



Facultade de Enfermaria e Podoloxia

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2013-14

TRABAJO FIN DE GRAO

Incidencias de caídas en la población geriátrica. Intervención de enfermería para su prevención

Rebeca Rivas Arnoso

13 de Xuño do 2014

Directora do traballo: Concepción Miralles Frutos.

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS	5
2. RESUMEN.....	6
2.1 Resumen en Español	6
2.1.1 Objetivos	6
2.1.2 Metodología	6
2.1.3 Resultados	6
2.1.4 Conclusión	7
2.2 Resumen en Inglés	7
2.2.1 Objectives	7
2.2.2 Methodology.....	7
2.2.3 Results	7
2.2.4 Conclusion	8
3. INTRODUCCIÓN.....	9
4. OBJETIVOS	10
4.1 Objetivo principal.....	10
4.2 Objetivos secundarios	10
5. METODOLOGÍA.....	10
5.1 Medline	10
5.2 Cinahl.....	11
5.3 Cochrane	11
5.4 Dialnet.....	11
5.5 Bibliosaúde.....	11
5.6 Google	11
6. RESULTADOS	12
7. SÍNTESIS, CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	16

8. TABLAS.....	19
9. ANEXO	21
10. BIBLIOGRAFÍA.....	25

1. ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

SNC: Sistema nervioso central

SERGAS: Servicio Galego de Saúde

GACELA: Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería en Línea Abierta

2. RESUMEN

2.1 Resumen en Español

2.1.1 Objetivos

El principal objetivo de esta revisión es clarificar las medidas más efectivas para prevenir las caídas, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito primario/domiciliario. La población a estudio será la población geriátrica (de 65 años en adelante). Además se estudiarán los principales factores de riesgo, y el uso del registro de caídas.

2.1.2 Metodología

Se realizó una revisión sistemática a través de la búsqueda de bibliografía en las principales bases de datos, revistas, guías clínicas y protocolos.

Los criterios de exclusión son: mayor de 65 años, prevención de caídas, y que estuviera comprendido entre 2009 y 2014, a no ser que fueran artículos que debido a su importancia se pudieran incluir también. Se excluyeron aquellos artículos que no cumplieran los requisitos.

2.1.3 Resultados

Los principales factores de riesgo para que se produzca una caída son: problemas visuales y/o auditivos, polifarmacia y uso de medicación de riesgo y benzodiazepinas, problemas de equilibrio y modo de andar, estado cognitivo (confusión, agitación, desorientación) y patologías (Parkinson, Alzheimer, demencias...), entorno medioambiental (tanto en domicilio como en el ámbito hospitalario), problemas urinario, la edad e historia de caídas previas.

Por otro lado las principales intervenciones son: revisión de la medicación, realizar ejercicio físico moderado además del uso de dispositivos (bastón, muletas, andador), reestructuración ambiental, remitir a un oftalmólogo/otorrinolaringólogo, valoración del riesgo de caídas y colocación de medidas de sujeción/barandillas.

Los registros de caídas seguirán unas pautas: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente -antes y después de la caída-, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas.

2.1.4 Conclusión

A pesar de que los resultados obtenidos son bastante clarificadores, sigue habiendo lagunas en ciertos aspectos, como la validez de las intervenciones multifactoriales, la posibilidad de poder extrapolar los resultados a diferentes poblaciones y la necesidad de un registro de caídas para atención primaria.

2.2 Resumen en Inglés

2.2.1 Objectives

The main objective of this review is to clarify the most effective measures to prevent falls, both in the hospital setting and in the field primary/home. The study population will be the geriatric (65 and older) population. In addition the main factors of risk, and the use of fall registration will study.

2.2.2 Methodology

Be conducted a systematic review through the search for bibliography in the main databases, journals, clinical guidelines and protocols.

Exclusion criteria are: age 65 or older, falls prevention, and she was understood between 2009 and 2014, unless they were items that due to its importance could be included also. We excluded those items that do not comply with the requirements.

2.2.3 Results

The main FR to prevent a fall are: Visual and/or auditory problems, polypharmacy, and use of medication risk and benzodiazepines, problems of balance and gait, cognitive State (confusion, agitation, disorientation) and diseases (Parkinson, Alzheimer, demencias...), environment medioambiental(tanto en domicilio como en el ámbito hospitalario), urinary problems, age and history of previous falls.

On the other hand the main interventions are: medication review, exercise moderately as well as the use of devices (cane, crutches, Walker), environmental restructuring, refer to an ophthalmologist/Otolaryngologist,

assessment of the risk of falls and placement of measures of restraint/Rails.

Fall records will follow guidelines: date, time, place, cause, general condition of the patient - before and after the fall, doctor who attended it - if it was necessary - and immediate consequences.

2.2.4 Conclusion

While the results are quite clarifiers, still gaps remain in certain aspects, such as the validity of multifactorial interventions, the possibility to be able to extrapolate the results to different populations and the need for a registry of falls for primary care.

3. INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida en España se sitúa en 79,5 años los hombres y 85,5(1) años las mujeres y esta aumenta paulatinamente a medida que se hacen avances en la medicina y mejoras en las condiciones de vida. La caída es uno de los síndromes geriátricos de mayor prevalencia en la población anciana: un 30% de los ancianos que viven en la comunidad caen cada año, aunque solo un 10% sufre una fractura.(2)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) 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. Son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionadas y los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Según cifras de la OMS entre el 28% y el 34% de la población mayor de 65 años sufren al menos una caída al año, porcentaje que aumenta de manera directa con la edad, produciendo tasas de hospitalización por lesiones que oscilan entre el 1,6 y 8,9 episodios por cada 100.000 habitantes (3). En el caso de España en 2012 se produjeron 2407 muertes por caídas accidentales de las cuales 1994(82,84%) corresponden a mayores de 65 años. (4)

Desde el ámbito de enfermería es fundamental una buena prevención para evitar las caídas, partiendo desde la educación en la que se explican medidas de prevención ,recomendaciones para adaptar el entorno en su hogar ,y formación sobre una serie de ejercicios en los que la población geriátrica debe tener una participación activa

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo principal

El principal objetivo de esta revisión es clarificar las medidas más efectivas para prevenir las caídas, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito primario/domiciliario. La población a estudio será la población geriátrica (de 65 años en adelante).

4.2 Objetivos secundarios

Asimismo también se buscará obtener las principales causas para que estas se produzcan, intrínsecas y extrínsecas, y comprobar el uso del registro de las caídas por parte de enfermería como herramienta útil.

5. METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos (medline, cinahl, cochrane, dialnet, biblisaude), además de obtener los artículos a través de Google académico y buscar protocolos y guías clínicas en Google.

Antes de comenzar la búsqueda, se consultó en el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) el significado de los términos a utilizar en la base de datos para asegurar que se correspondían con la búsqueda que se quería realizar. Obteniendo, "caídas" (accidental falls), "prevención" (prevention and control), "enfermeros" (nurses), que fueron los términos utilizados para realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos.

Los criterios de inclusión fueron: mayor de 65 años, prevención de caídas, y que estuviera comprendido entre 2009 y 2014. También se tuvo en cuenta para su selección que tuviera el resumen disponible. Se excluyeron aquellos artículos que no recogieran estas características.

La búsqueda se realizó entre Marzo y Abril del 2014.

5.1 Medline

En Medline las palabras claves utilizadas fueron: Accidental falls AND Prevention and control AND Nurses. Los límites fueron: 5 years, Humans, 65+ years, English. Se obtuvieron 6 resultados.

5.2 Cinahl

En Cinahl las palabras claves fueron: Accidental Falls AND Prevention AND nurs*. Los límites fueron: 2009-2014, 65+ years, English+Spanish. Se obtuvieron 211 resultados.

5.3 Cochrane

En Cochrane las palabras claves fueron: Accidental Falls AND Prevention AND Nurses. El límite que se estableció fue 2009-2014. Se obtuvieron 2 resultados en español y 10 en inglés.

5.4 Dialnet

En Dialnet las palabras claves fueron: Caídas AND Prevención, con los límites 2009-2014, obteniendo 60 resultados.

5.5 Bibliosaúde

En Bibliosaúde se buscaron protocolos, guías clínicas y artículos relacionados con la prevención de caídas y el registro de caídas, obteniendo 20 resultados.

5.6 Google

En Google se buscó los protocolos y guías clínicas más relevantes relacionadas con el tema de la revisión. Las palabras que se utilizaron fueron protocolo/guía clínica, respectivamente, más prevención de caídas en ambos casos. Se buscaron las guías clínicas y protocolos más actuales.

Una vez realizada la búsqueda de los documentos a través de Google Académico y de la Biblioteca de la Universidad de A Coruña se obtuvieron un total de 34 documentos entre los que había guías clínicas, protocolos, estudios de cohortes, estudios de intervención comunitaria, revisiones bibliográficas, estudios descriptivos, editoriales, prácticas clínicas... de los cuales se llevó a cabo una lectura exhaustiva para discernir que artículos eran válidos para la revisión y cuales no. Se realizó, además, una búsqueda de los artículos que aparecían en la bibliografía, obteniendo nueva información para la revisión y leyendo de nuevo toda la información obtenida.

6. RESULTADOS

Tras la lectura y análisis de la bibliografía, se pueden establecer como los principales factores de riesgo (FR)/ causas de las caídas en los ancianos por orden de aparición: problemas visuales y/o auditivos(2,5-9), polifarmacia y uso de medicación de riesgo y benzodiacepinas(2,5-12), problemas de equilibrio y modo de andar(2,5-9,11), estado cognitivo (confusión, agitación, desorientación) y patologías (Parkinson, Alzheimer, demencias...)(5,7-11), entorno medioambiental(tanto en domicilio como en el ámbito hospitalario)(2,9,11,12), problemas urinarios(2,7,8,11), la edad(8,10) e historia de caídas previas(8,9,10,11). Se mencionan también, pero con menor frecuencia problemas cardíacos(2), pre/postoperatorio(10), estado nutricional(5) y problemas sociales(9).

En los ancianos es muy común la polifarmacia (≥ 4 fármacos) al igual que el uso de benzodiacepinas y medicación de riesgo que puede producir hipotensión ortostática (antihipertensivos, diuréticos, betabloqueantes, conversores de la enzima angiotensina y bloqueadores del canal de calcio).(6) Presencia de arritmias y bradicardias no conocidas sin tratar al igual que la presencia de hipertensión a tratamiento con antihipertensivos aumentan el riesgo.(2)

La presencia de enfermedades como el Parkinson y demencias (Alzheimer) o la presencia de desorientación aumentan la probabilidad de que se produzca una caída. Es importante comprobar el modo en el que andan los pacientes geriátricos, al igual que su equilibrio (test Go and Get up) y el estado de los pies(6,9). Problemas urinarios, como la incontinencia urinaria (IU) funcional, puede producir una caída debido a que el paciente en el intento de llegar lo antes posible al cuarto de baño puede tropezar con las alfombras o resbalar y producirse la caída(2).

En cuanto a la edad, establecen un aumento de la probabilidad de caer a partir de los 65 años, aunque en una guía clínica se refleja la probabilidad de caer según la edad y su movilidad además de presencia de patologías o no (Tabla I)(9). Un historial sobre caídas previas aumenta la posibilidad de caídas en el futuro, entre un 16-52% de los pacientes pueden

presentar más de una caída durante su hospitalización(10). La falta de uso de gafas pautadas y una agudeza visual menor a 0.5m a 5m en uno de los dos ojos no conocida o tratada, también aumenta la probabilidad de caídas.(2)

Uno de los factores que más influye es el entorno en el que vive y se relaciona la población anciana. Barreras arquitectónicas y socioculturales, su domicilio y la posibilidad o no de acceder a ayudas sociales va también incidir en la probabilidad de que se produzca una caída.

Para prevenir las caídas, la bibliografía habla de diferentes intervenciones, aunque suelen coincidir en sus argumentos. Las actividades más utilizadas son una revisión de la medicación(2,6-8,10,12-15), realizar ejercicio físico moderado además del uso de dispositivos (bastón, muletas, andador)(5-8,10,12-15), reestructuración ambiental(2,6-8,12,14,15), remitir a un oftalmólogo/otorrinolaringólogo(2), valoración del riesgo de caídas(6,13) y colocación de medidas de sujeción/barandillas(10).

Es importante realizar una revisión de la medicación que toman, ya sea con una reducción del tratamiento (polifarmacia) o suspensión y/o control de la medicación de riesgo(fármacos del sistema nervioso central (SNC) (benzodiazepinas, antidepresivos, neurolépticos, anticonvulsionantes, antiparkinsianos), antihipertensivos, antidiabéticos y antiarrítmicos (digital, betabloqueantes, amiodarona, verapemil, diltiazem)).(11)

La realización de ejercicios para fomentar el equilibrio y la fuerza muscular son medidas también efectivas. La duración para comenzar a ver resultados se establece en realizarlos durante más de 12 semanas y de 1-3 sesiones por semana. En un artículo sobre la prevención de las caídas en los adultos hablan del Tai chi como uno de los ejercicios más efectivos para ejercitar y mejorar la fuerza, aunque no está recomendado en pacientes frágiles(6). El uso de dispositivos para deambular(bastones, andadores, muletas) y su correcto uso pueden ser también eficaces(2).

Asimismo la modificación del entorno en el que se realiza el día a día la persona con riesgo de caída, es una de las medidas más efectivas. El

61% de las caídas ocurren en la sala, comedor, cocina, baño y dormitorio, la mayoría durante el día mientras caminan, transportan algún objeto o buscan uno(6). Acciones como la restructuración del inmobiliario, eliminación de alfombras, colocar una iluminación adecuada pero que no deslumbre, poner alfombras antideslizantes en el baño así como soportes de sujeción para ir al WC, pueden incidir en modo muy directo en la reducción de las caídas. Además del uso de calzado adecuado que sujete bien el pie al caminar(7).

La remisión a un oftalmólogo/otorrinolaringólogo se debe realizar siempre que haya una sospecha de que un problema visual/auditivo puede producir una futura caída(2).

La valoración del riesgo de caídas se debe realizar siempre que haya un cambio en el estado físico o mental del paciente. La escala más utilizada para diagnosticar un posible riesgo es la escala J.H Downton (Tabla II)(16).

En cuanto al uso de barandillas como medida de seguridad dependerá en gran medida del fin por el cual se utilizan. Si se usan para evitar las caídas accidentales pueden ser útiles, pero si se colocan en las camas como un medio para restringir la libertad del paciente, su uso no es del todo seguro.(10)

Se mencionan otras intervenciones, pero su fiabilidad está menos demostrada. Entre ellas está mantener la cama en una posición baja(7,17,18). Consistiría en mantener la cama en una posición baja de tal modo que la altura de la cama no supere a la pierna flexionada en 90°, en modo que el paciente no encuentre dificultades a la hora de levantarse y acostarse. Solo se podría tener la cama en una posición alta cuando el profesional sanitario o el cuidador/familiar esté realizando alguna acción sobre el paciente.

Las intervenciones multifactoriales es un recurso muy utilizado, pero existen diferencias entre los resultados obtenidos en cuanto a su efectividad entre países (Estados Unidos, Australia vs Europa y Canadá).

En estos últimos no se han encontrado diferencia significativa que demuestre su validez entre el grupo control y el grupo intervenido .(13)

Teniendo en cuenta que uno de los factores de riesgo para sufrir una caída es la incontinencia urinaria, medidas conductuales para evitarlos y la posibilidad del uso de anticolinérgicos, pueden ayudar a que se produzca una disminución de las caídas. Aunque esta medida no aparece reflejada en la mayoría de la bibliografía.

Otras medidas son la hidratación, medias elásticas, fajas abdominales y medicación que se pueden adoptar para prevenir la hipotensión ortostática y por consiguiente reducir el riesgo de sufrir una caída, además de realizar de manera suave los cambios posturales.(2)

Entre las actividades que no han demostrado su efectividad al 100% están un plan de cuidados en grupo, intervención multifactorial, vigilancia del paciente por vídeo y/o monitor, intervención de los cuidadores, intervención de los fisioterapeutas, sistemas de detención e identificar las restricciones de las actividades por miedo a caer.(10)

Aunque se lleven a cabo todas estas medidas para prevenir las caídas, la total prevención es imposible, por lo que es también importante realizar un registro adecuado de las caídas para así determinar que otros factores constituyen un riesgo de caída..... En el ámbito hospitalario en el registro se recogerá fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente -antes y después de la caída-, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas(16). Se cubrirá el informe de caídas y se entregará a la supervisora, además de controlar el estado del paciente en las horas sucesivas. Se comprobará que tiene cumplimentada la escala de riesgo de caídas (J.H Downton). En el SERGAS (Servicio Galego de Saúde) existe un registro de caídas a través del GACELA (Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería en Línea Abierta) que cumple estos apartados. (ANEXO 1)(19)

7. SÍNTESIS, CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Los principales factores de riesgo para que se produzca una caída son: problemas visuales y/o auditivos, polifarmacia y uso de medicación de riesgo y benzodiacepinas, problemas de equilibrio y modo de andar, estado cognitivo (confusión, agitación, desorientación) y patologías (Parkinson, Alzheimer, demencias...), entorno medioambiental (tanto en domicilio como en el ámbito hospitalario), problemas urinarios, la edad e historia de caídas previas.

Por otro lado las principales intervenciones son: revisión de la medicación, realizar ejercicio físico moderado además del uso de dispositivos (bastón, muletas, andador), reestructuración ambiental, remitir a un oftalmólogo/otorrinolaringólogo, valoración del riesgo de caídas y colocación de medidas de sujeción/barandillas.

Además hay intervenciones que no se han mostrado eficaces de una forma completa tales como plan de cuidados en grupo, intervención multifactorial, vigilancia del paciente por vídeo y/o monitor, intervención de los cuidadores, intervención de los fisioterapeutas, sistemas de detención e identificar las restricciones de las actividades por miedo a caer.

Los registros de caídas seguirán unas pautas: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente -antes y después de la caída-, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas.

La población geriátrica es un grupo muy heterogéneo por lo que cada paciente es único y los factores de riesgo no afectarán por igual a todos.

La enfermería, durante su labor asistencial, juega un papel muy importante a la hora de determinar la presencia de varios de ellos y así discernir la probabilidad de que se produzca una caída. Además, aspectos culturales y creencias, hacen difícil poder extrapolar todas las intervenciones a todos los grupos. En una comunidad, como Galicia, donde hay mucha población rural, las características de los pacientes que viven en esas zonas no serán iguales a aquellos que viven en un ambiente urbano, por lo que también se tendría que tener en cuenta ese aspecto a la hora de realizar una valoración sobre el riesgo de caídas.

Un caso claro es el de las intervenciones multifactoriales, nombrado en los resultados, en donde se veían diferencias entre los resultados obtenidos en Estados Unidos y Canadá (donde si había diferencia entre el grupo control y el grupo intervenido) en relación con aquellos que se obtuvieron en Europa y Australia (mostrando resultados sin diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervenido), mostrando la necesidad de seguir realizando estudios donde se pueda recoger la mayoría de los casos y que los resultados sean de utilidad para que los profesionales los puedan utilizar en el campo de actuación.

Otro aspecto a resaltar es el hecho de que existe mucha bibliografía en cuanto a la prevención de caídas en el ámbito hospitalario y las intervenciones a llevar a cabo, pero en el ámbito de atención primaria existen menos estudios y los resultados obtenidos en estos son más incongruentes que aquellos obtenidos en el hospital. Una de las razones que se mencionan para que haya esas diferencias es la falta de recursos suficientes para poder realizar de manera efectiva las acciones preventivas. Teniendo en cuenta la crisis económica que está presente en este momento, resultará complicado que se pueda realizar un estudio de esa magnitud.

En referencia al registro de caídas, se encontró bibliografía de como habría que realizarlo en el ámbito hospitalario. Pero no hay nada reflejado de como habría que realizarlo en el ámbito de Atención Primaria. Teniendo en cuenta que las causas por las que se produce una caída pueden ser diferentes en el ámbito hospitalario que en el domiciliario, sería importante abordar como habría que realizar de manera correcta y efectiva un registro de caídas en atención primaria de manera concisa y completa, recogiendo todos los aspectos importantes, y que fueran de utilidad para poder prevenir futuras caídas en la población geriátrica. Y más aún en un país como es España, en el que la esperanza de vida aumenta cada vez más y hay una población cada vez más envejecida; y el primer contacto entre la población y el sistema sanitario pasa por los centros de salud.

Los cambios en los profesionales es difícil, pero sería importante abordar la necesidad de implementar un registro de caídas desde Atención Primaria, al mismo tiempo que los profesionales sean capaces de llegar a la población a su cargo para poder realizarlo de manera correcta y efectiva. Al igual que sería necesario realizar previamente una valoración sobre el riesgo de caídas para cada paciente y disminuir en este modo la incidencia de caídas en el domicilio.

Entre las limitaciones encontradas en esta revisión son, por un lado, la imposibilidad de acceder a algunos artículos por la necesidad de tener que pagar para poder leerlos y, por otro lado, la imposibilidad de leer algunos artículos por estar disponibles en idiomas que no fueran el español o el inglés.

8. TABLAS

8.1 Tabla I(9)

RIESGO	CARACTERÍSTICAS
Bajo	<ul style="list-style-type: none">- Individuo sano- Menor de 75 años- Buena movilidad- Alguna caída, pero generalmente por descuido
Intermedio	<ul style="list-style-type: none">- Entre 70 y 80 años- Se vale por si mismo- Con un factor de riesgo específico
Alto	<ul style="list-style-type: none">- Mayor de 75 años- Portador de patología crónica- Estancia en asilos o casas de asistencia- Más de dos factores de riesgo

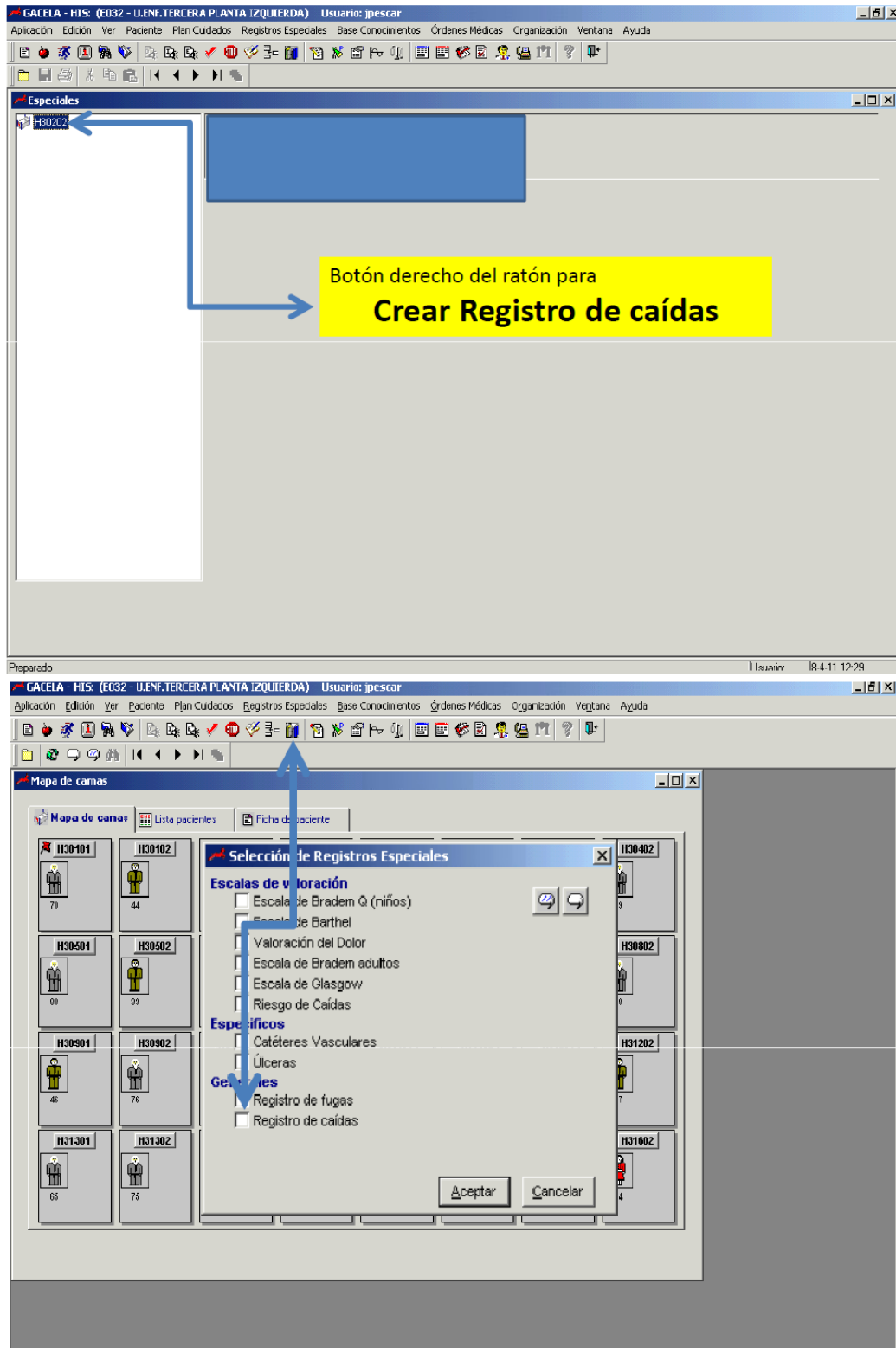
8.2 Tabla II(16)

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
ESTADO MENTAL	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

9. ANEXO(19)

Captura de pantalla realizada del programa

GACEL



Registro de caídas

H30202
 N° Historia
 Sexo
 Alergia
 Diagnostico

Fecha de Procedencia: 08/04/11 12:37
 Fecha Registro: 08/04/11 12:37
 Producida: Unidad

Personal Clínico: Pesado Cartelle, Jose
 Servicio: U.ENF.TERCERA PLANTA IZQUIERDA
 U.ENF.TERCERA PLANTA

Circunstancias | **Motivos personales** | Motivos estructurales | Consecuencias | Otros

Apartado	Valor
De la cama	<input type="checkbox"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>
De la camilla	<input type="checkbox"/>
De la silla de ruedas	<input type="checkbox"/>
En el WC	<input type="checkbox"/>
En la ducha	<input type="checkbox"/>
Estaba acompañado	<input type="checkbox"/>
Estaba solo	<input type="checkbox"/>
Tenía contención mecánica	<input type="checkbox"/>
Tenía laterales	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

Aceptar Cancelar

Seleccionar las circunstancias

Ayuda para resolver dudas

Registro de caídas

H30202
 N° Historia
 Sexo
 Alergia
 Diagnostico

Fecha de Procedencia: 08/04/11 12:37
 Fecha Registro: 08/04/11 12:37
 Producida: Unidad

Personal Clínico: Pesado Cartelle, Jose
 Servicio: U.ENF.TERCERA PLANTA IZQUIERDA
 U.ENF.TERCERA PLANTA

Circunstancias | **Motivos personales** | Motivos estructurales | Consecuencias | Otros

Apartado	Valor
Desorientado	<input type="checkbox"/>
Agitado	<input type="checkbox"/>
Incontinencia	<input type="checkbox"/>
Post-operatorio inmediato	<input type="checkbox"/>
Déficit sensorial	<input type="checkbox"/>
Inestabilidad motora	<input type="checkbox"/>
Edad < 5 años o > 75 años	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Fármacos	<input type="checkbox"/>
Problemas médicos neurológicos	<input type="checkbox"/>
Problemas médicos osteoarticulares	<input type="checkbox"/>
Problemas médicos cardiovasculares	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

Aceptar Cancelar

En la pestaña de Motivos Personales marcaremos los que el paciente tenga

Registro de caídas

H30202
 N° Historia
 Sexo
 Alergia
 Diagnostico

Fecha de Procedencia: 08/04/11 12:37
 Fecha Registro: 08/04/11 12:37
 Producida: Unidad

Personal Clínico: Pesado Cartelle, Jose
 Servicio: U.ENF.TERCERA PLANTA IZQUIERDA
 U.ENF.TERCERA PLANTA

Circunstancias | **Motivos personales** | **Motivos estructurales** | Consecuencias | Otros

Apartado	Valor
Poca iluminación	<input type="checkbox"/>
Cama/camilla sin frenar	<input type="checkbox"/>
Mesilla insegura	<input type="checkbox"/>
Silla de ruedas sin frenar	<input type="checkbox"/>
Entorno desordenado	<input type="checkbox"/>
Suelo resbaladizo	<input type="checkbox"/>
Suelo mojado	<input type="checkbox"/>
Sin motivos aparentes	<input type="checkbox"/>
Baño sin asideros	<input type="checkbox"/>
Ropa inadecuada	<input type="checkbox"/>
Calzado inadecuado	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

Aceptar
 Cancelar

En la pestaña de Motivos Estructurales marcaremos los que pudieran motivar la caída

Registro de caídas

H30202
 N° Historia
 Sexo
 Alergia
 Diagnostico

Fecha de Procedencia: 08/04/11 12:37
 Fecha Registro: 08/04/11 12:37
 Producida: Unidad

Personal Clínico: Pesado Cartelle, Jose
 Servicio: U.ENF.TERCERA PLANTA IZQUIERDA
 U.ENF.TERCERA PLANTA

Circunstancias | **Motivos personales** | **Motivos estructurales** | **Consecuencias** | Otros

Apartado	Valor
Iliso	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/>
Hematomas	<input type="checkbox"/>
Heridas	<input type="checkbox"/>
Posible fractura	<input type="checkbox"/>
Fractura 1	<input type="checkbox"/>
Fractura 2	<input type="checkbox"/>
Fractura 3	<input type="checkbox"/>
Fisura ósea	<input type="checkbox"/>
Exitus	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

Aceptar
 Cancelar

En la pestaña de Consecuencias marcaremos aquellas que el paciente sufra a consecuencia de la caída.

Registro de caídas

H30202

Nº Historia
Sexo
Alergia
Diagnostico

Fecha de Procedencia: 08/04/11 12:37
Fecha Registro: 08/04/11 12:37
Producida: Unidad

Personal Clínico: Pesado Cartelle, Jose
Servicio: U.ENF.TERCERA PLANTA IZQUIERDA
U.ENF.TERCERA PLANTA

Circunstancias **Motivos personales** **Motivos estructurales** **Consecuencias** **Otros**

Apartado	Valo
Orientado	<input type="checkbox"/>
Con registro de "Riesgo de Caídas"	<input type="checkbox"/>
Sin registro de "Riesgo de Caídas"	<input type="checkbox"/>
Tiene medidas de seguridad pautadas	<input type="checkbox"/>
Rechaza las medidas de seguridad	<input type="checkbox"/>
Tuvo caídas anteriores	<input type="checkbox"/>
Se ha comunicado esta caída	<input type="checkbox"/>

En la pestaña de Otros marcaremos los items adecuados (si tenía medidas, antecedentes de caídas, si tenía Registro de Riesgo...)

Una vez finalizado el Registro de Caídas pulsaremos el botón de Aceptar

Comentarios:

Aceptar
Cancelar

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística(INE)[Sede Web]. Madrid: INE; 2014 [actualizada el 25 de Abril del 2014; fecha de acceso 30 de Abril del 2014]. Esperanza de vida [3 pantallas aproximadamente] Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
2. Gobierno Hernández J, Pérez de las Casas,María Ofelia, Madan Pérez MT, Baute Díaz D, Manzaneque C. ¿Podemos desde atención primaria prevenir las caídas en las personas mayores? Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria 2010;42(5):284-291.
3. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. Rev Panam Salud Publica(Washington). 2010; 27(1):37-42.
4. Instituto Nacional de Estadística(INE)[Sede Web]. Madrid: INE; 2012 [actualizado 31 de Enero del 2014; consultado el 30 de Abril del 2014]. Defunciones según la causa de la muerte[1 pantalla aproximadamente]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2012/I0/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>
5. Martín Nogueras AM, Calvo Arenillas JI, Sánchez Sánchez C, Méndez Sánchez R, Barbero Iglesias FJ. Incidencia de caídas en mujeres que participan periódicamente en un programa de revitalización geriátrica. Estudio con seguimiento de 5 años. Fisioterapia 2013;35(4):139-145.
6. Day J, R., Ramos L, C., Hendrix C, C. Fall prevention through patients partnerships. Nurse Pract 2012 07;37(7):14-19.
7. van Harten-Krouwel , Diny, Schuurmans M, Emmelot-Vonk M, Pel-Littel R. Development and feasibility of falls prevention advice. J Clin Nurs 2011 09/15;20(19):2761-2776.

8. Gerencia de Atención Primaria. Guía de cuidados: prevención de caídas en Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2012.
9. González-Carmona B, Miriam López-Roldán V, Trujillo-de los Santos Z, Escobar-Rodríguez AD, Valeriano-Ocampo J, Sosa-H JM, et al. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 425-441.
10. Laguna-Parras JM, Carrascosa Corral RR, Zafra López F, Carrascosa García MI, Luque Martínez FM, Alejo Esteban JA, et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica 2010;21(3):97-107.
11. Sirkin AJ, Rosner NG. Hypertensive management in the elderly patient at risk for falls. J Am Acad Nurse Pract 2009 07;21(7):402-408.
12. Tinetti ME, Baker DI, Mc Avay G, Claus EB, Garret P, Gottschalk M, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med. 1994;331:821-7.
13. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M, Avellana Revuelta E, Ramos Blanes R, Cubí Montfort R. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria 2010;42(4):211-217.
14. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med. 2003;348:42-9.
15. Arribas D, Benítez D, Carbonell C, Cebamanos J, del Río L, Díez A, Estrada MD, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Barcelona: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 2010.

16. Dirección enfermera del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo General Caídas. Madrid: Comunidad de Madrid; 2005. PRT / CAID / 007.
17. Tzeng H, Yin C, Anderson A, Prakash A. Nursing Staff's Awareness of Keeping Beds in the Lowest Position to Prevent Falls and Fall Injuries In an Adult Acute Surgical Inpatient Care Setting. *Medsurg Nurs* 2012 2012;21(5):271-274.
18. Tzeng HM, Prakash A, Brehob M, Devecsey DA, Anderson A, Yin CY. Keeping patient beds in a low position: An exploratory descriptive study to continuously monitor the height of patient beds in an adult acute surgical inpatient care setting. *Contemp Nurse*. 2012; 41(2):185-190.
19. GACELA [programa de ordenador]. Santiago: Sergas, Consellería de Sanidade; 2000. [Acceso el 15 de Mayo del 2014].