

Repercusión del COVID-19 en la incidencia de caídas del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"

Impact of COVID-19 on the incidence of falls at Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"

Autores: María Jimeno Ruiz (1), Moisés Gracia Martínez (2), Pilar Angosto Agudo (3); María Rosario López Sabater (3); Isabel López Arroyo (4)

Categoría profesional y lugar de trabajo: (1) Enfermera. Supervisora de Enfermería del Servicio de Consultas Externas del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"; (2) Enfermero del Servicio de Formación Continuada del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"; (3) Enfermera del Servicio de Codificación del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"; (4) Enfermera del Servicio de Admisión del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".

Dirección de contacto: mjimru1502@gmail.com

Fecha recepción: 09/02/2022

Aceptado para su publicación: 30/06/2022

Fecha de la versión definitiva: 06/07/2022

Resumen

Objetivo. Conocer si ha existido un incremento en número de caídas registradas en el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" durante la situación de emergencia sanitaria de COVID-19, así como las diferentes circunstancias y consecuencias de las mismas. **Metodología.** Estudio observacional descriptivo longitudinal, en el que se analizó la incidencia de caídas en el HCDGU durante el periodo del 1 de marzo a 30 de junio de 2020, realizando una comparativa con respecto al mismo periodo en los 2 años anteriores; asimismo se realizó un análisis descriptivo de las características de estos pacientes, factores asociados a dichas caídas y de las consecuencias de las mismas. **Resultados.** 109 caídas en 105 pacientes. Incidencia ‰ estancia/año: 1,5980 (2018), 0,6366 (2019), 0,9349 (2020). El 63,3% de las caídas se produjeron en hombres. La edad media al ingreso fue de 77,91 años (DT=11,923) IC95% [37-97]. Factores que mostraron relación estadísticamente significativa para las caídas fueron: lugar de ocurrencia, causas, circunstancias que la rodean, hora y consecuencias. **Discusión.** Si bien es verdad que la incidencia acumulada es mayor en el año 2018, el número de caídas en el mes de abril del año 2020, que es donde se produjo el pico de la pandemia, duplica las caídas con respecto a los dos años anteriores. En este periodo, los hospitales fueron sometidos a presiones referentes a espacio, material y personal sanitario difíciles de prever.

Palabras clave

Accidentes por Caídas, Hospitales; Infecciones por Coronavirus; Factores de Riesgo; Atención de Enfermería; Seguridad del Paciente.

Abstract

Objective. To know if there has been an increase in the number of falls registered in the Central Hospital of Defense "Gómez Ulla" during the health emergency situation of COVID-19, as well as the different circumstances and consequences thereof. **Methodology.** Longitudinal descriptive observational study, in which the incidence of falls in the HCDGU was analysed during the period from March 1 to June 30, 2020, making a comparison with respect to the same period in the previous 2 years; Likewise, a descriptive analysis of the characteristics of these patients, factors associated with these falls and their consequences was carried out. **Results.** 109 falls in 105 patients. Incidence ‰ stay/year: 1.5980 (2018), 0.6366 (2019), 0.9349 (2020). 63.3% of the falls occurred in men. The mean age at admission was 77.91 years (SD=11.923) CI95% [37-97]. Factors that showed a statistically significant relationship for falls were: place of occurrence, causes, surrounding circumstances, time and consequences. **Discussion.** Although it is true that the accumulated incidence is higher in 2018, the number of falls in the month of April 2020, which is where the peak of the pandemic occurred, doubles the falls compared to the two years previous. During this period, hospitals were subjected to pressures regarding space, material and health personnel that were difficult to foresee.

Keywords

Accidental Falls, Hospitals; Coronavirus Infections; Risk Factors; Nursing care; Patient Safety.

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) declaró como pandemia la situación de emergencia sanitaria ocasionada por el brote epidémico de la COVID-19 (acrónimo del inglés coronavirus disease 2019) identificada por primera vez el 12 de diciembre de 2019 en Wuhan, provincia de China (1).

La pandemia originó la transformación drástica de los Hospitales, entre ellos el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (en adelante HCDGU), donde las diferentes unidades se vieron obligadas a reconvertirse para dar respuesta a las necesidades emergentes derivadas de la crisis sanitaria, modificando su actividad habitual, lo que representó un incremento de las camas de un 51 por 100 en hospitalización, un 450 por 100 en urgencias y un 277 por 100 en UCI (2).

Esta nueva situación estructural junto a las medidas preventivas que tuvieron que ser llevadas a cabo para lograr el distanciamiento social y la protección tanto de los pacientes como del propio personal sanitario, que incluía el aislamiento de los pacientes infectados o con sospecha de infección por SARS-CoV-2 y la restricción de las visitas por parte de los familiares de los pacientes ingresados, nos hizo preguntarnos si había existido un incremento en el número de caídas registradas en el HCD durante este periodo. Las caídas constituyen un riesgo real dentro del ámbito hospitalario, y sus consecuencias suelen tener una gran repercusión en el bienestar del paciente y de su familia, dando lugar a consecuencias tanto a nivel físico como psicosocial, así como en los costes y la sostenibilidad del sistema sanitario.

La OMS define el término caída como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (3). Según el informe de la OMS, las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales (4).

Las caídas forman parte de los llamados "eventos adversos hospitalarios", que comprometen la seguridad de los pacientes, lo que les convierte por ende en un elemento clave para la calidad asistencial (5). No es un problema nuevo, los primeros estudios sobre eventos adversos (EAs) se remontan a los años 1950-1960, aunque no fue hasta el año 2005 donde se dio un paso cualitativo en esta materia. Fue entonces cuando la OMS y Joint Commission iniciaron el proyecto "Alianza mundial para la seguridad del

paciente", estableciendo un conjunto de medidas clave para reducir el número de eventos adversos que se producen durante la atención médica (6). Se estima que más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas, que suponen el sexto evento adverso más notificado en la base de datos de sucesos centinelas de la Joint Commission (7).

Si bien es cierto que podría argumentarse que todos los pacientes por el mero hecho de estar ingresados tienen riesgo de caerse durante su proceso de hospitalización, existen factores de riesgo que van a predisponer a sufrir una caída, los cuales se pueden clasificar en: Factores intrínsecos, que serían aquellos que están asociados a la situación personal y clínica del paciente, inherentes a la persona en general y que no varían a lo largo del tiempo, y factores extrínsecos que son aquellos asociados al ambiente o al entorno del paciente y que pueden modificarse con el tiempo, por lo que resultan clave a la hora de planificar la intervención en la prevención de las caídas en los hospitales (8).

El personal sanitario tiene un papel clave en la prevención de caídas. En este sentido conocer las diferentes circunstancias y consecuencias de las caídas que se han producido en el hospital durante el periodo COVID y compararlo con los datos recogidos de años anteriores, nos ayudaría a prevenirlas identificando si ha existido variación en los factores de riesgo evitables o intensificando las medidas de prevención ante los factores que no sean modificables, adaptándolas al momento en el que nos encontramos. Para ello, quisimos estudiar los factores tanto extrínsecos como intrínsecos desencadenantes, analizar sus circunstancias, así como las consecuencias resultantes, lo que nos permitirá ante un posible escenario de repunte o cronicidad de la enfermedad, desarrollar un conjunto de medidas de mejora que faciliten la detección y el seguimiento de los pacientes susceptibles a sufrir una caída durante su ingreso hospitalario.

Por tanto, el objetivo general del estudio es analizar si ha existido un incremento en el número de caídas registradas en el HCDGU durante la situación de emergencia sanitaria ocasionada por COVID-19.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Identificar los factores tanto extrínsecos como intrínsecos desencadenantes de las caídas.
- Determinar las consecuencias de las caídas producidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal, en el que se analizó la incidencia de caídas (nuevos casos) registradas en el HCDGU durante el periodo del 1 de Marzo a 30 de Junio de 2020, donde tuvo lugar la aprobación del primer Estado de Alarma decretado por el Gobierno de España durante la crisis sanitaria por el COVID 19, realizando una comparativa con respecto al mismo periodo en los 2 años anteriores (2018 y 2019); asimismo se realizó un análisis descriptivo de las características de estos pacientes, de los factores asociados a dichas caídas y de las consecuencias de las mismas.

La **población a estudio** estuvo conformada por todos los pacientes que ingresaron en las diferentes unidades de hospitalización del HCDGU durante el periodo a estudio y que sufrieron una caída (n=109), según la información registrada en la base de datos de la Comisión de Caídas (perteneciente a la Comisión de Calidad de Enfermería del HCDGU), y cuyos datos se recogieron a través de la cumplimentación del formulario de registro de caídas del HCDGU.

En cuanto a los **criterios de elegibilidad**, se incluyeron los pacientes de ambos sexos, sin límite de edad, ingresados en el HCDGU durante el periodo comprendido entre marzo-junio en los años 2018 y 2019 (periodo pre COVID) y el periodo comprendido entre marzo-junio del año 2020 (periodo COVID), debido a cualquier patología tanto quirúrgica como médica. No se ha considerado ningún criterio de exclusión.

Las **variables a estudio** se categorizaron en tres grupos: *independiente* (exposición a infección por COVID-19), *dependientes* (Nº caídas registradas, el motivo y las consecuencias de las caídas) y de *control / sociodemográficas* (edad, sexo, acompañamiento, medicación de riesgo, lugar, turno).

Cada caída fue registrada por la enfermera responsable del paciente en el momento en el que tuvo lugar la misma, mediante la cumplimentación del formulario de registro de caídas del HCDGU, que se encuentra accesible en todas las unidades de Enfermería. La recogida de datos de dichos formularios se realizó por las 2 enfermeras responsables de la Comisión de Caídas que se encargan del registro de las mismas, y cuyo nombramiento ha sido validado por la institución.

Los datos recopilados se encontraban ingresados en una base de datos utilizando el sistema informático Microsoft Excel. Previa autorización

del Comité de Ética y de la Comisión de Calidad de Enfermería, se procedió por parte del equipo investigador al acceso de dicha base de datos para la explotación y análisis de los datos recogidos. Dicha base de datos fue anonimizada y constaba de dos ejes y un cuerpo: El eje vertical, recogía el número correlativo asociado al episodio de caída, el eje horizontal recogía el resto de variables a estudio, y el cuerpo recogía un código alfanumérico que indica según la variable, las características asociadas a la caída.

El análisis estadístico se realizó utilizando los programas informáticos Excel (Microsoft Office 2019) versión 16.0 y SPSS (Statistical Analysis System, Chicago, EUA) versión 25.0. La muestra fue emparejada utilizando el SPSS 25.0. Para las variables categóricas se emplearon las frecuencias absolutas y relativas porcentuales y para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Se calcularon los Intervalos de Confianza (IC) AL 95%. Se realizó la comparación de proporciones con Chi-cuadrado; se realizó la asociación de variables con el test t de Student y con el test F de Snedecor (ANOVA de una vía), determinando previamente el supuesto de normalidad mediante el test de Kolmogorof-Smirnov (K-S). Se utilizaron pruebas no paramétricas cuando la naturaleza de los datos así lo requería (U de Mann-Whitney, Kruskal Wallis). En todos los casos, como grado de significación estadística se empleó un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se produjeron un total de 109 caídas. Del total de los pacientes estudiados, cuatro personas se cayeron en dos ocasiones y una persona tuvo una tercera caída durante su estancia hospitalaria. Se ha realizado el estudio comparativo de la incidencia de caídas en el periodo seleccionado comparando los tres años de estudio.

El número de pacientes ingresados en el periodo de estudio en las unidades de hospitalización del HCD en el año 2018 fue de 32539. De ellos 52 pacientes sufrieron caídas estando ingresados en una unidad de hospitalización, lo que supone una incidencia de caídas por mil días de estancia del 1,5980‰.

Los resultados en el año 2019 nos señalan que se produjeron 22 caídas en un total de 34558 estancias, lo que supone una incidencia del 0,6366‰.

Los resultados en el año 2020 (periodo COVID) nos indica que se produjeron 35 caídas de un total de 37437 estancias, resultando una incidencia del 0,9349‰.

El 63,3% (69) de las caídas se produjeron en hombres. La edad media al ingreso fue de 77,91 años (DT=11,923) IC95% [37-97].

En la **Tabla 1** pueden verse los resultados sobre las circunstancias en las que se produjeron las caídas, sus características y otras variables analizadas, así como la comparación de variables entre los distintos periodos de estudio.

VARIABLES CUALITATIVAS		Año 2018 n (%)	Año 2019 n (%)	Año 2020 n (%)	Significación (bilateral) p	Chi-cuadrado de Pearson
MES DE CAÍDAS	Marzo	12 (23,1)	9 (40,9)	13 (37,1)	0,013*	16,120
	Abril	9 (17,3)	5 (22,7)	14 (40)		
	Mayo	15 (28,8)	6 (27,3)	6 (17,1)		
	Junio	16 (30,8)	2 (9,1)	2 (5,7)		
SEXO	Varón	30 (57,7)	14 (63,6)	25 (71,4)	0,427	1,700
	Mujer	22 (42,3)	8 (36,4)	10 (28,6)		
LUGAR	Habitación	16 (30,8)	13 (59,1)	29 (82,9)	p<0,001*	69,536
	Baño	0 (0,0)	9 (40,9)	6 (17,1)		
	Otros	36 (69,2)	0 (0,0)	0 (0,0)		
CAUSAS	Al levantarse solo	26 (51,0)	13 (61,9)	20 (57,1)	0,004*	35,284
	Dificultad en la marcha	11 (21,6)	1 (4,8)	1 (2,9)		
	Mareo	6 (11,8)	1 (4,8)	3 (8,6)		
	Otras	8 (15,7)	6 (28,6)	11 (31,4)		
ALTO RIESGO DE CAÍDAS AL INGRESO (DOWTON >3)		43 (82,7)	18 (81,8)	24 (68,6)	0,264	2,666
CONTENCIÓN FÍSICA (BARANDILLAS)		4 (7,7)	10 (45,5)	17 (48,6)	p<0,001*	21,098
CAÍDA EN TURNO DE MAÑANA		14 (30,4)	3 (13,6)	4 (12,1)	p<0,001*	40,203
CAÍDA EN TURNO DE TARDE		32 (69,6)	8 (36,4)	9 (27,3)		
CAÍDA EN TURNO DE NOCHE		0 (0,0)	11 (50,0)	18 (54,5)		
CONSECUENCIAS	SI	15 (28,8)	13 (59,1)	17 (48,6)	0,031*	6,963
	NO	37 (71,2)	9 (40,9)	18 (51,4)		
PACIENTE SE ENCUENTRA SOLO	SI	29 (55,8)	14 (63,6)	29 (82,9)	0,031*	6,918
	NO	23 (44,2)	8 (36,4)	6 (17,1)		
VARIABLES CUALITATIVAS		Año 2018 Media (d.t.)	Año 2019 Media (d.t.)	Año 2020 Media (d.t.)	Significación (bilateral) p	ANOVA (F)
EDAD		77,00 (12,23)	81,18 (8,58)	77,20 (13,13)	0,356	1,043

*Indica significación estadística

Tabla 1. Comparación de variables entre los tres periodos de estudio.

Existen factores que sí mostraron relación estadísticamente significativa con respecto a la caída: el lugar de ocurrencia de la caída, siendo la habitación del paciente el principal lugar donde se produjo la caída en un 53,2% (58) encontrándose relación estadísticamente significativa entre los periodos a estudio (p<0,001). Sin embargo, en otros factores como la edad, el sexo o tener alto riesgo de caídas según la escala de valoración J.H. Downton, no se encontró una asociación estadísticamente significativa.

Si analizamos las causas que rodearon a la caída, podemos observar que la mayoría se produjeron al levantarse sólo en un 55,1% de los casos (59), siendo estadísticamente significativa la relación entre los periodos estudiados (p=0,004). Igualmente tuvo significación estadística el que el paciente se encontrara sin acompañante (p=0,031). Resultó también significativo el uso de barandillas como dispositivo de barrera (p<0,001).

En cuanto a la hora que se han producido las caídas, observamos que es el turno de tarde el que más caídas acumula con 48,5% (49), seguido del turno de noche con 28,7% (29), y finalmente el de mañana con un 20,8% (21), encontrándose relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Las caídas tuvieron como consecuencia algún tipo de lesión en un 41,3% (45) de los casos, observándose diferencias significativas entre los periodos de estudio ($p = 0,031$).

DISCUSIÓN

Los resultados que obtenemos de este estudio reflejan que sí ha existido un incremento significativo en el número de caídas registradas en el HCDGU durante el periodo de mayor presión hospitalaria vivida en el HCDGU en relación a la COVID-19 en el mes de abril del 2020 (incidencia del 1,3328 ‰) con un porcentaje en el número de caídas significativamente superior a la de los años anteriores en el mismo mes. Si bien, la incidencia de caídas en los tres años de estudio a nivel de nuestro hospital (1,0427 ‰) está en consonancia con las descritas en otros estudios previos de caídas realizados a nivel nacional (9,10,11).

En relación a los factores de riesgo examinados se observa que la mayor parte de las caídas se producen en hombres y en mayores de 65 años, no encontrándose diferencia significativa en los tres años de estudio, siendo ambas coincidentes en resultados con otros estudios realizados (9,10,11).

En cuanto a la hora a la que se produjo las caídas, encontramos diferencias significativas: mientras que en los dos años previos a la pandemia la mayor parte de las mismas se produjeron en el turno diurno, durante el periodo COVID la mayor parte de ellas se produjeron durante la noche.

Si analizamos la causa por la que se produce la caída, la principal es al levantarse solo, circunstancia que concurre en los tres periodos. Si que resulta significativo el que, en el periodo de la pandemia, la mayor parte de los pacientes (82,9%) se encontraban sin acompañante en el momento de la caída; esto responde a que durante la misma los hospitales no permitían la entrada a familiares de los pacientes ingresados salvo circunstancias excepciones, con el fin de evitar la propagación de la enfermedad y/o nuevas infecciones en estos pacientes.

Como arrojan los resultados obtenidos, el uso de barandillas durante la pandemia se incrementó notablemente con respecto a los años anteriores,

incluso en pacientes que no presentaban un alto riesgo de caídas, lo que pudo ser motivado por la ausencia de familiares durante este periodo (12).

La mayoría de los pacientes que sufrieron una caída estaban identificados como alto riesgo, sin encontrarse diferencias significativas con respecto a los otros 2 periodos de estudio. Sin embargo, no debemos olvidar que durante la pandemia la organización estructural de las habitaciones se vio modificada, lo que obligó a duplicar habitaciones que en un principio eran individuales, y donde los pacientes se encontraron con más barreras arquitectónicas y menor espacio, lo que supondría un riesgo mayor en cuanto a factores externos.

Con respecto a las lesiones que se produjeron tras las caídas (41,3%), debemos decir que no se observaron consecuencias distintas durante los tres periodos.

Como limitaciones principales que nos hemos encontrado a la hora de realizar el estudio son las inherentes al diseño del mismo, al tratarse de un estudio observacional retrospectivo donde debemos tener en cuenta que los datos recogidos fueron obtenidos a partir de los registros realizados de forma voluntaria por el personal de enfermería, por lo que es posible la existencia de registro inferior al número real de caídas, lo que podía distorsionar nuestra percepción de la realidad.

CONCLUSIONES

Si bien es verdad que la incidencia acumulada es mayor en el año 2018, podemos observar en que el número de caídas en el mes de abril del año 2020, que es donde se produjo el pico de la pandemia, duplica las caídas con respecto a los dos años anteriores. En este periodo, los hospitales fueron sometidos a presiones referentes a espacio, material y personal sanitario difíciles de prever.

Creemos que frente a la situación de pandemia global por COVID-19, la adaptación del funcionamiento de las unidades de hospitalización debe realizarse acorde a las necesidades de los pacientes, no debiéndose relegar las medidas de prevención frente a las caídas, intentando evitar en la medida de lo posible aquellos factores externos frente a los que podemos actuar y resultan clave a la hora de planificar la intervención en la prevención de las mismas.

Como recomendaciones para la prevención de caídas de los pacientes hospitalizados en el HCDGU, planteamos una serie de intervenciones adaptadas a las necesidades de cada persona y el entorno asistencial donde se encuentran:

- Mantenimiento de una buena iluminación y orden dentro de la habitación.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda se encuentran al alcance de los pacientes.
- La cama debe estar en posición baja y con el freno puesto.
- Se debe evitar la deambulación cuando el suelo esté mojado y se recomienda el uso de calzado cerrado para los desplazamientos
- Tener accesible el timbre de llamada en caso de que necesite utilizarlo.
- La utilización de barandillas no debe realizarse de manera sistemática (13), y en el caso de que se utilicen por considerar al paciente de alto riesgo, debe realizarle la revisión de las mismas por turno.

Consideramos que es importante implicar tanto al paciente como a la familia en la Prevención de Caídas, y es por ello que, como profesionales del cuidado, debemos procurar la educación en esta materia en relación a las recomendaciones anteriormente citadas, asegurándonos de facilitar la información en distintos formatos (cartelería en las habitaciones, folletos, al ingreso hospitalario, etc.), y que ésta sea comprendida.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 51. 2020 [consultado el 20 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>.
2. Sáez-Garrido JD, Tafalla-García JJ, Chacartegui-Quetglas M. El Hospital Central de la Defensa en la crisis de la COVID-19. Sanid mil [Internet]. 2020 [citado el 2 de julio de 2022];76(2):74-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712020000200005&lng=es.
3. Who.int. Caídas [Internet]. [consultado el 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
4. Organización Mundial de la Salud, 2017. Caídas. FactSheet nº344. [consultado 20 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>.
5. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clín. (Barc) 2004; 123:21-5.
6. Organización Mundial de la Salud, 2012 [consultado 30 de noviembre 2020] Alianza mundial para la seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr74/es/index.html>.
7. Joint Commission. Sentinel Event Statistics - December 31, 2007. [consultado el 10 de diciembre 2020]. Disponible en: www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics.
8. Protocolo de Prevención de Caídas. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid. Marzo 2020.
9. Alcañiz-Mesas AI, Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV, Saiz-Vinuesa MD, Piñero-Sáez S, Muñoz-Pérez B. Incidencia, factores relacionados y consecuencias de las caídas en un hospital de tercer nivel. Nure Inv. 2018; 15(94).
10. Sebastián Viana T, García Martín MR, Núñez Crespo F, Velayos Rodríguez EM, Martín Merino G, González Ruiz JM, et al. ¿Cuál es la incidencia de caídas real en un hospital? EnfermClin. 2011; 21(5): 271-274.
11. Aranda Gallardo M, Morales Asencio JM, Canca Sánchez JC, Toribio Montero JC. Circumstances and causes of falls by patients at a Spanish acute care hospital. JEvalClinPract. 2014; 20(5): 631-637.
12. Font R, Quintana S, Monistrol O. Impacto de las restricciones de visitas de familiares de pacientes por la pandemia de COVID-19 sobre la utilización de la contención mecánica en un hospital de agudos: estudio observacional. J. Healthc. Qual. Res. 2021; 36: 263-268.
13. Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas (Revisada en 2017). Guía de buenas prácticas en Enfermería. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. [consultado 15-02-2021]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf.
14. García-Huete ME, Sebastián-Viana T, Lema-Lorenzo I, Granados-Martín M, Buitrago-Lobo N, Heredia-Reina M del P, et al. Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia. Enferm Clin. 2016;26(2):96-101.
15. Matarese M, Ivziku D, Bartolozzi F, Piredda M, De Marinis MG. Systematic review of fall risk screening tools for older patients in acute hospitals. J Adv Nurs. 2015; 71(6):1198-209.
16. Urruela M, Gómez E, Iglesias C, Valtierra MT, González Y, Escobar A, Latorre M. Caídas en un

hospital de agudos: características del paciente. Rev Mult Gerontol. 2002; 12 (1): 14-18.

17. Walsh W, Hill KD, Bennell K, Vu M, Haines TP. Local adaptation and evaluation of a falls risk prevention approach in acute hospitals. Int J Qual Health Care. 2011; 23 (2):134-141.
18. Secretaría de Salud. Guía o protocolo de prevención de caídas en pacientes hospitalizados. 2011. [consultado el 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/solicitudes.php?id_fn=_download&_fid=2.
19. Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012, Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia 8.- Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. [consultado: 15-12-2020]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc03.htm.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", por su implicación en la prevención de caídas a lo largo de estos años y muy especialmente en esta época tan dura para todos. Gracias a la información recogida y registrada ha sido posible la realización de este estudio.