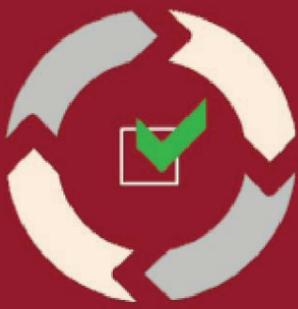


Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia.
Tel.: 968381064 - 986369701
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet/Calidad saludsegura.area1.sms@carm.es

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Cecilia Banacloche, Inmaculada Barceló, Pablo de la Cruz, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Ana Moreno, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler.
Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. **Solicitudes:** saludsegura.area1.sms@carm.es
e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. **D.L.** MU 446-2013

Volumen 4, Número 3.

**JULIO
2016**



En este número:

- *Atención Primaria entra en el Núcleo de Seguridad.*
Inmaculada Barceló, Cecilia Banacloche.
- *Informe de notificaciones SiNASP, 2014-2015.*
Núcleo de Seguridad.
- *Para SiNASP, tú... ¿qué buscas? ¿razones o excusas?.*
Julio López-Picazo.
- *Trabajando para mejorar la seguridad de los pacientes: prescripción electrónica en la Arrixaca.*
Pilar Ferrer.
- *Atención enfermera y seguridad en la Unidad de Diálisis de la Arrixaca*
Esperanza Melero, Mateo Párraga.
- *¿Qué se hace con tus notificaciones en SiNASP? Algunos ejemplos*
Núcleo de Seguridad.
- *El ratón de Leape: Caídas en el medio hospitalario.*
Joaquín León, Julio López-Picazo.

Atención Primaria entra en el Núcleo de Seguridad

SiNASP es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud. El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora.

Hace relativamente poco tiempo SiNASP diseñó un formulario de notificación mejor adaptado a las connotaciones y peculiaridades de la atención ambulatoria. Con ello se facilitó su extensión fuera del hospital, de tal forma que a día de hoy SiNASP está disponible tanto para hospitales y como para centros de Atención Primaria. Te recordamos que la contraseña para la Arrixaca es **HUVA56**. Para cada EAP existe además una contraseña diferente. Si la has olvidado, puedes consultar al coordinador de tu EAP o al Núcleo de Seguridad en los teléfonos y direcciones de correo que tienes en la portada. También puedes utilizar la clave del hospital, aunque el formulario para hospital es menos amable. En todo caso, recuerda que sólo



Cecilia Banacloche (izq.) e Inmaculada Barceló (dcha.).
Nuevas miembros del Núcleo de Seguridad del Área 1 Murcia-Oeste - Arrixaca

los profesionales sanitarios de los centros que están dados de alta en el sistema podrán notificar incidentes en el SiNASP.

Como sabes, los problemas de seguridad no son sólo “cosa de hospitales”, en atención primaria también ocurren eventos serios que impactan en la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Habida cuenta de que la mayoría de los contactos con el sistema sanitario ocurren a este nivel, el impacto de estos eventos puede ser mayor. Así las cosas, era imprescindible contar en el Núcleo de Seguridad con portavoces y puntos de vista propios de la Atención Primaria. Por eso se han unido a nosotros dos

personas, la Dra. Inmaculada Barceló, médico de familia que actualmente ocupa una subdirección médica en el área, y la enfermera D^a Cecilia Banacloche, supervisora para atención primaria.

Si la seguridad de los pacientes que atiendes te preocupa, y quieres colaborar con nosotros en hacer del Área 1 Murcia-Oeste Arrixaca un entorno de trabajo más seguro para ellos, contacta con nosotros. Te esperamos.

Informe de notificaciones SiNASP 2014-2015

Recientemente se nos ha hecho llegar desde el Ministerio el informe SiNASP 2014 y 2015. Describe los incidentes notificados durante el año 2014 y la primera mitad de 2015, tipo y características de los mismos. Con esta información se pretende fomentar la cultura de seguridad del paciente, compartir conocimiento entre organizaciones y, sobre todo, prevenir la ocurrencia de incidentes de seguridad en los centros del Sistema Nacional de Salud a través del conocimiento de los incidentes que ocurren a los pacientes atendidos en algunos hospitales del SNS.

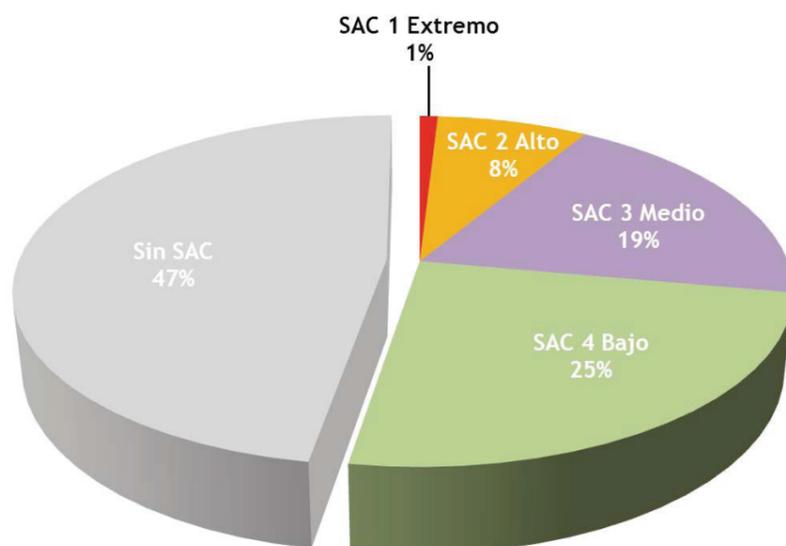
Entre enero de 2014 y junio de 2015 se notificaron al SiNASP 5.004 incidentes por parte de los profesionales sanitarios de 71 hospitales. Un total de 1476 (29,5%) estaban relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente, seguido por incidentes relacionados con la gestión organizativa y recursos (14,4%) y la identificación del paciente (13,5%). Los profesionales de enfermería son los que más utilizan el sistema, habiendo realizado más de la mitad de las notificaciones. Los médicos han sido responsables del 25 % de las notificaciones y en tercer lugar, con un 9%, los farmacéuticos.

Respecto a las consecuencias en los pacientes, el 53% de los incidentes llegaron al paciente y de estos, el 31% ocasionaron algún tipo de daño, en general temporal. Los profesionales que notificaron los incidentes consideraron que los principales factores que contribuyeron a que ocurriesen estos incidentes eran factores profesionales (sobre todo aspectos de formación o competencia de los profesionales y comportamiento) seguido de factores de la organización (principalmente falta o inadecuación de normas, protocolos o procedimientos de trabajo).



En cuanto al riesgo asociado a los incidentes notificados, SiNASP utiliza una versión modificada de la matriz del "Severity Assessment Code" (SAC). Esta matriz facilita la cuantificación del nivel de riesgo asociado a un determinado incidente en función de dos variables: la gravedad de las consecuencias del incidente en el paciente y su frecuencia de aparición. En el periodo evaluado, casi la mitad de notificaciones no tuvieron SAC (no llegaron al paciente). El SAC extremo, que implica muerte del paciente, compromiso vital o daño permanente sólo sucedió en el 1% de los casos.

Categoría	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	1.408	28%
Incidente que no llegó al paciente	960	19%
Incidente que llegó al paciente	2.635	53%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	1.341	27%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	480	10%
Causó daño temporal y precisó intervención	498	10%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	162	3%
Causó daño permanente	26	1%
Comprometió la vida del paciente que precisó intervención	95	2%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	31	1%
TOTAL	5003	



Consecuencias en los pacientes y clasificación SAC.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (periodo 2015-2020) sigue manteniendo entre sus objetivos el promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje. Los sistemas de notificación deben utilizarse para describir los tipos de cuestiones de seguridad que afectan a la organización: las notificaciones señalan hacia problemas subyacentes. Por eso la calidad es más importante que la cantidad, aunque esta afirmación también debe matizarse según el grado de madurez de la cultura de seguridad de la organización.

Nunca debe perderse de vista que el objetivo de los sistemas de notificación es aprender de los errores. Por eso es importante capacitar al personal para proponer soluciones y entrenarlo para asumir la responsabilidad de investigar y entender los fallos del sistema.

Tú también puedes contribuir a hacer de tu lugar de trabajo un entorno más seguro para los pacientes que atiendes. Notifica.

Notificar es un modo de dar seguridad a los pacientes.



Bibliografía.

- 1 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP): Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014-2015. Fundación Avedis Donabedian y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
- 2 Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

Para SiNASP, tú... ¿qué buscas? ¿razones o excusas?

La gente no busca razones para hacer lo que quiere hacer; busca excusas

William Somerset Maughan, escritor y médico británico (1874-1965)

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Yo NO notifico porque...

- La causa del incidente ya está clara
- Notificar no es nada fácil
- A mis compañeros no les va a gustar
- No sé si soy yo quien tiene que hacerlo
- Es sólo otra carga burocrática más
- Todos sabrán que fui yo quien notifiqué
- Al final, el paciente se recuperó
- Ya ha pasado antes y nunca se ha notificado
- Se pierde mucho tiempo en hacerlo
- Tengo mucho trabajo que hacer
- Lo que pasó no se podía evitar
- Para mí, notificar no es importante
- Creerán que no sé hacer bien mi trabajo
- Hacerlo no cambiará nada
- Interrumpe mi trabajo
- Es muy raro que ocurra otra vez
- ¿Y si no me contratan más?
- No tengo claro lo que se puede o no notificar
- No sé qué se hace con lo que se notifica
- Es culpa mía y me abrirán un expediente

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Yo SÍ notifico porque...

- Sé que notificar es importante
- Conozco qué tipo de incidentes notificar
- No se culpabiliza por los errores
- Me sirve para aprender de los incidentes
- Contribuyo a evitar que vuelva a pasar
- Así se analiza para saber por qué pasó
- Notificar es fácil
- SiNASP es anónimo y confidencial
- Siento que hacerlo es mi deber
- Me hago mejor profesional
- No tengo miedo de que me castiguen
- Hacerlo es gratificante para mí
- Recibo información sobre qué se ha hecho
- SiNASP es accesible desde internet
- Tuvo consecuencias graves para el paciente
- Hago que mi lugar de trabajo sea más seguro
- Sé cómo se hace una notificación
- Genera cambios y mejoras donde trabajo
- Hay un circuito para gestionar los incidentes
- La seguridad de los pacientes me preocupa

No busques más excusas. Notifica. Haz tu trabajo más seguro para los pacientes que atiendes.
Es un mensaje del Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste Arrixaca para mejorar la seguridad de los pacientes.

Adaptado de Howell A, Burns E, Hull L, et al. International guidelines for national patient safety incident reporting systems: an expert Delphi review process. Unpublished findings. 2016

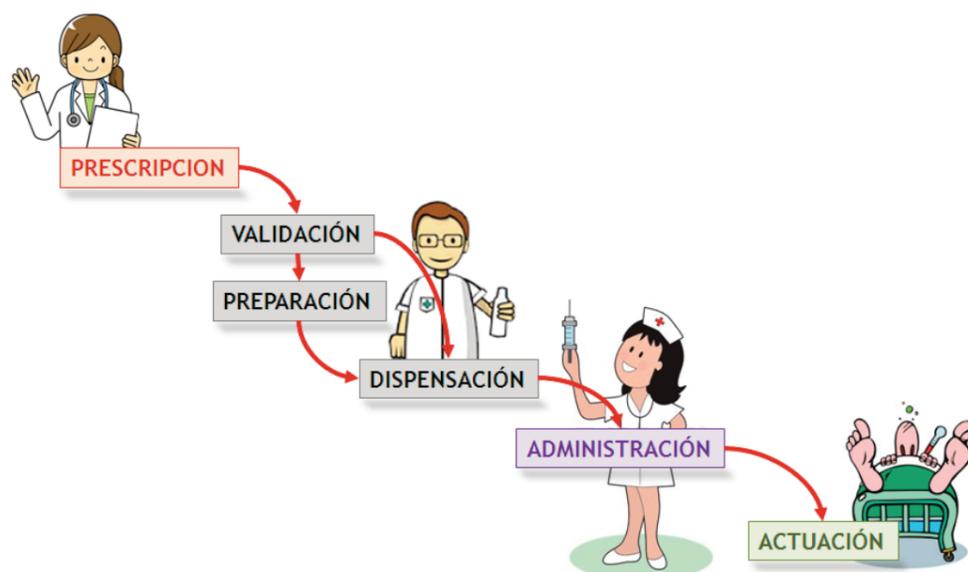
Trabajando para mejorar la seguridad de los pacientes: prescripción electrónica en la Arrixaca

Ferrer Bas P, en nombre del Núcleo de Seguridad
Supervisora del Área de Calidad de Enfermería.

Nuestro hospital cuenta, desde hace años, con un sistema de prescripción electrónica. Se inició en las plantas del hospital general para ir extendiendo su ámbito a la par que desarrollaba sus prestaciones con el fin de mejorar la seguridad del paciente adulto e infantil.

No cabe la menor duda que la posibilidad que ha tenido la Arrixaca de disponer de este sistema, único en el SMS, ha mejorado de forma importante la seguridad de los pacientes ingresados, evitando muchos errores relacionados con la medicación. Como sabéis los errores que se registraban debido a la prescripción manuscrita, entraban dentro de los porcentajes recogidos en la literatura que avala y justifica la inversión que los servicios de salud, públicos y privados, realizan en pro de la seguridad del paciente.

El sistema de prescripción electrónica abarca desde el registro de las órdenes médicas farmacológicas y no farmacológicas hasta el registro de la medicación administrada. En este proceso interviene un equipo multidisciplinar de profesionales: el médico que prescribe, el farmacéutico que valida, el auxiliar que dispensa y la enfermera de planta que administra y registra. Para poner en marcha este proceso hubo que realizar un importante esfuerzo no solo de inversión económica sino de adaptación de circuitos y de formación de los profesionales. Este proceso de informatización cuenta con una ventaja añadida y es su trazabilidad.



En este contexto, las enfermeras son las profesionales que finalizan dicho proceso, lo que les pone en una excelente situación para identificar partes del circuito de prescripción médica-registro de administración que conviene mejorar. La dinámica habitual del facultativo de utilizar soporte papel para escribir las órdenes médicas de tratamiento, o emplear la orden verbal mas allá de la urgencia, los movimientos internos de los pacientes, el elevado número de profesionales del hospital que intervienen en el proceso asistencial, los diferentes aplicativos informáticos y la complejidad de la actividad clínica dificultan el que un sistema de prescripción electrónica despliegue al máximo su efectividad.

Por este motivo se creó, a solicitud de la Dirección de Enfermería, un grupo de trabajo encargado de identificar posibles mejoras en los procedimientos de prescripción una vez introducido el programa de prescripción electrónica. Estuvo formado por informadores-clave: supervisores de área y unidad de los tres ámbitos de hospitalización, maternal, infantil y general, y fue dirigido por el Área de Calidad de Enfermería. Este grupo de trabajo identificó los puntos a mejorar para aumentar, desde su visión de administración y registro, la seguridad del paciente.

Aunque ya se han producido acuerdos puntuales, entre el S. de Farmacia y algunos servicios médicos que mejoran puntualmente el circuito prescripción-registro, a partir de septiembre se ha acordado que inicie actividades un nuevo grupo de trabajo, en esta ocasión multidisciplinar, que tratará de encontrar soluciones sistémicas que eviten disfunciones en los circuitos, aseguren la formación continuada de los profesionales implicados, y realicen el seguimiento oportuno.

Nuestra aspiración es lograr que el uso de medicamentos se realice de forma correcta y segura. Para ello es imprescindible asegurar que cuando se administra cualquier medicamento se haga:

- En el paciente correcto.
 - Con el medicamento correcto.
 - A la dosis correcta.
 - En el momento correcto.
 - Por la vía correcta.
- ...Y todo ello es registrado de forma correcta.

No hay ninguna duda de que en este asunto los sistemas de prescripción electrónica suponen una gran ayuda. Sólo queda que todos los utilicemos correctamente.



¿Qué se hace con tus notificaciones en SiNASP?

Algunos ejemplos

El sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente auspiciado por el Ministerio (SiNASP) lleva varios años puesto en marcha en el Área 1 - Arrixaca. Sabemos que notificar no es fácil. Además de estar implicado de forma activa en la seguridad de los pacientes, también hace falta disponer del tiempo necesario. Es posible que muchos de los que notificamos tengamos la impresión que hacerlo sirve de poco, porque en ocasiones no llegamos a saber a ciencia cierta qué pasó o qué se hizo con nuestra notificación. Por eso, desde el Núcleo de Seguridad queremos mostrar algunos ejemplos recientes.

USO DE MEDICAMENTOS

Perfusión de esmolol. Se trata de un β -bloqueante cardioselectivo sin actividad simpaticomimética intrínseca. Debido a la muy corta duración de su acción, es útil para el control de la hipertensión aguda o ciertas arritmias supraventriculares, entre otras situaciones. En función de las necesidades (bolo o perfusión continua), se presenta en dos formas: ampollas de 10 ml y solución para perfusión en bolsas de 250 ml, ambas con una concentración de 10 mg/ml. La notificación informa de una reconstitución errónea al preparar el suero, ya que se emplearon las ampollas para administración en bolo en vez de la bolsa pautada. A fin de evitar nuevas



confusiones, se acuerda indicar en el lugar de almacenaje de este preparado que sólo es válido para administración en bolo.

Similitud de envases. Se reciben periódicamente notificaciones que informan de similitudes en los envases de medicamentos, y que pueden llevar a confusión a la hora de seleccionarlo para su administración. En cuanto son detectadas, el servicio de farmacia pone en marcha las actuaciones necesarias, la mayoría de las veces con éxito. Entre los últimos casos notificados está la similitud de **envases de hidrocortisona y de hialuronidasa**, que sucedió por desabastecimiento temporal y la necesidad de recurrir a un laboratorio genérico para el abastecimiento. Se resolvió optando por su adquisición mediante medicamentos extranjeros, en espera del retorno a la normalidad. Otra notificación reciente hizo referencia a la posibilidad de confusión por el **cambio del color de etiquetado algunos sueros**. Tras un cambio en la presentación de sueros realizado por la central de compras, los de glucosado 5%, fisiológico y Volulite 6 % compartían igual envase y rotulación en negro, con lo que a simple vista parecían iguales. En caso de reposición de bolsa o en situaciones de urgencia la confusión era posible. En esta ocasión se decidió cambiar el envase glucosado 5% por el de otro fabricante, que lo etiquetaba en color rojo, aunque no se encontró alternativa para el resto. Se informó de esto a la central de compras del SMS.

Preparación de citostáticos para administrar a través de infusor. Se prepararon soluciones de perfusión con dosis de fármaco citostático superiores a la prescrita. Los medicamentos habían sido dispensados y la administración iniciada tres horas antes de la comunicación del error desde el servicio que lo preparó y dispensó. Se dió aviso inmediato para retirar el infusor de forma inmediata y proceder a la sustitución por la preparación correcta. El error se

produjo porque durante la técnica de preparación del infusor se produjo un intercambio de vía de conexión: el citostático se conectó donde debía ir el suero y viceversa. El sistema de recarga es idéntico, no existiendo distinción entre ambas alargaderas. Una vez resuelto el incidente puntual, se decidió instaurar el doble chequeo tras el montaje del sistema y se notificó el suceso al fabricante del sistema, a fin de que marcara con un color distinto la de llave de cierre. Afortunadamente, el fabricante reconoció la mejora en seguridad de esta propuesta, y aceptó pasar la idea a producción.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Asignación de resultados analíticos a la persona equivocada. Durante el ingreso de un paciente se observó la existencia de un Informe de Microbiología anterior en el que aparece serología positiva para VIH y Hepatitis C, que no corresponden al paciente. Las indagaciones efectuadas apuntaron a un error humano, donde los factores individuales eran relevantes. Para evitar recurrencias, se impulsa la extensión del sistema de peticiones analíticas a través de Selena al área de consultas, para lo que se inicia un pilotaje.

Pulsera identificativa en hospitalización. Un paciente es trasladado a UCI desde quirófano sin pulsera identificativa, debido a que ha sido cortada durante el acto quirúrgico, por necesidades del anestesista. Se decide comunicar con el servicio para recordar la obligatoriedad de sustituir la pulsera antes de salir del quirófano. Como medida complementaria, se plantea colocar doble pulsera (tobillo) a todos los pacientes quirúrgicos, o diseñar un cartel de aviso a fijar en quirófanos, lo que se difiere hasta comprobar la efectividad de la primera medida.

EQUIPAMIENTO

Marcapasos provisionales. Se han detectado y comunicado a SiNASP varios incidentes cuyo origen común es la baja disponibilidad de dispositivos provisionales de electroestimulación cardíaca (marcapasos provisionales) en UCI o por su incorrecto funcionamiento (habitualmente sucede con los dispositivos más antiguos). En el Servicio de Medicina Intensiva se utilizan estos marcapasos en dos situaciones: pacientes con bloqueo AV sintomático, a la espera del marcapasos definitivo, y también en el contexto de la cirugía cardíaca. La dotación actual en UCI es de 4 dispositivos, mientras que en Cirugía Cardiovascular se dispone de otros 4. Como sabéis, el número de cirugías cardíacas a la semana es de unas 13-14, sin contar las urgencias. Por tanto, la dotación es muy ajustada. Esta necesidad ha sido puesta en conocimiento de la Dirección.

ORGANIZACIÓN

Unidad de cardiología en UCI. Se han detectado y comunicado a SiNASP varios incidentes relacionados con la seguridad del paciente en la unidad de cardiología de la UCI general. Su causa suele ser multifactorial, pero muchas de ellas son comunes en varios de los incidentes notificados. Para disminuir el riesgo se han propuesto por el Núcleo de Seguridad (y están en desarrollo) algunas iniciativas de tipo organizativo al alcance del servicio de UCI, como son la elaboración del protocolo de acompañamiento a pacientes que precisan traslado fuera de UCI (a fin de garantizar un personal mínimo de presencia) o la definición de pacientes de alta complejidad, que deben ser sometidos a mayor vigilancia. A estas medidas han de sumarse otras como la de garantizar un ratio adecuado de enfermeros/cama, o la de replantear la estructura de disposición de camas en la unidad para evitar la linealidad.

Atención enfermera y seguridad en la Unidad de Diálisis de la Arrixaca

Melero Rubio E, Párraga Díaz M.
Unidad de Diálisis.

El proceso de la enfermedad renal es largo, estando irremediamente ligado a la atención de enfermería desde los momentos iniciales hasta que se produce el fallecimiento y, en ocasiones, más allá pues algunas enfermedades hereditarias hace que se continúe con la relación en familiares directos.

Aunque las competencias de la enfermera nefrológica son muy similares a las enfermeras en general la orientación al área renal y un profundo conocimiento en ella son imprescindibles; el conocimiento de la enfermedad renal, causas y tratamiento farmacológico y en terapias sustitutivas es básico para la realización de valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza, habilidad y con la máxima seguridad. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, así como competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo dentro de un equipo multidisciplinar. Se trataría de proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto al paciente a sus valores, costumbres y creencias así como a su familia promoviendo la autonomía de ambos.

Nuestro trabajo empieza en la consulta de prediálisis, o de enfermedad renal avanzada, en cuya primera visita se realiza la valoración inicial para identificar conductas que se deben incorporar o modificar para lograr el autocuidado y planificar las intervenciones para que el paciente actúe de forma

consciente. Más concretamente los temas que se tratan son vacunación, hábitos saludables, riesgo cardiovascular, anemia, tratamiento dietético y farmacológico, modalidades de tratamiento, acceso para diálisis y programación del inicio de diálisis. Además se coordina la realización de pruebas diagnósticas, intervenciones y asistencia de otros profesionales. Para facilitar la comprensión y asimilación de la información que se proporciona en las visitas son varios los medios utilizados: trípticos, cuadernillos, videos, apps de móvil y páginas web oficiales...A todo esto se añade los talleres de trabajo con pacientes mentores. El fin último es asegurarnos que el paciente asimila y recuerda la información como es realmente y con facilidad para consulta en caso de duda. Todo este trabajo es de vital importancia para el paciente pues mejora de forma generalizada todo lo que concierne a su seguridad; un paciente bien informado actúa certeramente y disminuyen los errores de comprensión y, por tanto, de actuación.

Tras el empeoramiento de la función renal el paciente debe iniciar tratamiento renal sustitutivo y en estos momentos las intervenciones que llevan a cabo las enfermeras de diálisis se pueden dividir según sea el tratamiento sustitutivo: Diálisis peritoneal (DP) o Hemodiálisis (HD). En DP valora al paciente antes de entrar a consulta para revisión del nefrólogo (toma de constantes, peso, control hídrico, realiza extracción de sangre, curas), realiza tratamiento de intercambio peritoneal y educación al paciente (entrenamiento de nuevos pacientes y reeducación de los que están ya en programa). En HD se encarga de toda la preparación de los monitores de tratamiento sustitutivo, valoración y cuidado del acceso vascular, cuidados durante la sesión y actuación en caso de complicaciones, seguimiento y educación nutricional y tratamiento farmacológico.

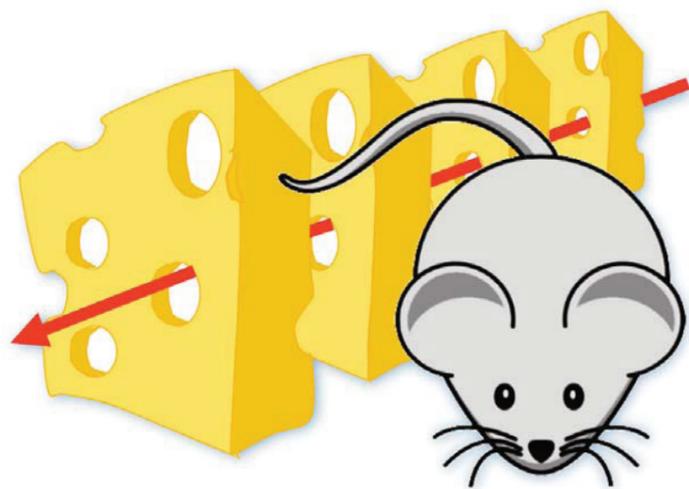
El trasplante renal es otra opción de tratamiento y en la consulta también está presente enfermería. Su función es la de proporcionar cuidados antes (en el proceso de estudio e inclusión en lista de espera), inmediatos y a largo plazo para el mantenimiento de ese injerto el mayor tiempo posible y con el menor número de complicaciones, bien derivadas de la medicación o de los factores de riesgo propios del paciente renal.

ción y sobre todo a los pinchazos); dependiendo de la edad también les suele preocupar cómo va a afectar a su vida cotidiana y cómo y en qué manera va a cambiar. Finalmente la desesperanza ante la tardanza del trasplante también es otra cuestión a tratar. La manera en la que enfermería puede ayudar al paciente para enfrentarse a todos estos sentimientos es proporcionando información veraz y completa lo antes posible, como decíamos al principio.



Además de los aspectos físicos, los psicológicos (con un apoyo emocional básico) están presentes en todas las fases de la enfermedad, siendo una parte más del tratamiento. El temor es uno de los principales sentimientos que aparecen y está muy relacionado con el miedo a lo desconocido, a la rutina hospitalaria y al dolor durante la sesión (a lo que sentirá durante la realiza-

Se trata de acompañar y ofrecer la máxima calidad en cuidados manteniendo un ambiente adecuado para que exprese dudas, la prevención es el primer paso disminuir la aparición de efectos adversos y normalizar el proceso de enfermedad.



El ratón de Leape. Caídas en medio hospitalario

El *ratón de Leape* es una sección de **SALUD SEGURA** donde bosquejamos el estado de la cuestión en temas relativos a seguridad del paciente, o comentamos artículos recientes. La idea es que sirva como base para autoevaluar nuestras actuaciones y saber qué hacer para mejorar. Utilizamos artículos o conclusiones (principalmente metanálisis y revisiones sistemáticas) que pueden ser recuperados o solicitados a la Biblioteca Virtual MurciaSalud, a la que todos tenemos acceso gratuito. Usamos preferentemente las bases de datos PubMed y Cochrane filtrando por tipo de documento y limitando el periodo a los últimos 3 ó 5 años, según los casos. Para la búsqueda tecleamos los términos pertinentes (inglés/castellano) con los booleanos AND, OR, NOT. Hoy iniciamos la sección abordando las caídas en medio hospitalario

León Molina J¹, López-Picazo Ferrer JJ².

¹ Enfermero Documentalista. Área Gestión Aparato Digestivo.

² Coordinador Unidad Calidad Asistencial.

Un documento reciente de la **Joint Commission Internacional** [1] aborda el tema de las caídas de los pacientes hospitalizados. Según éste, los pacientes ancianos y frágiles con factores de riesgo de caídas no son los únicos vulnerables a caer en los centros hospitalarios. Cualquier paciente de cualquier edad o capacidad física puede estar en riesgo de una caída debido a los cambios producidos por el episodio médico que motivó la hospitalización (cambios fisiológicos, medicamentos, cirugía, procedimientos o pruebas de diagnóstico) ya que pueden producir debilitación y confusión en el paciente.

Una consulta en **PREEVID** [2] sobre caídas de pacientes en los hospitales se-

PREEVID es un servicio dirigido a los profesionales sanitarios de la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud, accesible desde <http://www.murciasalud.es/preevid>. Ofrece respuestas rápidas basadas en la evidencia a preguntas que surjan desde la actividad asistencial

ñala que, aunque todos los pacientes están en riesgo de tener una caída durante su hospitalización, hay unas características que aumentan ese riesgo: edad (superior a 65 años), estado cognitivo (confusión o desorientación), incompreensión, historial de caídas en hospitalizaciones previas, fármacos, movilidad reducida, necesidades especiales de higiene, incontinencia urinaria o fecal. Además existen otros factores asociados que dependen del diagnóstico y del tipo de unidad en que están ingresados los pacientes.

Un estudio metodológico del **Joanna Briggs Institute** [3] reconoce que las caídas de pacientes son un problema importante para los hospitales debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad asociado a estos eventos, así como los costos financieros para el sistema sanitario. La evidencia existente permitió el desarrollo de criterios de auditoría basados en pruebas aplicables para la prevención de caídas en entornos hospitalarios. En el documento se destaca que la promoción del compromiso puede impactar en la práctica clínica y dar lugar a mejores resultados. El estudio, realizado en Australia, enfatiza la importancia de priorizar la prevención de caídas en establecimientos de salud.

Pocas revisiones sistemáticas y estudios de evidencia eluden la importancia y repercusiones de las caídas de pacientes en hospitales, tratándola como uno de los eventos adversos más comunes en entornos hospitalarios.

Para inaugurar la sección del **Ratón de Leape** hemos realizado un sondeo sobre la situación actual de las caídas en medio hospitalario. Para ello consultamos bases de datos de la Biblioteca Cochrane y de PubMed con los términos de búsqueda paciente, valoración, prevención, riesgo de caídas en el hospital (Fall prevention of patients in the hospital / Rating Scale risk of patient falls in hospital), para documentos tipo metanálisis y revisiones sistemáticas, publicados entre enero del año 2013 y enero de 2016 en español o inglés.

RESULTADOS

Además de los tres ya citados al inicio de la sección, se han recuperado otros 38 documentos, de los que se han seleccionado 21 como de mayor pertinencia respecto al tema propuesto, dos de ellos en español. La diversidad geográfica de los autores y la amplitud de temas relacionados dan una idea de la importancia e interés de las caídas de pacientes en el medio hospitalario (tabla 1).

La tabla 2 recoge los elementos que se relacionan con el riesgo de caídas o que se mencionan expresamente en los documentos consultados.

País	2013	2014	2015	Total
USA	2	1	3	6
China	1	2	1	4
Australia	2			2
Taiwán	1			1
Reino Unido		1		1
Portugal			1	1
Noruega		1		1
México	1			1
Italia	1			1
España		1		1
Brasil		1		1
Alemania			1	1
Total	8	7	6	21

Tabla 1. Documentos recuperados por año

Edad del paciente; geriatría; dependencias; demencias; Alzheimer; Parkinson	15	71%
Profesionales de enfermería (fisioterapia)	12	57%
Escasez de trabajos y estudios; necesidad de escalas de valoración o registros	12	57%
Estrategias de prevención	11	52%
Caída relacionada con patologías o tratamientos	8	38%
Estado mental; confusión; depresión; insomnio	5	24%
Consecuencias para el paciente	4	19%
Consecuencias para la institución (económicas; seguridad y calidad)	4	19%
Elementos intrínsecos y extrínsecos	4	19%
Escalas y valoraciones	3	14%
Medidas físicas de prevención (luces; barandillas; altura cama)	2	10%
Información y formación para profesionales	2	10%
Pediatría y neonatología	1	5%

Tabla 2. Elementos relacionados con las caídas hospitalarias. Frecuencia de aparición en los documentos consultados

Respecto de la valoración del riesgo de caídas, en los documentos revisados las escalas más mencionadas son Morse Fall Scale, Hendrich II, STRAFITY, Downton y Thomas (ancianos hospitalizados).

CONCLUSIONES

Algunas conclusiones que pueden extraerse de los documentos son:

1 Las caídas son comunes entre las personas mayores de 65 años de edad, pudiendo dar lugar a serios traumas con consecuencias para la salud del paciente y la economía de la institución [8].

2 Los hospitales necesitan para reducir las caídas y lesiones consecuentes, mediante programas de prevención con intervenciones basadas en la evidencia. [7].

3 Intervenciones diseñadas para prevenir caídas de pacientes hospitalizados, como el uso de **camas de baja altura, alarmas y barandillas, se han demostrado efectivas** [12].

4 La epidemiología de caídas debe **centrarse en la identificación del problema y su relación con el entorno** teniendo en cuenta los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente [16].

5 La **detección sistemática de factores de riesgo** asociados a caídas se identifica como un factor que **contribuye a la reducción** de este evento y la consiguiente reducción de sus consecuencias económicas y de salud, incluyendo la muerte [4-9].

6 Situaciones como el insomnio y la incontinencia urinaria se consideran factores de riesgo de caídas para los pacientes de edad avanzada con demencia. Por ello, **deben desarrollarse programas preventivos específicos en estos pacientes con mayor riesgo** [10,11].

7 Los **profesionales de enfermería** (fisioterapeutas y matronas incluidos) **juegan un importante papel en la prevención de caídas** de pacientes hospitalizados, en especial cuando se elaboran protocolos ad hoc, se ponen en marcha estrategias de prevención, y se logra la concienciación de todo el equipo de cuidadores [13-15].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS CITADAS

- 1 Joint C. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. Sentinel event alert / Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2015(55):1-5.
- 2 MurciaSalud. ¿Cuáles son las causas de las caídas en pacientes hospitalizados? In: MurciaSalud BV, editor. Banco de Preguntas Basadas en la Evidencia: Biblioteca Virtual MurciaSalud; Banco de preguntas basadas en la evidencia; 2008.
- 3 Giles K, Stephenson M, McArthur A, Aromataris E. Prevention of in-hospital falls: development of criteria for the conduct of a multi-site audit. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2015;13(2):104-11.
- 4 Severo IM, Almeida Mda, Kuchenbecker R, Villas Boas Vieira DF, Weschenfelder ME, Correa Pinto LR, et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*. 2014;48(3):537-51.
- 5 Matteson T, Henderson-Williams A, Nelson J. Preventing in-hospital newborn falls; a literature review. *MCN - American Journal of Maternal-Child Nursing*. 2013;38(6):359-66.
- 6 Marques P, Queiros C, Apostolo J, Cardoso D. Effectiveness of the use of bedrails in preventing falls among hospitalized older adults: a systematic review protocol. *JB database of systematic reviews and implementation reports*. 2015;13(6):4-15.
- 7 Olvera-Arreola S, Hernandez-Cantoral A, Arroyo-Lucas S, Guadalupe Nava-Galan M, de los Angeles Zapien-Vazquez M, Teresa Perez-Lopez M, et al. Factors relating to falls in hospitalized patients. *Revista De Investigacion Clinica*. 2013;65(1):88-93.
- 8 Lopez-Soto P, Manfredini R, Smolensky MH, Aurora Rodriguez-Borrego M. 24-hour pattern of falls in hospitalized and long-term care institutionalized elderly persons: A systematic review of the published literature. *Chronobiology International*. 2015;32(4):548-56.
- 9 Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(1).
- 10 Lee C-Y, Chen L-K, Lo Y-K, Liang C-K, Chou M-Y, Lo C-C, et al. Urinary Incontinence: An Under-Recognized Risk Factor for Falls Among Elderly Dementia Patients. *Neurourology and Urodynamics*. 2011;30(7):1286-90.
- 11 Isaia G, Corsinovi L, Bo M, Santos-Pereira P, Michelis G, Aimonino N, et al. Insomnia among hospitalized elderly patients: Prevalence, clinical characteristics and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011;52(2):133-7.
- 12 Anderson O, Boshier PR, Hanna GB. Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(1).
- 13 Spoelstra SL, Given BA, Given CW. Fall Prevention in Hospitals: An Integrative Review. *Clinical Nursing Research*. 2012;21(1):92-112.
- 14 Lee YLG, Yip WK, Goh BW, Chiam EPJ, Ng HPC. Fall prevention among children in the presence of caregivers in a paediatric ward: a best practice implementation. *International journal of evidence-based healthcare*. 2013;11(1):33-8.
- 15 Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, McDonough CM, Shubert TE, Hardage J, et al. Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Physical Therapy*. 2015;95(6):815-34.
- 16 Luk JKH, Chan TY, Chan DKY. Falls prevention in the elderly: translating evidence into practice. *Hong Kong Medical Journal*. 2015;21(2):165-71.
- 17 Spoelstra S, Given B, Given C. Fall Prevention in Hospitals: An Integrative Review (vol 21, pg 92, 2011). *Clinical Nursing Research*. 2012;21(2):243-.

Otros trabajos de interés

- Andersson AG, Kamwendo K, Seiger A, Appelros P. How to identify potential fallers in a stroke unit: Validity indexes of four test methods. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2006;38(3):186-91.
- Boelig MM, Streiff MB, Hobson DB, Kraus PS, Pronovost PJ, Haut ER. Are Sequential Compression Devices Commonly Associated With In-Hospital Falls? A Myth-Busters Review Using the Patient Safety Net Database. *Journal of Patient Safety*. 2011;7(2):77-9.
- Deandrea S, Bravi F, Turati F, Lucenteforte E, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2013;56(3):407-15.
- Lee D-CA, Pritchard E, McDermott F, Haines TP. Falls prevention education for older adults during and after hospitalization: A systematic review and meta-analysis. *Health Education Journal*. 2014;73(5):530-44.
- Oliver D, Papaioannou A, Giangregorio L, Thabane L, Reizgys K, Foster G. A systematic review and meta-analysis of studies using the STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? *Age and Ageing*. 2008;37(6):621-7.
- Pape H-C, Schemmann U, Foerster J, Knobe M. The 'Aachen Falls Prevention Scale' - development of a tool for self-assessment of elderly patients at risk for ground level falls. *Patient safety in surgery*. 2015;9:7-.
- Pritchard E, Brown T, Lalor A, Haines T. The impact of falls prevention on participation in daily occupations of older adults following discharge: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*. 2014;36(10):787-96.

Enlaces a otros documentos de interés (acceso libre)

- http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_55.pdf
- <http://www.globalaging.org/health/us/2010/FallIntervention.pdf>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297689/pdf/nihms-640487.pdf>
- <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk-tool3h.html>
- <http://uprightfallprevention.com/hendrich-ii-fall-risk-model/>