Control de Calidad de una intervención enfermera en Prevención de Caídas de los enfermos postquirúrgicos.

Ana Moreno Rodríguez, Elena Ramos Hernández.

Unidad de Hospitalización de C.O.T. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles.
Complejo Asistencial de Ávila. España.

Resumen

Durante la hospitalización el paciente se enfrenta a una serie de riesgos que ponen en juego su integridad y seguridad, dentro de ellos están las caídas.
Objetivo: evaluar la intervención enfermera durante la fase postquirúrgica de la estancia hospitalaria, aplicando un protocolo encaminado a reducir el riesgo de sufrir una caída.
Metodología: Se realizó un estudio observacional, transversal, con una muestra de 48 pacientes ingresados en fase postquirúrgica.
Conclusiones: Los datos encontrados después del análisis demuestran el alto nivel de implantación del protocolo. Valoramos realizar un protocolo específico para aplicar en enfermos que se encuentran solos en la fase postquirúrgica.
Palabras Clave: Enfermería, Seguridad, Caídas Hospital, Factores de Riesgo. Prevención.

Abstract

Quality control of an intervention nurse in Prevention of Falls of the postsurgical patients
During the hospitalization the patients is facing a number of risks that put at stake theirs integrity and security, within them are falls.
Objective: To determine an intervention of nursing during his/her stay at the post-

Moreno Rodríguez, Ana; Ramos Hernández, Elena. **Control de Calidad de una intervención enfermera en Prevención de Caídas de los enfermos postquirúrgicos.** ENE. Revista de Enfermería. Dic. 2012; 6(3).

* Correspondencia: am12121212@hotmail.com

surgical Therapy with one protocol for to reduce the risk of undergoing a fall
Methodology: It was performed a observational study, transversal with 48 patients from the post-surgical therapy.
Conclusions: The data found after the analysis demonstrate the high level of implantation of the protocol. We value to realise a specific protocol to apply in patients who are single in the postsurgical phase.
Key Words: Infirmary, Security, Falls. Hospital, Risk factors. Prevention

Introducción

Mejorar la seguridad de los pacientes es una prioridad en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales y nacionales (UE, OMS, OCDE...) (1) para abordar la ocurrencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
La incidencia de eventos adversos ligados a la hospitalización en España, según el estudio ENEAS 2005, es del 8,4% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 7,7%-9,1%) (2). Por el creciente interés por la seguridad de los pacientes todas las administraciones diseñan e implementan estrategias para identificar, analizar, prevenir y reducir los sucesos adversos. Podemos considerar la seguridad del paciente como una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado, dentro del quehacer diario del profesional enfermero, siendo éste la primera barrera de seguridad del paciente.

Si definimos seguridad como la ausencia de lesiones por accidentes; la seguridad clínica no excluye la ausencia de riesgos si no una correcta gestión de los mismos.
Uno de los factores a considerar dentro del campo de la seguridad de la asistencia sanitaria son las caídas, un efecto adverso que es preciso evitar identificando los factores de riesgo y estableciendo medidas preventivas, ya que si se producen, suponen un aumento de la estancia hospitalaria y un coste importante a nivel personal, económico y social.(3,4)

No existe una definición única de "caída" sino que se utiliza aquella que más se ajusta a la población de pacientes en estudio y al análisis a que vaya a someter la información que reciba de la misma. La Organización Mundial de la salud OMS define como caída: "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad".
En los servicios de hospitalización definimos caída como "cambio de posición brusco e involuntario de un individuo a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial".

Las caídas se pueden clasificar de acuerdo con dos grupos fundamentales: las accidentales y las no accidentales. Se produce una caída accidental cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona que está en estado de alerta y sin ninguna alteración para caminar originando un tropezón o resbalón con resultado de caída; las caídas no accidentales pueden ser de dos tipos: aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un individuo activo y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia por su estado clínico, efectos de medicamentos o dificultad para la deambulación.

Las causas que provocan las caídas son múltiples y pueden ser agrupadas en factores intrínsecos y extrínsecos.
Entre los primeros se encuentran los cambios propios de la edad, alteraciones de la marcha y movilidad, trastornos del equilibrio, alteraciones motoras y sensitivas, discapacidades, estados de confusión, desorientación, postoperatorios inmediatos, trastornos emocionales y efectos de la medicación.
Entre los factores extrínsecos cabe destacar, ambientes desconocidos, calzado inadecuado y escasa Iluminación Los factores extrínsecos son responsables

del 22% de las caídas, especialmente cuando tienen lugar en un ambiente desconocido, como puede ser el caso de un centro hospitalario (5).

Con la edad disminuye la influencia de los factores extrínsecos aumentando los intrínsecos.

En un estudio realizado por Passaro A, et al.(6) en 58 hospitales de Italia con un total de 7.900 pacientes durante un periodo de observación de dieciocho meses, en el cual el 74% era mayores de 64 años, y el 34% mayores de 85 años, se pudo concluir que cuando varios de los factores reseñados anteriormente coinciden, el riesgo se hace más significativo.
Al identificar los pacientes con mayor riesgo, se hace necesaria la implementación de medidas de prevención para garantizar su seguridad.

Una caída, si bien en la mayoría de las ocasiones no provoca daños graves, puede traer complicaciones serias para el paciente, lo que dificulta o retrasa su tratamiento, ocasionando dolor y sufrimiento, aumentando la estancia hospitalaria y en consecuencia los costos para él y para la institución, además trae consigo, por leve que sea, factores sicológicos relacionados con la pérdida de movilidad. (7)

En un hospital, la posibilidad de caída de los pacientes constituye un riesgo real y su prevención es un indicador de calidad asistencial por parte del personal de salud (8). Se definiría este indicador como el número de caídas presentadas durante la hospitalización sobre el total de ingresos del hospital.

En el campo del control de calidad, la ocurrencia de fracturas puede reflejar inadecuados procedimientos por parte de enfermería por una incorrecta monitorización del paciente y por inexistentes medidas de seguridad. (3,4,13)

Con una correcta gestión del riesgo y la implantación de protocolos o programas de seguridad en el hospital se puede conseguir una mejor calidad en el cuidado de enfermería. En un trabajo realizado por Tapia VM y col. en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH) de México: "Prevención de caídas, indicador de calidad del cuidado enfermero", se pudo constatar como tras la concienciación del personal de enfermería y la aplicación de un protocolo de seguridad, se logró elevar el índice de eficiencia un 36,68% que se reflejó en una mejora en la prevención de caídas. Igual que en otros trabajos similares que corroboran la misma idea de que si el personal sanitario toma conciencia de la importancia de cumplir con las medidas de seguridad, se puede mejorar en gran medida la efectividad en el uso de las mismas. (9 - 12)

Pero no solo es necesaria la puesta en marcha de acciones de mejora, es preciso su control y seguimiento para conseguir buenos resultados. (13,14,15) Hay autores que dan un paso más y exponen la necesidad de diseñar un instrumento de valoración unificado y aplicable en todas las unidades de hospitalización estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de caídas e incluye la educación como un factor relevante para involucrar al paciente y familia en sus cuidados. (9,13)

Los factores de riesgo de caídas han sido objeto de múltiples investigaciones; sin embargo, no hay evidencia científica para asegurar que las intervenciones individuales sobre estos factores reduzcan significativamente la incidencia de caídas de los pacientes hospitalizados, pero parece que el abordaje multidisciplinar y aplicar medidas estratégicas pueden disminuir la incidencia. (12,13,14,16,17)
Ahondando en esta controversia, la guía que la OMS editó con fecha de marzo de

2004 sobre este tema y establece que no existe evidencia A o B para recomendar o no, la implantación en el ámbito hospitalario de la intervención multifactorial. Pero aunque existan dudas sobre la eficacia de las intervenciones preventivas sobre las caídas en el hospital, creemos que es importante realizar un registro de ellas para conocer su magnitud e identificar el contexto en el que se producen estableciendo las medidas sobre el enfermo y su entorno hospitalario, con el fin de que disminuya el efecto adverso caída. (15,16)

modesta reducción de las tasas de caídas, pero no de fracturas, en pacientes hospitalizados cuando se utilizaba una estrategia de intervención múltiple. (17)
Aunque la relación coste/beneficio de las medidas de prevención de fracturas puede ser motivo de controversia, los gastos derivados de las intervenciones para reducir el riesgo son menores que los originados por la propia caída principalmente si ésta produce fractura.
Muchas de las caídas se pueden prevenir si tenemos presente que una de las principales acciones es una valoración integral del paciente al ingreso (19) y durante su estancia hospitalaria, con el fin de detectar factores de riesgo que afectan a su seguridad, tanto intrínsecos como extrínsecos y poderlos controlar con el compromiso de todo el personal que interviene en la atención del paciente y también de la familia y del propio enfermo si puede colaborar. Posteriormente se implementarían planes de cuidado acordes a las necesidades detectadas con el objetivo de garantizar un medio hospitalario seguro. (3, 4, 5, 8,18)

Además de la detección de factores ambientales, tenemos que tener en cuenta que la población es cada vez más longeva y nuestros pacientes tienen una edad elevada, por lo que los factores de riesgo intrínsecos también se elevan siendo necesario tratar las patologías que favorezcan las caídas; valorar las consecuencias a corto y largo plazo y prevenir las caídas en este grupo de población. Para lograr esto se requiere un trabajo interdisciplinario de atención primaria, atención especializada y servicios sociales. (20, 21.22)

En una revisión sistemática de la literatura realizada por Cochrane Library Plus: "intervenciones para la prevención de caídas en personas ancianas" (25) y en otros estudios que hacen referencia al riesgo en personas mayores se obtuvieron, (26, 27,28) entre otras, las siguientes conclusiones:

- Se necesitan más datos para confirmar si las estrategias aparentemente efectivas para reducir significativamente el número de individuos que sufren caídas, lo son también para reducir sus secuelas más graves, como las fracturas.

- Las intervenciones aparentemente efectivas pueden requerir una reevaluación en diferentes sistemas de atención sanitaria.

- Se necesitan instituciones, como por ejemplo, los hogares de cuidado y los hospitales.

En el caso que nos ocupa se considera la terapia post quirúrgica (5,13) un riesgo que puede producir caída en el hospital, el paciente se encuentra en esta fase hospitalaria en un estado de vulnerabilidad de su seguridad física que requiere una atención de enfermería de alta calidad y máxima seguridad.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el grado de implantación de un protocolo de cuidados centrado en pacientes en fase post quirúrgica, para evitar la caída en esa fase, así como el impacto de la intervención enfermera.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, realizado tras una intervención en pacientes ingresados para cirugía traumatológica en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, del Complejo Asistencial de Ávila. Se realizó un muestreo no probabilístico (N= 48), en dos fases distintas con un mes de diferencia. En la recogida de datos se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas, clínicas y valoración del paciente. También aspectos del entorno, la movilización y valoración de la intervención enfermera y sus registros. Las variables son ítems de control seleccionados por las investigadoras, del protocolo instaurado en el hospital: Protocolo de Prevención de Fractura de Cadera en pacientes sometidos a Cirugía. (Anexo II).

En cuanto a las personas se valora: Sexo. Edad. Intervenciones quirúrgicas realizadas. Día de la intervención. Si tienen alteraciones sensoriales o neurológicas, alteración de la conciencia. Si tienen acompañante familiar o se encuentra solo. Artefactos como sueroterapia que dificulten la movilización.

Para valorar aspectos del ambiente nos preguntamos: ¿Están las barandillas subidas?. ¿Está colocado el triángulo que sirve de apoyo para la movilización en la cama? ¿Hay elementos de estorbo en la habitación?. Consideramos estorbo, el mobiliario de la habitación u otros elementos en lugar inadecuado que no permita caminar por la habitación.

También se tiene en cuenta la valoración de los Registros de enfermería, se valoró: Constancia en la gráfica de las constantes vitales, Registro de los líquidos intravenosos del tratamiento. Control de la micción espontánea después de la anestesia y Registro del dolor con su valoración según la escala visual.
En el bloque de registros se contabilizaron los Planes de Cuidados en los que constaba el Diagnóstico de Enfermería de Riesgo de Caída, incluidos en el registro informático del programa Gacela Care, utilizado en el hospital. Se valoró si están registrados o no instrucciones referentes a la movilización de los pacientes.

Seleccionamos enfermos ingresados en periodo postquirúrgico en el primer y segundo día después de la intervención.

Se analizaron los resultados utilizando estadística descriptiva.

Previo a la observación y recogida de datos, se solicitó la autorización de los enfermos mediante consentimiento informado.

Resultados

Los resultados obtenidos se pueden ver en las tablas incluidas en el Anexo I.

La edad media de los enfermos del estudio es de 69,58 y son mujeres mayoritariamente, un 79,16% frente al 20,83% que son hombres.

Son enfermos ingresados en la Unidad de Traumatología y Ortopedia, en un porcentaje alto para la colocación de prótesis de cadera o rodilla, 23 de los enfermos valorados que corresponde a un porcentaje de 44,91%. Otro gran bloque corresponde a enfermos con osteosíntesis de fractura de cadera con clavo PFNA, en un 20,83%. El resto de los casos corresponde a dos con recambio de prótesis de cadera, 1 biopsia y 8 correspondientes a osteosíntesis de fractura de miembros superior e inferior, no cadera.

Al valorar el entorno, encontramos en un 72,83% a los enfermos con las barandillas subidas. Los enfermos que no tienen barandillas elevadas en la cama son enfermos que en el día segundo después de la intervención quirúrgica, están fuera de la cama, sentados en sillón o deambulando. Todas las camas cuentan

con el triángulo de ayuda para favorecer la postura y la movilidad del paciente. En las habitaciones no encontramos obstáculos que dificulten la deambulación.

Los enfermos tienen en un porcentaje alto en el primer día después de la intervención sueroterapia, que disminuye hasta un 50.23% en el segundo día. A pesar de que se tiende a canalizar vías periféricas para el tratamiento endovenoso, de forma que no imposibilite la movilización de los miembros superiores y no dificulten el apoyo en la movilización, se encuentra a todos los enfermos sin mover apenas el miembro en el que tienen la vía periférica. Detectamos 6 casos con alteración sensorial, son enfermos con demencia senil, previa al ingreso y en el momento de la observación 2 de ellos están con Síndrome Confusional Agudo.

Nos llama la atención, que en los dos días estudiados encontramos quince enfermos que provienen de residencias sociosanitarias y en el hospital están solos, en el segundo día de la intervención. Creemos que es un dato elevado a tener en cuenta.

Referente a la valoración de la cumplimentación en el registro de Enfermería de intervenciones enfermeras, encontramos el control de constantes vitales en la totalidad de las gráficas, constancia también al 100% del registro de la primera micción espontánea en la Unidad de hospitalización y el registro de los líquidos intravenosos en el tratamiento y la inclusión del Diagnóstico de Enfermería de Riesgo de Caídas en los planes de Cuidados en un 85.41 %. En un 79,16% encontramos registrado la valoración del dolor.

Las instrucciones para la movilización constan también en los registros de enfermería en un 79,16%, pudiendo observar si el enfermo se puede sentar en sillón, cargar en el miembro afecto, si puede caminar con apoyo o está en reposo absoluto.

No se realiza una valoración previa de riesgo de caída. Por ser una unidad de Traumatología, donde la movilización está alterada, se consideran todos los enfermos de alto riesgo de caída.

Conclusiones

Los buenos datos encontrados después del análisis demuestran el alto nivel de implantación del protocolo.

El control sobre las medidas ambientales y la valoración del paciente se cumplimenta en un porcentaje alto, así como la cumplimentación de la valoración del enfermo y registros de Diagnósticos de Enfermería.

Consideramos que para las personas que en el post operatorio se encuentra sin familiares, sería necesario protocolizar una intervención enfermera específica y evaluar su eficacia. Son enfermos mayores, polimedicados, con alteraciones sensoriales y de conciencia, que necesitan mayor vigilancia por estar sin familiares.

Como otros autores consideramos necesario hacer valoraciones periódicas de los indicadores que ratifiquen la cumplimentación del protocolo, así como la implementación de programas o actividades encaminadas a elevar y mantener la concienciación de todos los profesionales de la salud sobre los factores de riesgo asociados a caídas de pacientes en el hospital, implicando además a los usuarios, enfermos y familiares. (14,20-24)

Consideramos que la prevención de caídas es un trabajo continuado que implica a todo el equipo sanitario y vemos necesario realizar ensayos controlados aleatorios para evaluar la efectividad de los programas de prevención de caídas en el hospital.

Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Webbased Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. 2006 Disponible en: www.cdc.gov/ncipc/wisqars. Consultado el 01-09-2010.

2. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado Dic 2006]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/interes/2/2a.pdf

3. Caídas en hospitales, BestPractice Information Sheets, Vol.2, Issue 2 (pag.1-6), 1998 [actualizado 15-03-10]. Disponible en: www.joannabrings.edu.au

4. Santos Laraña, M.L.; Clavería Aranguren, M.U.; Ollobarren Huarte, C.; Agote Cuesta, C.; Domínguez Gómez, C.; Goñi Guillén, M.. Monitorización de las caídas como efecto adverso en pacientes hospitalizados. Metas de enfermería, 2007;10 (9):18-22

5. Astudillo W, Mendinueta C. Las caídas del anciano: prevención y tratamiento. *Temas De Hoy* 1995; 3 (6):417-26.

6. Passaro A, et al. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. Journal of Clinical Epidemiology. 2000; 53(12): 222-1229.

7. Tapia Villanueva M. Prevención de caídas, indicador de calidad del cuidado enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2003;11(2):51-57.

8. Kannus P, et al. Injuries from. falls are increasing in older adults. JAMA. 1999; 281:1895-99.

9. Leal Llopis, J; Calvo Bohajar, M; Paredes Sidrach de Cardona, A; De la Hrea Fontcuberta, C; Clemares García, M. A; Crespo Carrión, M. J. Implantación del protocolo de prevención de caidas para la mejora de la seguridad de los pacientes. Rev Paraninfo Digital, 2008; 5.

10. Bentolero Ríos, Lidia Eugenia; Zamorano Suástegui, María de Lourdes; Añorve Gallardo, Araceli Medidas para la seguridad física de los pacientes aplicadas en la terapia postquirúrgica Rev Mex Enferm Cardiológica 2008 ene-abr 16(1):5-10

11. Leiva, Amada; Arriagada, Ivonne. Protocolo de prevención de caídas. Revista Horizonte Enferm -Chi-. 2008 jul-dic 19(2):83-95.

12. Carrión Camacho, R; Limpo de la Iglesia, P; Oliva Oliva, F; Ramírez Duque, N; Dorado García, R; Penacho Toro, M; Roldán García, A. Garantizar la seguridad en la atención, mediante un programa de prevención y actuación ante las caídas Rev Paraninfo Digital. 2010 V(8)

13. Erin Gustafson S. Valorar el riesgo de caídas e intervenir para aumentar la seguridad del paciente. Nursing. 2008; 26(9): 48-49.

14. Urruela, M.; Gómez, E.; Iglesias, C; Valtierra, M.; González, Y.; Escobar, A.; Latorre, M.. Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. Rev Mult Gerontol 2002;12(1):14-18

15. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. Qual Saf Health Care. 2007 Oct;16(5):369-77

16. Silvano Arranz, A; López González, MM; Olea Martínez, C; Martínez Lorenzo, A; Fernández Lao, I; Torres Alegre, P. Efectividad de la intervención enfermera en el riesgo de caídas. Evidentia 2006 ene-feb. Año 3(7)

17. Juvé Udina, ME; Carbonell Ribalta, MD; Sánch ez Jiménez, P; Brossa Miquel, P; Ortí Contel, F; Villanova Solano, ML; Blanco Merino, I; Bolekia Bonai, M; Artigas Lage, M; Ortega Matas, C . Riesgo de caída en adultos hospitalizados Revista Enferm Clínica 1999 nov-dic 9(6):257-263.

18. Echeverría Beroiz, C; Santos Laraña, M.A. Riesgo de caída en un hospital de agudos. Revista ROL de enfermería, Vol. 30, Nº. 2, 2007: 42-46

19. Agudelo Becerra, Yaneth Matilde. En la prevención de caídas, lo primero es la valoración. Evidentia. 2009 oct-dic; 6(28). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n28/ev7000.php Consultado el 22 -10- 2010.

20. Lázaro del Nogal M, et al. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):54-63

21. Mesa Melgarejo L. La enfermera es la primera línea de defensa en la seguridad del paciente. Evidentia. 2007 nov-dic; 4(18).

22. Fowler FJ Jr, Epstein A, Weingart SN, Annas CL, Bolcic-Jankovic D, Clarridge B, Schneider EC, Weissman JS. Adverse events during hospitalization: results of a patient survey. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008 Oct;34(10):583-90.

23. Haines TP, Hill KD, Bennell KL, Osborne RH. Patient education to prevent falls in subacute care.ClinRehabil.2006;20:970–9.

24. Arroyo de Cordero, G; Victoria Ochoa, R. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Desarrollo Científ Enferm -Méx- 2006 may 14(4):145-150.

25. Gillespie LD, et al. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas. Cochrane Library Plus en español.

26. WHO. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented? Disponible en: http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf.

27. CoussementJ, et al. Interventions for Preventing Fallsin Acute and Chronic-Care Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Jam. Geriatr. Soc. 2008,56: 29–36.

28. National Institute for Clinical Excellence. Falls: the assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21. 2004. Disponible en: ttp://www.nice.org.uk

ANEXO I

Sexo		
HOMBRES	10	20,83%

MUJERES 38 79,16%

Edad Media 69.58

Patologías

PTC	11 (22.91%)
PTR	12 (22%)
PFNA	10 (20.83%)
BIOPSIA	1 (12.5%)
OSTEOSINTESIS	6 (12.5%)
RECAMBIO PTC	2 (4.16%)
OTROS	2 (4.16%)

PTC – Prótesis Total de Cadera
PTR- Prótesis total de Rodilla
PFNA- Osteosíntesis Fractura de cadera enclavado PFNA

Valoración del Paciente

Con Sueros/Sondas Día 1	34 (70.83%)
Con Sueros/Sondas Día 2	24 (50.23%)
Alteración Consciencia	6 (12.5%)
Enfermo "solo"	15 (31.25%)

Valoración del Entorno

Barandillas subidas	35 (72.83%)
Triángulo y Apoyos	41 (85.41%)
Sin Obstáculos	46 (95.83%)

Valoración de Intervención y Registro

DX Riesgo de Caídas	41 (85.41%)
Registro de CTES y Líquidos	48 (100%)
Registro de Dolor y Valoración	38 (79.16%)
Instrucciones Movilización	38 (79.16%)
Control de Micción	48 (100%)

ANEXO II

Protocolo de prevención de fractura de cadera en pacientes sometidos a cirugía.
Complejo Asistencial de Ávila. División de Enfermería. Unidad de Formación y Calidad

Los pacientes sometidos a cirugía presentan riesgo de caídas en el postoperatorio.
Este riesgo está relacionado con:
La disminución del nivel de consciencia a causa de la anestesia
La falta de sensibilidad o motricidad en las zonas afectadas
La hipotensión secundaria a la intervención, la anestesia y analgesia.
La presión que supone la inmovilidad en las partes en que se apoya todo el peso del cuerpo y que produce un gran disconfort e incluso dolor en estos pacientes.
La permanencia de sondas, vías, drenajes, pies de goteo, etc. que pueden dificultar la deambulación.
La probabilidad de que estas caídas produzcan una fractura aumenta con la edad; la fractura de cadera es la más frecuente y es la que acarrea un mayor índice de morbimortalidad.

OBJETIVO:
La aplicación de este protocolo va encaminada a disminuir el riesgo de fracturas de cadera por caídas durante el periodo postoperatorio
Momento de aplicación:
Durante el periodo postoperatorio, éste se encuentra comprendido entre el final de la intervención hasta el alta hospitalaria.
Personal que interviene:

Enfermera y auxiliar de enfermería
En algunas ocasiones se precisa la colaboración de un celador

MATERIAL:
Material para el control de las constantes vitales (esfignomanómetro, pulsioxímetro, termómetro...)
Cama articulada con barandillas, triángulo de movilización activa y colchón de viscoelástico para aliviar la presión.
Dispositivos de ayuda a la incorporación.
Suelo antideslizante
Inmovilizadores -protectores
Asideros en baños y pasillo
Timbres de llamada al alcance de la mano
Andadores

PRECAUCIONES:
-El paciente no debe levantarse si no ha recuperado totalmente el nivel de conciencia y no ha recuperado la sensibilidad de la zona anestesiada
-Si presenta hipotensión postquirúrgica, permanecerá en la cama hasta la recuperación de la TA
-La primera vez que se levante después de la intervención, siempre lo hará en presencia del personal de enfermería, despacio y sentándose primero en la cama.
-Ante síntomas de mareo, palidez, etc. la enfermera comprobará los niveles de hematocrito y hemoglobina en sangre.
-En algunos casos será necesaria la utilización de ayudas mecánicas de apoyo como andadores, bastones, dispositivos de ayuda a la incorporación etc., así como el apoyo de recursos humanos.
-Si el paciente está agitado y/o desorientado utilizar inmovilización según el protocolo de cada hospital
-Iniciar la deambulación con paseos cortos y frecuentes e ir aumentando progresivamente la distancia según tolerancia a la actividad de cada paciente.

DESARROLLO:
Durante el postoperatorio inmediato, en URPA:
-Monitorización y valoración continua de constantes vitales
-Monitorización y valoración del nivel de conciencia
-Valoración de la sensibilidad y motricidad de la zona anestesiada
-Valoración de presencia y características del dolor y de la necesidad y/o eficacia de la analgesia
-Mantener las barandillas de seguridad de la cama elevadas
Durante el postoperatorio en la Unidad de hospitalización:
-Control y valoración de constantes al ingreso en la Unidad y con frecuencia hasta su normalización. Una vez estabilizado, toma de constantes según prescripción facultativa.
-Valoración del nivel de conciencia (somnolencia, confusión, desorientación, relajación)
-Valorar el dolor y la necesidad y/o eficacia de la analgesia
-No dejar al paciente solo o mantener elevadas las barandillas de seguridad en la cama hasta que el paciente esté completamente despierto o haya recuperado la sensibilidad de la zona anestesiada.
-Colocar al paciente en una posición libre de compresiones y posturas forzadas, con el fin de evitar lesiones (musculares, articulares...)
-Informar al paciente sobre su situación indicándole que debe mantener el reposo pautado y que no se levantará sin ayuda.
-Instruir al paciente sobre la primera micción. Si el paciente es portador de sonda vesical se le informa sobre la sensación de necesidad de orinar no real que puede presentar, con ello evitamos que se levante al baño. Si no es portador de sonda, insistir en que nos avise para acercarle los dispositivos de ayuda para orinar en la cama, insistiendo en que no debe levantarse en ningún caso.
-Informar a la familia sobre la necesidad de que el paciente permanezca acompañado en cada momento, debiendo avisar a la enfermera en el caso de que tenga que dejarlo solo (el mayor porcentaje de caídas ocurre en pacientes que están solos)
-Instruir a la familia sobre la forma adecuada de realizar una movilización progresiva en los pacientes postquirúrgicos. Instruirles también sobre el funcionamiento de la cama articulada y el triángulo de movilización activa para favorecer el bienestar del paciente.
-Colocar el timbre de llamada en un lugar accesible para el paciente

Una vez iniciada la deambulación:
- Valorar el entorno: debe de estar libre de obstáculos y ordenado
- Evitar suelos resbaladizos
- Proporcionar duchas con suelo antideslizante
- Procurar la utilización de calzado adecuado, que ajuste bien, sin utilizar zapatillas abiertas por detrás
- Informar sobre la utilización de asideros
- Instruir a la familia en que durante los primeros días deben acompañar al paciente al baño.

REGISTROS:
Hoja de valoración.
Gráfica de constantes
Plan de cuidados que incluya el diagnóstico de Riesgo de caídas y la complicación potencial de Fractura de cadera
Comentarios evolutivos de enfermería
Registro de riesgo de caídas
Registro de caídas