

RECOMENDACIÓN DICIEMBRE 2016

CAÍDAS DE RECIÉN NACIDOS EN UNIDADES MATERNO-INFANTILES

La prevención de caídas en pacientes hospitalizados es una de las seis metas internacionales de seguridad del paciente establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004.⁽¹⁾ Si bien abunda literatura científica en referencia al problema de las caídas en los pacientes adultos, son todavía muy escasos los trabajos que abordan la temática de las caídas de recién nacidos. Virtualmente no había casi nada publicado hasta el año 2008, en el que Monson reporta en la revista *Pediatrics* una serie de catorce caídas neonatales producidas en los hospitales de la red de Intermountain Healthcare, un sistema de 18 hospitales de los Estados Unidos.⁽²⁾

Durante el período de internación post-parto, la interacción física cercana entre la madre y el bebé facilita el vínculo y el amamantamiento. El desafío durante este tiempo radica en apoyar estas importantes interacciones mientras se garantiza la seguridad del recién nacido.

Un informe realizado por el Real Colegio de Obstétricas del Reino Unido (RCM) describe los hallazgos de una auditoría realizada para identificar incidentes vinculados al co-lecho realizada en 2004 sobre 100 unidades materno-infantiles.⁽³⁾ El estudio se originó a raíz de un caso resonante con gran publicidad mediática: la muerte de un bebé recién nacido que se cayó de la cama de una madre que se quedó dormida. Esfuerzos posteriores, de los que participaron la OMS y Unicef, entre otras organizaciones, desembocaron en el desarrollo de “Guías para evaluar el grado de riesgo de madres y bebés cuando comparten la cama en el hospital”. En este pequeño artículo, exponemos algunas de estas recomendaciones. (Unicef UK Baby Friendly Initiative) ⁽⁴⁾

Definición de caída de recién nacido

Para poder estudiar adecuadamente el problema, los especialistas recomiendan definir precisamente qué incidentes deben ser considerados como caídas de bebés. En el año 2013, la American Nurses Association lanzó una nueva definición revisada para incluir dentro de la misma a las caídas que se producen por resbalarse el bebé de las manos.⁽⁵⁾ A partir de esta nueva definición, hubo un

aumento del 46% del reporte de caídas de recién nacidos. Esta asociación incluye a las siguientes situaciones en su definición:

- Recién nacido, infante o niño que está siendo sostenido o transportado por los padres, profesionales de la salud, familiares o visitantes se resbala de las manos, brazos o faldas de esa persona.
- Cuando el bebé está siendo pasado de una persona a otra.
- Independientemente de la superficie en la que caiga (cama, silla, piso).
- Con o sin lesión.
- También las caídas que se producen por el desplazamiento del bebé fuera de la cama, cuna, silla o mesa.

Magnitud del problema e impacto

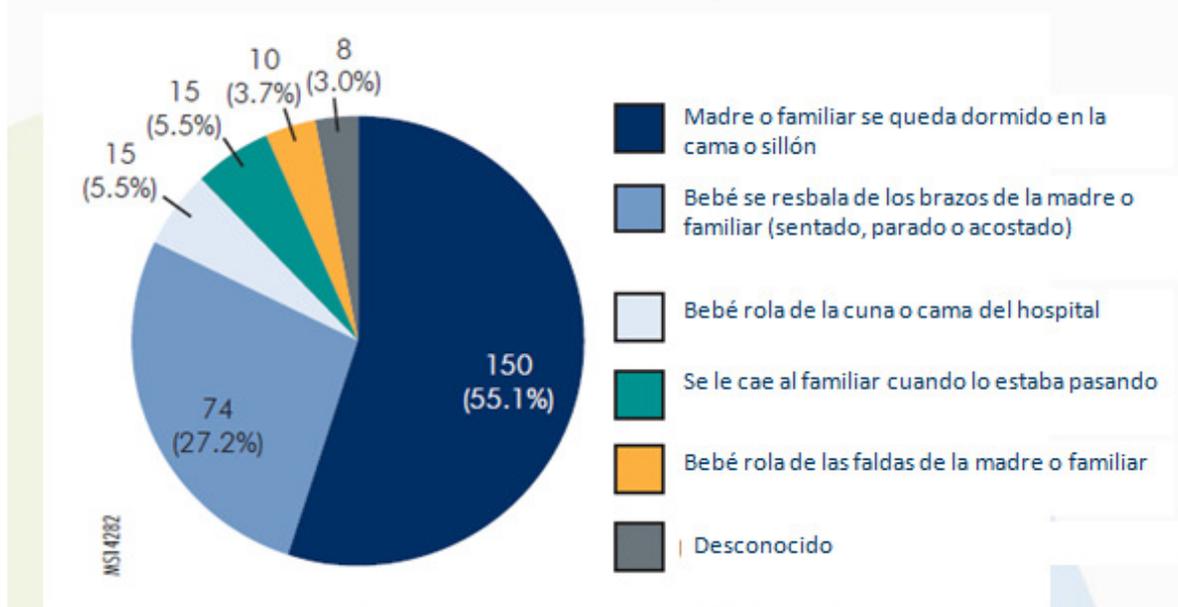
Basándose en los escasísimos reportes publicados, Helsley et.al estimaron en 2010 que la tasa de caídas de recién nacidos en los hospitales oscilaría entre el 1,6 y el 4,14 cada 10.000 nacidos vivos, lo cual significa que se caerían en los hospitales de Estados Unidos entre 600 y 1600 bebés por año.⁽⁶⁾ En sus conclusiones, los autores hicieron un llamado para que se comenzaran a publicar nuevos reportes que permitan determinar la verdadera prevalencia de estos eventos históricamente sub-reportados.

En septiembre de 2014, el Estado de Pennsylvania, que cuenta con un sistema de reporte de incidentes bajo el marco de la Pennsylvania Patient Safety Authority, publicó la experiencia de caídas neonatales notificadas entre julio de 2004 y diciembre de 2013.⁽⁷⁾ Los analistas identificaron 272 caídas, dentro de un grupo de 288 eventos vinculados a recién nacidos dentro de los cuales se incluían también golpes con objetos contundentes y hallazgos de neonatos “sin respuesta”.

El 55,1% de las caídas reportadas (n=150) ocurrieron luego de que la madre o algún miembro de la familia se quedara dormido en la cama o en una silla.

La segunda causa de caídas en frecuencia (27,2%) correspondió a bebés que se “resbalaron” de los brazos de las madres o de algún familiar cuando estos se encontraban sentados, parados o acostados. En el siguiente gráfico se presentan las otras causas de caídas notificadas:

Tipos de Caídas Hospitalarias de RN y Frecuencia Sobre 272 casos reportados



De las 272 caídas, 8,5% (n=23) fueron clasificadas como eventos adversos serios. Las lesiones reportadas incluyeron distintos tipos de fracturas de cráneo, hematomas subdurales y hemorragias subaracnoideas. Los 14 casos que no se clasificaron como caídas tuvieron que ver con golpes que sufrieron los neonatos mientras estaba siendo alzados (ej: el familiar se distrajo para atender el teléfono y golpeó la cabeza del bebé contra la baranda de la cama o el marco de la puerta, o bien jugando alzando los brazos para arriba y golpeando la cabeza contra algún objeto ubicado por encima). Los dos casos graves en los que los bebés fueron hallados sin respuesta tuvieron que ver con asfixias provocadas por madres que se quedaron dormidas.

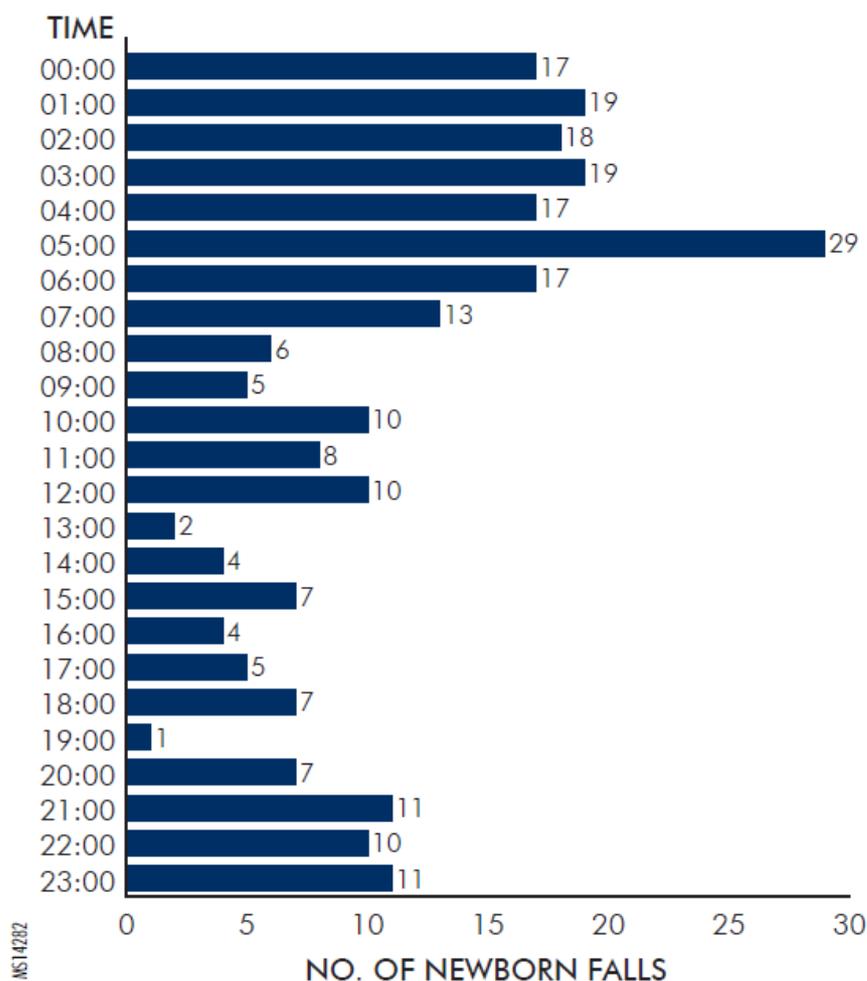
De las 272 caídas, el 85,3% (n=232) ocurrieron en niños menores a cuatro días. De estos 232 incidentes, el 42,7% (n=99) ocurrieron el día 1 y el 32,8% (n=76) ocurrieron en el día dos.

Cuando se consideran todos los episodios de caídas reportados a las autoridades de seguridad del paciente de Pennsylvania y se correlacionan con la cantidad de nacidos vivos en dicho estado, se estima que la tasa de caídas neonatales en dicho Estado oscila en un rango que va de 0,4 a 3,8 por cada 10.000 nacidos vivos.

Pese a estimar estas tasas, los analistas aclaran que la determinación de la verdadera incidencia de eventos relacionados con el recién nacido es muy difícil, ya que muchas veces los padres no los reportan por vergüenza o culpa. Algunos de los eventos registrados por el sistema de reporte de Pennsylvania fueron notificados por madres vecinas, por miembros del personal o por la misma mamá

varias horas después de la caída, al notar cambios en la conducta o en la condición física del bebé. En la mayoría de estos casos, las madres pensaron que “no iba a pasar nada...”

Los analistas también investigaron la hora en que se produjeron las caídas en los 257 casos en los que pudieron contar con este dato. El 58% (n=149) de los bebés se cayeron entre la medianoche y las 7 de la mañana:



Note: Times reported were rounded to the nearest hour. No times were reported in 15 of the 272 total newborn falls events.

Factores de riesgo

Para poder desarrollar planes de prevención eficaces se deben conocer primeros los factores de riesgo maternos y del ambiente.

a) Factores de Riesgo Maternos: (4) (8)

- Recuperación de anestesia general
- Inmóvil por anestesia espinal

- Bajo la influencia de medicación que produce somnolencia
- Condición clínica que pueda afectar su estado de conciencia o capacidad de responder normalmente (ej: fiebre alta, luego de grandes pérdidas de sangre, hipertensión severa, esclerosis múltiple, ceguera)
- Cansancio excesivo
- Obesidad severa o mórbida
- Probabilidad de pérdidas temporales de conciencia (DBT insulino dependiente, epilepsia)
- Historia de abuso de sustancias

b) Factores de Riesgo del Ambiente: (Ver Fig. 1 y 2) (6)

- Problemas de diseño de la cama materna:
 - ✓ Espacio entre las barras de las barandas
 - ✓ Espacio entre las barandas de torso y extremidades
 - ✓ Espacio entre los colchones y las barandas
- Ventanas de incubadoras y servocunas mal cerradas
- Cunas alejadas de la cama (las madres tienden a tener el bebé con ellas en la cama)



Fig. 1



Fig. 2

Prevención

Las principales acciones para prevenir estos eventos serían las siguientes:

1) Información a los padres en la admisión y durante la internación; 2) Observación y control; 3) Mejorar la seguridad del ambiente y 4) Fomentar el reporte y el aprendizaje a partir de estos incidentes

1. Información a los padres en la admisión y durante la internación

Para mejorar la conciencia y el nivel de alerta de los padres resulta importante establecer al momento de la admisión una suerte de “*contrato de seguridad*” por el cual se les informa los factores de riesgo que parecen incrementar la posibilidad de que los bebés se caigan de los brazos de sus madres o de familiares.⁽⁶⁾ Como vimos, estos factores de riesgo incluyen la fatiga de la madre luego del parto, la administración de analgésicos que pueden dar somnolencia y las características de las camas hospitalarias que son muy distintas a las de la casa. En este contrato de seguridad se pueden agregar además recomendaciones vinculadas la prevención de la sustracción del bebé por personas no autorizadas y temas vinculados a su identificación. Puede desarrollarse un formulario a ser firmado por los padres. Sin embargo, la firma de un documento de este tipo no garantiza que los padres, que se encuentran sobrecargados de información y excitados por el acontecimiento,

hayan comprendido cabalmente sus alcances. Es por eso que durante la internación las enfermeras deben reforzar permanentemente la importancia de no quedarse dormidos con el bebé en brazos y estimular el pedido de ayuda.. Algunas de las frases que pueden incluirse en estas gacetillas, o incluso en pequeños afiches son: (6)

- *No duerma con su bebé ni en la cama ni cuando se encuentra descansando en un sillón o silla”*
- *“Si tiene sueño o desea dormir, coloque al bebé en la cuna”*
- *“Si la enfermera la encuentra dormida con su bebé en la cama o en sus brazos, lo colocará en la cuna”*
- *“Pueden ocurrir caídas accidentales por el ambiente poco familiar, por efectos de la medicación o por el mismo diseño del mobiliario del hospital”*
- *“La movilización de los bebés fuera de su habitación para realizar procedimientos debe ser realizada en cunas. No deben ser alzados en los pasillos”*
- *“Obtenga de su pediatra de cabecera información sobre el co-lecho en el domicilio”*

2. Observación y control

El personal de enfermería debe ser advertido de la necesidad de vigilancia cuando los bebés se encuentran en la cama con sus madres. Debería existir una política de “no co-lecho” que garantice que el recién nacido sea colocado nuevamente en su cuna por la madre, familiares o personal cuando la madre se dispone a dormir, se encuentra somnolienta o es encontrada dormida.

La vigilancia cercana de la madre plantea algunos desafíos, ya que muchas veces los padres no quieren desprenderse del bebé aduciendo la importancia del contacto piel a piel para estimular el vínculo afectivo y facilitar el amamantamiento, Al momento de la recorrida la madre puede aparecer muy alerta y quedarse rápidamente dormida pocos minutos después. Todavía no hay un consenso en referencia a la frecuencia de los controles (algunos proponen controles horarios, otros cada 10 minutos)(4) , aunque hay coincidencia en que los mismos deberían estipularse de acuerdo al nivel de riesgo de la madre. En algunos casos puede llegar a requerirse la supervisión constante de un familiar.

3. Mejorar la seguridad del ambiente

Es importante que los bebés estén continuamente protegidos contra caídas de las camas en las unidades materno-infantiles. Las mismas deben encontrarse en la posición más baja posible y las sábanas deben ajustarse sobre el bebé y la mamá. El mismo diseño de las camas generales, con espacio entre las barandas de torso y la de los miembros inferiores facilitan la caída del bebé por ese espacio cuando la cabecera se encuentra a 45°, Los bebés también pasan fácilmente por los espacios existentes entre los barrotes de las barandas.

Algunas instituciones disponen de sistemas de cunas adosadas a la cama (Ver fig. 3 y 4), permitiendo un contacto cercano del bebé con la mamá, minimizando la posibilidad de que se caiga.⁽⁶⁾ Sin embargo, algunos de estos diseños dejan un espacio entre la cuna y el colchón de la cama de la madre que puede favorecer atrapamientos.⁽⁴⁾ Se debe ser entonces meticuloso cuando se elige el diseño de estos dispositivos. Algunos autores proponen trabajar de manera conjunta con los fabricantes de camas para diseñar modelos específicos para maternidad que ayuden a prevenir la posibilidad de caídas. (barandas especiales sin espacios, etc.)⁽⁶⁾



Fig. 3



Fig. 4

4. Reporte y aprendizaje

Es importante que estos incidentes se reporten, aún cuando los bebés no hayan sufrido ningún daño. El reporte ayuda a generar conciencia en el personal clínico y permite profundizar en las causas raíces del problema. Puede diseñarse un formulario específico de denuncia que capture los detalles del evento. Algunas de las preguntas que pueden figurar en el mismo son: (6)

- Localización de la caída, día y hora
- Fecha de admisión del paciente al hospital y a la unidad
- Día y resultado última evaluación de caída. Grado de riesgo
- Descripción de la caída
- Nombre de testigos
- Notificación a la familia/médico a cargo y quienes corresponda
- Descripción de las lesiones
- Tratamiento brindado
- Factores intrínsecos involucrados
- Factores extrínsecos
- Cantidad/Ratio de personal
- Equipamiento y medicación en uso
- Plan para prevenir recurrencias

Conclusión

El nacimiento de un hijo es una de las experiencias más maravillosas que se pueda tener. Su caída accidental de la cama de una mamá que se quedó dormida puede llegar a cambiar para siempre la vida de esa familia en el caso del que el bebé sufra lesiones serias. La literatura demuestra que las instituciones de salud pueden minimizar la posibilidad de estos eventos incorporando métodos de prevención tales como la capacitación de las familias y del personal, mayor vigilancia y atención a los riesgos ambientales.

Bibliografía

1. Joint Commission International. International Patient Safety Goals. www.jointcommissioninternational.org
2. Monson SA, Henry E, Lambert DK, et al. In-hospital falls of newborn infants: data from a multihospital healthcare system. *Pediatrics* 2008 Aug. 122(2): e 277-80
3. Paeglis C.: *A Report of the Findings of the Findings of the Royal College of Midwives (RCM) United Kingdom (UK) National Bed Sharing Audit*. London: RCM 2005
4. UNICEF UK Baby-Friendly Initiative; Babies Sharing Their Mother's Bed While in Hospital: A Sample Policy, 2004 www.babyfriendly.org.uk/pdfs/bedsharingpolicy.pdf
5. National Database of Nursing Quality Indicators. Pennsylvania Patient Safety Authority. NDNQI definition. 2014 Jan 29.
6. Helsley L, McDonald JV, Stewart VT. Addressing In-hospital "falls" of newborn infants. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, July 2010, Vol 36. N° 7.
7. Wallace SC, Balancing Family Bonding with Newborn Safety. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*. Vol 11 N° 3, September 2014
8. Galuska L. Prevention of in-hospital newborn falls. *Nurs Women Health* 2011 Feb- Mar; 15 (1): 59-61