Centro.
- Identificar áreas de mejora en la prevención de caídas en dicho centro.
- Proponer medidas para reducir el riesgo de caídas en los residentes del centro.
- Definir los indicadores y el modo de evaluación de las medidas propuestas.

5. Análisis de las causas

Análisis del contexto de actuación:

- Descripción del centro: Esta propuesta de mejora se elabora en el ámbito de un centro residencial para personas con discapacidad intelectual situado en la Comunidad Autónoma de Aragón. Dicho centro cuenta con 18 plazas para discapacitados intelectuales con nivel de severidad profundo-severo, así como con 52 plazas para asistencia a personas de la tercera edad. Las plazas están concertadas con el Gobierno de Aragón y su gestión es privada.
- Población del centro: 18 residentes con discapacidad intelectual. De ellos, 12 están catalogados con discapacidad intelectual severa y 6 con discapacidad intelectual profunda.
- Características de los residentes: De dicha población, 2 residentes emplean silla de ruedas para su desplazamiento, 3 deambulan con ayudas y el resto son autónomos.

Respecto a los psicofármacos, son consumidos por 16 de los 18 residentes.

Respecto a otro de los factores de riesgo identificados en dicho colectivo, la epilepsia, está diagnosticada en 9 residentes.

- Características organizativas del Centro: El centro dispone de un equipo de enfermería propio de la zona asistencial de la tercera edad, el cual presta los cuidados necesarios a los residentes con discapacidad intelectual que los requieran. Asimismo, dispone de un médico que realiza la valoración de todos los residentes tres días a la semana, siendo éstos remitidos para los cuidados asistenciales de cualquier nivel a su Centro de Salud u hospital de referencia. Como se ha señalado anteriormente, no se dispone de ningún protocolo específico para la prevención de caídas desde el punto de vista de los cuidados enfermeros, si bien existe una clara intencionalidad por parte de la dirección del Centro por aumentar la calidad y seguridad de los cuidados prestados, habiéndose llevado a cabo recientemente una reforma estructural que ha disminuido en gran medida las barreras arquitectónicas del Centro.
- Prevalencia de caídas en el Centro: Tras la revisión de las historias clínicas, se registra algún evento de caída en 10 de los 18 residentes con discapacidad

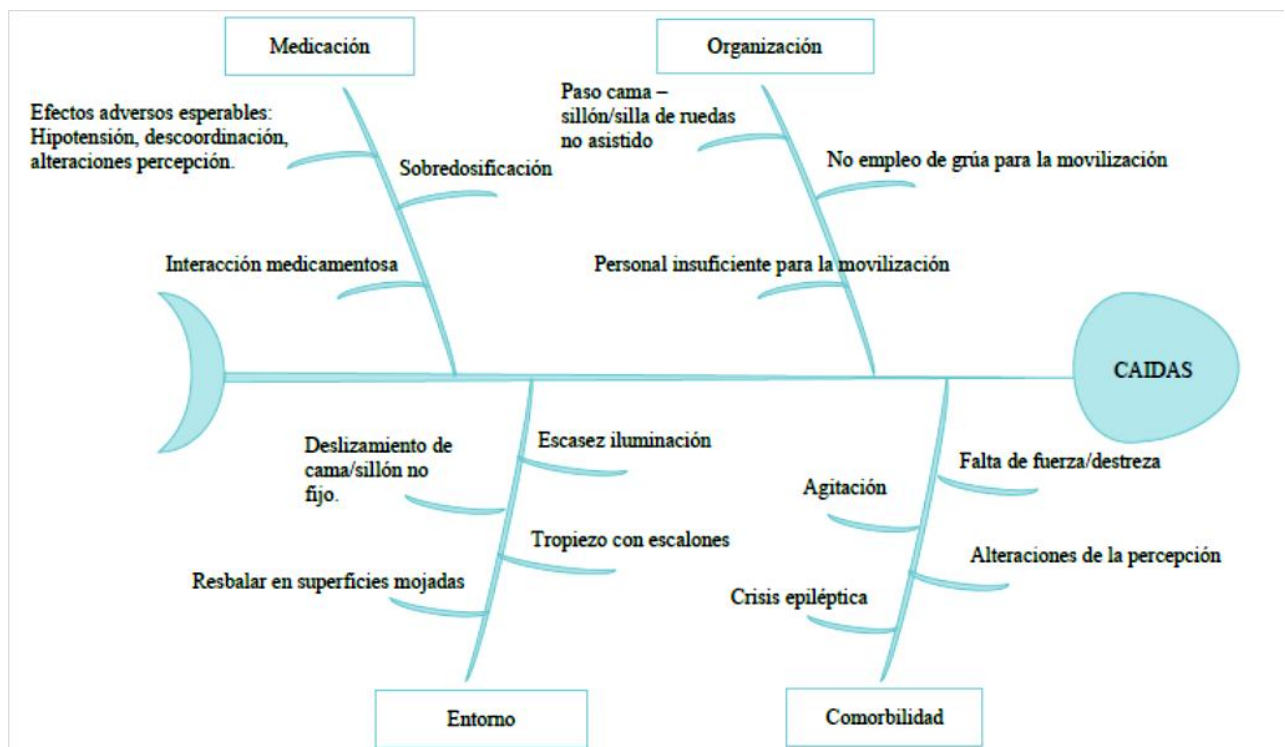
intelectual en los últimos 5 años (55,5%), con una periodicidad media de 6,6 eventos registrados al año.

Sólo se registraron los casos en los que se produjo alguna lesión evidente, la mayoría de carácter leve (hematomas, heridas). En dos residentes se han producido fracturas por éste motivo (cúbito-muñeca) y un caso de luxación de hombro.

No se dispone en el centro de un registro de eventos adversos independiente.

Identificación de las causas:

Se ha realizado un diagrama de Ishikawa con las siguientes áreas: Organización, entorno, medicación y comorbilidad.



6. Planificación de acciones correctivas

Tras la revisión bibliográfica realizada, y ante la imposibilidad de emplear otras técnicas de consenso por el escaso número del personal sanitario implicado en los cuidados, en la planificación de las acciones correctivas se tendrán en cuenta los criterios formulados por:

- Estudio EARCAS: Los expertos proponen una serie de actuaciones orientadas a la prevención de incidentes y eventos adversos:

- Barreras arquitectónicas
- Valoración mediante escalas validadas del riesgo de caídas
- Control/revisión de la medicación
- Movilización activa o asistida diaria (solo para usuarios con limitaciones físicas)
- Revisión plan de cuidados en reuniones de equipo
- Comunicación de cambios en los planes de cuidados

- Recomendaciones en seguridad de SADECA¹⁶: En su recomendación para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios número 14 “El centro tiene implantado un plan de prevención de caídas” figuran como elementos de evaluación:

1. Se dispone y aplica un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos para la identificación y prevención de pacientes con riesgo de caídas.
2. Se evalúa el grado de adherencia al protocolo de forma periódica.
3. Se dispone de un sistema de registro de caídas desarrolladas durante la estancia del paciente en el centro que permita analizar y desarrollar acciones de mejora.

Otras recomendaciones son, según la revisión realizada por Bernal-Celestino y colaboradores⁹:

- Vigilar los efectos secundarios de los fármacos y monitorizar las crisis epilépticas, con el fin de buscar una dosificación óptima de fármacos que eviten riesgos innecesarios
- El manejo ambiental es otro componente fundamental en la prevención de las caídas: supervisar los lugares donde viven así como cuidar el material ortoprotésico, calzado, etc...

-Otro aspecto primordial en este sentido, es mantener la mayor independencia con ejercicios que ayuden a una deambulaci3n de calidad y lograr una salud a todos los niveles.

Por 3ltimo, la American Geriatrics Society se1ala el aumento del riesgo de caídas en 3ste colectivo debido al frecuente uso de psicofármacos, habiendo sido demostrado el papel de los fármacos en general como factor de riesgo de caídas -debido a los efectos secundarios y a las interacciones- y con los psicotrópicos en especial, ya que sus efectos colaterales incluyen una importante reducci3n del equilibrio dinámico, de la capacidad de atenci3n y en la capacidad para realizar dobles tareas. Se ha observado que la reducci3n de un fármaco psicotropo induce la reducci3n de caída como intervenci3n 3nica. Asimismo, el ajuste o la discontinuidad de la medicaci3n tambi3n ha demostrado ser efectiva¹⁵. Desde los a1os 90 existen varias iniciativas para limitar la prescripci3n de medicamentos en personas ancianas (criterios de Beers, STOPP-START...) y son numerosos los estudios que corroboran estos datos.

Como indicamos anteriormente, el estudio POMONA alerta de la gran cantidad de fármacos en general y psicofármacos en particular que son prescritos a los discapacitados intelectuales actualmente, si bien casi no se dispone de estudios que indiquen la relaci3n de los mismos con el riesgo de caídas o con otros efectos adversos que puedan causar en 3ste colectivo concreto, podemos establecer una posible relaci3n con la que comenzar a investigar.

Una vez realizada la revisi3n bibliográfica en busca de las mejores recomendaciones de seguridad para la prevenci3n de caídas en discapacitados intelectuales, y resultando evidente en nuestro caso particular la imposibilidad de evitar el riesgo de caídas, se van a proponer una serie de medidas o soluciones para conseguir controlar y reducir el riesgo lo máximo posible:

Propuesta 1: Elaborar un registro de caídas no punitivo, que recoja los factores relacionados con el evento adverso.

Propuesta 2: Corregir las barreras arquitect3nicas del Centro en lo referente a: aumento de la iluminaci3n en pasillos.

Propuesta 3: Aumentar la dotaci3n en grúas para la movilizaci3n de pacientes a 1 por cada 4 usuarios con limitaciones graves de la movilidad.

Propuesta 4: Incluir en el protocolo de evaluación inicial la evaluación del riesgo de caídas mediante una herramienta validada, así como proceder a su reevaluación periódicamente (se propone cada 6 meses) o cada vez que se produzcan cambios importantes en el estado de salud del paciente. Se propone la Escala de Tinetti de marcha y equilibrio por ser de las más validadas y ya recomendada en algún estudio sobre caídas en discapacitados intelectuales⁹.

Propuesta 5: Revisar y adecuar el vestido y calzado de los usuarios del centro en cuanto a evitar que puedan producir caídas.

Propuesta 6: Incluir en la Historia Clínica una hoja independiente de psicofármacos en el que se deje constancia de las variaciones en la prescripción así como la administración de los mismos, que sea cumplimentado diariamente.

Propuesta 7: Realizar un registro independiente de pacientes con diagnóstico de epilepsia en el que se recojan todas las crisis padecidas y ajustes de medicación necesarios.

Propuesta 8: Elaboración de un protocolo de prevención de caídas en el que se incluyan aspectos relacionados con la movilización de los pacientes, el uso de ayudas técnicas y las medidas de contención.

Propuesta 9: Realizar reuniones de los profesionales asistenciales del Centro (enfermeras, auxiliares y médico) en el que se traten temas relacionados con la seguridad de los usuarios, al menos una vez al mes.

Propuesta 10: Desarrollar un programa de actividad física, junto con el fisioterapeuta del centro, que incluya movilización activa y pasiva en aquellos usuarios con movilidad reducida que empleen ayudas a la deambulación, a realizar diariamente por el personal de enfermería/auxiliar.

Estas propuestas, una vez presentadas al equipo de cuidadores (personal auxiliar, médico y enfermeras) y al representante de la dirección del centro son expuestas en la siguiente matriz de soluciones, en las que se van a ponderar según una escala (1 peor -5 mejor):

Solución propuesta	Efectividad	Eficiencia	Factibilidad	Aceptación	Total
Propuesta 1: Registro caídas anónimo	4	5	5	5	19

Propuesta 2: Aumento iluminación pasillos	4	3	4	4	15
Propuesta 3: Aumentar dotación grúas	2	2	2	5	11
Propuesta 4: Evaluación riesgo caídas	5	4	5	4	18
Propuesta 5: Revisión y adecuación vestido/calzado	4	3	3	4	14
Propuesta 6: Hoja/registro psicofármacos	4	4	5	4	17
Propuesta 7: Registro eventos epilepsia	3	4	5	4	16
Propuesta 8: Protocolo prevención de caídas	5	4	5	4	18
Propuesta 9: Reuniones mensuales personal	3	5	5	4	17
Propuesta 10: Programa ejercicios	3	3	4	3	13

Una vez evaluadas las propuestas, se propone priorizar las 5 con mayor puntuación para ser implementadas inicialmente, posponiendo el resto de propuestas con menor puntuación para ser llevadas a cabo en una fase posterior una vez puestas en marcha y evaluados los resultados de la primera fase.

Así, se propone llevar a cabo las siguientes propuestas de mejora:

Propuesta 1: Registro caídas: Se propone el elaborado por el IMSERSO en su protocolo de prevención y actuación ante caídas – Anexo 1)

Propuesta 4: Evaluación riesgo caídas (Escala de Tinetti – Anexo 2)

Propuesta 8: Protocolo prevención caídas (pendiente de desarrollo con el resto del equipo directivo y personal asistencial).

Propuesta 6: Incluir una hoja/registro psicofármacos en las Historias Clínicas.

Propuesta 9: Realizar reuniones de los profesionales asistenciales.

7. Implantación, medición de resultados y monitorización

Implantación

Una vez realizada la evaluación y propuesta de soluciones, se procede a la comunicación de las medidas a adoptar a todo el personal implicado, tanto directa como directamente, en la gestión del riesgo de caídas.

Esto supone implicar a todo el personal asistencial (auxiliares/cuidadores, enfermería, médico y fisioterapeuta) y a la directiva del centro, por lo que se propone que la exposición de dichas medidas se realice en tres reuniones consecutivas que coincidirán con la entrada en cada uno de los turnos de trabajo, para asegurar la máxima difusión del plan de mejora. Se comunicarán todas las propuestas de mejora así como su implantación progresiva, las tareas a desempeñar por cada grupo profesional y los medios de evaluación de su efectividad.

En esta reunión inicial, se procurará solucionar las dudas que puedan surgir en cuanto a la incorporación de nuevas sistemáticas de trabajo (por ejemplo, la inclusión en la historia clínica de la hoja-registro de psicofármacos por parte de enfermería).

Medición de resultados y monitorización

Para la medición de resultados, se elaborarán indicadores de estructura, proceso y resultado específicos para las propuestas realizadas.

Las características principales que todos los indicadores deben cumplir para poder monitorizar un evento es que éstos sean válidos (mide lo que pretendemos medir), fiables (que todos los evaluadores obtengan los mismos datos con la medición) y que sea apropiado para colaborar a la gestión.

Para asegurar que los indicadores propuestos cumplen con estos requisitos, se ha adaptado el modelo explicativo propuesto por el Ministerio de Sanidad en su informe “Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del

paciente” y las recomendaciones de la Joint Commission International. Las fichas completas de cada uno de los indicadores propuestos se recogen en el anexo 3.

Como elemento de trabajo, se genera un cuadro de mando de indicadores, en el que se resumen las principales características de cada indicador así como el responsable de su cumplimentación.

INDICADOR	TIPO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	ESTÁNDAR
Existencia de un protocolo de prevención de caídas	Estructura	Semestral hasta 100%	Dirección del centro	Si (100%)
Existencia de un registro de caídas	Estructura	Mensual hasta 100%	Jefe de enfermería	Si (100%)
Valoraciones del riesgo de caídas inicial realizadas	Proceso	Semestral	Jefe de enfermería	90%
Reevaluaciones del riesgo de caídas realizados a los seis meses	Proceso	Semestral	Jefe de enfermería	90%
Número de hojas de registro de psicofármacos correctamente cumplimentadas en las Historias Clínicas.	Proceso	Trimestral	Jefe de enfermería	75%
Número de sesiones sobre seguridad realizadas.	Proceso	Trimestral	Dirección del centro	3 (100%)
Número de caídas en usuarios del centro	Resultado	Trimestral	Jefe de enfermería	<55,5%
Cumplimiento del protocolo de prevención de caídas	Resultado	Trimestral	Jefe de enfermería	90%

Se propone realizar la primera medición de indicadores al mes de la implementación de las soluciones propuestas, para identificar precozmente posibles problemas que hayan podido surgir.

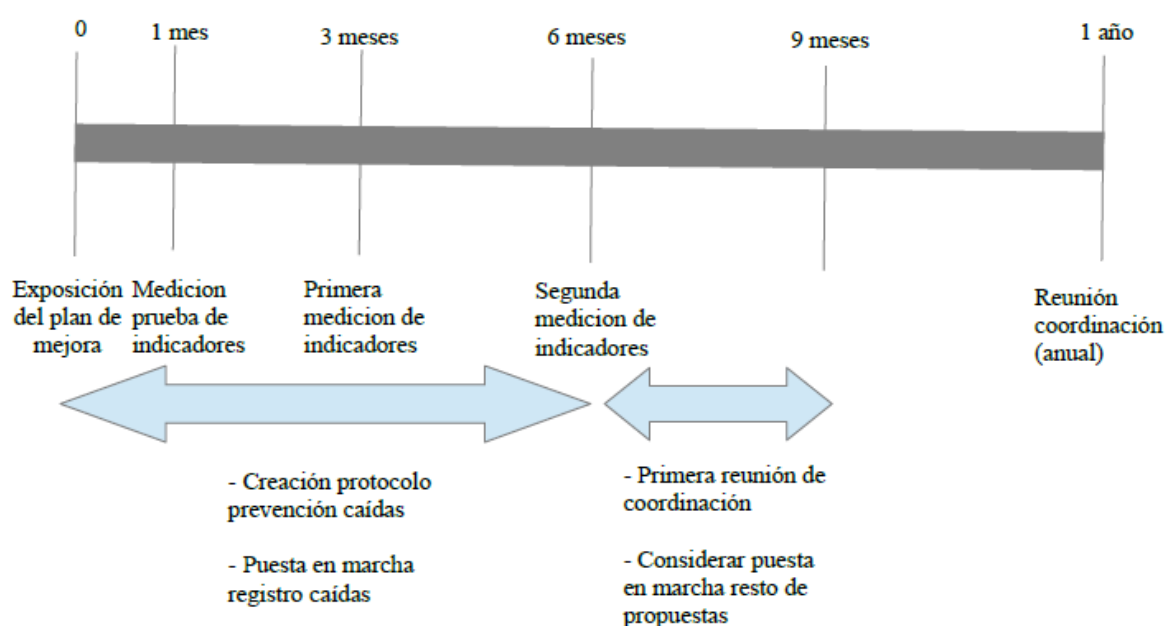
Posteriormente, los datos recopilados, tanto en la medición inicial como en la que se realice a los tres y seis meses, deberán ser expuestos en una primera “reunión

coordinación en seguridad” que cuente con la participación representantes de todos los implicados en el cuidado de los residentes (cuidadores/auxiliares, enfermería, médico y fisioterapeuta) junto con la Directiva del centro. Dentro del orden del día para dicha reunión se dará lugar a posibles propuestas que el personal asistencial pueda aportar. La finalidad de esta reunión es comprobar que se estén llevando a cabo las acciones propuestas, la correcta medición de indicadores y la subsanación de posibles errores que hayan podido surgir en la práctica. Si la situación es propicia, se valorará en dicha reunión la puesta en marcha de las otras propuestas de mejora identificadas, preferiblemente de forma paulatina.

Tras esta primera reunión se propone la celebración, al año de la implementación, de una segunda reunión en la que se analicen los indicadores de resultado, los problemas producidos y se hagan nuevas propuestas de mejora para su corrección.

Se propone la celebración de una reunión anual de coordinación en seguridad, en la que paulatinamente se vayan analizando nuevos riesgos relacionados con la asistencia sanitaria de los residentes y estableciéndose acciones y planes de mejora en seguridad.

La línea temporal propuesta quedaría así:



8. Conclusiones

Se logró iniciar en el centro de referencia una sistemática de trabajo orientada hacia la seguridad de los residentes, consiguiendo la implicación de la dirección y los distintos profesionales en la prevención de un evento tan estudiado en el colectivo de la tercera edad como son las caídas.

Las propuestas de mejora realizadas parten de la identificación de los principales factores relacionados con las caídas identificados por los propios profesionales, por lo que es de esperar que éstos se impliquen activamente en llevar a cabo las medidas propuestas para controlar el riesgo.

La principal debilidad se ha encontrado en la imposibilidad materializar el ciclo de mejora propuesto así como la medición de resultados para poder ajustar las propuestas a la realidad del centro, aunque se señala desde la dirección que el principal cambio ejecutado ha sido la toma de conciencia de todo el personal en dos aspectos: la cultura de seguridad y la necesidad de mejora continua de la calidad en la prestación de cuidados a sus residentes, lo cual consideramos supone una gran aportación en tanto abre la puerta a la búsqueda de la excelencia en la organización y a la sensibilización con las necesidades particulares que el colectivo de discapacitados intelectuales tiene, fruto de sus características y que evidencian la necesidad de aumentar el estudio específico de las mismas y generar protocolos y criterios de aplicación que sean verdaderamente válidos y no adaptaciones de los empleados en el colectivo de la tercera edad como actualmente se viene haciendo.

9. Bibliografía

1. OMS. Caídas. Nota descriptiva [Internet] 2017 Ago [citado 2017 Ago 31]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
2. WHO. Global report on falls prevention in older age [internet] 2017. [citado 2017 Ago 31]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1
3. Consejo Interterritorial del SNS. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.[citado 26 sept 2017]. Disponible: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
4. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en los hospitales del SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [citado 2017 Ago 31]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadicticas_comentadas_01.pdf
5. Martínez-Leal R, Salvador-Carulla L, Gutiérrez-Colosía M, Nadal M, Novell-Alsina R, Martorell A, et al. Health among persons with intellectual disability in Spain: the European POMONA-II study. Revista de neurologia. 2011;53(7):406.
6. Bernal-Celestino RJ, León-Hurtado D, MArtínez-Leal R. Acceso y morbilidad hospitalaria en personas con trastornos del desarrollo intelectual. [Internet] Salud Pública Mex 2017; 59:408-4015. [citado 2017 Sep 26]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2017/sal174i.pdf>
7. Proyecto POMONA España. Indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual: Resultados preliminares [internet]. Instituto de Salud Carlos III [citado 2017 Sep 26]. Disponible en: <http://www.plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2016/07/PresentacionPOMONAEsp.pdf>
8. Bernal-Celestino RJ, Ruiz-García J, Muñoz-Romera S, Rodrigo-Sánchez JM, León-Hurtado D. Caídas en personas con discapacidad intelectual. Revista Rol de Enfermería 2014;37(4): 240-246
9. Rubén J. Bernal-Celestino; Jacinto Ruiz-García; Silvia Muñoz Romera; David León-Hurtado. Evaluación y prevención de las caídas en personas con

- discapacidad intelectual. [Internet]. Boletín científico del Hospital general Universitario de Ciudad Real 2016 May [citado 2017 Ago 31]. Disponible en : <http://apuntes.hgucr.es/2016/05/12/evaluacion-y-prevencion-de-las-caidas-en-personas-on-discapacidad-intelectuan>
10. OMS. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe técnico definitivo [internet]. 2009. [citado 2017 Sep 26]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 11. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [citado 2017 Sep 26]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
 12. Bernal-Celestino RJ. Salud y enfermedades más frecuentes en personas con retraso mental. Metas de enfermería. 2011;14(2).
 13. Cayo-Pérez L. Discapacidad y asistencia sanitaria: Propuestas de mejora. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. 2006.
 14. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
 15. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. [Internet] New York (NY): American Geriatrics Society; 2010 [citado 2017 Sep 26]. Disponible en: <http://www.alabmed.com/uploadfile/2014/0504/20140504033204923.pdf>
 16. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. [Internet].2012. [citado 2017 Sep 26]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA_-_Resultados_seguridad_centros_sociosanitarios.pdf
 17. Cruz Ortiz Maribel, Pérez Rodríguez M^a del Carmen, Jenaro Río Cristina. Enfermería y discapacidad: una visión integradora. Index Enferm [Internet]. 2010 Sep [citado 2017 Ago 28] ; 19(2-3): 177-181. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200023&lng=es.

18. OMS. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. [Internet] [citado 2017 Ago 28] Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
19. González Ramírez A, Calvo Aguirre JJ, Lekuona Ancizar P, González Oliveras JL, Marcellán Benavente T, Ruiz de Gordo Armendia A, et al. Falls in nursing homes and institutions: update by the Osteoporosis, Falls and Fractures Working Group of the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology (GCOF-SEGG). Rev Esp Geriatria Gerontol. 2013;48(1):30-8
20. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Guia FASE para la prevención y actuación ante una caída. [Internet] 2017. [citado 2017 Ago 28] Disponible en: <https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2015/07/Guia-FASE-Caidas.pdf>
21. Australian Commission on Safety, and Quality in Health Care (ACSQHC). Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Australian Residential Aged Care Facilities A Short Version of Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities. [Internet] 2009 [citado 2017 Ago 28] Disponible en: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2009/01/30454-RACF-Guidebook1.pdf>
22. Gimeno M, Aguiar JP, Costa AM, Alves F. Psicofármacos y riesgo de caídas en ancianos: resultados preliminares del estudio piloto caso-control anidado en una residencia de ancianos portuguesa. [Internet] Farmacéuticos Comunitarios. 2017 Mar 30; 9(1):28-33. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).001.04 [citado 2017 Ago 28] Disponible en: http://www.farmaceticoscomunitarios.org/en/system/files/journals/1182/article_s/fc2017-9-1-04psicofarmacos.pdf
23. Novell Alsina R, Pere Rueda Q, Salvador Carulla S. Salud Mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guia práctica para técnicos y cuidadores. [internet] Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual FEAPS. Barcelona 2002. [citado 2017 Ago 28] Disponible en: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. [Internet] 2008. [citado 2017 Ago 28] Disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

25. Saturno, P.J. Qué, cómo y cuándo monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. [Internet] RCA 1998;13. [citado 2017 Ago 28] Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/48.pdf>

ANEXO 1 – Hoja registro control de caídas

Extraído del “Protocolo sobre prevención y actuación ante una caída” elaborado por el IMSERSO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Nombre persona usuaria:	

Hab.: _____	
Fecha: _____	Hora de la caída: _____
Testigos: _____	
Comunicado a: _____	
<u>Descripción de la caída:</u>	
¿Cómo ocurrió?	

¿Por qué?	

¿Dónde?	

¿Qué actividad realizaba en ese momento?	

¿Qué peligros del entorno había?	

¿Existían medidas de prevención de caídas?	
☐ Barandillas en cama	☐ Cinturón
☐ Andador	☐ Bastón
☐ Otras:	

¿Era consciente la persona usuaria del peligro de caerse?	

¿En qué estado lo encontró?	

☐ Pérdida de conciencia	☐ Relajación de esfínteres
☐ Movimientos anormales	☐ Sangrado
☐ Otras:	
Tiempo aproximado de permanencia en el suelo:	
¿Se podía levantar por sí mismo?	
¿Qué circunstancias existieron antes de la caída?	
☐ Resbalón	☐ Tos
☐ Micción	☐ Ingesta abundante
☐ Toma reciente de fármacos	☐ Incorporación muy rápida
☐ Otras:	
¿Tenía la persona usuaria algún síntoma previamente?	
☐ Cefalea	☐ Dolor Torácico
☐ Dificultad para hablar	☐ Mareo
☐ Debilidad en extremidades	
☐ Otras:	
¿Padecía la persona usuaria alguna enfermedad aguda en ese momento?	
Frecuencia o reincidencia en caída	
¿Presenta lesiones?	☐ No
	☐ Cura de heridas
	☐ Suturas
	☐ Antiinflamatorios/Analgésicos
	☐ Se cita consulta al día siguiente
	☐ Se llama al Médico de Guardia
	☐ Se envía al Hospital
	☐ Otras:
Observaciones:	
Fdo.:	
Cargo:	

ANEXO 2 – Escala de Tinetti

Se compone de dos escalas, una para la marcha y otra para el equilibrio. Para evaluar la marcha, el entrevistador camina detrás del paciente. Para el equilibrio, se coloca de pie delante y a su derecha.

Interpretación:

A mayor resultado, mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio 16. La suma de ambas proporciona el riesgo de caídas:

Menos de 19: riesgo alto de caídas

De 19 a 24: riesgo de caídas

Escala de Tinetti para el equilibrio:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos. Puntuación máxima 16 puntos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

Escala de Tinetti para la marcha:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).
Puntuación máxima 12 puntos.

3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
5. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
7- Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

ANEXO 3 – FICHAS DE INDICADORES

Nombre Indicador	Existencia de un protocolo de prevención de caídas
Tipo de indicador	Estructura
Definición	Comprobar la existencia de un protocolo consensuado por el equipo asistencial y directivo del centro respecto a la prevención de caídas entre los usuarios del mismo, en el que se detallen aspectos relacionados con la movilización de los pacientes, el uso de ayudas técnicas y las medidas de contención que pudieran emplearse.
Fórmula	---
Estándar	Si (100%)
Población	Protocolos asistenciales del centro
Fuente de datos	Protocolos asistenciales aprobados por el centro
Responsable	Dirección del centro
Periodicidad	Semestral hasta conseguir 100%. Revisar cada año.

Indicador	Existencia de un registro de caídas
Tipo de indicador	Estructura
Definición	Comprobar la existencia de un registro de caídas, de carácter no punitivo, que recoja información sobre el tipo de incidente, factores relacionados, gravedad y consecuencias, según propuesta elaborada.
Fórmula	----
Estándar	Si (100%)
Población	Eventos adversos de caídas de residentes producidos en el centro
Fuente de datos	Registros del centro
Responsable	Jefe de enfermería
Periodicidad	Mensual hasta conseguir 100%. Revisar cada año.

Indicador	Valoraciones del riesgo de caídas inicial realizadas
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de valoraciones del riesgo de caídas realizadas en la valoración inicial de nuevos residentes del centro, según la Escala de Tinetti.
Fórmula	$\frac{\text{Número de valoraciones iniciales de riesgo de caídas realizadas (en el último semestre)}}{\text{Número de nuevos residentes (en el último semestre)}} \times 100$
Estándar	90,00%
Población	Nuevos residentes del centro
Fuente de datos	Historias clínicas
Responsable	Jefe de enfermería
Periodicidad	Semestral

Indicador	Reevaluaciones del riesgo de caídas realizados a los seis meses
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de reevaluaciones del riesgo de caídas realizados a los residentes del centro, según la escala de Tinetti, cada seis meses.
Fórmula	$\frac{\text{Número de reevaluaciones de riesgo de caídas realizadas (en el último semestre)}}{\text{Número de residentes en el último semestre}} \times 100$
Estándar	90,00%
Población	Residentes del centro desde hace más de seis meses
Fuente de datos	Historias clínicas
Responsable	Jefe de enfermería
Periodicidad	Semestral

Indicador	Número de hojas de registro de psicofármacos correctamente cumplimentadas en las Historias Clínicas
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de hojas de registro de psicofármacos correctamente cumplimentadas en las historias clínicas de los residentes. Se entenderá como bien cumplimentado si se recogen todos los datos requeridos y una actualización diaria de los psicofármacos administrados por enfermería con especificación de hora, dosis y si se han observado efectos adversos.
Fórmula	$\frac{\text{Número de hojas de registro de psicofármacos correctamente cumplimentadas}}{\text{Número de historias clínicas}} \times 100$
Estándar	75,00%
Población	Hojas de registro de psicofármacos que figuren en las Historias Clínicas
Fuente de datos	Historias clínicas
Responsable	Jefe de enfermería
Periodicidad	Mensual

Indicador	Número de sesiones sobre seguridad realizadas
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de sesiones sobre seguridad realizadas en el Centro. Se establece la participación de, al menos, un representante de cada una de las categorías asistenciales (auxiliar/cuidador, enfermería, médico, fisioterapeuta) y de la dirección del centro. La periodicidad de dichas reuniones debe ser mensual y se generará un acta de cada reunión.
Fórmula	Número de sesiones sobre seguridad realizadas (en el último semestre)
Estándar	3 (100%)
Población	Personal asistencial y directivo del centro
Fuente de datos	Actas de las reuniones realizadas
Responsable	Dirección del centro
Periodicidad	Trimestral

Indicador	Número de caídas en usuarios del centro
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Número de caídas que se producen en los usuarios del centro y quedan recogidas en el registro de caídas.
Fórmula	$\frac{\text{Número de caídas registradas (en el trimestre)}}{\text{Número de residentes (en el trimestre)}} \times 100$
Estándar	Inferior al actual: 55.5%
Población	Usuarios del centro del último trimestre
Fuente de datos	Registro de caídas. Historias clínicas.
Responsable	Jefe de Enfermería
Periodicidad	Trimestral

Indicador	Cumplimiento del protocolo de prevención de caídas
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Valoración del grado de cumplimentación del protocolo de caídas mediante la aplicación de una “pauta de supervisión” en la que la persona responsable comprueba que se llevan a cabo las medidas indicadas en el protocolo.
Fórmula	$\frac{\text{Número de “pautas de supervisión” con medidas de prevención ejecutadas (al trimestre)}}{\text{Número de “pautas de supervisión” aplicadas (al trimestre)}}$
Estándar	90%
Población	Personal asistencial del centro
Fuente de datos	Pautas de supervisión realizadas; Protocolo de prevención de caídas.
Responsable	Jefe de Enfermería
Periodicidad	Trimestral