



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## ORIGINAL

# Implantación de una guía de buenas prácticas para la prevención de caídas: percepción de los pacientes hospitalizados y sus cuidadores

M.D. Saiz-Vinuesa\*, E. Muñoz-Mansilla, T. Muñoz-Serrano, M.P. Córcoles-Jiménez, M.V. Ruiz-García, P. Fernández-Pallarés, L. Herreros-Sáez y F. Calero-Yáñez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

Recibido el 24 de junio de 2015; aceptado el 26 de abril de 2016

Disponible en Internet el 4 de julio de 2016



CrossMark

## PALABRAS CLAVE

Caídas;  
Guías de buenas prácticas clínicas;  
Satisfacción del paciente;  
Calidad asistencial;  
Cuidados de enfermería

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la influencia que la implantación de una guía de buenas prácticas (GBP) para prevenir caídas podría tener sobre la percepción de pacientes hospitalizados y cuidadores respecto a los cuidados proporcionados durante el ingreso y la adherencia (grado de seguimiento) a las recomendaciones recibidas tras el alta.

**Material y método:** *Diseño.* Estudio cuasiexperimental, que incluyó pacientes > 65 años ingresados durante ≥ 48 h en el área médica del Complejo Hospitalario de Albacete. *Muestra.* Ciento cuatro sujetos (muestreo consecutivo enero-marzo de 2013). Grupo experimental (GE): ingresados en unidades con implantación de GBP. Grupo control (GC): unidades con cuidados habituales. *Variables.* Caídas previas y durante ingreso; estado cognitivo (Pfeiffer); independencia en las actividades vida diaria; satisfacción con cuidados e información recibida, utilidad percibida, adherencia a las recomendaciones al alta. *Fuentes de datos.* Historia clínica y entrevista. *Análisis estadístico.* Descriptivo y bivariante. Riesgo relativo. IC 95%.

**Resultados:** Ciento cuatro pacientes, GE 46,2% (48) y GC 53,8% (56). Mujeres 51,9%, edad media 79,9 años (d.t. = 7,8). Pfeiffer 4,3 (d.t. = 3,7). Caídas previas 31,1%. En seguimiento una caída por grupo. Diferencias estadísticamente significativas entre GE/GC: edad, estado cognitivo e independencia para las actividades de la vida diaria. En el GE fue superior el porcentaje de percepción sobre la utilidad de las recomendaciones para prevenir caídas ( $p < 0,001$ ), mayor adherencia ( $p = 0,0002$ ) y estar muy o suficientemente satisfechos con la información ( $p < 0,00004$ ) y los cuidados recibidos ( $p = 0,002$ ).

**Conclusión:** Aplicar recomendaciones siguiendo una GBP para prevenir caídas en personas mayores ha mostrado en usuarios y cuidadores mayor satisfacción con la información, mejor percepción sobre su utilidad y mayor adherencia a las recomendaciones.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [tebisama@hotmail.com](mailto:tebisama@hotmail.com) (M.D. Saiz-Vinuesa).

**KEYWORDS**

Accidental falls;  
Practice guidelines;  
Patient satisfaction;  
Quality of health care;  
Nursing care

**Implementation of a best practice guideline for the prevention of falls: Perception among hospitalized patients and its caregivers****Abstract**

**Objective:** To analyze the influence that the implementation of a fall prevention Best Practice Guideline (BPG) could have on the perception of patients and their caregivers about the utility of the activities implemented, about the care provided during admission and the adherence (the level of follow-up) to the recommendations received at discharge.

**Material and method:** *Design.* Quasi-experimental study. Patients > 65 years admitted ≥ 48 h to the Medical Area of the General Hospital of Albacete. *Sample.* 104 subjects (consecutive sampling January-March 2013). Experimental group (EG). Patients admitted to BPG implementation units. Control group (CG). Usual care units. *Variables.* Sociodemographic characteristics; previous and during admission falls, cognitive status (Pfeiffer); independence in daily life activities (ADLs); satisfaction with care and information provided, utility perceived, adherence to recommendations at discharge. *Data sources.* Interview and clinical history. *Statistical analysis* (SPSS 15.0). Descriptive and bivariate. Relative Risk. CI95%.

**Results:** 104 patients, EG 46.2% (48) and CG 53.8% (56). Women 51.9%, average age 79.9 years (s.d. = 7.8). Pfeiffer 4,3 (s.d. = 3.7). Previous falls 31.1%. In process, 1 fall in each group. There were statistically significant differences between EG/CG: age, cognitive status and independence in ADLs. In the EG was higher the percentage of perception about the usefulness of the recommendations to prevent falls ( $P < .001$ ), greater adherence to them ( $P = 0.0002$ ), and to be very or quite satisfied with the information ( $P < .00004$ ) and care received ( $P = .002$ ).

**Conclusion:** To implement recommendations according to an Evidence-based BPG to prevent falls in older people has shown, in users and caregivers, greater satisfaction, better perception of its usefulness and greater adherence to the recommendations.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Desde los años cincuenta del pasado siglo, pero de manera más intensa en los últimos años, se ha producido un cambio importante en la medición de la calidad de la asistencia sanitaria, incorporando la satisfacción del paciente con el resultado alcanzado como un indicador válido<sup>1-3</sup>. Conocer la opinión de los usuarios permite evaluar los cuidados prestados, detectar problemas y establecer propuestas para mejorar la calidad<sup>2-6</sup> de la atención sanitaria, opinión del usuario que, según la Organización Mundial de la Salud, está relacionada con el principio de participación del consumidor<sup>7</sup>. Además, la Unión Europea en su *Libro blanco de la salud* (2008-2013) argumenta que la participación de los ciudadanos es un valor fundamental<sup>8</sup>. El planteamiento de «cuidados centrados en el paciente» se basa en reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente<sup>2</sup>.

En los países desarrollados la innovación tecnológica y los sistemas de información han hecho que los ciudadanos, potenciales enfermos, cada vez estén más informados sobre los servicios sanitarios, reclamen una atención más personalizada, conozcan mejor sus derechos y tengan mayores expectativas. Los usuarios exigen cada vez más prestaciones y de mayor calidad<sup>6</sup>. La atención sanitaria debe ser efectiva (ejercer un efecto positivo en su nivel de salud), eficiente (ese efecto debe lograrse a un coste asumible), aceptable (para el paciente que lo recibe), accesible (en términos de distancia, esperas, costes), útil (en términos de calidad de vida experimentada) y debe estar basada en la evidencia

(decisiones tomadas en función del conocimiento empírico y no en intuiciones)<sup>5-11</sup>.

Por otro lado, el aumento de la esperanza de vida genera poblaciones cada vez más ancianas y con mayores necesidades y demandas. Uno de los problemas sociosanitarios más importantes en los ancianos son las caídas, tanto por la frecuencia con que suceden como por la relevancia de sus consecuencias en términos de morbilidad, dependencia y consumo de recursos sanitarios, con elevados costes<sup>12</sup>, sin olvidar la pérdida de calidad de vida que conllevan.

Según la OMS las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales<sup>13</sup>. Se calcula que cada año se caen un tercio de las personas mayores de 65 años, proporción que aumenta en pacientes institucionalizados<sup>13-17</sup>. Además, las caídas que se producen en el medio hospitalario se consideran un efecto adverso de la asistencia sanitaria<sup>18,19</sup> al poner en riesgo la seguridad del paciente. En el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) existe una sensibilización de los profesionales hacia la prevención de caídas como estrategia encaminada a garantizar la seguridad del paciente, con el objetivo de disminuir la incidencia de caídas y lesiones asociadas a ellas, así como proporcionar unos cuidados de mayor calidad basados en las mejores evidencias científicas.

En este marco se implantó la guía de buenas prácticas (GBP) *Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores*<sup>20</sup>, dentro del Proyecto de implantación de GBP en España iniciado en junio de 2011, gracias al convenio de colaboración firmado por el Centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados en

salud basados en la evidencia, la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario<sup>21</sup>. Las GBP se pueden definir como un conjunto de directrices, instrucciones o recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y también a los usuarios en la toma de decisiones ante problemas o situaciones relacionadas con la salud<sup>22</sup>, por lo que son herramientas muy útiles para la práctica clínica.

En España hay pocas investigaciones sobre los resultados de la aplicación de GBP en términos de efectividad para los usuarios y para el sistema sanitario. Pero si enlazamos con el concepto de calidad centrada en el usuario que reseñábamos antes como indicador válido de la asistencia, tendríamos que preguntarnos sobre cómo perciben los usuarios dicha aplicación. La percepción es un proceso complejo que depende de las expectativas de quien percibe, de la satisfacción de sus necesidades y de los resultados obtenidos, reflejando en conjunto el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos<sup>23</sup>.

En este sentido, el objetivo de este estudio fue analizar la influencia que la implantación de una GBP de prevención de caídas en mayores de 65 años podría tener sobre la percepción de los pacientes y sus cuidadores en relación con la utilidad de las actividades aplicadas y los cuidados proporcionados durante el ingreso, así como respecto a la adherencia (grado de seguimiento) a las recomendaciones recibidas tras el alta hospitalaria.

## Material y método

### Diseño

Estudio cuasiexperimental. Ámbito: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), compuesto por 2 hospitales, Hospital General y Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

### Población y muestra

**Criterios de inclusión:** pacientes mayores de 65 años, ingresados en el área médica del CHUA durante al menos 48 h que firmaron el consentimiento informado. Se consideró criterio de exclusión el haber estado ingresado en unidades de cuidados críticos durante la hospitalización.

Los pacientes a estudio se distribuyeron en 2 grupos: grupo experimental (GE), pacientes ingresados en las unidades donde estaba implantada la GBP (Medicina Interna y Geriatría son del Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro) y grupo control (GC), pacientes ingresados en otras unidades del área médica donde se realizaban los cuidados habituales (Digestivo y Neumología del Hospital General). El cálculo del tamaño muestral se realizó utilizando el programa informático Epi Info 5.01 para un porcentaje de satisfacción en los sujetos del GC del 50% frente a un 80% de los sujetos del GE, para lo que con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80% eran necesarios 90 sujetos (45 en cada grupo). El tamaño muestral se incrementó en un 15% ante eventuales pérdidas en el seguimiento, resultando un total de 104 pacientes. La selección

de los pacientes se realizó mediante muestreo consecutivo entre enero y marzo del 2013, incluyendo a todos los pacientes que cumplían los criterios del estudio a medida que iban ingresando en las unidades correspondientes.

### Variables

Características sociodemográficas (edad al ingreso, sexo y nivel de estudios); motivo del ingreso (tal y como aparecía en la historia clínica), origen y duración del mismo; antecedentes de caídas en los 3 meses anteriores al ingreso; unidad de hospitalización; estado cognitivo e independencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (una semana anterior al ingreso, en el momento del ingreso y tras el alta).

Como variable independiente (experimental) se consideró la implantación de recomendaciones tomadas de la GBP *Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores*<sup>20</sup>. Las intervenciones que el personal de enfermería de las unidades del GE realizaban fueron: valoración del riesgo de caídas del paciente en las primeras 24 h del ingreso utilizando la escala J.H. Downton<sup>24</sup> y aplicación de un plan de cuidados para la prevención de caídas en función de los factores de riesgo detectados (extrínsecos e intrínsecos). El plan de cuidados incluía la educación sanitaria, tanto a los pacientes como a los cuidadores en materia de prevención de caídas (adecuada alimentación, estilo de vida, tratamiento para la prevención de la osteoporosis, ejercicios para mejorar el tono muscular y el equilibrio y modificación del entorno como estrategia de prevención). La información verbal se reforzaba con la entrega de folletos informativos con recomendaciones basadas en la evidencia ([anexo 1](#)) y a través de carteles colgados en todas las habitaciones de las Unidades del GE. En caso de producirse una caída o ante un cambio en el estado clínico del paciente, se realizaba la reevaluación del riesgo de caída con la misma escala y se revisaba el plan de cuidados.

Las variables de resultado estudiadas fueron: satisfacción de los usuarios con la información y cuidados proporcionados por enfermería para la prevención de caídas durante el ingreso; utilidad percibida (en el sentido de beneficio obtenido) de las actividades aplicadas (incluida la educación sanitaria recibida); grado de seguimiento de las recomendaciones (adherencia, si las estaban poniendo en práctica) tras el alta hospitalaria y percepción de los usuarios sobre la preocupación de enfermería por la seguridad (intervenciones encaminadas a la prevención de potenciales caídas) de los pacientes.

### Instrumentos

Para la medición de la satisfacción y percepciones de los usuarios sobre las variables de resultado se utilizó una encuesta de elaboración propia basada en criterios de resultados NOC, con escala tipo Likert de 5 puntos, que posteriormente se agruparon para el análisis en: nada/poco; suficiente/bastante/mucho ([anexo 2](#)).

El estado cognitivo se valoró mediante el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer<sup>25</sup>, cuestionario heteroadministrado, con 10 preguntas sobre orientación temporoespatial, memoria reciente y de acontecimientos anteriores. Se adjudicó un punto por cada error,

admitiendo un error más en personas con estudios elementales. Entre 0 y 2 errores se consideró estado mental intacto, entre 3 y 4 deterioro intelectual leve, entre 5 y 7 moderado y entre 8 y 10 errores grave.

Para valorar la independencia para las ABVD se utilizó el Índice de Barthel<sup>26</sup>, que consta de 10 ítems referidos a la autonomía para comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, continencia intestinal y urinaria, uso del retrete, transferencias silla-cama, deambular y subir o bajar escaleras. Cada uno de estos ítems tiene una puntuación entre 0 y 15, con intervalos de 5 puntos. La puntuación máxima (100) indica independencia para las ABVD y la puntuación mínima (0) dependencia total.

## Recogida de datos

En las primeras 24 h del ingreso, y después de identificar los criterios de inclusión, los investigadores del estudio explicaban a los sujetos la finalidad del mismo y solicitaban el consentimiento informado, garantizándoles en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos. Despues, realizaban el test de Pfeiffer a todos los pacientes incluidos y recogían el resto de variables a través de la historia clínica informatizada. Tras el alta hospitalaria, 7-10 días después, se realizaba una entrevista telefónica con el paciente o el cuidador principal (si el paciente no era capaz de proporcionar la información) para evaluar las variables de resultado. Para asegurar el seguimiento telefónico se trató de conseguir varios números de teléfono, fijos y móviles, y se realizaron las llamadas en distintas franjas horarias hasta conseguir contactar.

Para la recogida de datos se diseñó una ficha de elaboración propia en la que se incluyeron todas las variables del estudio. Se elaboró un protocolo para unificar criterios en la recogida de datos y se realizó entrenamiento para utilizar los instrumentos de medida, así como un pilotaje para poner a prueba la ficha y los procedimientos del estudio.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.0. Análisis descriptivo: frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas; medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Análisis bivariante: comprobación de la homogeneidad de los grupos y contraste de hipótesis mediante Chi-cuadrado, «t» de Student y U-Mann-Whitney, según tipo de variables a comparar y previa comprobación de la normalidad de la distribución. Se calculó el intervalo de confianza (IC) al 95% y el riesgo relativo (RR) como medida de tamaño del efecto.

## Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado a todos los pacientes (familiares y/o tutores legales en el caso de incapacidad). El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del CHUA y el Comité de ética de investigación del área sanitaria de Albacete. Se garantizó el anonimato, privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio 104 sujetos, donde el 46,2% (n=48) de los pacientes formaron parte del grupo experimental (GE) y el 53,8% (n=56) del grupo control (GC). Las características de los pacientes al ingreso, tanto globales como por grupos, pueden verse en las [tablas 1 y 2](#).

El motivo más frecuente de ingreso fue la enfermedad respiratoria en 38 pacientes (36,5%), seguido por hemorragias digestivas, sepsis y colecistitis con 8 casos cada uno (7,7%). Un 41,4% (43) de los pacientes presentaba estado mental intacto, un 14,4% (15) tenía leve deterioro, en un 16,3% (17) el deterioro era moderado y en un 27,9% (29) grave.

La entrevista telefónica para evaluar la percepción de los pacientes y sus cuidadores en cuanto a la utilidad (beneficio) de las actividades aplicadas para la prevención de caídas, su satisfacción con la información y los cuidados proporcionados durante el ingreso y el grado de adherencia de las recomendaciones tras el alta hospitalaria solo se pudo realizar en 88 sujetos (6 fallecimientos durante el ingreso, 3 en cada grupo, y 10 que no pudieron ser localizados, 7 en el GE y 3 en GC), respondiendo en el GE un 79,1% (38) y en el GC 89,3% (50), no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ni tampoco en las cuestiones sobre satisfacción en función de si eran respondidas por el mismo paciente o por sus cuidadores, o en función de ser hombre o mujer.

Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables de resultado estudiadas, tal como puede verse con detalle en la [tabla 3](#). En relación con los objetivos planteados destacó que en la percepción sobre la utilidad de las actividades, para el GE resultaron de suficiente o mucha utilidad durante el ingreso en un 61,1% (22) y en el domicilio (54,3% [19]), mientras que para el GC fueron nada o poco útiles tanto para el ingreso (78,3% [36]) como para el domicilio 82,6% (38) ( $p = 0,0002$  y  $p = 0,0004$  respectivamente).

Sobre los cuidados proporcionados durante el ingreso los pacientes del GE se mostraron satisfechos con los cuidados proporcionados por enfermería en relación con la preventión de potenciales caídas en un 86,1% (31) frente a un 46% (23) de pacientes del GC que manifiestan estar nada o poco satisfechos ( $p = 0,002$ ).

Sobre la adherencia a las recomendaciones recibidas, tras el alta hospitalaria los pacientes del GE aplicaron las recomendaciones mucho o suficientemente en un 51,4% (18), mientras que los pacientes del GC las seguían en un 13,3% (6) ( $p = 0,0002$ ).

En cuanto a las caídas que se produjeron, en el GC se relató una caída 2 días tras el alta hospitalaria, mientras que en el GE se registró una caída durante el ingreso.

## Discusión

Los resultados de este estudio han puesto de manifiesto que aquellos pacientes y cuidadores que recibieron asistencia siguiendo las recomendaciones incluidas en la guía de buenas prácticas (GE) percibieron en mayor proporción utilidad de los cuidados recibidos para prevenir las caídas, así como aplicabilidad de la información facilitada, mostrando

**Tabla 1** Características de los sujetos. Variables cuantitativas

	Total muestra (n = 104)	Grupo experimental (n = 48)	Grupo control (n = 56)	IC 95%	U de Mann-Whitney	p
	Media (d.t.)	Media (d.t.)	Media (d.t.)	Diferencia		
Edad	79,9 (7,8)	83 (7,2)	77,3 (7,5)	2,7; 8,5	3,8 <sup>a</sup>	< 0,0001*
Estancia hospitalaria	10,1 (7,6)	8,9 (8,2)	11,1 (6,9)	-5,1; -0,7	1004,5	0,026*
Barthel basal	66,2 (34,5)	46,6 (34,5)	83 (24,3)	-48,2; -24,5	529,5	< 0,0001*
Barthel al ingreso	47,3 (36)	25,1 (26,3)	68,3 (32,2)	-52,8; -29,6	462	< 0,0001*
Barthel 7-10 tras alta hospitalaria	58,4 (37)	34,5 (32,9)	78,5 (27,2)	-56,4; -31,5	331,5	< 0,0001*
Pfeiffer	4,3 (3,7)	6 (3,8)	2,8 (3)	1,8; 4,4	716,5	< 0,0001*

<sup>a</sup> Prueba de la «t» de Student.

\* Indica las diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 2** Características de los sujetos. Variables cualitativas

	Total muestra % (n)	Grupo experimental % (n)	Grupo control % (n)	Chi-cuadrado	p
<b>Sexo</b>					
Hombre	48,1 (50)	41,7 (20)	53,6 (30)	1,4	0,2
Mujer	51,9 (54)	58,3 (28)	46,4 (26)		
<b>Ingreso secundario a caída</b>					
Sí	2,9 (3)	4,2 (2)	1,8 (1)	0,5	0,4
No	97,1 (101)	95,8 (46)	98,2 (55)		
<b>Origen del ingreso</b>					
Urgencias	90,3 (93)	93,8 (45)	87,3 (48)	6,6	0,3*
Programado	5,8 (6)	0	10,9 (6)		
Consultas externas	3,9 (4)	6,3 (3)	1,8 (1)		
<b>Nivel de estudios</b>					
Sin estudios	98 (97)	100 (43)	96,4 (54)	1,5	0,2
Estudios superiores	2 (2)	0	3,6 (2)		
<b>Antecedentes caídas (3 últimos meses)</b>					
Sin antecedentes	68,9 (71)	74,5 (35)	64,3 (36)	2,6	0,4
Una caída	14,6 (15)	8,5 (4)	19,6 (11)		
Dos caídas	9,7 (10)	10,6 (5)	8,9 (5)		
Tres o más caídas	6,8 (7)	6,4 (3)	7,1 (4)		
<b>Persona que responde</b>					
Paciente	39,8 (35)	21,1 (8)	54 (27)	13,9	0,001*
Cuidador/familiar	56,8 (50)	78,9 (30)	40 (20)		
Personal institución	3,4 (3)		6 (3)		

\* Indica las diferencias estadísticamente significativas.

mayor satisfacción con los cuidados proporcionados durante el ingreso.

Además, la adherencia a las recomendaciones tras el alta hospitalaria era más frecuente en el grupo experimental de forma estadísticamente significativa, por lo que podemos decir que el sistematizar los cuidados y la educación sanitaria hace que los pacientes y cuidadores manifiesten mayor satisfacción, y además favorece la continuidad de los cuidados, tanto en el medio hospitalario como en el domicilio.

Estos resultados estarían en línea con los de otros estudios, en los que se ha encontrado relación entre incorporar las necesidades y expectativas de los pacientes como objetivos de calidad de la asistencia sanitaria y una mejora de la efectividad y de la eficiencia<sup>5,27-29</sup>.

En el GE los pacientes eran mayores, más dependientes y con peor estado cognitivo que los del GC, lo que podría dificultar la comprensión y puesta en práctica de las recomendaciones. Sin embargo, los resultados muestran que ellos mismos o sus cuidadores presentan mejor

**Tabla 3** Resultados de la encuesta de satisfacción

	Grupo experimental % (n)	Grupo control % (n)	RR	IC 95%	Chi-cuadrado	p
<i>Explicación recibida sobre los cuidados</i>						
Nada/poco	47,4 (18)	84 (42)	3,2	1,6-6,6	13,3	0,0002*
Suficiente/mucho	52,6 (20)	16 (8)				
<i>Comprensión de las recomendaciones</i>						
Nada/poco	38,9 (14)	84,4 (38)	2,8	1,7-4,6	18	0,00002*
Suficiente/mucho	61,1 (22)	15,6 (7)				
<i>Satisfacción con la información</i>						
Nada/poco	27,8 (10)	72 (36)	2,9	1,6-5,4	16,4	0,00004*
Suficiente/mucho	72,2 (26)	28 (14)				
<i>Utilidad de la información durante el ingreso</i>						
Nada/poco	38,9 (14)	78,3 (36)	2,8	1,5-5,1	13,1	0,0002*
Suficiente/mucho	61,1 (22)	21,7 (10)				
<i>Utilidad de la información en el domicilio</i>						
Nada/poco	45,7 (16)	82,6 (38)	3,1	1,5-6,2	12,1	0,0004*
Suficiente/mucho	54,3 (19)	17,4 (8)				
<i>Está poniendo en práctica las recomendaciones</i>						
Nada/poco	48,6 (17)	86,7 (39)	3,8	1,7-8,6	13	0,0002*
Suficiente/mucho	51,4 (18)	13,3 (6)				
<i>Preocupación por su seguridad en personal de enfermería</i>						
Nada/poco	19,4 (7)	44 (22)	1,4	1,07-1,9	5,6	0,017*
Suficiente/mucho	80,6 (29)	56 (28)				
<i>Satisfacción con los cuidados</i>						
Nada/poco	13,9 (5)	46 (23)	1,5	1,2-2,1	9,8	0,002*
Suficiente/Mucho	86,1 (31)	54 (27)				

\* Indica las diferencias estadísticamente significativas.

comprensión y mayor satisfacción con la información recibida considerándola de mucha utilidad. Esto podría deberse a que estos pacientes y cuidadores del GE recibieron información explícita (tanto verbal como escrita), siguiendo un plan de cuidados en función de los factores de riesgo detectados y un programa de educación sanitaria individualizado, pudiendo preguntar dudas a los profesionales. Lo que también podría justificar que los pacientes y cuidadores del GE tuvieran una mayor percepción de preocupación por parte del personal de enfermería en materia de seguridad y prevención de caídas al aplicar las recomendaciones incluidas en la GBP, frente a los cuidados habituales aplicados a los pacientes del GC.

Varios estudios realizados en diferentes áreas asistenciales muestran una asociación significativa entre la edad y el nivel de satisfacción<sup>30-33</sup>. Por lo general, la gente joven es más participativa y menos conformista que los mayores. Breemhaar<sup>32</sup> lo atribuye a la tendencia de las personas mayores a realizar juicios más benevolentes, a un mayor deseo de no molestar y a un mayor sentimiento de impotencia. En el presente estudio el GE mostró mayor satisfacción y era de más edad que el GC, lo que coincidiría con lo señalado; pero esto debe matizarse teniendo en cuenta que en la respuesta a la entrevista telefónica en el GE han participado un mayor porcentaje de cuidadores, generalmente más jóvenes, dadas las características de mayor edad y dependencia de estos pacientes. Esto podría haber

repercutido en una menor satisfacción, pero interpretamos que no ha sido así por la efectividad de la intervención.

Al igual que en otros estudios, no hemos encontrado diferencias significativas en el grado de satisfacción con el sexo<sup>33,34</sup>. Tampoco relacionadas con el nivel de estudios, antecedentes de caídas o si el ingreso ha sido secundario a una caída (no son más sensibles a la información los pacientes que han ingresado por una caída). En algunos<sup>33</sup> estudios la percepción de buena salud al ingreso aparece como predictor de la satisfacción con los cuidados; en este caso, los pacientes del GE presentaban mayor dependencia, mayor edad y peor estado cognitivo, lo que seguramente (aunque no es una variable que se haya considerado como tal) les hacía tener peor percepción sobre su estado de salud, y a pesar de ello, la satisfacción con los cuidados recibidos ha sido mayor.

Algunas de las limitaciones que se podrían haber planteado durante la realización del estudio fueron minimizadas. Se utilizó una encuesta de elaboración propia que fue previamente pilotada para comprobar que permitía recoger la información necesaria para dar respuesta a los objetivos del estudio. Ante el posible rechazo de los sujetos a participar o la falta de respuesta telefónica, se aumentó el tamaño muestral necesario para compensar las posibles pérdidas y se utilizaron estrategias para maximizar la respuesta.

Desde el punto de vista de la utilidad práctica, los resultados de este estudio muestran que la realización de

cuidados de enfermería basados en la evidencia y sistematizados no solo puede contribuir a reducir la variabilidad indeseada de la práctica clínica y el riesgo de errores<sup>35</sup>, sino que también se consigue que los usuarios perciban de manera más explícita las actuaciones de los profesionales y manifiesten mayor satisfacción, lo que podría redundar en una mayor implicación de los usuarios en sus cuidados. Esta adherencia, al igual que se ha mostrado para el cumplimiento terapéutico farmacológico<sup>27</sup>, podría estar ligada a la toma de decisiones compartidas tras un buen proceso de información.

Como conclusión, podemos decir que la aplicación de recomendaciones siguiendo una guía de buenas prácticas basada en la evidencia para la prevención de caídas en personas mayores se ha mostrado efectiva para mejorar la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores con la información y cuidados recibidos, así como la percepción de los

mismos sobre su utilidad y su adherencia a las recomendaciones frente a los cuidados habituales.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A todos los pacientes, familiares y cuidadores que participaron en el estudio, por su colaboración, y al Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, por facilitar y proporcionar los medios necesarios para poder realizar el estudio.

## Anexo 1. Folleto informativo para los pacientes y familiares (anverso y reverso)

**Programa de Ejercicios para estimular la movilidad activa del paciente.**

Una de las principales causas de pérdida de equilibrio es el sedentarismo. El ejercicio desarrolla el tono muscular, mejora el equilibrio y previene así las caídas. Usted puede beneficiarse al realizar los siguientes ejercicios, mejor si los hace a diario. Si siente alguna molestia deje de hacerlos y consulte con su médico y/o enfermera.

Llevar una pierna al pecho y después la otra.  
Con las piernas flexionadas levantar las nalgas de la cama.  
Sentado al borde de la cama. Levantar una pierna y luego la otra.  
Levantarse y sentarse en la cama apoyándose con las manos abiertas sobre el colchón.  
De pie agarrado a la barra de la cama, desplazar una pierna hacia delante y hacia atrás, y después la otra.  
Caminar.  
Subir y bajar escaleras.

**RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

**En el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete estamos trabajando para prevenir las caídas.**

Las caídas representan el tipo de accidente más frecuente y letal entre las personas mayores; una de cada tres se caen al año y la proporción aumenta tanto con la edad como con la institucionalización, con repercusión tanto a nivel personal como en costes sanitarios.

Las consecuencias de las caídas pueden ser leves (contusiones, abrasiones) o más graves (fracturas e incluso la muerte). Además, producen consecuencias a largo plazo como necesidad de ayuda para caminar, o para realizar actividades cotidianas, o consecuencias psicológicas como miedo a volver a caer, limitando la independencia, la calidad de vida y la recuperación.

Las caídas no se deben al envejecimiento normal del individuo, son "PREDECIBLES" y, por tanto, susceptibles de prevención.

**¿Por qué el riesgo de caídas aumenta con la edad?**

Las caídas tienen múltiples causas: unas que son propias de la persona (irán desde los hábitos de vida, toma de determinados medicamentos, características de la ropa y el calzado, déficit auditivo, visual, patologías, etc.) y otras propias de su entorno.

**En el Hospital: usted y sus familiares nos pueden ayudar a prevenir las caídas.**

- Avisé a su enfermera cuando se vaya a quedar solo.
- Comprueben que la cama esté en posición baja y frenada. Verifique bloqueo de sillones y sillas de ruedas.
- Llame al timbre si necesita ayuda para levantarse, ir al baño o está mareado.
- Si tiene subidas las barandillas de la cama, déjelas así. Es por su seguridad.
- **Siempre que ocurra un incidente o caída, aunque sea sin consecuencias, comuníquelo al personal de enfermería.**
- Al levantarse de la cama, siéntese en el borde unos minutos antes de ponerse en pie.
- Evite que le arrastre el pantalón y/o cinturón.
- Avisé si el suelo está mojado.
- Use zapatos cerrados y con suela de goma. No camine descalzo o sólo con calcetines.

**En su domicilio: mejore su seguridad. El 60% de las caídas ocurren en casa.**

- Utilice bastón o andador si tiene problemas para caminar.
- Mantenga las zonas de paso libre de obstáculos.
- Recuérdelle diariamente el día y lugar en el que se encuentra para mantenerlo orientado.
- Mantenga una iluminación adecuada en la habitación tanto diurna como nocturna.
- Coloque los objetos de uso frecuente y el timbre a su alcance.

- Mantenga libres de obstáculos las zonas de paso: cables eléctricos, zapatos, alfombras, etc.
- Procure que la iluminación de la casa sea adecuada.
- Instale barras de sujeción en duchas y bañeras, así como superficies antideslizantes.
- En las escaleras: utilice barras de apoyo y coloque interruptores en ambos extremos.
- Lleve un calzado adecuado (cerrado, suela de goma antideslizante y tacones bajos).
- Utilice los dispositivos para caminar que le hayan prescrito (andador, bastón, etc.).
- Tenga cerca los números de teléfono de emergencia y solicite información sobre el teléfono de ayuda ofrecido por la Cruz Roja.
- Siga una dieta variada que incluya alimentos ricos en calcio (leche, queso, yogures). Evite la obesidad. Vigile la salud de sus huesos (prevención y tratamiento de la osteoporosis).

## Anexo 2. Encuesta de elaboración propia para la evaluación de la satisfacción de pacientes y cuidadores

Satisfacción de los pacientes y cuidadores con la aplicación de las recomendaciones de la GBP

Preguntas	Nada	Poco	Suficiente	Bastante	Mucho
¿Le han explicado durante su ingreso los cuidados y precauciones que debe tener para prevenir posibles caídas?					
¿Ha entendido las recomendaciones que le ha dado la enfermera para prevenir caídas?					
¿Está satisfecho con la información recibida?					
¿La información recibida sobre la prevención de caídas le ha sido útil durante el ingreso hospitalario?					
¿Y en el domicilio?					
¿Las está haciendo?					
¿Cree que el personal de enfermería se ha preocupado por su seguridad en cuanto a evitar caídas?					
¿Está satisfecho con los cuidados proporcionados por el personal de enfermería para la prevención de posibles caídas?					

## Bibliografía

1. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Supl 3:26-33.
2. González-Valentín A, Padín López S, de Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enferm Clin*. 2005;15:147-55.
3. Ibarrola Izura S, Beortegui E, Oroviogoicoechea C, Vázquez Calatayud M. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. *Enferm Cardiol*. 2011;53:27-33.
4. Granado de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Olmedo Lucerón MC, Chacón García A, Vigil Escribano D, Rodríguez Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:637-45.
5. Hernández Meca ME, Ochando García A, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S, López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2005;178:90-6.
6. Miquel Montoya M, Valdés Arias C, Rábano Colino M, Artos Montes Y, Cabello Valle P, de Castro Prieto N, et al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una Unidad de Hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2009;12:19-25.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra; Atención Primaria de Salud. 1978 [consultado 12 Feb 2015]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
8. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013) [consultado 15 Mar 2015]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/documents/strategy\\_wp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/strategy_wp_es.pdf)
9. Sánchez Legrán F. La participación de los usuarios en la sanidad debe ser ya una realidad. *Rev SAS Información*. 2000;4:3.
10. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: Cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2003;326:793.
11. Britten N. Patients' expectations of consultations. *BMJ*. 2004;328:416-7.
12. Salvà A, Bolíbar I, Pera G, Arias C. Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:172-6.
13. Organización Mundial de la Salud. Caídas. 2012 [consultado 11 May 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
14. Rubenstein L, Josephson K. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40 Supl 2:45-53.
15. Stalenhoef PA, Crebolder HFJM, Knottnerus JA, Van der Horst FGEM. Incidence, risk factors and consequences of falls among elderly subjects living in the community. A criteria-based analysis. *Eur J Public Health*. 1997;7:328-34.
16. Bergland A, Wyller TB. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. *Inj Prev*. 2004;10:308-13.
17. Bueno Cavanillas A, Padilla Ruiz F, Alonso CP, García ME, Gálvez Vargas R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:10-5.
18. Rothschild J, Bates D, Leape L. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med*. 2000;160:2717-28.
19. Silva Gama da ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de de ancianos en España. Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:43-56.
20. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2005 [consultado 14 Feb 2015]. Disponible en: [http://www.rnao.org/Storage/78/7309\\_617.BPG\\_PrevencionCaidasyLesionesDerivadas](http://www.rnao.org/Storage/78/7309_617.BPG_PrevencionCaidasyLesionesDerivadas)
21. Ruzafa Martínez M, González María E, Moreno Casbas M, del Río Faes C, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Proyecto de implantación de guías de buenas prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin*. 2011;21:275-83.
22. Field MJ, Lohr KN, editores. Guidelines for clinical practice: From development to use. Washington (DC): Institute of Medicine; 1992.
23. Martínez de los Santos S, Gómez Hernández F, Lara Gallegos ME. Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud. *Horizonte Sanitario*. 2015;14: 96-100.

24. Downton JH. Falls in the elderly. En: Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology (4th ed). Edinburgh: Churchill Livingstone; 1992. p. 318–23.
25. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975;23:433–41.
26. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J.* 1965;14:61–5.
27. Simón P, Barrio IM, Sánchez CM, Tamayo MI, Molina A, Suess A, et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30:191–8.
28. Jovell AJ. El paciente del siglo xxi. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29 Supl 3:85–90.
29. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sanit.* 2000;14:291–3.
30. Cabrero García J, Richart Martínez M, Reig Ferrer A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enferm Clin.* 1995;5:190–8.
31. Pujiula J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertrán C, Hortal G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin.* 2006;16: 19–22.
32. Breemhaar B, Visser APH, Kleijnen JGVM. Perceptions and behavior among elderly hospital patients: Description and explanation of age differences in satisfaction, knowledge, emotions and behaviour. *Soc Sci Med.* 1990;31: 1377–85.
33. Nguyen Thi PL, Braicon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med.* 2002;54:493–504.
34. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Scand J Caring Sci.* 2002;16:337–44.
35. Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Souter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database Syst Rev.* 1999, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000349>. Art. No.: CD000349.