



**Guía de buenas prácticas en  
PREVENCIÓN DE CAÍDAS.**

**HURH, 2019**



## CONTENIDO

AUTORES .....	4
CONFLICTO DE INTERESES.....	4
JUSTIFICACIÓN/INTRODUCCIÓN .....	5
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
PROFESIONALES A QUIEN VA DIRIGIDO .....	7
POBLACIÓN DIANA .....	7
METODOLOGÍA.....	7
SÍNTESIS DE EVIDENCIA .....	8
ACTIVIDADES/ RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN .....	10
ACTIVIDADES: .....	10
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y REDUCCIÓN DE LESIONES POR LAS MISMAS ....	18
ALGORITMOS DE ACTUACIÓN .....	19
INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	20
GLOSARIO .....	20
PLAN DE CUIDADOS. ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	27
LISTADO DE ANEXOS .....	29
ANEXO 1.EVALUACION MULTIFACTORIAL DEL RIESGO DE CAIDAS .....	29
ANEXO 2. ESCALA DOWNTON .....	33
ANEXO 3. REGISTRO DE CAIDA.....	34
ANEXO 4. RECOMENDACIONES AL PACIENTE Y FAMILIA.....	34
ANEXO 5. NIVELES DE EVIDENCIA .....	35

## AUTORES

Aldonza Valderrey, M <sup>a</sup> Carmen	Enfermera	Supervisora de Innovación y Desarrollo
Becares Grande, Argelia	Enfermera	Unidad de Traumatología.
Cuevas Sanz, Vanesa	Enfermera	Unidad de Psiquiatría
De la Fuente Aparicio, Pilar	Enfermera	Supervisora Hospitalización ORL, CMF
Del Rio Martin, Raquel	Enfermera	Unidad de Cardiología
Fraile Pérez, Begoña	Enfermera	Supervisora Neurología- Neurocirugía
González Sánchez, M Jesús	Enfermera	Subdirectora de Enfermería
González Vicente, Isabel	Enfermera	Supervisora Psiquiatría.
Herrero Santiago, Elena	Enfermera	Unidad de Neurología.
Iglesias Sánchez, Ana M <sup>a</sup>	Enfermera	Supervisora de Cardiología
López Azanza, M <sup>a</sup> Victoria	TCAE	Unidad de Traumatología
Otero de Andrés, Antonia	TCAE	Unidad de Cardiología.
Quintano Pintado, Alicia	Enfermera	Supervisora Diálisis
Ramos Sastre, M <sup>a</sup> Mercedes	Enfermera	Supervisora Formación y Calidad.
Recio López, Asunción	TCAE	Unidad de Psiquiatría.
Rodríguez Diez, Mónica	TCAE	Unidad de ORL CMF
Rodríguez Espinilla, Patricia	Enfermera	Unidad de ORL CMF
Rodríguez Ferrer, M Aránzazu	Enfermera	Directora de Enfermería
Tejedor Franco, Araceli	Enfermera	Subdirectora de Enfermería

### COORDINACIÓN REVISIÓN Y EDICIÓN

Ramos Sastre, Mercedes	Enfermera	Supervisora Área de Formación y Calidad e-mail: mramossa@saludcastillayleon.es
Aldonza Valderrey, Carmen	Enfermera	Supervisora de Innovación y Desarrollo e-mail: maldonzava@salucastillayleon.es

### REVISIÓN EXTERNA

Unidad de calidad	Hospital Universitario Río Hortega
-------------------	------------------------------------

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de la presente guía declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero ni académico que pueda influir en nuestro juicio.

## JUSTIFICACIÓN/INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes es una dimensión esencial de la calidad asistencial que ha alcanzado en los últimos años una gran relevancia. Ya en 1999, tras la publicación del informe “Errar es humano...”<sup>1</sup>, se plantea la sensibilización hacia la prevención de los eventos adversos en todos los sistemas sanitarios desarrollados<sup>2</sup>.

La OMS crea en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el objetivo de desarrollar estrategias que reduzcan la morbi- mortalidad por daños asociados a eventos no deseados de la asistencia sanitaria<sup>3</sup>.

Desde 2005 el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad español en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente, ha promovido prácticas seguras en consonancia con las recomendaciones internacionales. Estas van orientadas a la gestión del riesgo sanitario, la formación de los profesionales, la implementación de procedimientos seguros, y la implicación de los pacientes y ciudadanos<sup>3</sup>.

A nivel internacional el sexto evento adverso más notificado en la base de datos de sucesos centinela son las caídas, según la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO)<sup>4</sup>. En España, el estudio ENEAS<sup>5</sup> dio como resultado una incidencia del 9,3% de los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria del paciente, de estos el 42,8% se podía haber evitado.

La OMS define las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga<sup>6</sup>.

Son la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, y por tanto, un importante problema de salud pública, especialmente para las personas mayores, con notables repercusiones económicas y de salud. Tienen un impacto muy importante en el bienestar individual, pudiendo provocar graves lesiones físicas y emocionales, repercutiendo en su calidad de vida y aumentando la duración de su estancia hospitalaria<sup>6</sup>.

Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad. Existen además otros factores de riesgo ambientales o inherentes al paciente como son enfermedades debilitantes, entornos desconocidos, necesidades especiales de higiene, (urgencia miccional, incontinencia), estado mental, etc., por lo que se considera un síndrome de causa multifactorial.

El historial de caídas previo es considerado también un importante factor de riesgo a tener en cuenta pues el grupo de pacientes que se cae en más de una ocasión representa una proporción considerable del número total de caídas; entre el 16% y el 52% de los pacientes puede experimentar más de una caída durante su hospitalización<sup>7</sup>.

La frecuencia de las caídas se relaciona directamente con la edad y la fragilidad del anciano: Se estima que el 30% de los mayores de 65 años y el 50% de los mayores de 80 tienen al menos una caída al año<sup>7, 8, 9</sup>.

En hospitales de agudos los diferentes estudios hablan de incidencias entre el 2,2% y el 10% de los pacientes ingresados, aunque varios estudios observacionales demuestran que la incidencia de caídas prácticamente se duplica por la falta de notificación o registro de las mismas. La estancia hospitalaria supone siempre un factor de riesgo añadido de caídas, aunque la mayoría tiene consecuencias leves<sup>2, 9, 10</sup>.

Las estrategias de mejora deben centrarse en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos<sup>3</sup>.

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los distintos hospitales<sup>11</sup>.

Los programas eficaces de prevención tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen.

Por otro lado la mejora de calidad de los cuidados nos conduce a implantar en la práctica clínica las mejores evidencias disponibles con la participación activa de profesionales y ciudadanía. Los profesionales de los equipos de salud debemos ser capaces de incorporar a la práctica clínica diaria aquellos hallazgos de investigación que han mostrado ser efectivos.

La presente guía constituirá un marco de referencia para hacer asequible la implementación de medidas de prevención eficaces.

## **OBJETIVO GENERAL**

Unificar criterios de actuación para prevenir las caídas y reducir las lesiones por las mismas en el ámbito hospitalario de acuerdo con las mejores evidencias disponibles.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a los pacientes con riesgo de caídas.
2. Elaborar recomendaciones para prevenir las caídas.
3. Establecer un plan de actuación ante una caída.

## PROFESIONALES A QUIEN VA DIRIGIDO

Equipo de enfermería que participa en el proceso asistencial del paciente.

## POBLACIÓN DIANA

Todos los pacientes adultos durante su estancia en el ámbito hospitalario en el HURH.

Excepciones: no se han revisado recomendaciones específicas para la población infantil.

## METODOLOGÍA

La elaboración de la presente guía se inicia con la constitución de un grupo de trabajo formado por un número reducido de profesionales con conocimientos y experiencia en la asistencia a pacientes con riesgo de caídas inherente a su proceso asistencial.

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura priorizando el análisis de guías de práctica clínica (GPC) o guías de buenas prácticas (BP) de calidad acreditada. La elección de fuentes fiables por su rigor en la metodología de elaboración de documentos y su actualización permite que no analicemos la validez interna de los mismos y asumamos los niveles de evidencia que presentan.

Para completar la información se recurre también a otras guías de prevención de caídas con fuentes de evidencia, así como a documentos de consenso y paneles de recomendaciones y estándares de organismos oficiales nacionales e internacionales.

Las fuentes de información electrónicas fueron consultadas entre octubre de 2017 y febrero de 2018. Las búsquedas se hicieron utilizando como descriptores, y palabras naturales: falls y "accidental falls, prevention and control", "physical restraints" and, falls "Bedrail and falls, prevención de caídas y caídas utilizando límites temporales y de diseño metodológico.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda de guías de práctica clínica (GPC). Se consultaron las siguientes fuentes de información electrónica: Guía Salud, RNAO, JBI, National Institute for

Health and Care Excellence (NICE), National Guideline Clearinghouse (NGC), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Posteriormente se procedió a realizar una segunda búsqueda bibliográfica para localizar artículos (revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis en Pubmed o Cinahl, resúmenes de evidencia Cochrane, Best Practice JBI, síntesis en Uptodate) que pudieran ampliar información actualizada sobre algún aspecto más específico del tema.

Las recomendaciones de actuación obtenidas se presentan en una síntesis narrativa y a partir de ella se elaboran propuestas de actuación y algoritmos y se construye una planificación de cuidados basada en la evidencia y con estándares NANDA, NIC, NOC.

Para la realización del documento se recurre al protocolo de elaboración de guías editado por el Servicio Aragonés de Salud<sup>12</sup>.

El siguiente paso es la implantación de los hallazgos de la presente guía. Se propone la revisión/actualización de la misma cada 5 años.

## SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Las recomendaciones generales de práctica clínica basadas en la evidencia que se incluyen en la guía no implican una forma dogmática de actuar. La actuación basada en la evidencia se debe acompañar del juicio clínico del profesional que la aplica, de las mejores prácticas clínicas del momento, las necesidades y las preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles y la normativa establecida por el centro sanitario.

Las evidencias científicas obtenidas fueron el resultado del análisis de los referentes bibliográficos y el consenso del grupo nominal autor de la guía.

EVIDENCIAS en prevención de caídas y lesiones por caídas. Tabla de recomendaciones

RECOMENDACIÓN			NE/REC	FUENTE (referencia)
VALORACION DEL RIESGO	R1	Valorar al paciente al ingreso.	Ib/B	10,12, 13
	R2	Valoración mínima de historial de caídas anteriores, dificultades en la marcha, el equilibrio y/o movilidad. Uso de juicio clínico.	Ia	14,15, 16,17,18
	R3	Valorar tras una caída.	Ib/B	10,13



RECOMENDACIÓN		NE/REC	FUENTE (referencia)
	R4		14
	R5	III	8,14,15,18
INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN	R6	Ia	8,14,15,18
	R7	V	8,10,14,18
	R8	Ia/A	8,10,14, 15,19
	R9	Ia	10,14, 16,18
	R10	Ia	14,18
	R11	Ia	8,10,13 14, 16,18
	R12	Ia	10,14,18
FORMACION Y APOYO	R13	Ia	8,14, 15,17
	R14	Ia	13,14
INTERVENCIONES ANTE UNA CAIDA	R15	III y V	10,14, 17,18
	R16		17,18
	R17		17,18

Para las siguientes recomendaciones no se encontraron evidencias concluyentes para indicarlas en el entorno hospitalario:

RECOMENDACIÓN		NE/REC	FUENTE
R18	<b>Uso de restricciones mecánicas:</b> no hay evidencia de que las restricciones físicas reduzcan la incidencia de caídas o lesiones graves en las personas mayores.	-	14, 18, 20,21,22,

RECOMENDACIÓN		NE/ REC	FUENTE
R19	El uso de <b>barandillas laterales</b> para la <u>prevención de caídas</u> o caídas recurrentes en los centros sanitarios no está recomendado, aunque pueden existir otros factores del paciente que influyan en la decisión de utilizarlas. En estos casos se debe informar a los familiares y cuidadores acerca de cuándo y cómo elevar y bajar las barandillas de las camas.	-	14, 23
R20	Recomiende intervenciones de ejercicios y entrenamiento físico para adultos en riesgo de caídas a mejorar su fuerza y equilibrio. Fomentar un programa individualizado de actividad que corresponda a las habilidades actuales de la persona. Ámbito extra hospitalario.	la	14
R21	Derivar a los adultos en riesgo de caídas o lesiones por caídas al proveedor de atención médica apropiado para consejos sobre la suplementación de vitamina D. Ámbito extra hospitalario.	v	14,18
R22	Aliente las intervenciones dietéticas y otras estrategias para optimizar la salud ósea en adultos en riesgo de caídas o lesiones por caídas, particularmente aquellos en riesgo de fractura. Consulte el apropiado proveedor de servicios de salud para el asesoramiento y las intervenciones individualizadas.	v	14
R23	Considere los protectores de cadera como una intervención para reducir el riesgo de fractura de cadera entre los adultos en riesgo de caídas y fractura de cadera. Revise la evidencia, los beneficios potenciales, los daños y barreras para usar con la persona para apoyar decisiones individualizadas. En residencias geriátricas.	la	14,18
R24	Tai Chi para la prevención de caídas en el hospital.		8

## ACTIVIDADES/ RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN

Con los hallazgos de la revisión y el consenso del grupo se propone la realización de un protocolo de prevención y actuación en caídas que incluya las actividades o recomendaciones de actuación con fuentes de evidencia.

De igual modo el plan de cuidados aborda las intervenciones y actividades a llevar a cabo y se registrará en la herramienta gacela para la población diana de la guía, con estándares NNN.

### ACTIVIDADES:

#### 1. “Valorar al paciente”

Valorar el riesgo de caídas en el momento del ingreso

lb/B

Como mínimo, la valoración debe incluir:

la

- Historial de caídas anteriores
- Dificultades en la marcha, el equilibrio y/o movilidad
- Uso de juicio clínico

Valorar al ingreso:

- Historial de caídas previas, **en el último año** (dentro o fuera del hospital).
- Deterioro de la marcha, equilibrio y / o movilidad.
- El juicio clínico es esencial en todos los ámbitos y aspectos de la atención<sup>14, 24</sup>.

No se aconsejan herramientas de predicción de riesgo de caídas en personas mayores, ya que todas las personas mayores de 65 años son consideradas de riesgo de caídas en el hospital.

No hay acuerdo en cuanto a la utilización de un instrumento de valoración o escala ya que los resultados de validez diagnóstica varían bastante en función del entorno en el que se aplican y no existe una herramienta única que englobe todos los factores de riesgo. Tampoco han demostrado ser más eficaces que el juicio clínico para detectar y prevenir caídas.

La herramienta utilizada tiene como objetivo calcular el riesgo de caída de una persona, ya sea en términos de "en riesgo / no en riesgo", o en términos de "riesgo bajo / alto", etc<sup>8</sup>. En nuestro entorno se utiliza la escala Downton como parte de la valoración inicial.

No es factible para hacer frente a todos los posibles factores de riesgo de caídas durante una valoración breve. Otros factores de riesgos especialmente relevantes en los que hay que fijarse son<sup>8</sup>:

- Edad avanzada: mayor de 65 años y entre 50-64 con patología añadida.
- Polifarmacia y el uso de determinados medicamentos (psicotrónicos).
- El deterioro cognitivo.

## 2. “Valorar tras una caída”

Valorar el riesgo de caídas tras una caída

Ib

Una historia de caídas anterior es un fuerte indicador de riesgo, en particular entre los adultos mayores. El marco temporal indicado a investigar es en el último año<sup>8</sup>.

Un historial de caídas en el último año es el factor de riesgo más importante para las caídas y es un predictor de más caídas.

## 3. “Reevaluar cuando hay cambios”

Valorar riesgo después de cualquier cambio significativo en el estado de salud, o cuando cambia el entorno del paciente.

Se debe reevaluar el riesgo cuando haya una modificación del entorno o la ubicación del paciente (traslados, suelo mojado, etc) o una modificación del estado de salud (desorientación, intervención quirúrgica, etc).

#### **4. “Evaluación multifactorial”**

Se debe realizar a las personas mayores con riesgo de caídas, una evaluación multifactorial para identificar los factores de riesgo individuales y determinar las intervenciones apropiadas. <sup>III</sup>

Los factores de riesgo pueden ser múltiples, se han agrupado como intrínsecos, inherentes al paciente y extrínsecos o relacionados con el entorno. (Ver en Anexo 1)

#### **5. “Información y educación de paciente y cuidador”**

Proporcionar educación/información a la persona y a su familia/cuidador sobre el riesgo de caídas, prevención e intervenciones. <sup>la</sup>

El paciente y su cuidador deben estar informados y participar en la prevención de caídas.

Tenga en cuenta la capacidad del paciente para comprender y retener información.

Actividades<sup>8</sup>. La información debe incluir:

- Explicar los factores de riesgo individuales del paciente.
- Cómo usar el sistema de llamada de enfermería.
- Indicarle que debe solicitar la ayuda, antes de moverse o levantarse.
- Informar a los familiares y cuidadores sobre cuándo y cómo subir y bajar las barandillas laterales.
- Implicar a la familia en la medida de lo posible.

#### **6. “Transferencia de la información entre profesionales”**

Comunicar el riesgo de caídas y el plan de atención con el siguiente responsable del paciente en el servicio de salud y / o el equipo interprofesional en todas las transiciones de cuidados para garantizar la continuidad de la atención y prevenir caídas o lesiones por caídas. V

La comunicación de la información se hará en **todas las transiciones de cuidado** (cambios de turno, de unidad, de nivel asistencial), esto implica la adopción de medidas para garantizar la coordinación y la continuidad de la atención. En traslados, transferencias de la cama a la silla, al ir al baño, traslados a pruebas diagnósticas o interservicios, al alta...

### 7. “Intervenciones preventivas multifactoriales, individualizadas”

Implementar una combinación de intervenciones adaptadas a la persona y al entorno de atención de la salud para prevenir caídas o lesiones por caídas. la  
Fuerte

Todas las personas mayores con caídas recurrentes o evaluadas como de mayor riesgo de caídas deben ser consideradas para una intervención multifactorial individualizada.

Se deben ofrecer una combinación de intervenciones<sup>24</sup> que se dirigen a sus factores de riesgo en particular y las condiciones de salud, centrándose en aquellos factores que **son modificables**.

Se recomiendan las intervenciones que abordan los factores de riesgo que se pueden tratar, mejorar o controlarse **mientras la persona está en el hospital**<sup>8</sup>.

Son actividades relacionadas con factores individuales del paciente:

- Incorporar al paciente progresivamente, para evitar hipotensiones ortostáticas.
- Observar modificaciones en su estado de orientación o confusión.
- Asegurar que usa correctamente dispositivos de ayuda (andadores), dispositivos de asistencia y prótesis.
- Controlar la marcha y el equilibrio.
- Ayudar en el aseo.
- Aconsejar calzado cerrado y no deslizante.
- Gestión de la incontinencia acompañando o programando visitas al baño.
- Incentivar la deambulacion con ayuda.

## 8. “Revisión de la medicación”

Colaborar en la reducción, retirada gradual o interrupción de medicamentos asociados con caídas, cuando el estado del paciente lo permita. Esto incluye las siguientes acciones:	la
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar polifarmacia y medicamentos que aumentan el riesgo de caídas.</li></ul>	la
<ul style="list-style-type: none"><li>• Llevar a cabo una revisión de medicamentos, o consultar a un proveedor de atención médica apropiado y / o prescriptor.</li></ul>	V
<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar los efectos secundarios de los medicamentos que se sabe que contribuyen al riesgo de caídas.</li></ul>	la

La literatura no describe específicamente la frecuencia de la revisión de la medicación. El grupo de expertos recomienda revisar la medicación: transiciones en la atención (admisión, traslado, alta), después de una caída, después de un cambio significativo, y cuando se prescriben medicamentos nuevos.

Supervisar los efectos secundarios de los medicamentos que se sabe contribuye al riesgo de caídas, como hipotensión o efectos de psicotrópicos, por ejemplo.

## 9. “Visitas frecuentes a los pacientes de riesgo”

Implementar las rondas de visitas a los pacientes como una estrategia para prevenir caídas. Se deberá incrementar la vigilancia y observación individual en mayores con riesgo de caídas	la
--	----

Las rondas de visitas a los pacientes: las variaciones en los recursos disponibles y las diferencias en las estructuras de las organizaciones pueden afectar la frecuencia de la visitas.

## 10. “Manejo del entorno del paciente”

Las enfermeras incluyen la modificación del entorno como una estrategia de prevención. Asegurarse de que todos los aspectos del entorno del paciente (suelos, iluminación, mobiliario y accesorios) que puedan afectar al riesgo de caídas del paciente están identificados y resueltos.	la
--	----

Para garantizar un entorno seguro:

la

- Implementar precauciones universales en caídas.
- Identificar y modificar los equipos y otros factores en el entorno físico / estructurales que contribuyen al riesgo de caídas y lesiones.

A continuación se presentan ejemplos de factores (no es una lista exhaustiva) a tener en cuenta en el entorno físico / estructural<sup>10</sup>:

- Suelos apropiados no deslizantes. Evitar suelos mojados.
- Iluminación adecuada, diurna y nocturna.
- Mobiliario adecuado y en buen estado (cama en posición más baja y con freno puesto) y equipo seguro (equipos mecánicos de elevación, sillas de ruedas).
- Entorno ordenado sin obstáculos (cables, etc.).
- Barras de seguridad en baños.
- Timbre de llamada al alcance del paciente.

#### **11. “Competencial profesional del personal de enfermería”**

Todos los profesionales que traten con pacientes deben desarrollar y mantener una competencia profesional básica en evaluación y prevención de caídas. Las organizaciones deben brindar educación continua a todo el personal.

Las instituciones deben procurar la formación continuada en la identificación de riesgos en los pacientes, las medidas de prevención y la actuación en caídas.

#### **12. “Estrategias de la organización”**

Los líderes organizacionales, en colaboración con los equipos, aplican estrategias científicas para permitir la implementación exitosa y sostenible de las iniciativas de prevención de caídas / reducción de lesiones. Esto incluye identificar barreras y establecer apoyos formales y estructuras dentro de la organización.

la

Las instituciones dispondrán de estrategias de prevención, protocolos de actuación y sistemas de registro y notificación de caídas.

#### **13. “Actuación ante una caída”**

Después de una caída, realice las siguientes intervenciones:

III y V

- Realizar un examen físico para evaluar y determinar la gravedad de cualquier lesión por caída (III).
- Proporcionar un tratamiento y cuidado apropiado (V).
- Controlar las lesiones que pueden no ser evidentes de inmediato (V).
- Determinar los factores que contribuyeron a la caída (III).
- Colaborar con el equipo interprofesional para llevar a cabo evaluaciones y determinar intervenciones apropiadas (V). Notificar al médico para que evalúe al paciente, según corresponda.
- Remitir a la persona a los proveedores de atención médica apropiados para la rehabilitación física y / o para apoyar el bienestar psicológico (III).
- Información/comunicación con la familia.

Verificar si hay lesiones después de una caída en el hospital: Las personas mayores que se caen durante su estancia en el hospital son revisadas para detectar signos o síntomas de fractura y posible lesión espinal antes de que se muevan.

Manejo manual seguro: Movilizar con métodos seguros a personas con signos o síntomas de fractura o posibilidad de lesión espinal.

#### 14. “Medidas de contención física”

Uso de restricciones mecánicas: no hay evidencia de que las restricciones físicas reduzcan la incidencia de caídas o lesiones graves en las personas mayores.

No está demostrado que las restricciones físicas reduzcan la incidencia de caídas o lesiones graves en las personas mayores; sin embargo, hay evidencia de que pueden causar la muerte, lesiones o vulneración de su autonomía. La justificación del uso de retenciones debe documentarse, informar a la familia/cuidadores y seguir las recomendaciones del protocolo del centro.



El uso de restricciones físicas debe ser evaluado por personal capacitado en función de las necesidades individualizadas y la consideración de la autonomía e integridad del paciente. Las instituciones deben tener protocolizado el uso de las medidas de contención<sup>20</sup>.

Se pueden utilizar cuando, a pesar de un enfoque profesional adecuado, las técnicas verbales o químicas no tienen éxito. Las indicaciones para aislamiento/reclusión y restricción de emergencia incluyen<sup>21, 22</sup>:

- Daño inminente a otros.
- Daño inminente al paciente.
- Interrupción significativa de tratamiento importante o daño al medio ambiente.
- Continuación de un programa de tratamiento conductual efectivo y continuo.

Es importante señalar que si se aplican medidas de contención a un paciente se debe establecer un protocolo para supervisar los signos de las lesiones asociadas a la aplicación de la misma, como son las constantes vitales, la hidratación, higiene, circulación o movilidad de las extremidades<sup>20, 21, 22</sup>.

Unidades de salud mental: La sujeción mecánica en pacientes psiquiátricos durante su ingreso en unidades de agudos ha sido y sigue siendo una práctica común. Es habitual que en ellas surja la necesidad de sujetar a un enfermo agitado y/o violento para evitar que se lesione o lesione a los demás. Sin embargo, cada vez más, existe una creciente preocupación con respecto al uso de estos equipos en la administración de cuidados de salud. En la práctica clínica se ha comprobado que el conocimiento acerca de los cuadros de agitación, de violencia y especialmente del manejo de dichas situaciones reduce el número de indicaciones de contención, el tiempo de sujeción del paciente y aumenta la calidad de asistencia que debe prestarse al enfermo, evitando riesgos de efectos adversos asociados a las sujeciones mecánicas<sup>22</sup>.

### **15. “Las barandillas laterales”**

**El uso de barandillas laterales para la prevención de caídas o caídas recurrentes en los centros sanitarios no está recomendado, aunque pueden existir indicaciones clínicas en el paciente que influyan en la decisión de utilizarlas. En estos casos se debe informar a los familiares y cuidadores acerca de cuándo y cómo elevar y bajar las barandillas de las camas.**

El uso de **barandillas** laterales para la prevención de caídas o caídas recurrentes en los centros sanitarios **no está demostrado que disminuya las caídas**<sup>23</sup>. En los casos específicos (con indicación clínica) que se utilicen, se debe informar a los familiares y cuidadores acerca de cuándo y cómo utilizarlas.

Por otro lado la barandilla de la cama puede no ser un elemento de contención si el paciente puede retirarla libremente y no coarta su libertad de movimientos y decisión.

## PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y REDUCCIÓN DE LESIONES POR LAS MISMAS

### PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

#### 1. VALORACION DEL RIESGO

- a. Valoración inicial: Juicio clínico. Necesidad 9/Patron4. Downton.
- b. Valoración de alto riesgo: multifactorial.
- c. Reevaluación cuando se modifique el estado de salud.

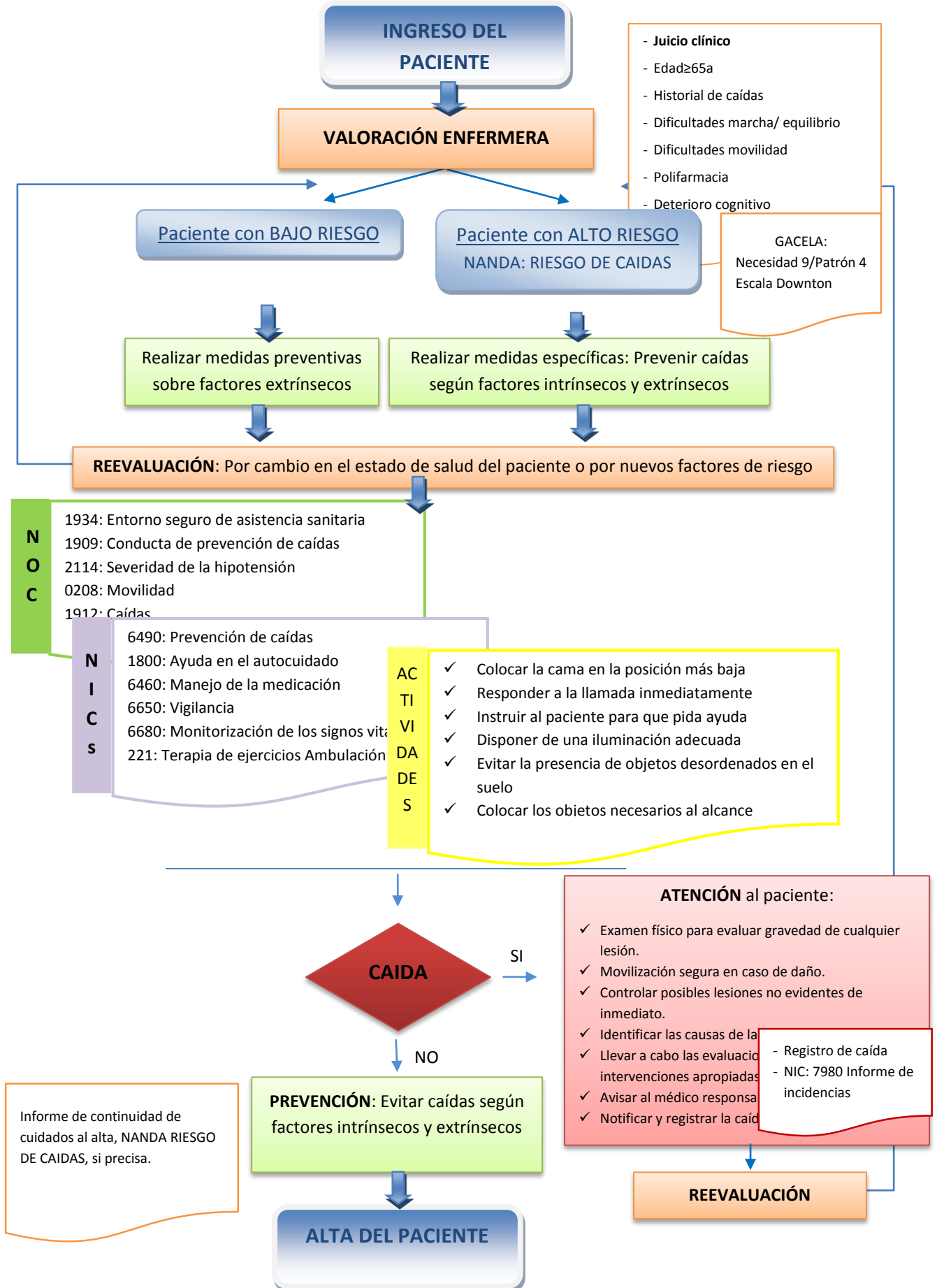
#### 2. APLICAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- a. Identificación visual y en los registros del paciente alto riesgo de caídas.
- b. Transferencia de información entre profesionales.
- c. Información al paciente y/o cuidador de medidas a adoptar:
- d. Pacientes de riesgo bajo(1-2 Downton):
  - i. Medidas generales del entorno y del paciente
- e. Pacientes de alto riesgo
  - i. Medidas generales + intervenciones específicas asociadas a sus factores de riesgo en particular.
- f. Contención física: Solo con indicaciones clínicas.

#### 3. ACTUACION ANTE UNA CAÍDA

- a. Atención clínica inmediata.
- b. Verificar si hay lesiones.
- c. Técnicas de movilización segura.
- d. Remitir al médico.
- e. Registro del incidente. Continuidad de cuidados.
- f. Reevaluación del paciente.

## ALGORITMOS DE ACTUACIÓN: PREVENCIÓN CAÍDAS Y LESIONES POR CAÍDAS



## INDICADORES DE EVALUACIÓN

1. Porcentaje de caídas:  $\text{N}^\circ \text{ total de caídas} / \text{N}^\circ \text{ total de altas} \times 100$
2. Porcentaje de pacientes con lesión debido a caídas:  $\text{N}^\circ \text{ de pacientes con lesión} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes con caídas} \times 100$

## GLOSARIO

**Escala de valoración de riesgo de caída:** Instrumento o herramienta de uso clínico que permite cuantificar el riesgo de caída de un paciente, ya sea en términos de “en riesgo/no en riesgo” o en términos de “riesgo bajo/ alto”.

**Evaluación multifactorial:** Una valoración con múltiples componentes que tiene como objetivo identificar los factores de riesgo de caerse de una persona.

**Evento adverso “casi caída”:** Aquel evento o acto inseguro y/o peligroso que potencialmente puede producir daño, que ha sido evitado por intervención oportuna o casualidad.

**Factores de riesgo extrínsecos:** Elementos que pueden provocar una caída relacionados con el entorno. Tales como obstáculos, iluminación inadecuada, suelos resbaladizos, estabilidad de cualquier tipo de asiento, etc.

**Factores de riesgo intrínsecos:** Motivos potenciales de una caída relacionada con el paciente, tanto de su condición, patología, historial de caídas previas o déficit sensoriales.

**Factores de riesgo:** Son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el individuo, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.

**Grados de recomendación:** Forma de clasificación de la sugerencia de adoptar o no la adquisición o puesta en marcha de tecnologías sanitarias según el nivel de rigor científico de cada tipo de diseño.

**Indicador:** Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad o seguridad de las actividades, es decir, la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa un criterio.

**Intervención multifactorial:** Actuación con múltiples componentes que tiene como objetivo abordar los factores de riesgo de caída que se identifican en la evaluación multifactorial de una persona. Realización de actividades que tenga en cuenta los factores de riesgo individuales.

**Juicio clínico:** La aplicación de la información basada en la observación real de un paciente en combinación con los datos subjetivos y objetivos que conducen a una conclusión o “juicio”. Emitir un juicio clínico sólido requiere capacitación, conocimientos, observación y aplicación del pensamiento crítico.

**Lesión:** Daño provocado por la caída, consistente en la alteración de las estructuras anatómicas e histológicas de un tejido o de un órgano con el consiguiente trastorno funcional. Se entiende cualquier tipo, desde la más mínima, incluido sólo el dolor sin daño exterior aparente, hasta la más grave. Joint Commission (JCAHO) categoriza los daños y consecuencias en seis niveles en función de las actuaciones clínicas requeridas por el paciente:

- Ninguno: el paciente no sufrió lesiones.
- Menor: precisó de la aplicación de un vendaje, hielo, limpieza de una herida, elevación de la extremidad, medicamento de uso tópico, contusión o abrasión.
- Moderado: precisó de sutura, aplicación de puntos de aproximación adhesivos / adhesivo cutáneo, férulas, o luxaciones.
- Mayor: precisó de cirugía, colocación de yeso, tracción; presentó una fractura, o requirió consulta por daño neurológico o interno.
- Muerte: el paciente falleció como consecuencia de las lesiones sufridas por la caída.
- Indeterminado: No se puede determinar a partir de la documentación.

**Medidas de contención o restricción:** Conjunto de actividades terapéuticas utilizadas con el objetivo de restringir la movilidad del paciente. De naturaleza física, mecánica o químico-farmacológica, se recurre a ellas fundamentalmente para evitar autolesiones o lesiones a otras personas, o bien para poder llevar a cabo un tratamiento.

**Niveles de evidencia:** Clasificación de la calidad o el análisis de la validez de los hallazgos en virtud de la calidad metodológica de las investigaciones que los soportan. En función del rigor científico del diseño de los estudios, pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales se establecen recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria.

**Seguridad del paciente:** Proceso por el cual una organización proporciona cuidados que se manifiestan por la ausencia o reducción de la incidencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de atención sanitaria.

## PLAN DE CUIDADOS. ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA

Debemos insistir en la importancia que tiene el registro de todo el proceso de enfermería, y llevar a cabo el acto de cuidar de una forma holística siendo el paciente y familia nuestro centro de atención<sup>16, 25</sup>.

El diagnóstico de enfermería consensuado es **NANDA: [00155] Riesgo de caídas**. Dominio11: seguridad/protección. Clase 2. Lesión física o herida corporal. Patrón: 1 Percepción-manejo de la salud.

Los factores de riesgo que se identifican en este diagnóstico, entre otros son:

FACTORES DE RIESGO SEGÚN TAXONOMÍA NANDA	
Antecedentes de caídas	Deterioro de la movilidad.
Edad igual o superior a 65 años	Uso de dispositivos de ayuda
Prótesis en extremidades inferiores.	Entorno desconocido
Entorno desordenado.	Iluminación insuficiente.
Alteración de la función cognitiva.	Alteración del nivel de glucosa en sangre.
Deterioro del equilibrio.	Dificultades con la marcha.
Incontinencia.	Urgencia urinaria.
Agentes farmacológicos.	Deterioro visual y/o auditivo

En relación con las evidencias encontradas se identifica y detalla la planificación de cuidados de enfermería como se indica a continuación.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NANDA [00155] Riesgo de caídas				
Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud				
NOC	INDICADORES	NIC/INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	NE/GR
NOC: [1934]ENTORNO SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA Medidas físicas y del sistema para minimizar los factores que podrían causar un daño o lesión física en el centro sanitario.	[193401] Provisión de iluminación.	[6490] Prevención de caídas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar la cama en la posición más baja.</li> <li>Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.</li> <li>Responder a la luz de llamada inmediatamente.</li> <li>Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.</li> <li>Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.</li> <li>Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.</li> <li>Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas, suelos resbaladizos.</li> <li>Bloquear las ruedas de sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente.</li> <li>Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.</li> <li>Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario (*aclaración)</li> <li>Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.</li> <li>Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</li> </ul>	lb
	[193404] Sistema de llamada de la enfermera al alcance.  [193405] Cama en posición baja.			lb





NANDA [00155] Riesgo de caídas				
Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud				
NOC	INDICADORES	NIC/INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	NE/GR
NOC:[0208] MOVILIDAD Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.	[20814] Se mueve con facilidad.	[221] Terapia de ejercicios: ambulación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.</li> </ul>	
NOC: [2114] SEVERIDAD DE LA HIPOTENSIÓN Gravedad de los signos y síntomas por la presión arterial baja episódica.	[211412] Mareo.  [2114124] Hipotensión ortostática.	[6650] Vigilancia.  [6680] Monitorización de los signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (p. ej., alteraciones de los signos vitales, frecuencia cardíaca elevada o disminuida, presión arterial elevada o disminuida, disnea, baja saturación de oxígeno a pesar de aumentar su aporte, alteración del nivel de consciencia, crisis comiciales repetidas o prolongadas, dolor torácico, cambios agudos del estado mental, o sensación del personal de enfermería o del paciente de que «algo va mal»).</li> <li>Monitorizar a los pacientes inestables o estables pero en estado crítico (p. ej., pacientes que requieren evaluación neurológica frecuente, pacientes con arritmias cardíacas, pacientes con infusión i.v. continua de fármacos como nitroglicerina o insulina).</li> </ul>	
NOC: [1912] CAIDAS	[191209] Caídas al ir al servicio.	[7980]Informe de incidencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notificar al médico para que evalúe al paciente, según corresponda.</li> </ul>	

NANDA [00155] Riesgo de caídas				
Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud				
NOC	INDICADORES	NIC/INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	NE/GR
Número de veces que un individuo se cae.	[191204] Caídas de la cama. [191202] Caídas caminando.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar la información objetiva acerca del suceso en la historia clínica del paciente.</li> <li>• Documentar las valoraciones e intervenciones de enfermería después del suceso.</li> <li>• Comentar el suceso con el personal implicado para determinar la acción correctora necesaria, si es que hubiera alguna.</li> </ul>	

## BIBLIOGRAFÍA

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America .To Err is Human: Building a Safer Health System; Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
2. García-Huete ME, Sebastián-Viana T2, Lema-Lorenzo I, Granados-Martín M, Buitrago-Lobo N, Heredia-Reina Mdel P, Merino-Ruiz M, Ventosa-Hernández E, Gutiérrez-Fernández C, Mota-Boada ML. Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia. *Enferm Clin*. 2016 Mar-Apr; 26(2):96-101. doi: 10.1016/j.enfcli.2016.01.002. Epub 2016 Feb 23.
3. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2016. Disponible en <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20de%20Paciente%202015-2020.pdf>
4. The Joint Commission International. Sentinel Event Data Summary .2017. The Joint Commission [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Summary\\_4Q\\_2017.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Summary_4Q_2017.pdf)
5. J.M. Aranaz-Andrés R. Limón J.J. Mira C. Aibar M.T. Gea Y. Agra ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? ¿Qué hace que los pacientes hospitalizados sean más vulnerables y aumenta su riesgo de experimentar un evento adverso? *International Journal for Quality in Health Care*, (IJQHC) Volume 23, Issue 6, 1 December 2011, Pages 705–712, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr059>
6. Organización Mundial de la salud. Notas descriptiva sobre caídas. Agosto 2017. OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
7. Resúmenes de evidencia de JBI. Intervenciones para reducir la incidencia de caídas en personas mayores en unidades hospitalarias de cuidados agudos. [.http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2010\\_14\\_15\\_BestPrac.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2010_14_15_BestPrac.pdf)
8. Falls: assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2013; Clinical guideline 161. Disponible en <http://publications.nice.org.uk/falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-cg161>.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. 2014. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Disponible en [https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf).
10. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Protocolo Consensuado. Revisión 2012 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e16faaec77d5e943d6515699ca107e3.pdf>
11. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería, Prevención de caídas de pacientes ingresados. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias 2010. Disponible en [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%20caidas.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%20caidas.pdf)
12. Grupo de trabajo de Enfermería basada en la Evidencia de Aragón. Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia2009.
13. Registered Nurses' Association of Ontario. (2011). Preventing Falls and Reducing Injury from Falls Toronto, ON: Clinical Best Practice Guidelines. Toronto. 2005. Updated 2011. Disponible en [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014\\_PrevencionCaidas\\_022014\\_-\\_with\\_supplement.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_PrevencionCaidas_022014_-_with_supplement.pdf)

14. Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4th ed.). Toronto, ON: Clinical Best Practice Guidelines. Disponible en [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Preventing\\_Falls\\_FINAL\\_WEB.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Preventing_Falls_FINAL_WEB.pdf).
15. Recomendaciones basadas en evidencia para la prevención de caídas. Grupo: Caídas. Osakidetza 2015. Disponible en [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba\\_publicaciones/es\\_osteba/adjuntos/4\\_recomendaciones\\_preveni%C3%B3n\\_caidas.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/4_recomendaciones_preveni%C3%B3n_caidas.pdf).
16. Villar Bustos, MC; Martín Vaquero. Y; García Calderón, MS y González Sanz, A. Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatológico. *Rev. Enferm. CyL*. 2012. 4 (2): 21-39.
17. Falls in older people. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2015. Quality standard [QS86]. Published date: March 2015 last updated January 2017. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/QS86>
18. Grupo Picuida. Guía fase para la prevención y actuación ante una caída. Estrategia de cuidados de Andalucía. Sevilla 2016 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: [www.picuida.es](http://www.picuida.es)
19. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12; 12:CD005465. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub3.
20. Sze TW, Leng CY, Lin SK. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JB Libr Syst Rev*. 2012; 10(5):307-351.
21. Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González Manuel Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti E A. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study *BMC Geriatr*. 2017; 17: 29. Published online 2017 Jan 21. doi: 10.1186/s12877-017-0421-8
22. UpToDate. Gregory Moore G, Pfaff J A. Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. Physical restraints. 2018 UpToDate. Licensed to: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales . [https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?search=physical%20restraints&sectionRank=1&usage\\_type=default&anchor=H13&source=machineLearning&selectedTitle=1~37&display\\_rank=1#H13](https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?search=physical%20restraints&sectionRank=1&usage_type=default&anchor=H13&source=machineLearning&selectedTitle=1~37&display_rank=1#H13)
23. Marques P1, Queirós C, Apóstolo J, Cardoso D. Effectiveness of bedrails in preventing falls among hospitalized older adults: a systematic review. *JB Database System Rev Implement Rep*. 2017 Oct; 15(10):2527-2554. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003362.
24. UpToDate. Berry S, Kiel D P, Falls: Prevention in nursing care facilities and the hospital setting. <https://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital-setting>. 2018 UpToDate. Licensed to: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales
25. Herramienta para la consulta, formación y creación de planes de cuidado con NANDA, NOC, NIC disponible en <https://www.nnnconsult.com/>. 2018 Elsevier
26. Marzo Castillejo M, Viana Zulaica C, Calidad de la evidencia y grado de recomendación. *Fisterra Guías Clínicas* 2007; 7 Supl 1: 6. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.pdf>
27. Manterola C. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. Chile 2014. *Rev Chilena Infectol* 2014; 31 (6): 705-718

Todas las referencias se han consultado entre octubre de 2017 y marzo de 2018.

## LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1. Evaluación multifactorial del riesgo de caídas.

ANEXO 2. Escala Downton.

ANEXO 3. Registro de caídas.

ANEXO 4. Recomendaciones al paciente y familia.

ANEXO 5. Niveles de evidencia y grados de recomendación.

### ANEXO 1.EVALUACION MULTIFACTORIAL DEL RIESGO DE CAIDAS

La posibilidad de que un paciente ingresado sufra una caída está directamente relacionada con la presencia numerosos factores de riesgo<sup>10, 24</sup>. Éstos deben ser identificados por el personal de enfermería para tomar las medidas necesarias para minimizarlos, y evitar las caídas o las lesiones derivadas de las mismas.

Para su mejor comprensión se han dividido en:

- **INTRÍNSECOS:** propios del paciente, derivados de su comportamiento y su condición. Son difíciles de modificar.
- **EXTRÍNSECOS:** relacionados con el entorno y los derivados de la interacción de este con el medio hospitalario. Los elementos asociados a la infraestructura y distribución del entorno desconocido del hospital.

FACTORES INTRÍNSECOS	
<b>EDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mayor de 65 años</li> <li>– Entre 50-64 si patología añadida</li> </ul>
<b>ELIMINACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nicturia</li> <li>– Urgencia miccional</li> <li>– Retención urinaria</li> <li>– Diarreas</li> <li>– INCONTINENCIA</li> </ul>

<p><b>Hª DE CAÍDAS</b></p> <p>Se considera el antecedente de caídas <u>en el último año</u>.</p>	<p>Aproximadamente el 25% de los mayores, que han sufrido una caída reconocen haber restringido su movilidad y tener dificultades para mantener una independencia en el desarrollo de las actividades instrumentales y ordinarias de la vida diaria, y no solo por la aparición de lesiones físicas.</p> <p>Este cambio de comportamiento se denomina <u>síndrome post-caída o síndrome de Kennedy</u> (restricción de la movilidad alentada, en muchas ocasiones, por la familia y los profesionales sanitarios y el miedo a volver a caer). Se describen como factores de riesgo de este síndrome: la edad avanzada, el sexo femenino, las alteraciones de la movilidad y el equilibrio y el antecedente de caídas con permanencia prolongada en el suelo.</p>
<p><b>MEDICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Psicotrópicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Antidepresivos</b> (principalmente para antidepresivos tricíclicos)</li> <li>- <b>Neurolépticos y antipsicóticos</b></li> <li>- <b>Benzodiazepinas</b></li> <li>- <b>Anticonvulsivos</b></li> <li>- <b>Sedantes e Hipnóticos</b></li> <li>- <b>Ansiolíticos</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Diuréticos</b></li> <li>- <b>Antiinflamatorios no esteroideos</b></li> <li>- <b>Laxantes y enemas</b></li> <li>- <b>Hipoglucemiantes.</b></li> <li>- <b>Antihipertensivos</b></li> <li>- <b>Betabloqueantes:</b> Causan alteraciones en el sistema de conducción y posible hipotensión arterial.</li> <li>- <b>Antiarrítmicos:</b> Actúan sobre el sistema de conducción con alteración del gasto cardíaco.</li> <li>- <b>Anticoagulantes:</b> Las lesiones en pacientes anticoagulados revisten especial importancia por las posibles formaciones de hematomas y hemorragias que favorecen las complicaciones leves o graves.</li> <li>- <b>Inotrópicos:</b> Pueden causar alteraciones en el gasto cardíaco, hipotensión, hipertensión, taquicardia o bradicardia.</li> </ul>
<p><b>ESTADO COGNITIVO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Agitado:</b> Fases de agitación de forma brusca e intermitente, agitación de forma permanente, agitación acompañada o no de desorientación o pérdida de conciencia. (causa muy frecuente de agitación es el globo vesical)</li> <li>- <b>Confuso y desorientado severo:</b> Perturbación de la memoria de forma permanente y perturbación de la orientación de forma permanente en lugar, tiempo y espacio.</li> <li>- <b>Confuso y desorientado leve:</b> Perturbación de la memoria de forma intermitente, perturbación de la orientación de forma intermitente en lugar, tiempo y espacio.</li> </ul>
<p><b>DÉFICITS SENSORPERCEPTIVOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sordera</li> <li>- Ceguera</li> <li>- Hipoacusia</li> <li>- Visión disminuida</li> </ul>

<p>DEPENDENCIA, MOVILIDAD, MARCHA, EQUILIBRIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Deambula con ayuda de personas y/o aparatos:</b> precisa ayuda para deambular, levantarse, acostarse, ir al baño, etc. Necesita ayuda de muletas o bastones, silla de ruedas, andador para desplazarse.</li> <li>– Prótesis en extremidades inferiores</li> <li>– <b>Portadores de dispositivos externos</b> que puedan interferir en la movilidad y deambulaci3n (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero...).</li> <li>– <b>Limitaci3n de la movilidad:</b> deambulaci3n limitada por hemiplejia y/o prótesis, artrosis avanzada, comienzo de deambulaci3n tras encamamiento prolongado.</li> <li>– <b>Deambula inestable, con vértigos:</b> deambulaci3n insegura por problemas en miembros inferiores, dolor, alteraciones en articulaciones, alteraci3n anatómica de los pies, portador de yesos o bastones, vértigos o mareos de forma esporádica o en fases cíclicas.</li> <li>– <b>Pacientes con mareos o síncope por alteraciones en la perfusi3n sanguínea</b> (hipoxia cerebral secundaria a una disminuci3n del flujo sanguíneo cerebral): síndrome del seno carotideo.</li> </ul>
<p>DIFICULTADES EN LA COMPRESI3N</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Dificultad para comprender las enseñanzas</b> dadas sobre medidas de prevenci3n.</li> <li>– <b>Dificultad para comprender el idioma y expresarse.</b></li> </ul>
<p>ESTADO DEL SUEÑO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Sueño de corta duraci3n y de baja eficiencia:</b> puede estar asociado con un mayor riesgo de caídas en mujeres mayores</li> <li>– <b>Apnea del sueño:</b> puede estar asociada con un mayor riesgo de caídas</li> </ul>
<p>OTROS FACTORES INTRINSECOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Postoperatorio inmediato.</li> <li>– Alcoholismo y/o drogadicci3n.</li> <li>– Actitud resistente, agresiva o temerosa.</li> <li>– Hipotensi3n.</li> <li>– Hipoglucemia</li> <li>– Ansiedad relacionada con el patr3n de eliminaci3n en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.</li> <li>– Impotencia funcional (amputaci3n de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilizaci3n prolongada.</li> <li>– Alcoholismo y/o drogadicci3n.</li> <li>– Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones, vértigos...)</li> <li>– Enfermedades cardiacas (arritmias, portadores de marcapasos...).</li> <li>– Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)</li> <li>– Actitud resistente, agresiva o temerosa.</li> </ul>

## FACTORES EXTRÍNSECOS

### ENTORNO

- Uso inadecuado y/o defectuoso de los elementos de la cama: barandillas, freno...
- Iluminación insuficiente.
- Timbre de llamada inaccesible y/o mal funcionante.
- Mobiliario.
- Baño con difícil accesibilidad y sin asideros.
- Suelo mojado y/o deslizante.
- Desorden.
- Ropa y calzado inadecuado o ausencia del mismo.
- Altura de la cama.
- Desconocimiento del entorno.
- Estancia prolongada.



## ANEXO 2. ESCALA DOWNTON

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J. H. DOWNTON) RIESGO ALTO $\geq 3$		
<b>CAIDAS PREVIAS</b>	NO	0
	SI	1
<b>MEDICAMENTOS</b>	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti-parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
<b>DÉFICITS SENSORIALES</b>	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
<b>ESTADO MENTAL</b>	Orientado	0
	Confuso	1
<b>DEAMBULACIÓN</b>	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	Imposible	1

Fuente: elaboración propia

### ANEXO 3. REGISTRO DE CAIDA

<b>REGISTRO DE CAIDA</b>	
Fecha de Registro	<input type="checkbox"/>
Enfermera/o	
Fecha y hora de caída	
Lugar donde se produjo la caída	
<b>Motivos de la caída</b>	
Estaba solo	
Tenía protecciones	
<b>Motivos Generales</b>	
Observaciones	
<b>Motivos Estructurales</b>	
Observaciones	
<b>Motivos Personales</b>	
Observaciones	
<b>Consecuencias de la caída</b>	
Ileso	<input type="checkbox"/>
Contusión	<input type="checkbox"/>
Hematoma	<input type="checkbox"/>
Herida abierta	<input type="checkbox"/>
Fractura	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>
Otros	
<b>Actuación</b>	
Valorado por enfermera	
Valorado por médico	
Comunicado a la familia	
Observaciones	

### ANEXO 4. RECOMENDACIONES AL PACIENTE Y FAMILIA

- ✓ Tenga el timbre siempre a mano.
- ✓ Utilice el timbre si necesita ayuda para levantarse, ir al baño, si está mareado o desorientado.
- ✓ Si el personal sube las barandillas de la cama déjelas así, es por su seguridad. Avísenos si quiere levantarse.
- ✓ Levántese de la cama poco a poco, permanezca sentado unos minutos, para ello la cama debe estar frenada y en la posición más baja.
- ✓ Use zapatillas cerradas y con suela de goma. Si camina descalzo o con calzas puede resbalarse.
- ✓ Avísenos si el suelo está mojado.
- ✓ Mantenga la habitación despejada de objetos, cables y cosas por el suelo.
- ✓ Utilice dispositivos de ayuda para deambular si los necesita: bastón, muleta, andador etc y manténgalos en buen estado.
- ✓ Mantenga la cama en posición baja.
- ✓ Coloque los objetos personales a su alcance.
- ✓ Siempre que ocurra un incidente o caída, aunque no tenga consecuencias, comuníquelo al personal de enfermería.
- ✓ Si los familiares observan cambios en el estado de salud o de comportamiento comuníquelo al personal sanitario.

- ✓ Mantenga iluminación adecuada en la habitación dejando si es necesario una luz encendida por la noche.
- ✓ Si deja solo a su familiar comuníquelo al personal y también:
  - Déjele el timbre cerca
  - Suba las barandillas de la cama , si previamente las tenia elevadas.
  - Coloque sus objetos al alcance de la mano

## ANEXO 5. NIVELES DE EVIDENCIA <sup>26, 27.</sup>

**Niveles de evidencia.** CTFPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care)

NIVEL Ia	Evidencia obtenida a través de metaanálisis o de revisión sistemática de ensayos aleatorizados y controlados.
NIVEL Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
NIVEL IIa	Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.
NIVEL IIb:	Evidencia obtenida a partir de al menos un tipo de estudio bien diseñado cuasi experimental.
NIVEL III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales.
NIVEL IV	Evidencia obtenida a partir de informes u opiniones de un comité de expertos y/o autoridades clínicas respetables.

**Grados de recomendación:**

<b>A</b>	Existe buena evidencia para recomendar la práctica clínica preventiva.
<b>B</b>	Existe evidencia aceptable para recomendar la práctica clínica preventiva.
<b>C</b>	La evidencia existente es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra del uso de la práctica clínica preventiva, pero otros factores podrían influir en la toma de decisiones.
<b>D</b>	Existe evidencia suficiente para hacer una recomendación en contra de la práctica clínica preventiva.
<b>E</b>	Existe buena evidencia para hacer una recomendación en contra de la práctica clínica preventiva.
<b>I</b>	No hay evidencia suficiente (en cantidad y/o calidad) para establecer una recomendación, sin embargo otros factores podrían influir en la toma de decisiones.