

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



“FRECUENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 46 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN JALISCO”

TESIS DE POST-GRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA

Dr. Rafael Ortega Encizo

ASESOR

Dr. Raúl Escalante Montes de Oca

GUADALAJARA, JALISCO.

FECHA DE PUBLICACIÓN: MARZO 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1.- TITULO: “Frecuencia de caídas en pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco”

2.- Identificación de los investigadores:

Investigador Responsable

Dr. Raúl Escalante Montes de Oca

Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina de Urgencias para Médicos de Base IMSS en el Hospital General Regional No. 46

Email: raulescalantemontesdeoca@gmail.com Matrícula: 99147808 Teléfono: 38123657

Adscripción: Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 46.

Tesista

Dr. Rafael Ortega Encizo

Médico Residente de 3er año del Curso de Especialización en Medicina de Urgencias para médicos de Base del IMSS en el Hospital General Regional No. 46.

Email: ortegarafael51@yahoo.com.mx Matrícula: 99011921 Teléfono: 37321705

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 39. Tlaquepaque, Jalisco,

Sede de la Investigación: Hospital General Regional No. 46, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco México.

ÍNDICE	
IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES	2
RESÚMEN	4
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACIÓN	22
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	26
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	27
MATERIAL Y MÉTODOS	28
PROCEDIMIENTOS	29
ASPECTOS ÉTICOS	32
RECURSOS	34
RESULTADOS	36
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	46

3. RESUMEN.

TÍTULO

Frecuencia de caídas en pacientes hospitalizados en el servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

ANTECEDENTES: Todos los pacientes que ingresan para ser atendidos en los servicios de urgencias presentan riesgo potencial de sufrir una caída, siendo más frecuentes en los adultos mayores por su mayor fragilidad, morbilidad y dependencia. Sus consecuencias tienen a menudo, gran repercusión en el bienestar del paciente y su familia, en los costos y la sostenibilidad del sistema, derivadas de una mayor duración de la estancia hospitalaria y responsabilidad legal institucional. Al evitar las caídas, se están obviando sus consecuencias y así se mejora la calidad asistencial. **OBJETIVO:** Identificar la frecuencia de caídas en pacientes que acuden al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal - descriptivo, el universo de trabajo, todos los pacientes hospitalizados que presentaron caídas en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco y que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013. Se elaborará una cédula de recolección de datos, formada por 14 ítems. Se utilizó como fuente de datos el Sistema de Indicadores de Calidad en Salud del Hospital, donde se procedió al llenado de los datos en la cédula personal de cada paciente registrado que haya sufrido caída. Con la información obtenida se procedió a calcular el riesgo de caída de cada paciente de acuerdo a la escala de riesgo de caídas de Morse. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva. **RECURSOS:** Se contó con todo el material necesario, recursos humanos y personal para realizar la recolección de datos. No requirió un gasto adicional al instituto pues estos recursos son los mismos que se requirieron en su momento para el manejo de los pacientes dentro del proceso asistencial. **EXPERIENCIA DEL GRUPO:** El grupo de investigadores cuenta con experiencia en la elaboración de protocolos de investigación de este tipo. **TIEMPO A DESARROLLAR:** El presente estudio se desarrolló durante 4 meses posterior a su autorización por el Comité Local de Investigación 1306. **RESULTADOS:** Se aplicó la ficha de recolección de datos a una población de 179 pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias adultos del HGR No. 46 IMSS, de los cuales 99 del género masculino y 88 del género femenino, con una edad promedio de 56.8 años, una mínima de 16 años, y una máxima de 101 años. Una residencia permanente en medio urbano 96% y medio rural el 4%. Su estado civil de la siguiente forma, 54.7% casados, 21.2% con viudez, 22.9% soltería, 1.1% divorciados.

4. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió caída como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o por un testigo.¹

De igual manera, La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en sus definiciones y clasificación 2009-2011, clasifica a los factores de riesgo de caídas y los define como toda circunstancia que ocasiona “aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico”.¹

Según la Real Academia Española de la Lengua, es aquel movimiento de un cuerpo de arriba hacia abajo por la acción de su peso debido a la atracción que sobre él ejerce la tierra.³ Otras definiciones ya en el ámbito hospitalario, como la del *National Center for Patient Safety*, mencionan que es un movimiento descendente, repentino, no intencionado, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie durante el proceso de hospitalización.²

En referencia a la prevención de caídas, Henderson propone que la caída se refiere a los cuidados de enfermería dirigida a mantener cubiertas las necesidades de seguridad del paciente y de su entorno, mientras esté en el hospital. En tanto que la NANDA, define el riesgo de caída como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.³

Encontramos que la problemática que ocasionan las caídas en los hospitales, resulta ya que son el efecto adverso más común en pacientes jóvenes, así como en pacientes de edad avanzada, mismo que es de suma importancia debido a la repercusión que tienen en la calidad de vida de las personas, ya que su salud se ve seriamente afectada después de uno o más episodios de caídas, comprometiendo la funcionalidad física y mental de las personas, además de provocar un aumento en la dependencia y necesidad de ayuda en los adultos mayores.⁴

Sabemos que durante el paso por las instalaciones de un hospital pueden suceder imprevistos que originen lesiones, así como caídas, que tradicionalmente se han utilizado como indicadores de calidad de los cuidados en salud. Por tal motivo, cuando una caída ocurre se activa un protocolo de actuación que contempla la prevención y el registro de “Declaración de accidentes mecánicos en pacientes”, la cual es voluntaria y no es punitiva, y donde se registran las características socio demográficas y clínicas del paciente, las causas, las consecuencias y las circunstancias en las que se ha producido la caída. A su vez, también se hace constar en la historia clínica del paciente las actuaciones y tratamiento derivado de la misma.³

Por lo que la Organización Mundial de Salud (OMS) en su 55ª Asamblea Mundial, informó que existen tasas altas acerca de los eventos adversos sobre la seguridad del paciente en diferentes países, el cual oscila entre 3.2 y 16.6%, lo cual corrobora el gran problema existente en el ámbito mundial, en esta misma asamblea se adoptó una resolución que invitó a los países miembros a tomar medidas encaminadas a mejorar la seguridad del

paciente, así como el fortalecimiento de los sistemas de registro y monitoreo de los eventos adversos en las instituciones de salud.⁴

En otro informe mundial sobre la prevención de caídas, se afirmó que la frecuencia de éstas aumenta con la edad, la cual supone un riesgo en las distintas etapas de la vida, por lo que en el adulto los riesgos se relacionan con el estilo de vida, en los ancianos los cambios fisiológicos en la visión, la audición, la movilidad, los reflejos y la circulación le predisponen a las caídas.⁴

Tradicionalmente las caídas han sido clasificadas en 3 subgrupos que en orden de frecuencia son: caídas fisiológicas previstas, caídas accidentales, y caídas fisiológicas no previstas. De las cuales el 78% de estas son previstas, asociadas a los factores intrínsecos como la edad, deficiencias mentales, déficits sensitivos o alteraciones motoras. El 14% son clasificadas como accidentales, estas están relacionadas con los factores extrínsecos, como son el levantarse o acostarse en camas sin frenar, sillas de ruedas, o suelos deslizantes. Las caídas fisiológicas imprevistas ocupan el 8% de todas las caídas, y mayoritariamente son consecuencia de eventos fisiológicos inesperados, como pueden ser la hipotensión ortostática, desmayos, convulsiones o efectos secundarios de medicamentos. Algunos autores añaden también un cuarto subgrupo denominado caídas intencionadas, que son aquellas en las que el paciente se cae voluntariamente contra el suelo, este tipo de caída también se clasificaría como imprevisible. Entender los diferentes tipos de caídas mejora la capacidad de valorar la efectividad de los programas de prevención.⁵

Factores de Riesgo de caída

Es de gran importancia conocer los factores de riesgo que intervienen en las caídas de los pacientes, los cuales están claramente identificados y clasificados. Pueden ser de etiología multifactorial. En las caídas influyen factores de riesgo extrínsecos, de tipo medio ambiental, domésticos o derivados de la toma de fármacos; y factores intrínsecos, como el propio envejecimiento o la coexistencia de enfermedades crónicas o agudas.¹

De los factores que intervienen en las caídas de pacientes en las instituciones hospitalarias pueden ser muy diversos. Encontrando que algunos están relacionados con la salud o su atención; deficiencia en el equilibrio, la marcha, la fuerza muscular, la agudeza visual y la cognición. Pero también se asocia a la presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicación psicotrópica. Y otras causas están vinculadas con el ambiente físico hospitalario: como puede ser la iluminación poco adecuada, suelo resbaladizo, superficies irregulares, barreras arquitectónicas, espacios reducidos, mobiliario deficiente, ausente y/o en malas condiciones, entorno desconocido, altura de camas y camillas, ausencia de dispositivos de anclaje, altura y tamaño de barandales, un mal funcionamiento de dispositivos de apoyo. Dentro de estos factores también existen los que son propios del paciente como; calzado o ropa inapropiada, carencia o desconocimiento de técnicas de ayuda para caminar o desplazarse.²

En cuanto al nivel de evidencia, los factores de riesgo más frecuentemente identificados en múltiples estudios son los relacionados con las caídas son patologías neurológicas como evento vascular cerebral, demencia, e inestabilidad postural, al igual que una historia de caída en el pasado, el cual es considerado como un fuerte predictor de nueva caída, con un

nivel de evidencia A. En cambio para la enfermedad de Parkinson, neuropatía periférica, paraparesia y pérdida de la sensibilidad en los miembros inferiores, disminución en la agudeza visual tienen un nivel de evidencia B.⁶

A continuación se enlistan los factores de riesgos tanto intrínsecos como extrínsecos, con los que están relacionadas las caídas de los pacientes.⁷

Factores extrínsecos.- Son aquellos relacionados con el entorno del paciente y los factores derivados del tratamiento farmacológico.⁷ (Cuadro 1)

Cuadro 1

FACTOR	DESCRIPCIÓN
ILUMINACIÓN	Luz deficiente en el cuarto del paciente o en los pasillos.
MOBILIARIO	Ausencia de barandales en las camas, altura inapropiada de la cama, bancos de altura en malas condiciones.
LIMPIEZA	Piso mojados por derramamiento de líquidos o episodios de incontinencia urinaria.
DISPOSITIVO PARA DEAMBULACIÓN	Condiciones deficientes en las gomas de los bastones, muletas, andaderas y sillas de ruedas que no permiten su fácil deslizamiento y eficaz frenado.

Factores por tratamiento farmacológico.- son aquellos relacionados con los medicamentos que consume el paciente que tiene efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la sensibilidad o la marcha.⁷ (Cuadro 2)

Cuadro 2

MEDICAMENTOS	EFFECTOS
DIURÉTICOS	Aumentan la frecuencia de orinar.
HIPOGLUCEMIANTES	Disminuyen los niveles de glucosa, lo que produce mareo y la posible pérdida del equilibrio.
ANTIHIPERTENSIVOS, ANSIOLÍTICOS, HIPNÓTICOS Y SEDANTES	Pueden causar confusión, somnolencia, adinamia y cambios en la conducta.
BETABLOQUEADORES	Causan alteraciones en el sistema de conducción y posible hipotensión arterial.
ANTIARRÍTMICOS	Actúan sobre el sistema de conducción con la consecuente alteración del gasto cardiaco.
INOTRÓPICOS	Pueden causar alteraciones en el gasto cardiaco las cuales producen hipotensión, hipertensión, taquicardia y bradicardia.

Factores Intrínsecos.- Son aquellos relacionados con el estado del paciente.⁷ (Cuadro 3)

Cuadro 3

EDAD	Supone riesgos en las distintas etapas de la vida, el adulto relacionado con su estilo de vida; en el anciano por los cambios fisiológicos en la visión, audición, movilidad, reflejos y circulación.
LIMITACIONES EN LA MOVILIDAD	Restricción de actividades, puede ser inactividad absoluta (requiere atención para la alimentación, aseo y eliminación) o inactividad parcial
ESTADO NEUROLÓGICO Y EMOCIONAL	Hemiparesia parcial o total, ansiedad, excitación, tendencias suicidas, depresión, somnolencia, sopor, estupor, inconsciencia, incapacidad para comprender o cumplir indicaciones.
ESTADO FÍSICO Y LIMITACIONES SENSORIALES	Limitaciones visuales o dificultad para la comunicación, agitación psicomotriz, discapacidad física por amputación o malformaciones, desnutrición, cardiopatías, hipoxia cerebral, encefalopatías por alteraciones metabólicas, arritmias que comprometen el gasto cardiaco, crisis convulsivas, deterioro auditivo, poliuria, nicturia, osteoporosis y osteomielitis.

En cuanto a los factores intrínsecos, los que más inciden en las caídas de los pacientes después de la edad, son las patologías neurológicas, cardíacas, respiratorias, metabólicas.

Un estudio reportó que el 28% de las patologías que presentan los pacientes que sufren caídas son de tipo neurológico, seguidas por un 19% de patología cardiovascular.⁸

Y de los factores extrínsecos, el factor que más se relaciona es la falta de acompañante en un 38% de los casos, seguido por la presencia de suelo húmedo y deslizante en un 35%. El 5% de las caídas se relacionan con el uso de barandales.⁸

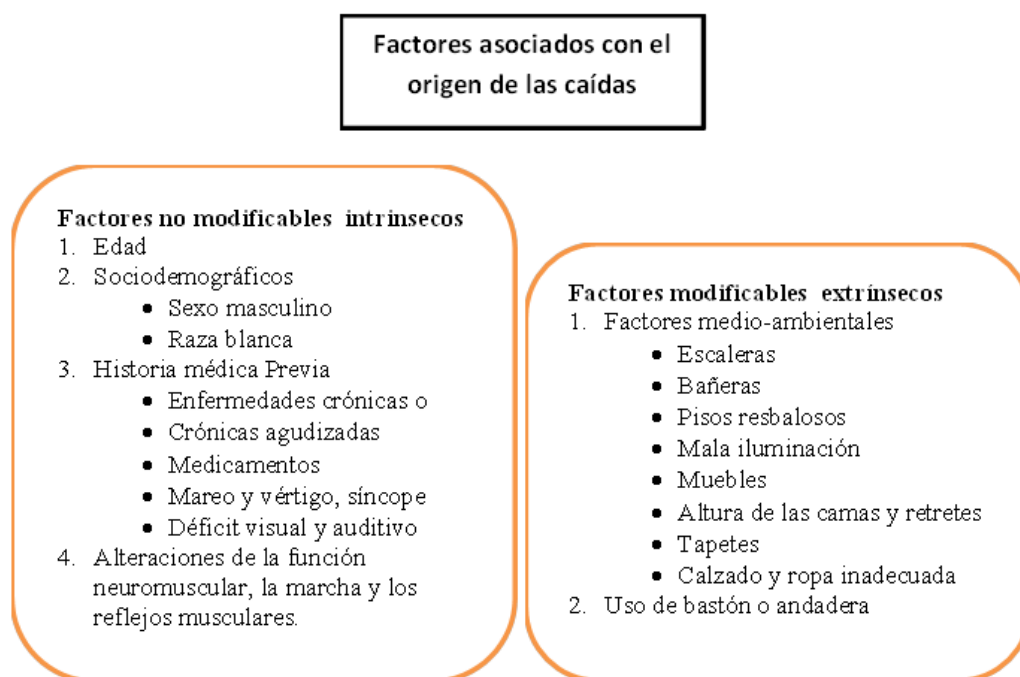


FIGURA 1. Factores asociados con el origen de la caída.⁹

Además, la estancia hospitalaria supone un riesgo añadido al proceso por el que se ingresan los pacientes y el riesgo de caer como un efecto adverso hospitalario, el cual pone en peligro la seguridad de los pacientes.¹

Sin lugar a dudas, se debe también hacer referencia a la enfermedad neurológica, se encontró que especialmente la demencia y enfermedad de Parkinson, se convierten en un factor de riesgo claro a la hora de evaluar a los pacientes que se han caído.⁶

En cuanto a la medicación este es un factor importante para el riesgo de caídas ya que algunos medicamentos como los hipnóticos, ansiolíticos, somníferos, hipoglucemiantes, diuréticos, laxantes, antiarrítmicos, anticoagulantes y antihipertensivos fomentan un desequilibrio postural y debilidad muscular, debido a que actúan sobre el sistema nervioso central, en este factor relacionado con el tratamiento farmacológico; el profesional de enfermería debe vigilar los efectos inmediatos para extremar los cuidados y delimiten los riesgos de caídas.⁴

David Oliver y colaboradores encontraron en su estudio publicado en el año 2006, que los principales riesgos relacionados con las caídas fueron: Previa historia de caída (últimos 3 meses), uso de medicamentos psicotrópicos o neurolépticos el día de la caída, enfermedad neurológica previa al ingreso, uso de drogas psicoactivas, medicamento antihipertensivo, incontinencia urinaria o fecal, anormalidades en el hematocrito como anemia, falla cardíaca, arterioesclerosis carotídea, alteraciones visuales, uso de medios de asistencia para la deambulación, delirium hiperactivo, una edad mayor de 80 años, enfermedad respiratoria, familiar acompañante permanente.¹⁰

Además en un estudio realizado sobre prevalencia de caídas en pacientes geriátricos hospitalizados se encontró que el mayor número de caídas corresponden a pacientes del sexo femenino, por lo que a pesar de los múltiples factores de riesgo citados en la literatura

relacionados con las caídas de los pacientes hospitalizados, se encontró a la edad avanzada como un factor en común a todos los estudios.⁸

Otros estudios revelaron que la mujer tiene mayor probabilidad de sufrir caída (40%) en relación con los hombres (28%). Las cuales ocurrieron en un 54.7% en pacientes mayores de 60 años.² De las cuales encontraron que el 64,5% no causaron daño físico al paciente; el 25.8% ocasionaron un daño leve y un solo paciente (1.6%), la caída tuvo como consecuencia la muerte.² Por lo que la mayoría de las caídas resulta en daño leve como escoriación o contusiones, sin embargo entre 20% a 30% de los casos ocurrieron lesiones moderadas o graves, como fractura del fémur y cadera y traumas del cráneo, causando limitaciones e incapacidades físicas, así como aumentar el riesgo de muerte.¹¹

David Oliver y colaboradores en su estudio de cohorte realizado en una institución de cuidado crónico encontraron que en promedio se presentan entre 2 y 6 caídas anuales por cada paciente. Cerca del 30% de estas caídas dentro de las instituciones de cuidado crónico resultan en lesiones físicas las cuales incluía en un 3 a 5% las fracturas, de estas el 20 % resultaron en fractura de cadera.¹²

Diccini y colaboradores encontraron resultados similares a otros estudios publicados, haciendo mención que dentro de las patologías más comunes asociadas a las caídas, se observaron a las patologías osteo–musculo-articulares; y de una forma indirecta las enfermedades neurológicas y cardiovasculares. Aproximadamente el 23% de las caídas provocaron lesiones, de estas el 83% fueron abrasiones, contusiones y 9% terminaron en fracturas. De las fracturas 4% se presentan en los huesos de la pelvis y 3,5% en los huesos del cráneo.¹³

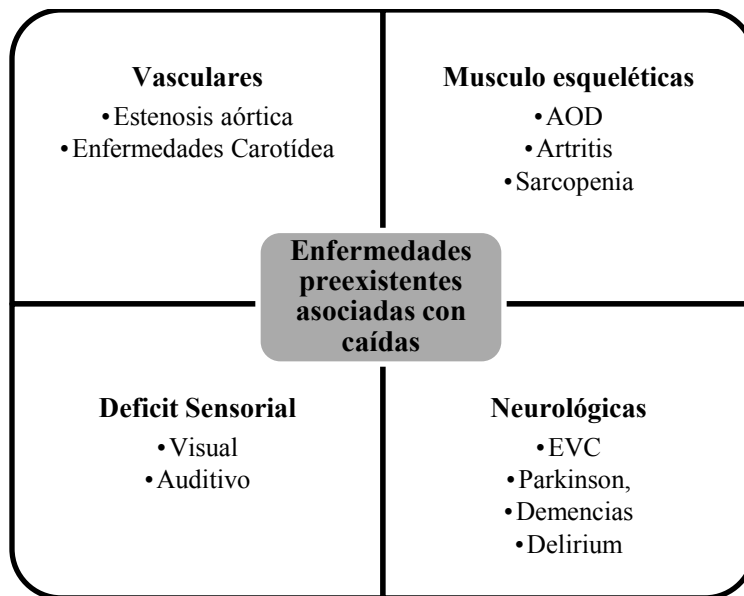


FIGURA 2. Enfermedades pre-existentes asociados con caídas.⁹

Un estudio descriptivo realizado por Laguna y colaboradores en un hospital de Madrid, donde se utilizó la escala de Morse para evaluar el riesgo de caídas evidenció que un 25% no presentó ningún riesgo, 55.6% presento riesgo bajo y solo el 19.4% tuvo riesgo alto, la edad media fue de 63 + 18 años con un rango entre 22 y 88 años, la mayoría de las caídas (52.8%) se produjeron en mayores de 65 años y más de un tercio (36%) en los mayores de 75 años respecto sexo 19 eran hombres (52.8%) y 17 mujeres (42.2%).⁴

Así pues, el hecho de identificar el riesgo de caída dentro de un hospital ha preocupado a muchas instituciones, por lo cual se han diseñado múltiples escalas de predicción que están elaboradas según las necesidades particulares de cada institución de cuidado crónico o agudos.¹²

Por lo que las intervenciones para la reducción de caídas pueden ser múltiples pero todas ellas requieren una evaluación de incidencias de caídas. Un proceso muy utilizado para la

prevención de caídas es la evaluación de riesgo de caídas de los pacientes. Uno de esos procesos es llamado STRATIFY, es una herramienta de predicción desarrollada para el uso con pacientes agitados, utilizando una escala de 0-5 para predecir los pacientes con mayor riesgo. Sin embargo, el centro nacional americano de la seguridad del paciente recomienda que se utilicen la escala de caídas Morse y la evaluación de riesgo de caídas de Heindrich, utilizando STRATIFY solo en los pacientes agitados.⁵

Las escalas que actualmente existen son: Tromp, Downton, Tinnetti, Tullamore, Crichton, STRATIFY, Zarit (incluye sobrecarga del cuidador), Morse Fall Scale usada en el departamento de cuidado en salud para los veteranos de guerra norteamericanos, y la escala de St. Thomas Hospital. Aunque en la mayoría de los estudios se aplican algunas escalas de valoración contrastadas científicamente, no hay consenso sobre qué tipo de escala es la más adecuada para determinar el riesgo de caer.¹

Cabe mencionar que Janice Morse y Robert Morse desarrollaron un instrumento para predecir a los pacientes con riesgo de sufrir una caída, el Morse Fall Scale, (MFS). La autora Janice Morse hace referencia del instrumento (más antiguo y por lo tanto más discutido) MFS, menciona que si somos capaces de predecir que es probable que el paciente caiga, entonces las estrategias de prevención y de protección contra caídas podrán ser implementadas de manera apropiada con la obtención de los siguientes posibles resultados: a) que el paciente no se caiga (es decir, las estrategias de prevención de caídas es efectiva), y, b) el paciente ha caído pero no está lesionado (las estrategias de protección de caída fueron eficaces).¹⁶

De esta forma el Programas de intervención en caídas generalmente constan de dos partes: en primer lugar, identificar el paciente propenso a caer a fin de que las intervenciones puedan ser dirigidas apropiadamente, y en segundo lugar, poner a disposición la propuesta y aplicar estrategias en caídas con intervenciones apropiadas. Por lo tanto, la clave para un programa en caída es la exactitud del instrumento utilizado para predecir el riesgo que tiene un paciente de caer, y por tanto orientar las intervenciones a estos pacientes que realmente están en riesgo de sufrir una caída fisiológica anticipada (Morse, 1997). Un segundo componente, es el programa de intervención de la caída, el cual es igualmente esencial para la seguridad del paciente con un objetivo final de evitar la lesión que puede ocurrir en una caída. Una vez más, tanto el desempeño de la escala de riesgo en caídas adjunto a una intervención, prevención y protección eficaz puestas en práctica para estos pacientes son cruciales para prevenir una caída real o, si se produce la caída, proteger al paciente de una lesión. Por lo que la evaluación de un paciente con riesgo de caer en sí mismo no evita una caída (las estrategias de prevención de caídas están destinadas a hacer eso) ni a prevenir lesiones (ese es el propósito de las estrategias de protección contra caídas).¹⁶

La validación de la escala de caídas de Morse como instrumento para su efectividad y legitimidad aplicación clínica se llevó a cabo en pacientes hospitalizados en un estudio de cohorte prospectivo, durante un periodo de 4 meses, en un hospital público urbano de 300 camas en Suiza, en donde los pacientes todos eran adultos mayores de 18 años y con más de 48 horas de hospitalización y múltiples patologías. En el cual se reportó una sensibilidad en rango de 91.5 a 38.3%, una especificidad de 81.7% a 10.9%, un Valor Predictivo Positivo de 12.5 a 27.5% y un Valor Predictivo Negativo de 90.2-95.7%. La curva Receiver Operating Characteristic (ROC) varía en rango de 0.512 a 0.701 y una exactitud de la

escala de riesgo de caída de Morse de 20.7 a 76.4% el punto de corte óptimo para la escala de riesgo de Morse se encontró de 55 años, mostrando una buena sensibilidad de 74.5% (IC 95%= 60. %-84.7%). Una especificidad aceptable de 65.8% (IC 95%=60.1-70.6%) y VPN (94.9%) con una precisión aceptable de 66.8%.¹⁷

La escala de Morse es utilizada en la población hospitalizada en general, este instrumento mide el riesgo de caídas el cual consta de 6 ítems: antecedentes de caídas recientes o en los últimos 3 meses, diagnósticos secundarios, ayuda para la deambulación, catéteres IV heparinizados, equilibrio/traslado, estado mental. Su rango total va de 0 a 125. Y la calificación asignada es; sin riesgo menos de 24, riesgo bajo de 25-50 puntos y los de riesgo alto más de 50 puntos ² (anexo 2).

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, siendo un grave problema de Salud Pública. Se calcula que anualmente alrededor del mundo se producen 37.3 millones de caídas cuya gravedad requerirá atención médica y mueren unas 424,000 personas debido a esta causa. Más de un 80% de estos decesos se registran en países de bajos y medianos ingresos. Específicamente la *Joint Commission* clasificó en sexto lugar a las caídas como eventos centinela en 2012 con 477 notificaciones.²

La seguridad de los pacientes se ha convertido en un tema importante para los sistemas de salud a nivel mundial. En octubre del 2004 la OMS conjuntamente con líderes mundiales de salud, presentaron una alianza para reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes derivadas de errores en la atención de la salud. En la Universidad de Harvard se estudió que hasta un 70% de los efectos adversos, producto de errores en la atención médica deriva en discapacidades temporales y un 14% de ellos en la muerte del paciente, teniendo un impacto económico importante.⁷

Pero también puede sufrir otro tipo de afectaciones como las de carácter social, familiar y emocional. En otros estudios se menciona como consecuencia a la prolongación de días de estancia hospitalaria, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad y el costo de gastos médicos que de acuerdo al país oscila entre los 6 y 29 mil millones de dólares al año.⁷

López y Román en su protocolo de estudio realizado en la universidad Veracruzana, hacen mención que uno de cada 10 pacientes sufre un evento adverso durante su hospitalización; por lo que la falta de seguridad para el paciente no solo ocasiona una enorme pérdida de vidas, sino que también graves repercusiones económicas para los familiares y las unidades hospitalarias; se ha demostrado que algunos países pierden entre 6.000 y 29.000 millones de dólares por año como consecuencia de hospitalizaciones prolongadas, demandas legales, ingresos perdidos, discapacidad y gastos médicos.⁴

Entre los eventos adversos al interior de los hospitales, uno de los más importantes es la caída accidental en los pacientes que se encuentran hospitalizados, independiente de las consecuencias de esta. Las caídas intrahospitalarias prolongan las estancias hospitalarias generando más riesgo para adquisición de enfermedades nosocomiales, mayor riesgo de delirium hiperactivo que a su vez nuevamente expone al paciente a riesgo de caídas y también incremento en los costos económicos de la hospitalización.²

Algunos estudios apuntan que las caídas constituyen uno de los eventos adversos más prevalentes en el ambiente hospitalario, representando cerca del 70% de los casos, con índices que varían de 1,4 a 10,7 caídas para cada 1.000 pacientes/día, dependiendo del hospital y del tipo de paciente.¹¹

Una revisión de la literatura sobre caídas intrahospitalarias muestra una gran variabilidad en la incidencia de caídas, desde un 2.2 a 17.1 caídas por 1.000 pacientes día, dependiendo del tipo de hospital y de pacientes.¹⁴

Las consecuencias de las caídas incluyen un amplio abanico de posibilidades, desde contusiones leves, heridas, fracturas, hematoma subdural, etc., hasta ser la 5.^a causa de

muerte en ancianos. Además, hay otro tipo de consecuencias indirectas como sería hospitalizaciones prolongadas, mayor probabilidad de institucionalización, tendencia a la inmovilidad y pérdida de funcionalidad por miedo a nuevas caídas, ansiedad y depresión, por citar algunos.¹⁴

Para el análisis de las quejas relacionadas con caídas de pacientes, existe una base de datos a partir del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED) de la CONAMED. Donde se recaba información sobre edad y sexo del paciente, institución donde recibió atención, servicio en donde ocurrió el evento, entidad federativa, además de otras variables relacionadas con los pormenores de la caída y de la queja.⁷

La revista CONAMED en su reporte Enero-Marzo 2006, reporta que se analizaron 24 quejas correspondientes a caída de pacientes, en el periodo de 1996 a 2005. Por sexo, 12 quejas correspondieron al sexo masculino y 12 al sexo femenino. El grupo de edad que tuvo mayor frecuencia de caídas fue en mayores de 65 años, seguido por el grupo de 25-44 años y en tercer lugar de 45-64 años.

Por entidad federativa: 15 quejas para el Distrito Federal, Guadalajara con 3, el Estado de México con 2 y una para cada uno de los estados de Irapuato, Veracruz, Baja California y Quintana Roo.

De las 24 quejas, 19 corresponden a instituciones de Seguridad Social y 5 a Instituciones Privadas. Las caídas se registraron en los servicios de: urgencias con 10, hospitalización con 9, en ambulancia 4 y 1 en laboratorio. Se presentaron caídas en mayor proporción desde las camillas, seguidas por camas, sillas, mesas de exploración, incubadora, baño y dentro de ambulancias. De las 24 caídas solamente en 4 casos estuvo involucrado personal

de enfermería, en 2 fue personal de ambulancia, en uno camillero y en otro personal médico. En el resto de los casos no se pudo identificar quien estuvo involucrado.

Los pacientes que sufrieron caídas: en 14 casos requirieron tratamiento médico, 4 tratamiento quirúrgico y en 6 no se especifica.

El modo de conclusión de las inconformidades fue: 10 conciliadas, 8 no conciliadas y seis dictámenes. Los arreglos a los que se llegaron fueron: 4 casos con atención especializada, 3 atención médica, 1 reintegro de gastos, 1 indemnización y en 15 casos no se llegó a ningún arreglo.⁷

De acuerdo a lo anteriormente expuesto podríamos formularnos la siguiente **Pregunta de Investigación:** ¿Cuál es la frecuencia de caídas en los pacientes que acuden al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 46 del IMSS?

6. JUSTIFICACIÓN

Las caídas de los pacientes hospitalizados son un indicador de calidad en la atención médica, razón por la cual es motivo de preocupación creciente la identificación de las causas y factores de riesgo que acompañan estas situaciones.

Aunque existe un considerable conocimiento sobre las caídas en ancianos y numerosas guías de práctica clínica aplicadas a su prevención, hay escasa evidencia firme del impacto de las diferentes intervenciones. Es necesario hacer el esfuerzo por encontrar estrategias que minimicen el número de caídas de los pacientes durante su estancia en el hospital.¹

Identificar el por qué ocurren las caídas, es el primer paso para prevenir y controlar las caídas de los pacientes hospitalizados en instituciones de cuidado agudos. Las complicaciones de las caídas de los pacientes en la hospitalización pueden ir desde traumas leves hasta la muerte, sin contar con el impacto psicológico a las familias y al mismo paciente. Por otro lado la institución y los médicos tratantes pueden verse sometidos a incómodas reclamaciones de orden legal que afectan el desempeño y buen nombre de la institución.¹²

En el contexto de las nuevas políticas de calidad hospitalarias como Hospital Seguro se requiere estudios de estas características para que las estrategias adoptadas sean eficaces, económicas y dirigidas. Las medidas tomadas para evitar las caídas de los pacientes hospitalizados aún no son lo suficientemente efectivas y los costos de la no identificación del riesgo en forma oportuna son muy altos. Por lo que para abordar un plan de prevención de caídas, se debe incidir sobre esos factores intrínsecos y extrínsecos.¹²

En la literatura sobre prevención de caídas existen programas de prevención eficaces para ancianos que viven en comunidad y en residencias, pero son escasos en la población hospitalizada.¹⁴

El paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra sensiblemente vulnerable en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico, por lo que se enfrenta a riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, sino que se amplían, puesto que tiene contacto con el entorno hospitalario. Durante su estancia hospitalaria pueden suceder incidentes que originan lesiones y en algunas ocasiones dejan secuelas, lo cual incrementa el tiempo de hospitalización, la morbilidad o la mortalidad.¹⁵

La caída es considerada un indicador de calidad de la asistencia de enfermería y es también uno de los indicadores que son monitoreados por el Programa Compromiso con la Calidad Hospitalaria, cuya finalidad es mejorar la calidad asistencial y llegar a la excelencia en la atención Hospitalaria.¹³

La existencia de protocolos en prevención de caídas en las instituciones en general contribuye a disminuir la incidencia del problema. Las intervenciones multifactoriales pueden ser una estrategia eficaz para reducir la tasa de caídas.¹

Contribuir en las recomendaciones de los programas de prevención de caídas, en su aplicación y resultados como una de las medidas para conseguir la excelencia en los cuidados. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas, Implementado estas actividades en el hospital y fomentar la investigación con trabajos de calidad para comprobar su eficacia.¹

Que el médico conozca las características clínicas de los pacientes, especialmente las que están relacionadas con una mayor susceptibilidad para ocasionar caídas, el cual, una vez establecido, orientara la planificación de intervenciones efectivas, prevenir eventos y promoción de la seguridad del paciente.¹¹ Orientar la planificación y la implementación de las intervenciones, para la obtención de mejores resultados en la salud. Así identificando el riesgo poder ayudar al personal en la planificación de medidas preventivas para esos eventos adversos frecuentes.¹¹

Por lo tanto, una medida fundamental para prevenir caídas en pacientes hospitalizados sería identificar a los pacientes de alto riesgo y realizar valoración integral y multidisciplinaria y aplicar una serie de medidas sobre ellos para intentar evitarlas, como sería; tratar los problemas de salud que pueden favorecer las caídas, revisar la medicación y evitar los fármacos que puedan incrementar el riesgo de caída, prescribir ayudas técnicas adecuadas, realizar intervenciones sobre el entorno (suelo, iluminación, etc.) aplicar las medidas de protección adecuadas, formación y concienciación del personal sobre este problema.¹⁴

El presente estudio se justifica por la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre riesgo de caídas en nuestro hospital y más específicamente en el servicio de Urgencias Adultos, ya que es en este donde se pueden encontrar grandes volúmenes de pacientes con factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos que aumentan la posibilidad de sufrir una caída durante su estancia hospitalaria. Así mismo, los resultados de la presente investigación pueden representar para el personal correspondiente una herramienta útil que coadyuve en la generación de intervenciones preventivas para estos eventos y así contribuir con la seguridad del paciente.¹¹

Con nuestro trabajo pretendemos compartir nuestra experiencia y contribuir a mejorar el conocimiento de las caídas en la población hospitalizada. Brindar elementos prácticos y objetivos que permitan valorar al paciente desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria, determinar el grado de riesgo de caída y establecer acciones específicas de prevención en el ámbito hospitalario a partir de los resultados obtenidos de nuestro estudio.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de caídas en los pacientes que acuden al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 46 IMSS?

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL: Identificar la frecuencia de caídas en pacientes que acuden al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer las características sociodemográficas de los pacientes que presentaron caída en el servicio de Urgencias Adultos del HGR No. 46 durante 2013.
2. Identificar los diagnósticos con los que cursan los pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio de Urgencias Adultos del HGR No. 46 y que presentaron caída durante 2013.
3. Conocer los diagnósticos resultantes en los pacientes que presentaron caída durante su estancia en el servicio de Urgencias Adultos del HGR No. 46 en 2013.
4. Identificar los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con las caídas de los pacientes en Urgencias Adultos del HGR No. 46 IMSS durante 2013.
5. Determinar el riesgo de caída que presentaban los pacientes con caída que se encontraban en el servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 46 durante 2013.

9. HIPÓTESIS: Por el tipo de estudio no se plantea Hipótesis.

10. MATERIALES Y MÉTODO.

10.1 Tipo de estudio: Se trata de un estudio descriptivo transversal.

10.2 Universo de trabajo: Todos los pacientes que sufrieron caídas durante su hospitalización en el servicio de Urgencias Adultos en el Hospital General Regional No. 46 del IMSS durante el periodo del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2013.

10.3 Tamaño de muestra: se estudió al 100% de los pacientes que sufrieron caída durante su hospitalización en el Hospital General Regional No. 46 IMSS durante su periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2013.

10.4 Criterios de Inclusión:

- Pacientes Hospitalizados en el servicio de Urgencias Adultos, durante el periodo comprendido de 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2013 que hayan presentado caída durante su estancia hospitalaria, ambos géneros, con reporte escrito en el Sistema de Indicadores de Calidad en Salud de caídas intrahospitalarias.

10.5 Criterios de Exclusión:

- Caídas en la última semana antes del ingreso a la institución.
- Pacientes que no se hayan registrado por escrito el reporte de caídas intrahospitalarias.

10.6 Criterios de Eliminación:

- Todos aquellos pacientes que no contaron con un registro completo del reporte de caídas o tener su expediente clínico incompleto.

11.- PROCEDIMIENTO

1.- Para la realización de la presente investigación se solicitó la autorización al Comité Local de Investigación en Salud No. 1306 del Hospital General Regional No. 46.

2.- Posterior a ello, se acudió al Sistema de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) del Hospital General Regional No. 46, donde se procedió al llenado correcto de los datos sociodemográficos en la ficha de identificación (Anexo 1) para cada paciente registrado que haya sufrido caída en su estancia en el servicio de urgencias durante el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2013 y que cumplió con los criterios de inclusión.

3.- En los expedientes correspondientes a los pacientes que sufrieron caídas se recolecto los principales factores no modificables (intrínsecos) como la edad, características sociodemográficas, historia médica previa (como patologías agudas, crónicas o crónico agudizadas, historia de uso de medicamentos de riesgo). Los factores modificables (extrínsecos) por mencionar como los medioambientales y los derivados del tratamiento farmacológico, todo esto obtenido de los ítems de la ficha de recolección de datos.

4.- Obtenida toda la información requerida en la cédula de recolección de datos se procedió a valorar el riesgo de caídas de cada paciente. Esta valoración realizada por el tesista con la escala de riesgo de caídas de Morse, la cual nos dan un valor predictivo con un rango de 0 – 125 puntos, presenta tres puntos de corte en función al riesgo de caídas: sin riesgo, menor de 24, riesgo bajo de 25-50 puntos y los de riesgo alto más de 50 puntos.

Los ítems de la escala de caídas de Morse son y se evalúan de la siguiente manera:

Antecedentes de caídas recientes o en los últimos tres meses, para la respuesta SI se asigna un valor de 25 puntos y 0 puntos si la respuesta es NO.

Diagnóstico secundario: si en la historia clínica el paciente cuenta con más de un diagnóstico se asigna un valor de 15 puntos, si no, 0 puntos.

Ayuda para la deambulación: se asignan 30 puntos si el paciente solo camina apoyándose de los muebles, si el paciente utiliza muletas, bastón o andador, 15 puntos, se asignan 0 puntos si el paciente camina sin ningún dispositivo de seguridad aun siendo ayudado por una enfermera/o, si está en reposo y no se levanta para nada de la cama o si se encuentra en una silla de ruedas.

Catéteres IV: se califica con 0 si la respuesta es NO, para la respuesta SI se asignan 20 puntos.

Equilibrio/traslado (deambulación): cuando el paciente tiene equilibrio respetado y además, cuando el paciente camina con la cabeza recta, los pasos se balancean libremente a los costados y son seguros y fuertes; si la marcha es débil se determinaron 10 puntos y 20 si la marcha se encuentra alterada o necesita ayuda de un dispositivo o de una persona.

Conciencia y estado mental: consciente de sus limitaciones con un valor de 0, tomando en cuenta la esfera neurológica, (ubicado en tiempo lugar y persona), de no ser reales se considera que el paciente no era consciente de sus limitaciones asignándole 15 puntos.⁴

(Anexo 2)

5.- Los resultados se vaciaron en una hoja de Excel, y posteriormente se realizó el análisis estadístico mediante estadística descriptiva (media, mediana, desviación estándar y frecuencia absoluta).

10.1 Análisis Estadístico: Se realizó por medio de estadística descriptiva.

11.- ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo se sometió para su aprobación por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud No. 1306 del Hospital General Regional Número 46 del IMSS, Delegación Jalisco.

Los aspectos éticos del presente trabajo de investigación se han establecido en los lineamientos y principios generales del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, se refiere (publicado en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984) dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII), del título segundo correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo se considera una investigación con riesgo mínimo, según el acuerdo al artículo 23.

El protocolo cumple además con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes, se deberá identificar que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, el informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Con el presente protocolo pretendimos que se conozca con mejor claridad los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con las caídas de los pacientes durante su estancia hospitalaria, y que de esta forma el personal encargado de brindar la atención en salud identifique los factores implicados con el propósito de brindar medidas dirigidas a mejorar la calidad de atención y disminuir los riesgos de sufrir caídas, lo cual se traducirá en una mejor calidad en la atención en salud. Además, puede ayudar a favorecer una disminución

de las inconformidades por eventos adversos relacionados con las caídas de los pacientes durante la atención hospitalaria que brindamos a diario e impactar en la calidad de atención de nuestra institución. Cabe mencionar que por tratarse de un protocolo de investigación en el cual se hizo una revisión retrospectiva de expedientes no se requiere consentimiento informado.

12.- RECURSOS

12.1 Humanos: Investigador titular, Médico Residente de la Especialidad Medicina de Urgencias para Médicos de Base IMSS.

12.2 Materiales: fotocopias del instrumento de recolección de datos que se aplicó, lápices, bolígrafos para la aplicación del instrumento de medición.

12.3 Tecnológicos: Computadora para la concentración de datos y análisis estadístico, obtenidos después de aplicar el instrumento en medición.

13.- SESGOS Y LIMITACIONES.

13.1 Sesgos: Falta de veracidad en la información plasmada en el expediente clínico y en el Sistema de Indicadores de Calidad en salud (INDICAS).

13.2 Limitaciones: No se contemplan limitaciones para este estudio.

RESULTADOS.

Se aplicó la ficha de recolección de datos a una población de 179 pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias adultos del HGR No. 46 IMSS, de los cuales 99 del género masculino y 88 del género femenino, con una edad promedio de 56.8 años, una mínima de 16 años, y una máxima de 101 años. Una residencia permanente en medio urbano 96% y medio rural el 4%. Su estado civil de la siguiente forma, 54.7% casados, 21.2% con viudez, 22.9% soltería, 1.1% divorciados. Lo anterior se muestra en la tabla 1.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
GENERO	Masculino 99 (55.3%)	Femenino 88 (49.1%)	
EDAD	Promedio 56.8 años (mínimo 16 y máximo 101 años)		
ESTADO CIVIL	Casado 98 (54.7%)	Viudo (a) 38 (21.2%)	
	Divorciado (a) 2 (1.1%)	Soltero 41 (22.9%)	
RESIDENCIA	Rural 7 (3.9%)	Urbano 172 (96.0%)	
CAIDAS ULTIMOS 3 MESES	Si, 24 (13.4%)	No, 155 (86.5%)	
AYUDA PARA DEAMBULAR VÍA VENOSA	Si, 63 (35.1%)	No, 116 (64.8%)	
TIPO DE DEAMBULACIÓN	Si, 179 (100%)	No, 0 (0%)	
ESTADO DE CONCIENCIA	Normal 105 (58.6%)	Débil 53 (29.6%)	Alterada 21 (11.7%)
	Consiente 162 (90.5%)	Inconsciente 17 (9.4%)	
COMORBIDOS	Si, 142 (79.3%)	No, 37 (20.6%)	
FARMACOS DE RIESGO	Si 128 (71.5%)	No, 51 (28.4%)	
RIESGO DE MORSE	Sin riesgo 97 (54.1%) Riesgo bajo 45 (25.1%) Riesgo alto 37 (20.6%)		

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes en el estudio

A continuación se mencionan por separado cada una de las variables que se aplicaron en el presente estudio y sus porcentajes representado en gráficos.

Caídas en los últimos tres meses. Hace referencia a caídas que presentó el paciente ya sea dentro o fuera de un hospital. Esto considerado como un factor intrínseco de riesgo para caer durante una hospitalización. En el presente grafico se observa que solo el 13% presento ese factor intrínseco. (Grafico 1)



Grafico 1. Caídas en los últimos tres meses en pacientes hospitalizados en urgencias

Ayuda para deambular. Considerado como factor de riesgo intrínseco a favor de caer dentro o fuera de periodo de hospitalizaciones. En el presente grafico observamos que el 35% requieren ayuda, el 65% no la requieren. (Grafico 2)



Grafico 2. Características de los pacientes en relación a la variable “ayuda para deambular”

Vía venosa. Considerado como factor de riesgo para sufrir caída, según Morse (1989). En esta encuesta el total de los pacientes que se encontraron hospitalizados en el servicio de urgencias tenían vía venosa. (Grafico 3)

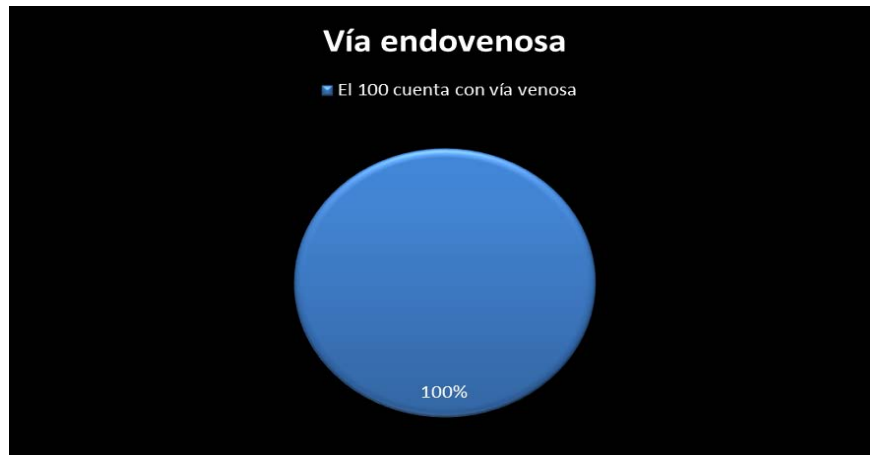


Grafico 3. Pacientes que contaban con una vía venosa.

Tipo de deambulación. Factor intrínseco el cual hace referencia al mayor o menor riesgo que presenta un paciente de caer durante su estancia hospitalaria, obteniendo en esta población, que un 59% es de tipo normal, 29% débil y 12% alterada. (Grafico 4.)



Grafico 4. Tipo de deambulación de los pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias.

Estado de conciencia. Factor intrínseco el cual hace referencia a pacientes que están conscientes o no de sus limitaciones durante su estancia hospitalaria. Esta encuesta arroja que el 91% está consciente de sus limitaciones y el 9% no lo está. (Grafico 5)



Grafico 5. Estado de conciencia de los pacientes en el servicio de urgencias

Comorbidos. Factor no modificable extrínseco, en esta población de estudio los principales comorbidos fueron las patologías Cardiovasculares 30%, Genitourinario 21%, Neurológicas 20%, Respiratorias 13%, Gastrointestinal 7%, Psiquiátricas 6%, Musculoesqueléticas 3%. (Grafico 6).

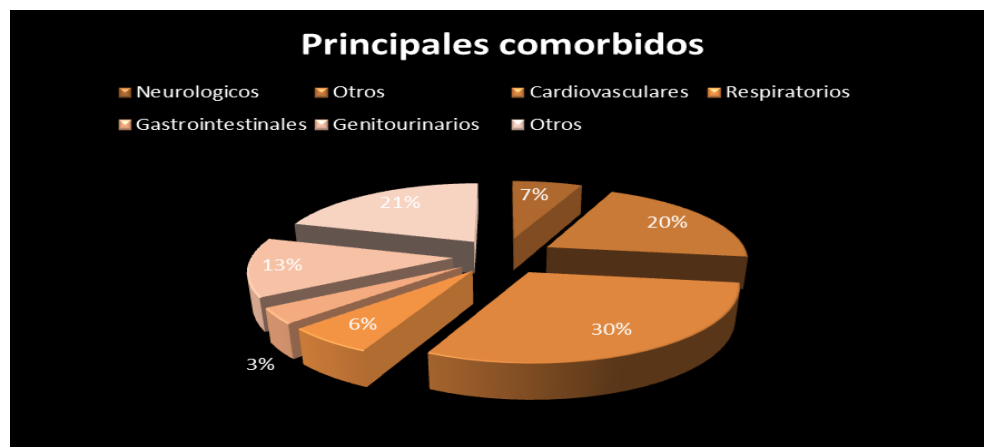


Grafico 6. Comorbidos en los pacientes de urgencias adultos.

Factor por tratamiento farmacológico. El presente estudio arroja que el 72% de los pacientes encuestados tiene prescrito en su nota médica fármacos que incrementan el riesgo de sufrir caída durante su estancia hospitalaria (Grafico 7.)



Grafico 7. Características de los pacientes en cuanto al tratamiento farmacológico que reciben.

Sin riesgo de Morse. En el grupo de 16 a 30 años de edad, corresponde al 27%, en el rango de 31 a 50 años al 30%, de 51 años y más en el 43%. (Grafico 8)

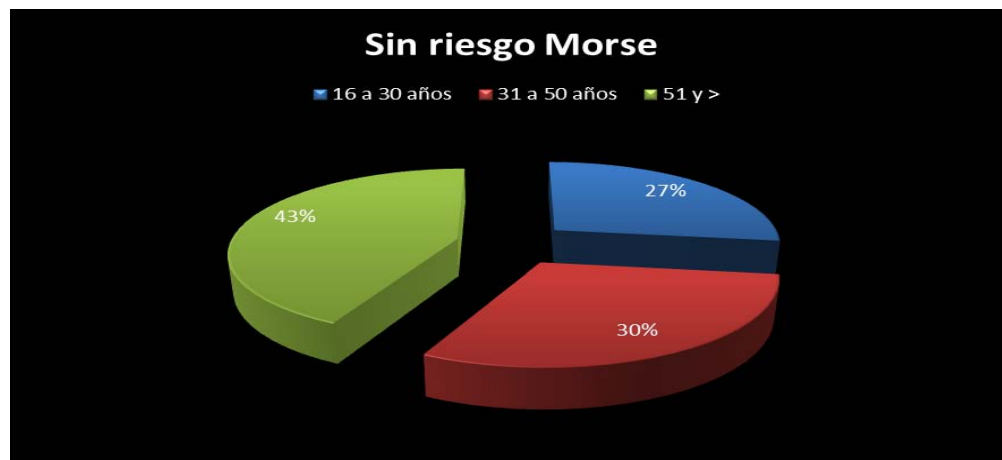


Grafico 8. Pacientes sin riesgo Morse en el servicio de urgencias adultos.

Riesgo bajo de Morse. En el rango de edad de 16 a 30 años, lo presento el 2%, de 31 a 50 años el 22% y 51 años y más en el 76%. (Grafico 9).



Grafico 9. Pacientes con riesgo bajo de Morse en el servicio de urgencias.

Riesgo alto de Morse. En el rango de edad de 16 a 30 años, un 3% de la población presento riesgo alto, de 31 a 50 años, un 5%, de 51 años y más años en el 92%. (Grafico 10).



Grafico 10. Pacientes con Riesgo Alto de Morse.

DISCUSION.

En este estudio el riesgo alto de caídas se presenta en pacientes con rango de 51 años de edad y mayores (92%), el 5% para el rango de 31 a 50 años de edad, y el 3% para el rango de 16 a 30 años. Hallazgos semejantes a los encontrados por Laguna J. (2011) estudio en el cual también se utilizó la escala de Morse. En sus resultados obtuvo que las mayorías de las caídas se produjeran en mayores de 65 años, y más de un tercio en los mayores de 75 años (36%).

Nuestros resultados difieren a los obtenidos por López M. (2012) en el que su grupo de mayor riesgo fue el rango de 25 a 29 años, quien obtuvo un riesgo alto de sufrir una caída (40.0%) seguido del grupo de 30 a 59 años (27.3%), resultado que difiere del nuestro, donde obtuvimos que no presenta riesgo de caída el rango de edad 16 a 30 años (27%).

Al igual que la medicación (como Factor de riesgo), principalmente sedantes e hipnóticos, antidepresivos y diuréticos. Rojas y Gutiérrez (2011) en su estudio encontraron que el 54,1% consumía hipotensores no diuréticos. Aunque es de aclarar que un mismo paciente podía consumir más de un medicamento que ha sido descrito como relacionado con caídas. Hallazgo semejante a los encontrados e nuestro estudio, donde la ingesta de fármacos de alto riesgo, se encontró en el 72% de la población de estudio y el principal comorbidos fueron las patologías de origen cardiovascular.

CONCLUSION

En nuestro medio, la población que acude a los servicios de urgencias adultos presenta riesgo de caída similar a los descritos en la literatura. Es importante se fortalezcan o establezcan acciones en pro de la prevención.

14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Villar B, Martín V, García C, González S. Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado Pluripatológico *Rev. Enferm. CyL Vol 4 – N° 2 (2012)*.
- 2.- Barrientos S, Hernández C, Hernández Z. Adaptación y validación instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Enfermería Universitaria* 2013; 10 (4):114-119.
- 3.- Molina R, Parajes R, Camps B, Molist S, Carrera G. Incidencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Vic. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2008; 11 (1):64-69.
- 4.- López M, Román Reyes (2012) *Riesgo de caídas en pacientes Hospitalizados*.Unidad Facultad de Enfermería Universidad Veracruzana (pp. 9-15) Minatitlán, Veracruz México.
- 5.- Arakama A. (2013) *Prevención de Caídas en Pacientes Críticos: Seguridad*, Universidad de Navarra Estudios Sanitario (pp. 3-7) Navarra España.
6. - Thurman J, Stevens A, Rao J. Practique Parameter: Assessing patients in a neurology practice for risk of falls (an evidence-based review) *Neurology* 2008; 70; 473-479.
- 7.- Tena T, Arroyo de C, Ochoa R, Lee M, Sánchez G, HernándezG, et al. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caídas de pacientes durante la hospitalización. *Revista CONAMED*, 2006 (11): 5.
- 8.- López V. Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. *Cultura del Cuidado Enfermería* vol. 7, No. 1, (2010).
- 9.- Dr Carlos d'Hyver de las Deses. Tratado de Geriátría. En: Germán Silva Doremén. Caídas. Editorial Manual Moderno: 2006; p.480-481.
10. –Oliver D, Daly F, Finbarr C. Marion E. Murdo Mc. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing* 2004; 33: 122-130.

- 11.- Freitas M, De Goes V, De Fátima L. Diagnóstico de Enfermería de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Rev. Latino-Am.* 2014; 22(2):262-8
12. - Fares S, Nava C, Arie O. A simplified Fall-Risk Assesement Tool for Patients Hospitalized in Medical Wards *IMAJ* 2008; 10:125-129.
13. - Diccini S, Gómez de P, Oliveira da S. Assessment of Risk and Incidence of Falls in Neurosurgical Inpatients. *Rev Latino-am* 2008; 16(4):752-7. [Consultado 07/07/2014]. Disponible en: WWW.eerp.usp.br/rlae
- 14.- Minaya J. Lozano A, Salazar R. Abordaje multidisciplinario de las caídas en un hospital de media estancia. *Rev Calid Asist.* 2010; 25(2):106-111. [Consultado 04/06/2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es>
- 15.- Almanzán M, Jiménez J. Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2013; 21 (1):9-14.
16. – Morse J. The Safety of Safety Research: The Case of Patient Fall Research. *CJNR* 2006, Vol. 38 N°2, 74-88.
17. – Schewendimann R, De Geest S, Milisen K. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. *Institute of Nursing Science, University of Basel, Switzerland* Published electronically 9 March 2006.

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General Regional N° 46

“Frecuencia de Caídas en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Urgencias Adultos Del Hospital General Regional No. 46 de la Delegación Jalisco IMSS”

Ficha de identificación

Folio _____ Fecha _____ Unidad _____ NSS _____

1. **Género:** Sexo: Masculino Femenino

2. **Edad en años:** _____

3. **Estado civil:** Casado Viudo Separado o divorciado Soltero

4. **Lugar de residencia:** Medio rural Medio urbano

5. **Diagnóstico de ingreso:** _____

6. **Caídas recientes:** No Sí # de eventos _____

7. **Requiere de algún tipo de ayuda para deambular:** No Sí ¿Cuál? _____

8. **¿Cuenta con vía endovenosa?** Sí No

9. **Tipo de deambulación:** Normal Débil Alterada

10. **Estado mental/conciencia:** Consciente Somnoliento Soporoso Comatoso

11. **Comórbidos:** No Sí

1) Neurológica _____

2) Psiquiátrica _____

3) Cardiovascular _____

4) Respiratorio _____

5) Gastrointestinal _____

6) Genitourinario _____

7) Hematológicos _____

8) Musculoesquelético _____

9) Otros _____

12. **Diagnóstico resultante de la caída** _____

13. **Recibe tratamiento farmacológico de riesgo** No Sí

Diuréticos Hipoglucemiantes Antihipertensivos Ansiolíticos

Hipnótico sedante Antiarrítmicos Inotrópicos

14. **Nivel de riesgo según la escala de caída morse:** Sin riesgo Riesgo bajo Riesgo alto

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE

ÍTEMS	RESPUESTAS	PUNTOS
CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)	SI	0
	NO	25
DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS	NO	0
	SI	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VÍA VENOSA	NO	0
	SI	20
DEAMBULACIÓN	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15
Puntuación total		

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ESCALA DE MORSE	ACCIÓN
SIN RIESGO	0-24	Cuidados básicos de enfermería
RIESGO BAJO	25-50	Implementar plan de prevención de caídas estándar
RIESGO ALTO	>51	Implementar medidas especiales

ANEXO 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN 2014.

	2014			2015	
	<i>Octubre</i>	<i>Noviembre</i>	<i>Diciembre</i>	<i>Enero</i>	<i>Febrero</i>
Envío de protocolo al CLIEIS 1306					
Recolección de datos.					
Análisis de la información					
Resultado y conclusiones					
Terminado					

ANEXO 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESTADÍSTICO
GÉNERO	Nominal	Registro de género en el IMSS	Femenino Masculino	Frecuencia simple y relativa
EDAD	Numérica	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	Edad en años	Media desviación estándar y rango
ESTADO CIVIL	Nominal	Situación personal en la que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ello una institución familiar.	Casado Soltero Divorciado Viudo Unión libre	Frecuencia simple y relativa
LUGAR DE RESIDENCIA	Nominal	Área geográfica donde se localiza el domicilio que habita el paciente	Área geográfica donde vive el paciente	Frecuencia simple y relativa
DIAGNOSTICO DE INGRESO	Nominal	Causa medica que obligó al paciente a ser atendido en urgencias adultos	Patologías Neurológica, Psiquiátrica, Cardiovascular, Respiratoria, Gastrointestinal, Genitourinario, Hematoinfeccioso y Osteoarticular	Frecuencia simple y relativa
CAÍDAS RECIENTES	Dicotómica	Caídas que ha presentado el paciente en los últimos 3 meses	-Si -No	Frecuencia simple y relativa
AYUDA PARA DEAMBULAR	Nominal	Capacidad de andar, caminar de un lugar a otro con la ayuda de un objeto o una persona.	Asistido por una enfermera Bastón Muletas Andador o se apoya en los muebles	Frecuencia simple y relativa

ANEXO 4. OPERACIONALIZACIÓN Y VARIABLES (continuación)

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESTADÍSTICO
VÍA VENOSA	Dicotómica	Presencia de catéter colocado en vía venosa periférica o central	-Si -No	Frecuencia simple y relativa
DEAMBULACIÓN	Nominal	Capacidad de andar, caminar de un lugar a otro (normal, débil, alterada o requiere asistencia).	Normal, Débil, Alterada.	Frecuencia simple y relativa
CONCIENCIA/ESTADO MENTAL	Nominal	Estado mental en el cual el paciente es capaz de aceptar sus limitaciones	Consciente Somnoliento Soporoso Comatoso	Frecuencia simple y relativa
COMÓRBIDOS	Nominal	Presencia de alguna enfermedad o trastorno primario	Neurológico Psiquiátrico Cardiovascular Respiratorio Gastrointestinal Genitourinario Hematológico Musculoesquelético Otros	Frecuencia simple y relativa
DIAGNOSTICO RESULTANTE DE LA CAÍDA	Nominal	Situación física resultante de la caída del paciente	Contusiones Escoriaciones Heridas Fracturas TCE Esguinces	Frecuencia simple y relativa
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE RIESGO	Nominal	Medicamento que consume el paciente que producen alteraciones mentales, en la sensibilidad y la marcha	Diuréticos Hipoglucemiantes Antihipertensivo Ansiolíticos Hipnóticos Sedantes Antiarrítmicos Inotrópicos	Frecuencia simple y relativa
RIESGO DE CAÍDA	Nominal	Alteración que aumenta la probabilidad de sufrir una caída	Sin Riesgo. Riesgo Bajo. Riesgo Alto.	Frecuencia simple y relativa

ANEXO 5. HOJA DE VACIADO DE DATOS

ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
VARIABLES																									
Genero																									
Edad en años																									
Estado civil																									
Lugar de residencia																									
Diagnóstico de ingreso																									
Caídas en los últimos 3 meses																									
Ayuda para deambular																									
Vía venosa																									
Tipo de deambulaci3n																									
Estado mental/conciencia																									
Com3rbidos																									
Diagn3stico resultante de la ca3da																									
Tratamiento farmacol3gico de riesgo																									
Nivel de riesgo de ca3da																									



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1306
H GRAL REGIONAL NUM 46, JALISCO

FECHA 31/10/2014

DR. RAÚL ESCALANTE MONTES DE OCA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FRECUENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 46 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN JALISCO

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-1306-72

ATENTAMENTE

DR.(A). XAVIER CALDERON ALCARAZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1306

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE TERMINACIÓN DE LA TESIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN JALISCO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 46
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS

Guadalajara, Jalisco, a Marzo 2015

Asunto: *Carta de terminación de la tesis*

DR. SERGIO EMILIO PRIETO MIRANDA
Coord. Clínico de Educación e Investigación en Salud HGR No. 46
PRESENTE

Por medio de la presente informo a usted de la terminación del proyecto de Tesis titulado:

**“FRECUENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 46 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL, DELEGACIÓN JALISCO”**

Con número de registro:
R-2014-1306-72

RAFAEL ORTEGA ENCIZO

Alumno de Tercer Año del Curso de la Especialidad en Medicina de Urgencias con sede HGR No. 46
sin otro particular, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

DR. RAÚL ESCALANTE MONTES DE OCA
DIRECTOR DE TESIS

