

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

Session of Oral Brief Presentations VI

AUTORES/AUTHORS:

Ana Isabel Alcañiz Mesas, M^a José Caballero García, Joaquín González Miñano, Elena García Sánchez, Rosario Pérez García, M^a Teresa González Álvarez, M^a Victoria Ruiz García, Pilar Córcoles Jiménez

TÍTULO/TITLE:

Resultados de implantación de dos Guías de Buenas Prácticas en una unidad de hospitalización de Oncología y Hematología

El riesgo de caídas y de lesiones tras la caída aumenta con la hospitalización (1), y si el ingreso es por una enfermedad oncológica o hematológica, las cifras se multiplican (2,3). Esto es debido a los procesos por los que pasa la enfermedad, como dolor, debilidad o problemas de coagulación, los efectos secundarios del tratamiento onco/hematológico, el uso de medicación de riesgo (diuréticos, antidepressivos, tranquilizantes-sedantes) u otros medicamentos que aumentan el riesgo de lesiones (anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios)

OBJETIVO: Evaluar el nivel de implantación y efectividad de dos Guías de Buenas Prácticas (GBP) "Prevención de caídas" y "Valoración y manejo del dolor" en la Unidad de hospitalización de Onco-Hematología de Albacete, implicada en la iniciativa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO®)

MÉTODO: Diseño cuasiexperimental pre-post. **Ámbito:** Unidad de hospitalización de Onco-Hematología. **Muestra:** pacientes mayores de 18 años dados de alta en los últimos días de cada mes. **Medición de caídas:** Basal (C0=2013), Inicio (C1=2014), Consolidación (C2=2015+2016), Mantenimiento (C3=2017). **Medición de dolor:** Basal (D0=diciembre 2015), Inicio (D1=enero-abril 2017) y Consolidación (D2=mayo-diciembre 2017). **Variables:** 1) Demográficas, estancia hospitalaria, especialidad (Oncología/Hematología). 2) Implantación de recomendaciones de las GBP: Valoración de caídas al ingreso y detección de dolor con escala, reevaluación periódica del dolor (sí/no) y aplicación plan de cuidados (dolor y caídas). 3) Resultados: nº de caídas; caídas con lesión; contención física y farmacológica; dolor 1ª 24 horas tras ingreso (sí/no); intensidad máxima y día en que se produce (sin dolor; leve 1-2; moderado 3-5; intenso 6-10). **Instrumentos:** escala J.H. Downton y escala numérica de dolor (0-10). **Fuente de información:** Cuadro de mandos Montesinos® y Base de datos programa BPSO®. **Aspectos éticos:** datos anónimos. **Análisis estadístico (SPSS®):** descriptivo según tipo de variables. **Cálculo IC 95%.** **Bivariante:** variables categóricas X², comparación medias t-Student; ANOVA; otras pruebas no paramétricas; p < 0,05

RESULTADOS: Incluidos 412 pacientes en caídas (C0=30; C1=108; C2=154; C3=120) y 131 en dolor (D0=10; D1=41; D2=80). Hombres 62,6% (258) en caídas y 64,9% (85) en dolor. Edad media 75,94 años en caídas (d.t.=6,91; IC[75,27-76,61]) y 61,16 años en dolor (d.t.=14,6; IC[58,6-63,7]). Estancia media 8,45 días en caídas (d.t.=7,38; IC[7,73-9,16]) y 10,2 días (d.t.=10,7; IC[8,3-12]) en dolor. La incidencia en caídas de la unidad es de 2,15 caídas/mil días de estancia (C0=1,55; C1=3,29; C2=1,76; C3=2,03), el 48,98% con lesión (C0=16,67; C1=56,25; C2=61,11; C3=61,9%). Se valoró el riesgo de caídas al ingreso con escala al 97,1% (400) (C0=80%; C1=95,4; C2=100; C3=99,2; p < 0,0001), estando el 23,9% (96) en riesgo. Se realizó valoración de dolor con escala al 90,8% (119) (D0=0; D1=97,6; D2=98,8%; p < 0,0001). Tenían planificados cuidados para valoración y manejo del dolor el 90,8% (119) (D0=0; D1=97,6; D2=98,8%; p < 0,0001) y para la prevención de caídas el 80,6% (332) (C0=70; C1=89,8; C2=79,9; C3=75,8%; p=0,007). El 12,4% (51) tenía contención física (97,9% barandillas) y farmacológica el 4,2% (17). Se realizaron reevaluaciones periódicas del dolor en el 87,8% (115) (D0=0; D1=90,2; D2=97,5%; p < 0,0001). El 28% de los pacientes tuvo dolor en las primeras 24 horas tras ingreso, la intensidad media fue 1,08 (d.t.=2; IC[0,7-1,4]), siendo leve el 16,2%, moderado 64,5% e intenso 19,3%. El 55,7% de los pacientes presentaron la máxima intensidad el 1º y 2º día del ingreso. La intensidad media de dolor en cualquier momento del ingreso fue de 2,8 (d.t.=2,8; IC[2,3-3,3]), disminuyendo de 3,5 (D1) a 2,5 (D2) (p=0,035); el porcentaje de pacientes sin dolor durante todo el ingreso pasó de 24,4% (D1) a 51,3% (D2) (p=0,001). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el tipo de paciente (Onco/hematología) y variables estudiadas

DISCUSIÓN: La incidencia de caídas y dolor es baja, aunque casi la mitad de las caídas tuvieron lesión. En las 1ª 24 horas del ingreso la media de la intensidad de dolor es leve; pero considerando todo el ingreso se detecta dolor moderado e intenso. La implantación de ambas GBP ha sido exitosa, con un alto nivel de implantación de todas las recomendaciones, especialmente la valoración con escala (tanto del dolor como del riesgo de caídas) y la planificación de cuidados. Se ha conseguido aumentar significativamente el porcentaje de pacientes que no tienen dolor durante el ingreso, y disminuir la intensidad en los que lo padecen

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Mejorar la prevención de caídas y de lesiones derivadas en pacientes en los que se

detecten factores de riesgo (medicación de riesgo, caídas previas, estado cognitivo alterado, déficit sensorial, marcha insegura o debilidad y dolor) y reforzar la planificación de cuidados y educación para la salud. Como en otros estudios (4,5), se detecta la necesidad de revisar pautas analgésicas (farmacológicas y no farmacológicas) y controlar los efectos secundarios de los analgésicos, así como analizar posibles factores relacionados con el dolor (ansiedad, procedimientos/tratamientos dolorosos) para poder detectar áreas de mejora e implementar medidas para mejor control del dolor

El estudio no tiene conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1)Evidence Based Practice information sheets for Health professionals. Reproducido del Best Practice 1998; 2(2):1-6. ISSN 1329-1874. [Actualizada el 15 de marzo de 2007; acceso el 4 de junio de 2018] Disponible en:
http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/1998_2_2_CaidasHospital.pdf
- (2)Callis, N. Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research*. 2016; 29: 53–58.
- (3)Flaherty LM, Josephson NC. Screening for fall risk in patients with haemophilia. *Haemophilia*. 2013; 19(3): e103–109.
- (4)Zoëga S, Ward SE, Sigurdsson GH, Aspelund T, Sveinsdottir H, Gunnarsdottir S. Quality Pain Management Practices in a University Hospital. *Pain Management Nursing*, 2015; 16(3): 198-210.
- (5)Song W, Eaton LH, Gordon DB, Hoyle C, Doorenbos AZ. Evaluation of Evidencebased Nursing Pain Management Practice. *Pain Management Nursing*, 2015; 16(4): 456-463