

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Caídas en hospitales

Objetivo

El objetivo de este *Best Practice Information Sheet* es resumir la mejor evidencia disponible sobre las caídas de los pacientes en los hospitales. Este *Best Practice Information Sheet* abarca los factores que aumentan el riesgo de las caídas, la evaluación del riesgo de caídas, y las intervenciones cuyo objetivo es la disminución del riesgo basándose en una revisión sistemática llevada a cabo por el Instituto Joanna Briggs.

Introducción

Se ha estimado que un tercio de las personas mayores de 65 años, y la mitad de las personas mayores de 80 años, sufren al menos una caída al año. En los hospitales australianos, el 38% de los incidentes sufridos por los pacientes implican una caída. Se ha atribuido esta alta incidencia a diferentes factores, incluidos los traumatismos, la debilidad, el entorno hostil, la edad, el estado cognitivo, la duración de la estancia hospitalaria y el género. A pesar de que se han realizado muchos estudios y se han publicado diversos artículos, las caídas de los pacientes continúan siendo un gran problema para los hospitales.

Calidad de la investigación

Al realizar esta revisión sistemática sobre la investigación de las caídas se identificaron una serie de temas relacionados con la calidad de la investigación. Algunos informes proporcionaban información inadecuada en cuanto a los métodos utilizados durante la investigación, lo que hizo difícil

Este Best Practice Information Sheet abarca:

1. Calidad de la investigación
2. Pacientes con riesgo
3. Dónde y cuándo se caen los pacientes
4. Evaluación del riesgo de caídas de los pacientes
5. Intervenciones para la prevención de las caídas

la valoración de su calidad. Otros informes proporcionaban muy poca información sobre los resultados, limitando así la utilidad de los mismos.

Muy raramente se utilizaron métodos de investigación rigurosos y, por lo tanto, los resultados pueden estar sesgados. A causa de estas limitaciones, mucha de la información de este resumen ha sido clasificada como Nivel IV de evidencia (opinión de expertos).

Pacientes con riesgo

Aunque podría argumentarse que todos los pacientes tienen, de algún modo, riesgo de

Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación.

- **Nivel I**
Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.
- **Nivel II**
Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.
- **Nivel III.1**
Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.
- **Nivel III.2**
Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
- **Nivel III.3**
Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.
- **Nivel IV**
Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

caerse durante su hospitalización, se han asociado algunas características con un aumento del riesgo. Entre estas características se encuentran: la edad, el estado cognitivo, el historial de caídas, los fármacos, la movilidad reducida y las necesidades especiales de higiene. Esta evidencia ha sido clasificada como Nivel III.

- Algunos estudios sugieren que los mayores (por encima de 65 años) tienen un mayor riesgo de caerse, pero los

resultados son contradictorios ya que otros estudios han sugerido que la edad del paciente no es un factor determinante.

- La alteración del estado cognitivo fue el factor más comúnmente identificado en pacientes que sufrieron caídas mientras estaban en el hospital. Esta alteración se ha descrito como confusión o desorientación, pero la memoria limitada o la incomprensión también pueden aumentar el riesgo de caída de un paciente.

- También se identificó como factor de riesgo el tener un historial de caídas en hospitalizaciones previas. Algunos estudios han afirmado que entre el 16% y el 52% de los pacientes pueden experimentar más de una caída durante su hospitalización. También se sugiere que los pacientes pueden repetir la circunstancia o característica de la primera caída en caídas posteriores, pero esto no está sustentado por investigaciones rigurosas. Este grupo de pacientes que se caen en más de una ocasión, representan una proporción considerable del número total de caídas.

- Los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central, como los sedantes y tranquilizantes, pueden aumentar el riesgo de caídas. Estudios descriptivos pequeños han identificado que fármacos como la digoxina, antiepilépticos, diuréticos, hipotensivos y betabloqueantes aumentan el riesgo de caídas, aunque esto no está sustentado con estudios rigurosos.

- Los factores físicos tales como la debilidad, la movilidad reducida o la mala coordinación se asocian a un mayor riesgo de caídas.

- Las necesidades especiales de higiene a las que conllevan la incontinencia, la urgencia miccional o la diarrea, también pueden aumentar la posibilidad de que un paciente sufra una caída.

- Otros factores que han sido asociados con un mayor riesgo de caída son el diagnóstico, el tipo de unidad en el que se encuentran ingresados y la asociación de factores de riesgo. Algunos estudios sugieren que los pacientes con un diag-

nóstico de insuficiencia cardiaca congestiva, o de una enfermedad de medicina general, neoplasia o accidente cerebrovascular pueden tener un mayor riesgo de caerse. Parece que algunas áreas de cuidados, como las unidades de rehabilitación y las unidades geriátricas, experimentan un índice de caídas mayor de lo habitual. Finalmente, los pacientes con más de un factor de riesgo tienen más posibilidades de caerse. Cuanto más aumenta el número de factores de riesgo presentes, más aumenta el riesgo de caídas del paciente.

Hay que señalar que estas características relacionadas con un mayor riesgo eran diferentes en cada estudio. También puede ocurrir que distintos grupos poblacionales tengan también diferentes factores que aumenten el riesgo de caídas durante la hospitalización. A pesar de que este *Best Practice Information Sheet* enumera los factores asociados a las caídas más citados, cada institución puede tener grupos de población con riesgos propios.

Dónde y cuándo se caen los pacientes

Muchos estudios se han centrado en otros factores asociados a las caídas, esta evidencia ha sido clasificada como Nivel IV. La mayoría de las caídas ocurren desde, o cerca de la cama del paciente, y constituyen más de la mitad del total de caídas. Otros lugares habituales son el pasillo y el cuarto de baño.

La evidencia se contradice en cuanto al momento de la hospitalización en el que un paciente tiene más probabilidades de caerse. Algunos estudios sugieren que hay más probabilidad de caerse durante el periodo de hospitalización temprano, aunque esto se contradice con otros estudios que han identificado los últimos periodos de hospitalización como los de más riesgo; otros estudios identificaron ambos (el primero y último) periodos.

El traslado del paciente de un lugar a otro, habitualmente implicando una cama o una silla, es la actividad más citada en el momento de la caída del paciente.

Otras actividades comúnmente asociadas con las caídas son caminar, asearse, y sentarse en una silla, inodoro o silla de ruedas. Un estudio en una unidad de reha-

bilitación concluyó que más de la mitad de las caídas implicaban una silla de ruedas.

Evaluación del riesgo de caídas de los pacientes

Una estrategia empleada para minimizar el número de caídas de los pacientes en el hospital es el uso de instrumentos de evaluación para identificar a los pacientes con riesgo de caídas. La razón de esta evaluación es que si pueden identificarse los pacientes con alto riesgo, entonces podrán establecerse intervenciones apropiadas para disminuir dicho riesgo. Esta sección está basada en los niveles de evidencia III y IV.

Aunque algunos estudios intentaron valorar los instrumentos de evaluación del riesgo de caídas, muchos de ellos eran de poca calidad o utilizaron métodos inadecuados. Al resumir los resultados de estos estudios, encontramos que las herramientas de evaluación del riesgo han tenido generalmente una buena fiabilidad interobservador, aunque eran imprecisas. Esto significa que los instrumentos pueden ser utilizados por más de una enfermera y producir una evaluación similar del riesgo. Sin embargo no son capaces de identificar qué pacientes no tienen un riesgo alto de caídas. Por ejemplo, algunos instrumentos evaluaron que hasta el 80% de la población hospitalaria tenía un riesgo alto de caídas, lo que limita la posibilidad de utilizar intervenciones específicas para prevenir las caídas en los pacientes de alto riesgo. Una comparación entre la opinión clínica y un instrumento de evaluación demostró que ambos eran imprecisos a la hora de predecir las caídas.

Otra limitación de los instrumentos de evaluación del riesgo de caídas es que no miden los factores del entorno que pueden tener un impacto en la probabilidad de caídas de un paciente durante su hospitalización.

Factores como el personal nuevo, la gravedad del paciente y los índices de ocupación del servicio, pueden tener un impacto sobre el número de caídas del paciente, pero no están incluidos en ningún instrumento de evaluación.

Un programa de cribaje es solo útil si existe también un tratamiento o intervención

eficaz disponible para los pacientes identificados como “de riesgo”. Como las intervenciones de prevención de caídas no se han descrito ni evaluado adecuadamente, los instrumentos de evaluación de riesgo son actualmente de valor limitado. Los instrumentos de evaluación pueden ser importantes a la hora de aumentar la concienciación del personal sobre el riesgo de caídas, pero esto no se ha demostrado aún.

Hay que estudiar rigurosamente la aplicación de instrumentos de evaluación en la práctica clínica, así como su eficacia. La utilidad de estos instrumentos en la práctica clínica queda aún por demostrar. Es obvio que se necesita alguna forma de evaluación del paciente, pero actualmente no existe evidencia que sugiera que los instrumentos genéricos de evaluación del riesgo identificados en la literatura ofrezcan ningún beneficio adicional sobre los instrumentos que se utilizan en una institución individual y que han sido desarrollados en base a las características de su población.

Intervenciones para la prevención de caídas

Sólo dos ensayos clínicos controlados y con asignación aleatoria evaluaron las intervenciones para la prevención de caídas en hospitales. Ambos ensayos no consiguieron demostrar ningún beneficio en términos de reducción del número de caídas. Otros estudios que se centraron en las intervenciones para la prevención fueron ensayos clínicos no controlados, muchos de los cuales podrían llamarse más concretamente informes de práctica. La calidad de los estudios en general fue muy pobre en cuanto a los métodos utilizados por los investigadores, informes de métodos y resultados, tamaño de los estudios, y descripción de las intervenciones utilizadas durante el estudio.

Intervenciones específicas

Las dos intervenciones para la prevención de caídas que fueron evaluadas con un ensayo clínico con distribución aleatoria fueron las alarmas de la cama y el uso de pulseras de identificación. Un ensayo clínico con distribución aleatoria no encontró beneficio alguno en el uso de una alarma sensible a la presión que se colocó entre el paciente y el colchón. Un ensayo

no controlado demostró que una alarma sujeta a la pierna del paciente era eficaz, pero a causa del tamaño y los métodos del estudio, los resultados deben interpretarse con precaución.

Un ensayo clínico con distribución aleatoria evaluó la eficacia de utilizar pulseras de identificación para diferenciar a los pacientes con un riesgo alto de caídas, pero no mostró ningún beneficio significativo en términos de reducción del número de caídas. Los pulseras de identificación, los adhesivos de colores y las señales en las gráficas de los registros, camas o puertas de los pacientes se han utilizado normalmente como parte de un programa de intervenciones múltiples, pero a causa de los métodos de investigación utilizados, o la falta de rigor, es difícil interpretar sus resultados.

Como resultado de esta falta de evidencia, no pueden darse recomendaciones en relación a la eficacia de los sistemas de alarma y pulseras de identificación para reducir las caídas de los pacientes.

Intervenciones múltiples

En los estudios revisados la forma más común de prevenir las caídas fue un programa compuesto por diferentes intervenciones (intervenciones múltiples) cuyo objetivo era minimizar el riesgo individual de caídas. La mayoría de estos programas consistieron en evaluar el riesgo de caídas del paciente, y llevar a cabo esas intervenciones para reducir el riesgo.

Aunque este enfoque demostró ser eficaz en entornos no hospitalarios, su eficacia no ha sido demostrada en hospitales. En los estudios revisados los resultados son contradictorios, algunos muestran una reducción del número de caídas, mientras que otros no muestran ningún cambio o bien un aumento en el número de caídas.

La calidad de estos estudios fue variable, la mayoría de ellos proporcionaron poca información sobre los métodos utilizados, las intervenciones o los resultados reales.

En muchos estudios no se proporcionó información sobre cómo se seleccionaron y llevaron a cabo las intervenciones.

A pesar de los resultados contradictorios, un programa de intervenciones múltiples es el mejor enfoque para la prevención de caídas y representa la mejor evidencia actual basada en la opinión de los expertos (nivel de evidencia IV). A continuación se expone cómo están compuestos estos programas.

Evaluación

La evaluación del riesgo fue un rasgo común en la mayoría de los estudios identificados. Esta evaluación fue la base para la selección e implementación de las intervenciones más adecuadas.

Formación

Muchos estudios incluyeron la formación como parte de su programa para la prevención de las caídas. La formación iba dirigida a los miembros de la plantilla, pacientes y familiares, y tenía como objetivo aumentar la concienciación sobre el riesgo de caídas durante la hospitalización y proporcionar posibles estrategias para reducir este riesgo. Algunos estudios formalizaron este proceso incluyendo la formación en directrices del servicio o departamento.

Diagnóstico del riesgo de caídas

Algunos estudios formalizaron el riesgo de caídas incorporando un diagnóstico o problema tal como “con riesgo de caída” o “potencial de lesión” en sus registros o gráficos. Algunos desarrollaron y estandarizaron un plan de cuidados de enfermería para pacientes con alto riesgo de caídas, mientras que otros entrevistaron a todos los pacientes en las 24 horas siguientes a la caída para evaluar los riesgos y planificar su rehabilitación. Se han usado las Precauciones Universales para las Caídas, reconociendo que todos los pacientes tienen un riesgo potencial, pero no se ha descrito adecuadamente cómo se incorpora en la práctica clínica.

Aspectos del entorno

Se realizaron actividades para reducir el riesgo causado por el entorno hospitalario. Estas actividades se centraron en minimizar los obstáculos y el amontonamiento de objetos que rodea la cama del paciente, mejorando la iluminación y asegurándose de que los muebles y accesorios que

podrían ser utilizados para apoyarse, fueran estables.

Eliminación

Un factor que aumentaba el riesgo de caídas del paciente eran las necesidades especiales de aseo. Por ello, las intervenciones sobre la necesidad de eliminación fueron comunes en muchos programas de prevención de caídas. Esto se consiguió con estrategias tales como colocar a los pacientes con incontinencia cerca de los baños, controlar regularmente a quienes tomaban laxantes o diuréticos, y asear a los pacientes con riesgo de forma rutinaria.

Movilidad

Para limitar las caídas resultantes de una movilidad reducida, se incorporaron a los programas de prevención de caídas intervenciones tales como asegurarse de que los pacientes llevan calzado antideslizante, enseñar a los pacientes a levantarse lentamente y ayudar a desplazarse a pacientes de alto riesgo. Algunos estudios hicieron caminar al paciente por el pasillo una o dos veces por turno.

Estado cognitivo

La alteración del estado cognitivo fue el factor de riesgo para caídas más comúnmente identificado y es posiblemente el más difícil de manejar en términos de reducir el riesgo. Mientras que las sujeciones y barandillas se han utilizado en la práctica con este grupo de pacientes, los estudios han demostrado que no son intervenciones fiables. Las intervenciones probadas incluyen la implicación de los familiares en los cuidados, la orientación a los pacientes sobre el entorno hospitalario, y el cuidado de los pacientes desorientados en una cama baja.

Descanso en la cama

Ya que la mayoría de las caídas ocurren al lado de la cama, muchos estudios utilizaron algunas intervenciones cuyo objetivo era reducir este riesgo. Ejemplos de estas intervenciones son asegurar que la cama está en una posición baja, que los frenos están bloqueados y que el paciente puede alcanzar los accesorios que necesite. Algunos estudios recomiendan el uso de barandillas de media longitud para reducir la necesidad del paciente de saltar las

barandillas para salir de la cama. También se recomienda que la cama no esté rodeada de obstáculos.

Medicamentos

Algunos estudios revisaron la medicación que toman los pacientes de forma regular con el objetivo de limitar las combinaciones de fármacos de alto riesgo y minimizar el riesgo de caídas como consecuencia de los efectos secundarios de algunos fármacos.

Sillas de ruedas y sillas

En estudios descriptivos, se han descrito caídas que implican sillas, sillas de ruedas e inodoros. Las intervenciones utilizadas para limitar este riesgo incluyen el uso de correas o cinturones de seguridad en sillas y sillas de ruedas, y el uso de una malla de látex en las sillas para prevenir deslizamientos. La selección de las sillas adecuadas, con reposa brazos y una altura apropiada para levantarse y sentarse también puede ayudar a reducir las caídas.

Intervenciones varias

Se utilizaron muchas otras intervenciones para reducir el riesgo de caídas, incluyendo pulseras de colores, adhesivos para las puertas y registros de los pacientes, asegurarse de que el paciente entiende cómo alcanzar y utilizar el timbre de llamada y reevaluar las necesidades de personal en relación al alto riesgo de los pacientes.

Sujeciones y barandillas

El uso de sujeciones mecánicas que limitan la movilidad de los pacientes con riesgo es un método controvertido para reducir el riesgo de caídas. Hay una gran gama de mecanismos de sujeción, que incluyen chaquetas y chalecos, sujeciones de las extremidades, manoplas, muñequeras, tobilleras y sujeciones de silla de ruedas. La naturaleza de las barandillas es menos clara, pues pueden ser vistas como un mecanismo de sujeción o como un sistema de seguridad.

Algunos estudios han demostrado que algunas caídas se producirán a pesar de que se usen las sujeciones en el momento de la caída. Actualmente no existen estudios que evalúen la eficacia de los sistemas de sujeción en una unidad de

agudos. Las barandillas también se utilizan comúnmente en el hospital para disminuir las caídas de la cama, pero estudios descriptivos han demostrado que los pacientes se caen de la cama a pesar de estar levantadas las barandillas. Aunque las barandillas pueden tener diferentes longitudes, no existe información sobre cuáles son las más eficaces para detener las caídas. Tampoco existe evidencia disponible sobre qué pacientes obtendrían beneficio del uso de barandillas.

De los estudios revisados, está claro que las barandillas y sistemas de sujeción no proporcionan una protección total ante las caídas.

Se sugiere que la sujeción mecánica de los pacientes puede reemplazarse por otras estrategias de prevención sin que aquello implique un aumento de las caídas, pero esto no ha sido sustentado por una investigación rigurosa. A causa de esta falta de información no pueden hacerse recomendaciones en lo que concierne al uso de barandillas y sujeciones.

Aumentar la concienciación

Algunos estudios muestran que como resultado de la implementación de un programa de prevención de caídas, hubo una concienciación mayor, por parte de los profesionales de la salud, sobre los factores de riesgo asociados a las caídas de pacientes y de las estrategias potenciales de prevención.

Este aumento de concienciación de los profesionales puede jugar un papel importante en la reducción del número de caídas. Si el aumento de la concienciación es un factor importante, no existe evidencia sobre cuánto tiempo puede mantenerse este efecto. Como el tema no ha sido objeto de ningún estudio, no pueden hacerse recomendaciones específicas, pero podemos afirmar que las actividades que promueven o aumentan la concienciación de la plantilla sobre las caídas de los pacientes deberían incorporarse en cualquier programa de prevención de caídas.

Intervenciones múltiples para la prevención de caídas

El enfoque más común en la prevención de caídas fue el uso de un programa de intervenciones múltiples cuyo objetivo era minimizar el riesgo de caídas del paciente. Esta tabla resume las que representan la mejor evidencia actual disponible basada en la opinión de expertos.

Evaluación

En la mayoría de los estudios se utilizó algún sistema de evaluación del riesgo de caídas en pacientes, particularmente en las siguientes situaciones:

- todos los desorientados y ancianos antes de acostarse por la noche
- pacientes post-quirúrgicos
- al ingresar en el hospital o servicio
- todos los ancianos con prescripción de analgésicos o sedantes

Diagnóstico del riesgo de caídas

Algunos estudios se han centrado específicamente en los pacientes de alto riesgo:

- incorporando un diagnóstico o problema en los registros y gráficos del paciente como por ejemplo "riesgo de caídas" o "potencial de lesión"
- implementando un tratamiento clínico o programa de rehabilitación para reducir las caídas por causas internas
- entrevistando a todos los pacientes en las 24 horas siguientes a la caída, para evaluar el riesgo y planificar su rehabilitación

Formación

Las actividades educativas fueron un componente común en los programas de prevención de caídas, y los ejemplos de cómo se utilizaron incluyeron:

- formación de la plantilla para aumentar la concienciación de los pacientes con alto riesgo y estrategias de prevención
- formación del paciente y sus familiares sobre el riesgo de caídas, temas de seguridad y sus limitaciones de movilidad
- enseñar a los pacientes a realizar los cambios de posición lentamente
- orientar a los pacientes sobre la zona cercana a su cama, las instalaciones del servicio y cómo obtener ayuda
- programas educativos para todos los pacientes nuevos y de alto riesgo

Entorno

Actividades cuyo objetivo es reducir los riesgos del entorno, incluyen:

- disminuir los riesgos del entorno, los obstáculos y el amontonamiento de objetos
- iluminación nocturna de la zona de la cama y el baño
- estabilizar las camas y muebles próximos
- instalar barras cerca de los baños de sujeción vertical, en lugar de horizontal

Eliminación

Muchos programas de prevención de caídas incluyeron intervenciones sobre las necesidades de eliminación del paciente:

- colocar a los pacientes con incontinencia cerca de los baños
- controlar a los pacientes que están tomando laxantes y diuréticos
- asear a los pacientes de riesgo rutinariamente
- instruir a los pacientes masculinos propensos a los mareos a orinar sentados

Medicamentos

Las actividades relacionadas con la medicación incluyen:

- revisar los medicamentos prescritos frecuentemente
- controlar a los pacientes que toman laxantes y diuréticos
- limitar las combinaciones de fármacos cuando sea posible

(por ejemplo sedantes, analgésicos, etc)

Movilidad

Las intervenciones relacionadas con la movilidad utilizadas en los estudios incluyen:

- calzado antideslizante
- facilitar la fisioterapia
- enseñar a los pacientes a levantarse lentamente
- caminar con los pacientes de alto riesgo
- recordar las limitaciones de actividad al paciente y a la familia
- ayudar a los pacientes con alto riesgo a desplazarse
- caminar con los pacientes por el pasillo una vez o dos veces por turno

Estado cognitivo

El estado cognitivo alterado fue el factor de riesgo de caídas más comúnmente identificado y las intervenciones utilizadas en los estudios para tratar este problema incluyen:

- situar temporal-espacialmente a los pacientes desorientados
- orientar a los pacientes en el entorno hospitalario
- emplazar a los pacientes desorientados cerca de los controles de enfermería
- facilitar que miembros de la familia se sienten con los pacientes desorientados
- cuidar a los pacientes desorientados en una cama baja

Descanso en la cama

Las intervenciones cuyo objetivo es reducir el riesgo de caídas mientras el paciente está en su cama incluyen:

- asegurar que la cama está en una posición baja
- asegurar que los frenos de la cama están puestos
- utilizar barandillas si es necesario
- asegurar que el paciente puede alcanzar los objetos que necesite
- utilizar una barandilla de longitud media para reducir la necesidad del paciente de saltarla para bajarse de la cama

Sillas de ruedas y sillas

En los estudios descriptivos se encontraron caídas con sillas de ruedas y las intervenciones utilizadas para reducir este riesgo incluyen:

- utilizar bandas o cinturones de seguridad en sillas y sillas de ruedas
- utilizar sillas geriátricas
- utilizar una malla de látex en las sillas para prevenir el deslizamiento de los pacientes
- seleccionar sillas adecuadas, con reposa brazos y una altura apropiada para poder levantarse y sentarse

Intervenciones varias

Se utilizaron muchas otras intervenciones para reducir el riesgo de caídas:

- utilizar pulseras identificativas de colores y adhesivos para puertas y registros de los pacientes
- proporcionar terapia ocupacional
- enseñar el uso del timbre de la cama a los pacientes y asegurar que está a su alcance
- implicar a la familia en los cuidados
- re-evaluar las necesidades del personal en relación con los pacientes de alto riesgo

Recomendaciones para la prevención de caídas

Esta tabla resume las recomendaciones de un programa de prevención de caídas que representa la mejor evidencia disponible basada en la opinión de expertos.

Saber qué pacientes tienen riesgo de caídas

Es importante saber qué pacientes tienen riesgo de caídas.

- evaluar el riesgo de caídas de cada paciente
- identificar actividades asociadas con un alto riesgo de caídas

Tener un programa de prevención de caídas

Los hospitales y servicios deberían tener algún tipo de programa cuyo objetivo sea la prevención de caídas de los pacientes.

- desarrollar una estrategia formal para prevenir las caídas de los pacientes
- documentar y comunicar la estrategia de prevención de caídas
- realizar un plan estandarizado para los cuidados de enfermería en pacientes con riesgo de caídas
- utilizar intervenciones múltiples para minimizar el riesgo de caídas

Aumentar la concienciación

Aumentar la concienciación de los profesionales sobre los factores de riesgo asociados a las caídas y las potenciales estrategias de prevención.

- educar a los pacientes y a la plantilla
- orientar a los pacientes en la sala
- asegurar que los pacientes y los profesionales son conscientes de qué factores pueden aumentar el riesgo de caídas
- promover intervenciones que puedan minimizar el riesgo de caídas de los pacientes

Evaluar la eficacia del programa

La eficacia de todas las intervenciones de prevención debe ser evaluada.

- monitorizar y registrar todas las caídas del paciente
- evaluar los cambios en el número de caídas del paciente
- implementar modificaciones en el programa en función de la evaluación.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande

Traducción revisada por: Clara Juandó Prats

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

Agradecimientos

This practice information sheet was developed based on a systematic review of research related to patient falls in hospitals undertaken by The Joanna Briggs Institute. A summary of this document can be viewed via the internet (at <http://www.joannabriggs.edu.au>).

The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members whose expertise was invaluable during the conduct of the systematic review. The review panel members were:

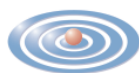
- Ms Leonnie Lambert
- Ms Jacky Wood
- Dr Inge Kowanko
- Mr Stephen Simon
- Ms Lee Thomas
- Ms Paula Butterworth
- Mr Trevor Mckinlay
- Ms Annable Tolfts
- Mr Andrew Zoerner

This publication was produced based on a systematic review of the research literature undertaken by The Joanna Briggs Institute under the guidance of a review panel of clinical experts. It has been subject to peer review by experts nominated by The Joanna Briggs Institute centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong and was led by Mr David Evans - Coordinator of Reviews, The Joanna Briggs Institute; Mr Brent Hodgkinson, Research Officer, The Joanna Briggs Institute; Ms Leonnie Lambert, Nursing Director, The Royal Adelaide Hospital; Ms Jacky Wood, Nursing Director, The Royal Adelaide Hospital.

For further information contact:

- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing, Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.
<http://www.joannabriggs.edu.au>, ph: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, Subscriptions Department, Pearson Professional, PO Box 77, Fourth Avenue, Harlow CM19 5BQ UK.
- AHCPR Publications Clearing House, PO Box 8547, Silver Spring, MD 20907 USA.

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

The information contained within Best Practice is based on the best available information as determined by an extensive review of the research literature and expert consensus. Great care is taken to ensure that the content accurately reflects the findings of the information source, however the Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and organisations from which information may be derived, cannot be held liable for damages arising from the use of Best Practice.