

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO

GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO
GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA



Autor: Rosaura Toribio Felipe. Diplomada Universitaria en Enfermería

Fecha de Creación: Julio de 2008.

Fecha de Próxima Revisión: Julio de 2010.

ÍNDICE

PROPÓSITO	1
JUSTIFICACIÓN	1
OBJETIVOS	1
DEFINICIONES	2
FACTORES DE RIESGO	2
INTRÍNSECOS	2
EXTRÍNSECOS	4
CARACTERÍSTICAS DE LAS CAÍDAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO	5
EVALUACIÓN DEL RIESGO	6
MEDIDAS PREVENTIVAS	7
MEDIDAS PREVENTIVAS UNIVERSALES	7
MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS	7
Generales.	7
Medidas informativas/educativas	9
Medidas específicas en función del riesgo	9
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LAS CAÍDAS	12
ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA	15
INDICADORES	16
DE COBERTURA	16
DE PROCESO	16
DE RESULTADO	16
BIBLIOGRAFÍA	18

ANEXOS

I - MEDICACIÓN QUE INCREMENTA EL RIESGO DE CAÍDA	22
II - TEST LEVANTATE Y ANDA (“UP AND GO TEST”)	25
III - USO ADECUADO DE LAS BARANDILLAS DE LAS CAMAS	27
IV - MECANISMOS DE AYUDA A LA DEAMBULACIÓN	31
V - HOJA DE REGISTRO DE ACCIDENTES	37

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

PROPÓSITO:

El propósito de este protocolo es incrementar la concienciación y promover la seguridad del paciente en relación al riesgo de caída durante su estancia en el hospital, así como disminuir ese riesgo.

JUSTIFICACIÓN:

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su elevada incidencia y por las repercusiones en la calidad de vida del anciano, estimándose que un tercio de las personas mayores de 65 años sufren una caída anual y este porcentaje asciende al 50% en los mayores de 80 años.

En el ámbito hospitalario la incidencia anual de caídas oscila entre un 2 y un 12% en los ingresos. Las caídas son consideradas como un indicador de calidad de la asistencia hospitalaria.

Diversas investigaciones y estadísticas hospitalarias sugieren que los pacientes hospitalizados tienen mayor riesgo de caída que aquellas personas que residen en la comunidad. Los ancianos son más vulnerables a sufrir caídas y los pacientes mayores de 65 años ocupan más de dos tercios de las camas hospitalarias.

OBJETIVOS:

Lograr que el paciente no sufra riesgos innecesarios de caídas, durante su hospitalización.

1. Identificar a los enfermos con mayor riesgo de caídas, valorando si presentan factores de riesgo.
2. Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención.

3. Determinar la incidencia de este tipo de accidentes hospitalarios, e identificar y analizar sus causas.
4. Estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de caídas, en todas las unidades del Hospital.
5. Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas.

DEFINICIONES:

La Organización Mundial de la salud OMS define como caída: “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo.

En los servicios de hospitalización definimos caída como “cambio de posición brusco e involuntario de un individuo a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial”.

- **Caída accidental:** es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al paciente (ej.: tropiezo) y que no vuelve a repetirse.
- **Caída repetida:** expresa la persistencia de factores predisponentes como enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.
- **Caída prolongada:** es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 ó 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante.

FACTORES DE RIESGO.

Las caídas ocurren como resultado de una compleja interacción de factores de riesgo. Los principales, reflejan la multitud de factores determinantes de la salud que afectan directa o indirectamente el bienestar. Estos se clasifican en dos dimensiones:

I. – FACTORES INTRÍNSECOS:

1. **Edad:** Las personas menores de 6 años y mayores de 80 años son más propensos a caer y sufrir lesiones. En el caso de las personas mayores, no es la edad en sí misma la que aumenta el riesgo de caídas, sino la comorbilidad asociada al envejecimiento.

2. **Debilidad muscular y la reducción de la aptitud física:** sobre todo de la parte inferior del cuerpo. Este factor ha sido identificado como el más importante factor de riesgo, aumentando el riesgo de caída en 4 o 5 veces.
3. **Deterioro de control del equilibrio e inestabilidad al andar:** en particular, los cambios neuronales, sensoriales y del sistema musculoesquelético relacionados con la edad pueden dar lugar a problemas en la capacidad para mantener la postura erguida o reaccionar ante una pérdida repentina del equilibrio. Trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson o hemiparesia debido a un accidente cerebrovascular, pueden exacerbar estas dificultades.
4. **Cambios en la visión:** las personas con déficit visual, como la reducción de la agudeza o sensibilidad al contraste, deficiente acomodación a la luz y a la oscuridad, percepción alterada de la profundidad, tienen 2,5 más probabilidades de sufrir una caída. Déficit visuales como miopía, lesiones ulcerosas, patología corneal, cataratas o complicaciones de la cirugía de cataratas, e intolerancia al deslumbramiento, también se cree que aumentan el riesgo de caídas. También pueden experimentar problemas con el uso de nuevas gafas, especialmente con las lentes multifocales que distorsionan la percepción de la profundidad.
5. **Enfermedad crónica**
 - a) Artritis; es una de las principales contribuyentes (osteoartritis es la forma más común), aumentando el riesgo de una caída 2,4 veces.
 - b) Accidentes cerebrovasculares.
 - c) Diabetes; con episodios de hipoglucemias.
 - d) Enfermedad de Parkinson.
 - e) Hipotensión; se ha asociado con nada menos que con un 20% de todas las caídas. La hipotensión ortostática se define como un descenso en presión arterial sistólica >20 mm Hg o presión arterial diastólica >10mmHg.
 - f) Incontinencia urinaria.
 - g) Enfermedades cardiovasculares; incluyendo arritmias.
6. **Alteraciones motoras y sensitivas:** trastornos de la marcha, disminución de la sensibilidad en extremidades y pies, pérdida de la audición, pobre equilibrio, mareos, dolor u otros problemas en los pies, y las lesiones de una caída anterior.
7. **Enfermedad aguda:** puede ser responsable de entre un 10% a 20% de las caídas.
 - a) Infección aguda; se encuentra en un alto riesgo de caídas y lesiones como consecuencia de la debilidad, fatiga o mareos. Incluso los cortos períodos de inmovilidad a menudo asociados con una enfermedad aguda se sabe que contribuyen a la reducción de la densidad ósea y la masa muscular.

b) Deshidratación.

8. **Deterioro cognitivo:** como la confusión debido a la demencia y delirio también puede aumentar el riesgo de una caída en 1,8 veces.
9. **Medicamentos:** los medicamentos pueden afectar al riesgo de caída de varias formas. Pueden afectar a la vigilia, al juicio, y a la coordinación. Ciertos fármacos aumentan la hipotensión postural. Los medicamentos también pueden alterar el mecanismo de equilibrio y la capacidad de reconocer y adaptarse a los obstáculos.
 - a) Polifarmacia, definida como tomar cinco o más medicamentos recetados. Es un factor importante en muchas caídas.
 - b) Uso de determinados fármacos (Anexo I)
10. **Postoperatorio:** durante las 24 horas siguientes a la cirugía, especialmente si se ha utilizado anestesia general.
11. **Depresión:** determinadas investigaciones han encontrado asociación entre depresión y caídas, pero estos estudios son a menudo retrospectivos y la depresión podría derivarse de la caída, en lugar de ser un nexo causal o factor de riesgo.
12. **Estado nutritivo e hidratación:** la relación entre el consumo de nutrientes y el riesgo de caídas es menos claro, sin embargo, se sabe que el adecuado aporte de proteínas, vitaminas esenciales y agua son imprescindibles para una salud óptima. Si existen deficiencias, es razonable esperar que exista debilidad, enlentecimiento de la recuperación y aumento de lesiones.
13. **Sarcopenia:** el envejecimiento se asocia con sarcopenia, que se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular. La influencia de sarcopenia sobre la discapacidad y eventos como las caídas en los ancianos está ahora bien establecida.
14. **Reducción en la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria:** Las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria muestran una fuerte asociación con el riesgo de caída.
15. **Historia de las caídas anteriores:** es uno de los mejores predictores de una futura caída. Cualquier caída anterior aumenta en 3 veces el riesgo de volver a caer. Una caída puede reducir la movilidad, lo que da lugar a pérdida de fuerza, del equilibrio y disminución de los reflejos.

II. FACTORES EXTRÍNSECOS

1. **Miedo de caer:** en la literatura ha sido identificado hace relativamente poco tiempo como un factor de riesgo en las caídas. El miedo puede conducir a cambios inadaptados en el control del equilibrio (por ejemplo, rigidez) que puede incrementar el riesgo de caer.

2. **Calzado, ropa y dispositivos externos:** el calzado con mal ajuste, suelas desgastadas, no atados, sin la hebilla abrochada, o con tacón. El largo de las batas o pantalones pueden causar tropiezos. Portar objetos en las manos impide recuperar la capacidad de equilibrio, ya que dificulta un rápido agarre a una barandilla u otro objeto de apoyo.
3. **Hospitalización prolongada:** las personas que están hospitalizadas 19 días o más han demostrado tener un mayor riesgo de sufrir caídas.
4. **Ausencia de cuidadores informales.**
5. **Otros factores:**
 - a) Barandillas de la cama, camilla y cunas.
 - b) Dispositivos para deambular: Condiciones deficientes en las gomas de los bastones, muletas, andadores y sillas de ruedas que no permiten su fácil deslizamiento y eficaz frenado.
 - c) Iluminación inadecuada: Luz deficiente o que provoca deslumbramientos en el cuarto del paciente o en los pasillos.
 - d) Timbre de llamada.
 - e) Dotación de la habitación: altura inapropiada de la cama, bancos de altura en malas condiciones.
 - f) Ruedas de la cama o silla de ruedas no bloqueadas.
 - g) Suelo húmedo y deslizante: por derramamiento de líquidos o episodios de incontinencia.
 - h) Desorden

CARACTERÍSTICAS DE LAS CAÍDAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.

La mayoría de las caídas se producen desde o cerca de la cama del paciente, constituyendo más de la mitad de las mismas. Otros lugares habituales son el pasillo y el cuarto de baño.

El traslado del paciente de un lugar a otro, habitualmente implicando una cama o una silla es la actividad más citada en el momento de la caída del paciente. Otras actividades habitualmente asociadas a la caída es caminar, asearse y sentarse en la silla, inodoro o silla de ruedas.

EVALUACIÓN DEL RIESGO.

La evaluación del riesgo de caída se realizará durante las **primeras 24 horas de ingreso**, utilizando para ello la escala de riesgo de caídas del Royal Columbian Hospital (modificación del Falls Risk Assessment Tool (FRAT)), que se expone a continuación:

ITEMS	PUNTUACIÓN
Caídas previas en los 6 meses anteriores	2
Mareos o hipotensión ortostática	2
Estado mental alterado (delirio, lesión craneoencefálica, demencia, depresión)	2
Intentos de salir de la cama/silla debido a alteraciones cognitivas, agitación o inquietud	3
Problemas de movilidad, de equilibrio o de marcha	2
Debilidad generalizada o dolor	1
Deficiencias visuales y/o auditivas	1
Problemas en la eliminación urinaria y/o intestinal: frecuencia, urgencia, incontinencia o nicturia.	1
Más de 7 medicamentos, especialmente narcóticos, antidepresivos, antipsicóticos y/o diuréticos.	1
Prescripción de cualquier benzodiacepina o psicótropo	1
PUNTUACIÓN	

Se considerará que el paciente se encuentra en alto riesgo de caída cuando la puntuación obtenida sea **SUPERIOR A 7 PUNTOS**.

CRITERIOS A TENER EN CUENTA

- **Hipotensión ortostática:** se define como una reducción de la presión arterial de por lo menos 20 mmHg de presión sistólica y al menos 10 mmHg de la presión diastólica, dentro de los 3 minutos de haber asumido la postura erecta a partir de la posición supina.

- **Problemas de movilidad, el equilibrio o la marcha:** Si el paciente no puede moverse la puntuación en este apartado será 0. En caso de dificultad para valorar la presencia o ausencia de problemas en este apartado, puede utilizarse el test de “levántate y anda” (**Anexo II**)
- **Problemas en la eliminación urinaria e intestinal:** en este apartado los pacientes que sean portadores de sonda vesical o pañales no serán considerados como pacientes con problemas de eliminación, por lo que no se les asignará ninguna puntuación.

La valoración del riesgo de caída deberá realizarse:

- Al ingreso del paciente (durante las primeras 24 horas)
- Cuando exista un cambio importante en su situación clínica.
- Tras producirse una caída.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

I. – MEDIDAS PREVENTIVAS UNIVERSALES:

Estas medidas están orientadas a todos los pacientes, independientemente de su clasificación del riesgo.

- Evitar suelos resbaladizos, irregulares o mojados.
- Buena iluminación en todas las estancias de circulación de pacientes.
- Entorno sin obstáculos y ordenado (recogida inmediata de los vertidos, el desorden, cables eléctricos y equipos innecesarios).
- Mantener libres los pasamanos de las partes comunes de paso.
- Uso de ropa cómoda, holgada y con el largo adecuado.
- Calzado apropiado con tacón bajo, suela antideslizante y que recoja el talón.

II. – MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS:

1. Generales:

- A aquellos pacientes identificados como de alto riesgo de sufrir caídas durante su ingreso hospitalario, según la escala de valoración de riesgo de caída, se les colocará una pequeña etiqueta autoadhesiva de color azul según las indicaciones del Protocolo de Identificación de Pacientes.

- Movilización y deambulaci3n asistida por personal sanitario y/o el familiar u otro miembro del equipo de salud.
- Mantener un adecuado aporte nutricional e hidrataci3n.
- Siempre que sea posible, permitir el acompa1amiento continuo del paciente por al menos un cuidador.
- Uso de barandillas de las camas, siempre que los beneficios superen a los riesgos. (**Anexo IV**).
- Cuando permanezcan paradas, tanto las sillas de ruedas como las camas deben estar frenadas.
- Mantener una luz difusa en la habitaci3n durante la noche.
- No demorar la respuesta a las llamadas del paciente identificado como de riesgo, para limitar el n1mero de ocasiones que abandone la cama sin ayuda.

2. Medidas Informativas - Educativas.

- Para asegurar que los pacientes en riesgo de ca3da y sus cuidadores sean parte activa en la prevenci3n de las ca3das, estos deben ser conscientes de sus riesgos as3 como de las estrategias preventivas m1s adecuadas a trav3s de la informaci3n y educaci3n acerca de:
 - ✓ Orientaci3n sobre su entorno (habitaci3n, instalaciones, horarios, etc.) y de la forma de obtener asistencia siempre que lo necesite.
 - ✓ Caracter3sticas del calzado m1s adecuado.
 - ✓ Forma de acceso, correcto uso y revisi3n de los mecanismos que facilitan la deambulaci3n.
 - ✓ Ense1ar y reforzar la informaci3n sobre el uso del timbre de llamadas.
 - ✓ Importancia de evitar el inmovilismo.

A trav3s de la educaci3n sanitaria se debe involucrar al familiar en los cuidados del paciente y en la correcta moviliza3n, especialmente cuando se prev3 que la situaci3n de riesgo de ca3da continuar1 tras el alta hospitalaria.

3. Medidas Espec3ficas en Funci3n del Riesgo:

Factor de Riesgo	Medidas a Realizar	Evitar
Hipotensi3n Ortost1tica	Realizar ejercicios de dorsiflexi3n de pies varias veces antes de ponerse en pie. Los cambios de posici3n deben	Mantenerse de pie inm3vil durante tiempo prolongado. Cambios bruscos de posici3n, especialmente tras

	<p>realizarse de forma lenta y progresiva.</p> <p>Proporcionar pequeñas cantidades de comida, pero de forma frecuente.</p> <p>En la medida de lo posible incrementar la ingesta de líquidos.</p> <p>Mantener la cabecera de la cama con una elevación de unos 5 a 20 grados.</p> <p>Mantener al paciente incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo.</p> <p>Evaluar la necesidad de utilizar medias de compresión periférica.</p> <p>Instruir a los pacientes masculinos propensos a mareos, a orinar sentados.</p>	<p>permanecer un tiempo prolongado sentado o acostado.</p> <p>Comidas copiosas.</p> <p>Ejercicio vigoroso.</p> <p>Baños o duchas calientes, y medio ambiente caluroso.</p> <p>Deshidratación.</p> <p>Trabajo con los brazos por encima de los hombros .</p> <p>Fatiga con la micción o defecación.</p> <p>Hiperventilación.</p> <p>Fiebre.</p>
<p>Deterioro cognitivo o Agitación</p>	<p>Favorecer la orientación en el tiempo y el espacio.</p> <p>Fomentar la socialización del paciente.</p> <p>Garantizar un ambiente tranquilo, con rostros familiares al paciente.</p> <p>Durante la realización de la higiene, traslado, movilizaciones, no dejar nunca sólo al paciente.</p> <p>En la espera de realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas, y durante su realización el paciente deberá estar siempre acompañado por su familiar o por personal del hospital.</p> <p>En la medida de lo posible ubicar a estos pacientes en las habitaciones más próximas al control de enfermería.</p> <p>Notificar al facultativo cuando</p>	<p>El uso de barandillas de la cama como medida de contención.</p> <p>En la medida de lo posible evitar el uso de restricciones físicas.</p>

	<p>exista evidencia de que el estado del paciente pueda ser debido a efectos indeseables de la medicación.</p> <p>Mantener la habitación bien iluminada incluso durante la noche, evitando las sombras.</p>	
Miedo a caer	<p>Animar a los pacientes a verbalizar sus sentimientos</p> <p>Fortalecer la auto-eficacia en relación con las transferencias y la deambulación por medio del adecuado estímulo verbal y educativo.</p> <p>Proporcionar adecuada educación sobre el uso de mecanismos de ayuda a la deambulación</p>	
Incontinencia	<p>Establecer un horario para el vaciamiento intestinal y/o vesical (cada 2 horas, o según proceda, basado en la necesidad del paciente).</p>	
Pacientes pediátricos	<p>Todo el tiempo que el niño deba permanecer en su cuna, los laterales de la misma estarán en posición elevada. Se instruirá a los familiares para que no abandonen la habitación sin comprobar previamente que los laterales están elevados.</p> <p>Cuando sea necesario realizar una técnica que requiera que el niño sea transportado fuera de la cuna, permanecerá en compañía de un miembro de la plantilla o un familiar.</p> <p>No permanecerá sólo en el baño.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LAS CAÍDAS.

DIAGNÓSTICO	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC
Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza, presencia de dolor, miedo a una nueva caída manifestado por dificultad para cambiar de posición en la cama, cambios en la marcha	1800 Ayuda en los autocuidados.	0206 Movimiento articular activo.
	0200 Fomento del ejercicio.	0208 Nivel de movilidad.
	5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.	0300 Cuidados personales: Actividades de la vida diaria.
	0226 Terapia de ejercicios: control muscular.	2102 Nivel de dolor
	0221 Terapia de ejercicios: deambulación.	0200 Deambulación: Caminata
	0222 Terapia de ejercicios: equilibrio.	
	6490 Prevención de caídas.	
Criterio de Resultado:	Lograr una cadera funcional y estable.	
Riesgo de traumatismo relacionado con falta de educación para la seguridad, déficit fisiológico o de percepción.	6940 Prevención de caídas.	1911 Control de seguridad: personal.
	6580 Sujeción física.	1909 Control de seguridad: prevención de caídas.
	6654 Vigilancia: seguridad.	1902 Control de riesgo.
		1908 Detección del riesgo.
		1912 Estado de seguridad: caídas.
		1913 Estado de seguridad: lesión física.
Criterio de Resultado:	No sufrir caídas accidentales ni lesiones que puedan evitarse con cuidados de prevención.	

DIAGNÓSTICO		INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad física.	0840	Cambios de posición.	1902 Control de riesgo.
	3500	Control de presiones.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
	3584	Cuidados de la piel: tratamiento tópico.	1908 Detección del riesgo.
	0940	Cuidados de tracción/inmovilización.	
	3540	Prevención de UPP.	
	3590	Vigilancia de la piel.	
	1100	Control de la nutrición.	
Criterio de Resultado:	El paciente mantendrá su integridad cutánea.		
Déficit de autocuidado: aseo-higiene, baño, vestido y uso del inodoro relacionado con la inmovilidad manifestado por incapacidad para realizar estas actividades.	1801	Ayuda en los autocuidados: baño/higiene.	0300 Cuidados personales Actividades de la vida diaria (AVD).
	1804	Ayuda en los autocuidados: aseo.	0301 Cuidados personales AVD: baño.
	1802	Ayuda en los autocuidados: vestido/arreglo personal.	0302 Cuidados personales AVD: vestir.
	0450	Actuación ante el estreñimiento.	0304 Cuidados personales AVD: peinado.
	0590	Actuación ante la evacuación de la vejiga.	0305 Cuidados personales AVD: higiene. 0310 Cuidados personales AVD: uso de inodoro
Criterio de Resultado:	El paciente realizará el mayor número de tareas de autocuidado de una forma independiente, el mayor tiempo posible.		

DIAGNÓSTICO	INTERVENCIONES NIC		RESULTADOS NOC
Temor relacionado con miedo a una nueva caída manifestado por inseguridad en la deambulación	5240	Asesoramiento.	1404 Control del miedo
	6480	Control del medio ambiente.	
	5380	Potenciación de la seguridad.	
Criterio de Resultado:	El paciente demostrará seguridad en la deambulación		

ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA

Si se produce una caída, la actuación debe ser lo más rápida posible para disminuir el tiempo de permanencia del paciente en el suelo, con el objeto de reducir el riesgo de morbimortalidad.

Las medidas de actuación son las siguientes:

- Tranquilizar al paciente tras la caída.
- Solicitar ayuda en caso necesario.
- Realizar una movilización correcta del paciente si existe sospecha de que puede presentar una fractura.
- Evaluación del estado del paciente mediante la valoración de los signos vitales y la detección de posibles lesiones.
- Notificar al personal facultativo el incidente, independientemente de la existencia o no de lesiones aparentes.
- Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia.
- Administrar los cuidados derivados de las lesiones.
- Anotar en registros de Enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados administrados.
- Rellenar la Hoja de Registro de Accidentes (**Anexo V**)
- Reasignación de grupo de riesgo (identificación como paciente de alto riesgo si no estaba considerado como tal)

Severidad de la caída:

- **Sin Lesión:** No existen pruebas de abrasión y magulladuras o no hay queja de dolor tras la caída.
- **Lesión Menor:** Cualquier pequeño hematoma o abrasión que no requiere tratamiento médico y se resuelve en pocos días.
- **Moderado:** Lesiones que requieren tratamiento médico que no se consideran importantes. Por ejemplo, un pequeño corte que requiere sólo unas pocas suturas, o una vía IV que se infiltra y debe ser reinsertada. Las magulladuras y contusiones se consideran moderadas si requieren tratamiento. Los esguinces, así como la sospecha de lesión ósea son considerados moderados en caso de que se solicite una radiografía y se descarte fractura.
- **Mayor:** Una lesión grave, incluyendo cualquier fractura, traumatismo craneal, o herida que requiera grandes suturas.
- **Muerte:** En caso de que la muerte fuera resultado directo de la caída.

INDICADORES.

I. DE COBERTURA

$$\text{Indicador 1.1} = \frac{\text{Nº de pacientes de pacientes con evaluación del riesgo de caídas}}{\text{Nº de pacientes hospitalizados}} \times 100$$

Estándar: Realización al 100% de los pacientes ingresados

II. DE PROCESO

$$\text{Indicador 2.1} = \frac{\text{Nº de pacientes que han sufrido una caída en el hospital y a los que se cumplimentó hoja de registro de accidentes}}{\text{Nº de pacientes que han sufrido caída}} \times 100$$

Estándar 2.1: Realización al 100% de los pacientes que han sufrido caídas.

$$\text{Indicador 2.2} = \frac{\text{Nº de pacientes identificados con el adhesivo azul}}{\text{Nº de pacientes identificados como de riesgo de caídas}} \times 100$$

Estándar 2.2: Aplicación al 100% de los pacientes de riesgo.

$$\text{Indicador 2.3} = \frac{\text{Nº de pacientes a los que se aplicaron medidas preventivas específicas}}{\text{Nº de pacientes identificados como de riesgo de caídas}} \times 100$$

Estándar 2.3: Aplicación al 100% de los pacientes de riesgo.

III. DE RESULTADO

$$\text{Tasa de Caídas} = \frac{\text{Nº de pacientes que han sufrido caídas}}{\text{Nº de días de hospitalización}} \times 1000$$

Estándar 3.1: Reducir la incidencia anual.

$$\text{Tasa de lesiones} = \frac{\text{Nº de pacientes con lesiones}}{\text{Nº de caídas}} \times 100$$

Estándar 3.2: Reducir la incidencia y severidad anual de lesiones ocasionadas por las caídas.

Sub-análisis de la tasa de lesiones:

$$\% \text{ L. menores} = \frac{\text{Nº de pacientes con lesiones menores}}{\text{Nº de pacientes que han sufrido lesiones como consecuencia de una caída}} \times 100$$

$$\% \text{ L. moderadas} = \frac{\text{Nº de pacientes con lesiones moderadas}}{\text{Nº de pacientes que han sufrido lesiones como consecuencia de una caída}} \times 100$$

$$\% \text{ L. mayores} = \frac{\text{Nº de pacientes con lesiones mayores}}{\text{Nº de pacientes que han sufrido lesiones como consecuencia de una caída}} \times 100$$

$$\% \text{ L. fatales} = \frac{\text{Nº de pacientes fallecidos}}{\text{Nº de pacientes que han sufrido lesiones como consecuencia de una caída}} \times 100$$

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization. Publicado en 2008. (Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf).
2. Dr. Nabil Kronfol. Biological , Medical and Behavioral Risk Factors on Falls. (disponible en: <http://www.who.int/ageing/projects/2.Biological,%20medical%20and%20behavioral%20risk%20factors%20on%20falls.pdf>)
3. Rodríguez-Rieiro C., Velasco-Gago MC., Chacón-García A., Izquierdo-Membrilla I., Sanchidrián-de Blas I., Rodríguez-Pérez P. Caídas en el hospital: registro del año 2005. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(3):128-32 (Disponible en: <http://www.doyma.es>).
4. Frances Healey, Sarah Scobie. Slips, trips and falls in hospital. The third report from the Patient Safety Observatory. National Patient Safety Agency. Publicado en 2007.
5. Falls Prevention Building the Foundations for Patient Safety Self-Learning Package. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Enero de 2007. (disponible en: http://www.rnao.org/Storage/26/2035_168_Falls_Self-LearningPackage_FINAL.pdf).
6. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. JAGS May 2001–Vol. 49, No. 5. (Disponible en: <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/Falls.pdf>)
7. Seniors' Falls. Injury Examiner. Alberta Centre for Injury Control & Research . Diciembre 2007. (disponible en: <http://www.acicr.ualberta.ca>)
8. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México DF. (Disponible en: www.conamed.gob.mx).
9. David Evans, Brent Hodgkinson, Leonnie Lambert, Jacky Wood and Inge Kowanko. Falls in Acute Hospitals , A Systematic Review. The Joanna Briggs Institute For Evidence Based Nursing And Midwifery. 1998 (disponible en: <http://www.fallsaver.net/v/vspfiles/assets/images/evans%20d%20falls%20in%20acute%20hospitals.pdf>).
10. Canga Armayor, A.D.; Narvaiza Solís, M.J. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. GEROKOMOS 2006; 17 (1): 24-31
11. Preventing Injuries From Falls in Older People. Background information to assist in the planning and evaluation of local Area-based strategies in New South Wales. New South Wales Health Department - 2001. (Disponible en: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2001/pdf/prevent_falls_old.pdf)

12. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007)
13. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Preventing falls and harm from falls in older people. Best practice guidelines for Australian hospitals and residential aged care facilities. The Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Abril 2005. (Disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/patientsafety/falls/webpages/fipres.asp>)
15. Falls: The assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Clinical Excellence, Noviembre 2004. (Disponible en: www.nice.org.uk/CG021NICEguideline).
16. Marion Trew, Tony Everett, Santiago Madero García, Jesús J. Rojo González. Fundamentos del movimiento humano. Cap 9. Escalas de medición. Elsevier España- 2006.
17. Protocol for the management and prevention of falls in older people. Older People's Mental Health Services. West Sussex NHS. Última actualización junio – 2005.
18. David Oliver, Fergus Daly, Finbarr C. Martin, Marion E. T. McMurdo. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age and Ageing 2004; 33: 122–130 (Disponible en: <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/33/2/122.pdf>).
19. John G. Bradley, M.D., And Kathy A. Davis, R.N. Orthostatic Hypotension. American Academy of Family Physicians. Am Fam Physician 2003;Vol 68:2393-8. (Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20031215/2393.pdf>).
20. Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Thomsen PE, et al; Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope (Actualization 2004). European Heart Journal 2004; 25(22): 2054–72. (Disponible en: <http://eurheartj.oupjournals.org/cgi/reprint/25/22/2054>).
21. Papaioannou et al. Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting. BMC Medicine 2004, 2:doi:10.1186/1741-7015-2-1
22. Terry P Haines, Kim L Bennell, Richard H Osborne, Keith D Hill. Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial. BMJ 2004;328:676 (20 March), doi:10.1136/bmj.328.7441.676

23. D Oliver, M Britton, P Seed, F C Martin, A H Hopper. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315:1049-1053 (25 October).
24. Caídas en el Anciano. Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología. Volumen 2, Número 3. Diciembre de 2004.
25. Safe Use of Bed Rails. *Device Bulletin. Safeguarding public health. MHRA* DB2006(06) December 2006. (Disponible en: <http://www.mhra.gov.uk/Publications/Safetyguidance/DeviceBulletins/CON2025348>)
26. Using bedrails safely and effectively. Safer practice notice National Patient Safety Agency. NPSA/2007/17 (Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/notices/bedrails/>)
27. A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment. Developed by the Hospital Bed Safety Workgroup. Food and Drug Administration (FDA). June 21, 2006 (Disponible en: <http://www.fda.gov/cdrh/beds/modguide.html>)
28. Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails In Hospitals, Long Term Care Facilities, and Home Care Settings. Developed by the Hospital Bed Safety Workgroup. April 2003. (Disponible en: https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/BedSafetyClinicalGuidance.pdf)
29. Reducing Patient Falls in an Acute General Hospital. *Foundation of Nursing Studies Dissemination Series 2002 Vol.1. No.1.* (Disponible en: http://www.fons.org/ns/Dissemination_series_reports/Diss%20series%20Vol%201%20No%201.pdf)
30. Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).Quigley, P., Neily, J., Watson, M., Wright, M., Strobel, K., (February 28, 2007). "Measuring Fall Program Outcomes". *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol 12, Issue 2. (Disponible: www.nursingworld.org/ojin).
31. Fuller, G.F. Falls in the Elderly. *American Academy of Family Physicians*. Vol. 61/No. 7 (Abril 1, 2000) (Disponible en: www.aafp.org/afp/20000401/2159.html)
32. Ann L. Hendrich, Patricia S. Bender and Allen Nyhuis. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A Large Concurrent Case/Control Study of Hospitalized Patients. *Applied Nursing Research*, Vol. 16, No. 1 (February), 2003: pp 9-21. (Disponible en: <http://www.ahincorp.com/hfrm/ARTICLE.PDF>)
33. Tilly J., Reed P. Falls, Wandering, and Physical Restraints: Interventions for Residents with Dementia in Assisted Living and Nursing Homes. *Alzheimer's Association*. August 2006. (Disponible en: http://www.alz.org/national/documents/Fallsrestraints_litereview_II.pdf).

34. Best Practice Guidelines for Public Hospitals and State Government Residential Aged Care Facilities incorporating a Community Integration Supplement. Quality Improvement and Enhancement Program. Queensland Health. Version 3, 2003. (Disponible en: http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best_practice/falls_best_practice.pdf)
35. Deanna Gray-Micelli. Nursing Standard of Practice Protocol: Fall Prevention. Evidence-based Content - Actualizado Enero 2008.
36. Protocolo General de Caídas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Séptiembre de 2005.
37. Tideiksaar R., Álvarez P. Caídas en ancianos: Prevención y tratamiento. Editorial Masson. Publicado en 2005.
38. Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare. Enfermería Médico-quirúrgica 10ª edición. Vol. 1. Cap. 11. Principios y prácticas de Rehabilitación. Editorial Mc Graw Hill. Publicado en 2007.
39. Levy Benasuly AE., Cortés Barragán JM. Ortopodología y aparato locomotor: Ortopedia de pie y tobillo. Cap. 12 Ayudas para la marcha. Editorial Masson. Publicado en 2003.

ANEXO I
MEDICACIÓN QUE INCREMENTA EL RIESGO DE
CAÍDA

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	
Antidepresivos	Antidepresivos tricíclicos con alta actividad antimuscarínica, por ejemplo Amitriptilina.
Antipsicóticos, incluido los atípicos	Riesgo de hipotensión Todos los antipsicóticos pueden producir trastornos extra piramidales aunque la incidencia es menor con los atípicos.
Anticolinérgicos	Los medicamentos Anti-muscarínicos se utilizan en el tratamiento de la incontinencia urinaria y en la enfermedad de Parkinson. La oxibutinina puede causar estados confusionales agudos en ancianos, especialmente en aquellos con deterioro cognitivo pre-existente.
Benzodiazepinas e hipnóticos	Todas las benzodiazepinas, especialmente las de acción prolongada. Puede haber un aumento del riesgo de caída causado por la sedación y la hipotensión postural cuando se utilizan hipnóticos
Drogas dopaminérgicas usadas en la enfermedad de Parkinson	La levodopa y otros agonistas de los receptores de la dopamina, pueden producir excesiva somnolencia diurna. Pueden producir confusión, especialmente al inicio del tratamiento.

MEDICAMENTOS DE RIESGO MODERADO	
IECA, antagonistas de la Angiotensina II	<p>El riesgo de hipotensión se potencia con el uso concomitante de diuréticos.</p> <p>La incidencia de mareos varía de un 4-12% de los pacientes, y al doble en pacientes con insuficiencia cardíaca hipertensiva.</p>
α-bloqueantes	<p>Las dosis utilizadas para el tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata tienen menos probabilidades de causar hipotensión que los requeridos para el tratamiento de la hipertensión.</p>
Antiarrítmicos	<p>Mareos y somnolencia son posibles signos de toxicidad de la digoxina, el riesgo de toxicidad es mayor en la insuficiencia renal o en presencia de hipopotasemia.</p> <p>Flecainida tiene un alto riesgo de interacciones medicamentosas y también puede causar mareos.</p>
Antiepilépticos	<p>Grupo con alto riesgo de potenciales interacciones con otras drogas.</p> <p>La incidencia de mareos, somnolencia y visión borrosa son efectos secundarios relacionados con la dosis de carbamacepina, pero pueden reducirse modificando la dosificación o la elección de formulación.</p> <p>Los efectos secundarios de la fenitoína como mareos, visión borrosa, pueden ser signos de toxicidad relacionada con la droga.</p>
Antihistamínicos	<p>Somnolencia pueden afectar hasta a un 40% de los pacientes ancianos en tratamiento con antihistamínicos, por ejemplo, clorfeniramina.</p> <p>Los nuevos antihistamínicos por ejemplo, desloratadina, causan menos sedación y deterioro psicomotor.</p> <p>Riesgo de hipotensión con cinarizina es un efecto secundario relacionados con la dosis.</p>
β - Bloqueantes	<p>Los mareos pueden deberse a hipotensión postural y pueden afectar hasta el 10% de los pacientes.</p>
Diuréticos	<p>Hipotensión postural, vértigo y nicturia son los problemas más frecuentes observados en los ancianos.</p>

Analgésicos opiáceos	<p>La somnolencia y sedación es común al inicio del tratamiento, pero generalmente desaparecen a las 2 semanas de tratamiento continuo.</p> <p>Es rara la aparición de somnolencia y sedación con la codeína, a menos que se utilice en combinación con otros fármacos con efectos sobre el Sistema Nervioso Central.</p> <p>También se informó de confusión con el uso de tramadol.</p>
-----------------------------	--

MEDICAMENTOS DE BAJO RIESGO	
Bloqueantes de los Canales del calcio	Baja incidencia de mareos especialmente en tomas de una vez al día de derivados de la dihidropiridina, por ejemplo, Felodipino
Nitratos	El mareo puede deberse a hipotensión postural. Asesorar a los pacientes a sentarse cuando se utiliza nitroglicerina aerosol o tabletas
Antidiabéticos orales	Mareo debido a la hipoglucemia pero generalmente evitable. Evitar sulfonilureas de acción prolongada, como por ejemplo, clorpropamida.
Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) y Antagonistas H₂	<p>Cimetidina en pacientes polimedicados por su potencial riesgo de interacciones medicamentosas. La Cimetidina también puede causar confusión en las personas mayores.</p> <p>Con otros IBP y antagonistas H₂ no es frecuente la aparición de mareos, somnolencia, confusión mental o visión borrosa.</p>

La “PRUEBA DE LEVÁNTATE Y ANDA”, es una prueba auxiliar en el diagnóstico de los trastornos de la marcha y el equilibrio, frecuentemente utilizada en Geriatria.

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO

En la evaluación de seguimiento, pídale a la persona que:

- Se siente en una silla con respaldo y con la espalda bien apoyada en el mismo.
- Se ponga de pie sin usar los brazos como apoyo.
- Cierre los ojos por unos segundos, mientras permanece de pie en su lugar.
- Se mantenga de pie con los ojos cerrados, mientras usted le presiona suavemente el esternón.
- Camine una distancia corta (aproximadamente 8 pasos) y se detenga por completo.
- Dé una vuelta y vuelva a la silla.
- Se siente en la silla sin usar los brazos como apoyo.

Mientras realiza la prueba, ponga atención a cualquier movimiento anormal. Mientras observa, responda las preguntas que aparecen a continuación. Registre su evaluación en los recuadros Sí o No.

Observaciones de la evaluación de seguimiento

La persona al sentarse derecha, ¿se mantiene estable y equilibrada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede la persona estar de pie con los brazos cruzados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Al ponerse de pie, la persona ¿puede permanecer en posición firme?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona con los ojos cerrados ¿mantiene el equilibrio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuando se empuja a la persona con suavidad, ¿puede recuperarse sin dificultad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuando la persona comienza a caminar, ¿lo hace sin vacilar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Al caminar, ¿levanta bien los pies del suelo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existe simetría de los pasos, con pasos regulares y parejos en longitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Da la persona pasos regulares y continuos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Camina la persona derecha sin ningún apoyo para caminar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La persona ¿se mantiene de pie con los talones juntos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Puede la persona sentarse con seguridad y calcular distancias correctamente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

DEAMBULACIÓN CON MULETAS:

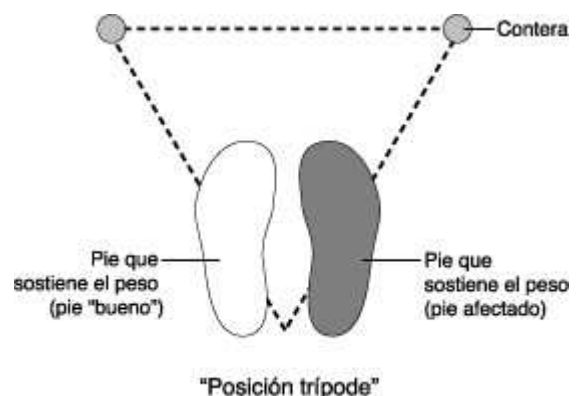
Indicaciones:	Deambulación sin carga o con peso parcial.
Requerimientos:	<ul style="list-style-type: none"> - Buen equilibrio. - Reserva cardiovascular adecuada. - Extremidades superiores fuertes. - Postura erguida para caminar.
Determinación de la longitud adecuada:	<p>Postura en decúbito o de pie: Se toma de base la distancia desde el pliegue anterior de la axila, hasta la punta del pie, y se le suman 5 cm.</p> <p>Si se utiliza la altura del paciente, se restan 40 cm para obtener la longitud aproximada de la muleta.</p>
Posición:	<p>Debe ajustarse la pieza de mano para permitir una flexión del codo de 20 a 30 °, para que pueda extenderse totalmente cuando dé un paso.</p> <p>La muñeca debe estar extendida y la mano en doxiflexión.</p>
Observaciones:	El paciente debe llevar calzado con suelas firmes que ajuste bien.

Instrucciones:

- Comenzar en la “**posición trípode**”, que es la posición que proporciona una máxima estabilidad. Es también la posición en la que comienza a caminar.

Para colocarse en la posición trípode, colocar las puntas de las muletas a una distancia aproximada de 20 a 25 cm al lado y delante de cada pie.

- Comenzar a andar adelantando ambas muletas y el pie o la pierna afectados.
- Mover hacia adelante el pie o la pierna “buenos”, que son los que sostienen el peso, y apoyarlos delante del extremo inferior de las muletas.
- Adelantar ambas muletas y luego el pie o pierna afectados.





La enfermera caminará con el paciente mientras este aprende a caminar con muletas, sujetándolo por la cintura según sea necesario para mantener el equilibrio. Durante este tiempo se protege al paciente de cualquier caída, y se vigila la tolerancia a caminar con muletas.

Maniobrar con muletas:

1. – Forma de sentarse en la silla:

- Coger las muletas de las piezas de mano.
- Inclinar ligeramente el tronco hacia delante mientras se sienta.

2. – Forma de ponerse en pie:

- Desplazarse hacia delante hasta el borde de la silla, con la pierna más fuerte un poco por debajo del asiento.
- Tomar ambas muletas con las manos del mismo lado de la extremidad inferior afectada.
- Apoyarse en la pieza de mano mientras se levanta el cuerpo hasta quedarse de pie.

3. – Forma de bajar escaleras:

- Quedar tan adelante como sea posible en cada escalón.
- Apoyar las muletas en el escalón inferior inmediato.
- Apoyar primero la pierna más débil, y después la otra, con lo que el apoyo del peso corporal se distribuye entre las piernas y los brazos.

4. – Forma de subir escaleras:

- Colocar la pierna más fuerte en el escalón superior inmediato.
- Desplazar las muletas y la extremidad más débil a dicho escalón.



DEAMBULACIÓN CON ANDADOR:

<p>Indicaciones:</p>	<p>Deambulación en personas con debilidad y poco equilibrio, inestabilidad en los miembros inferiores o marcha inestable.</p> <p>Aumentan la sensación de seguridad para usuarios con miedo a las caídas.</p> <p>Recomendable tras períodos prolongados de inmovilidad con debilidad generalizada</p>
<p>Requerimientos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Andador estándar: <ul style="list-style-type: none"> • Moderado control del equilibrio. • Fuerza moderada en extremidades superiores. - Andador con ruedas: <ul style="list-style-type: none"> • Precisan para su desplazamiento menos fuerza en las extremidades superiores, y es más adecuado para personas con menos control del equilibrio y menor reserva cardiovascular.
<p>Determinación de la longitud adecuada:</p>	<p>Se debe ajustar la altura de modo que las manos realicen el apoyo aproximadamente a la altura del trocánter mayor.</p>

Posición:	El paciente debe estar situado dentro del perímetro del andador. Los brazos del paciente que reposan sobre las agarraderas del andador deben tener una flexión de los codos de 20 a 30 °
Observaciones:	El paciente debe llevar calzado con suelas firmes que ajuste bien. <ul style="list-style-type: none"> - Andador estándar: no permiten un patrón normal de deambulación. - Andador con ruedas: permiten una marcha automática.

Instrucciones:

- Apoyarse en los brazos de la silla o la cama para levantarse. Nunca debe apoyarse en el andador para ponerse en pie.
- Coger el andador firmemente por las agarraderas para lograr una mayor estabilidad.
- Mantener la cadera recta y colocar la pierna más fuerte en el centro del andador.
- Apoyarse en el andador, dejando que sea éste quien soporte el peso.
- Dar un paso adelante a través del andador con la pierna más débil.
- Tener cuidado de no poner la pierna en medio de las patas del andador.
- Levantar el andador (si este no tiene ruedas), y desplazarlo hacia delante aproximadamente unos 20 cm*.
- Asegurarse que todas las patas apoyan correctamente antes de dar el siguiente paso.
- Cuando presente la misma fuerza en ambas piernas, adelantará primero el andador, y a continuación el pie del lado dominante, moviendo después el otro pie hasta llevarlo a la misma altura.

* El paciente debe levantar la vista al andar, y como existe una tendencia a caerse hacia atrás cuando se recoge el andador, hay que enseñar al paciente que debe mantener el peso hacia delante y usar los brazos para levantar el andador, en vez de inclinarse y extender el cuerpo.



DEAMBULACIÓN CON BASTÓN:

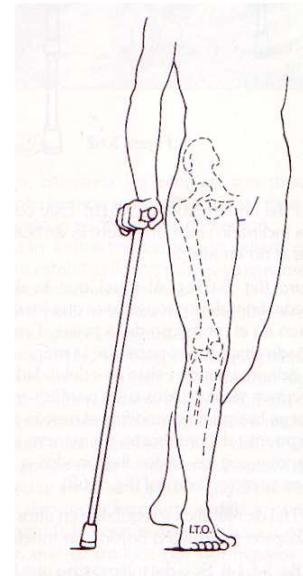
Indicaciones:	<p>Ayuda al paciente a caminar con mayor equilibrio y apoyo. Es adecuado para trastornos leves del equilibrio.</p> <p>Ayuda a aliviar la presión sobre las articulaciones que sostienen el peso, al hacer una redistribución de este.</p>
Requerimientos:	<ul style="list-style-type: none"> - Buena capacidad muscular de los miembros superiores - Buena capacidad de agarre de las manos.
Determinación de la longitud adecuada:	<p>Para determinar la longitud adecuada se pide al paciente que coloque el codo en flexión en un ángulo de 30°, sostenga el mango del bastón a nivel del trocánter mayor, y coloque la punta del bastón a 15 cm, a un lado del quinto dedo del pie.</p>
Posición:	<ul style="list-style-type: none"> - Para sustituir un miembro: se debe llevar en el lado de la pierna afectada. El paciente deberá tener el codo completamente extendido cuando realice el apoyo en el bastón. - Para mantener el equilibrio: se llevará en el lado opuesto a la pierna afectada. Se permite cierta flexión de codo.
Observaciones:	<p>El paciente debe llevar calzado con suelas firmes que ajuste bien.</p>



Instrucciones:

- Colocar el bastón en el lado opuesto a la extremidad afectada (el mismo lado en caso de amputación).
- Avanzar el bastón al mismo tiempo que se mueve hacia delante la extremidad afectada.
- Colocar el bastón lo suficientemente cerca del cuerpo para evitar el ladeo.
- Apoyarse en el bastón cuando la extremidad afectada inicia la fase de balanceo.

Para subir y bajar escaleras se procederá de igual forma que para las muletas, para subir, primero la extremidad más fuerte, y para bajar se inicia con la extremidad más débil.



ANEXO IV

USO ADECUADO DE LAS BARANDILLAS DE LAS CAMAS

Aunque el uso de barandillas en las camas se ha demostrado eficaz para reducir el número de caídas y facilitar la movilización del propio paciente dentro de la cama, su uso también implica riesgos, como:

- La caída de la cama o sobre la parte superior de las barandillas.
- Compresiones entre las barandillas y el colchón.
- Atrapamiento entre la barandilla y la cabecera de la cama.
- Compresiones entre los barrotes de la barandilla.
- Fracaso de las barandillas.

Se ha informado de lesiones ocasionadas por su uso, como golpes y magulladuras, atrapamientos, asfixia y estrangulamiento.

El uso de barandillas no es apropiado para todos los pacientes. En los pacientes que pueden moverse sin la ayuda de personal las barandillas crearían una barrera para la independencia.

A su vez, las barandillas pueden incrementar el riesgo de caídas y lesiones en los pacientes confusos o desorientados con suficiente movilidad para subir encima de ellos, ya que la caída se produciría desde una altura mayor.

Investigaciones sobre los incidentes ocurridos han demostrado que la condición física y la situación clínica de los ocupantes de la cama incrementa el riesgo de atrapamiento con las barandillas de la cama. Las personas con mayor riesgo incluyen adultos o niños con:

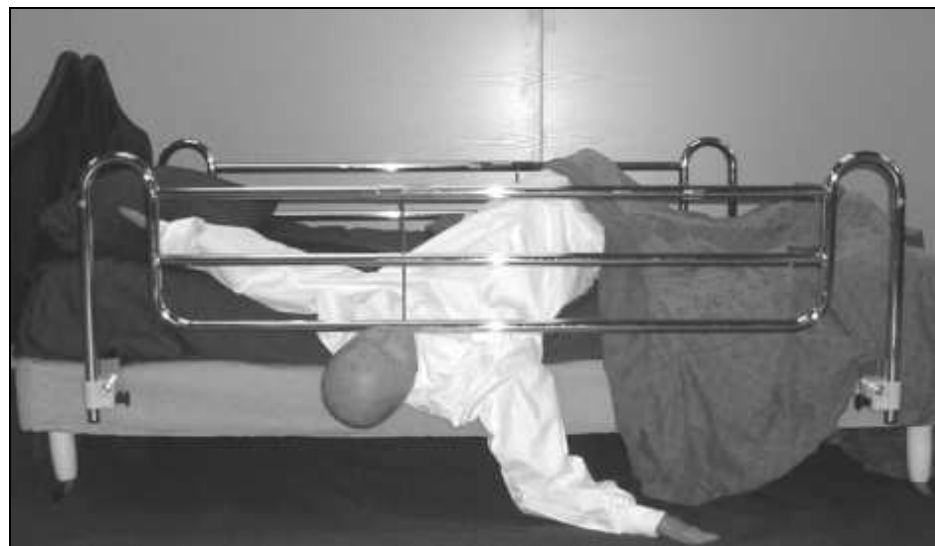
- Problemas de comunicación o confusión.
- Demencia.
- Parálisis cerebral.
- Tamaño de la cabeza muy grande o muy pequeña.
- Movimientos involuntarios o repetitivos.
- Alteración de la movilidad o movilidad reducida.

Además de las situaciones clínicas expuestas anteriormente, pueden incrementar el riesgo de lesión derivado del uso de barandillas:

- **La utilización de un colchón antiescaras superpuesto al colchón habitual:**
 - Por ineficacia de las barandillas, debido a la reducción de la altura efectiva entre la superficie del colchón y la barandilla.



- Riesgo de atrapamiento entre el colchón y la barandilla debido a que este tipo de colchones son fácilmente compresibles.



- **Colchón demasiado estrecho.**
 - Riesgo de caída del paciente al suelo, o de quedar atrapado entre la barandilla y el colchón de la cama.



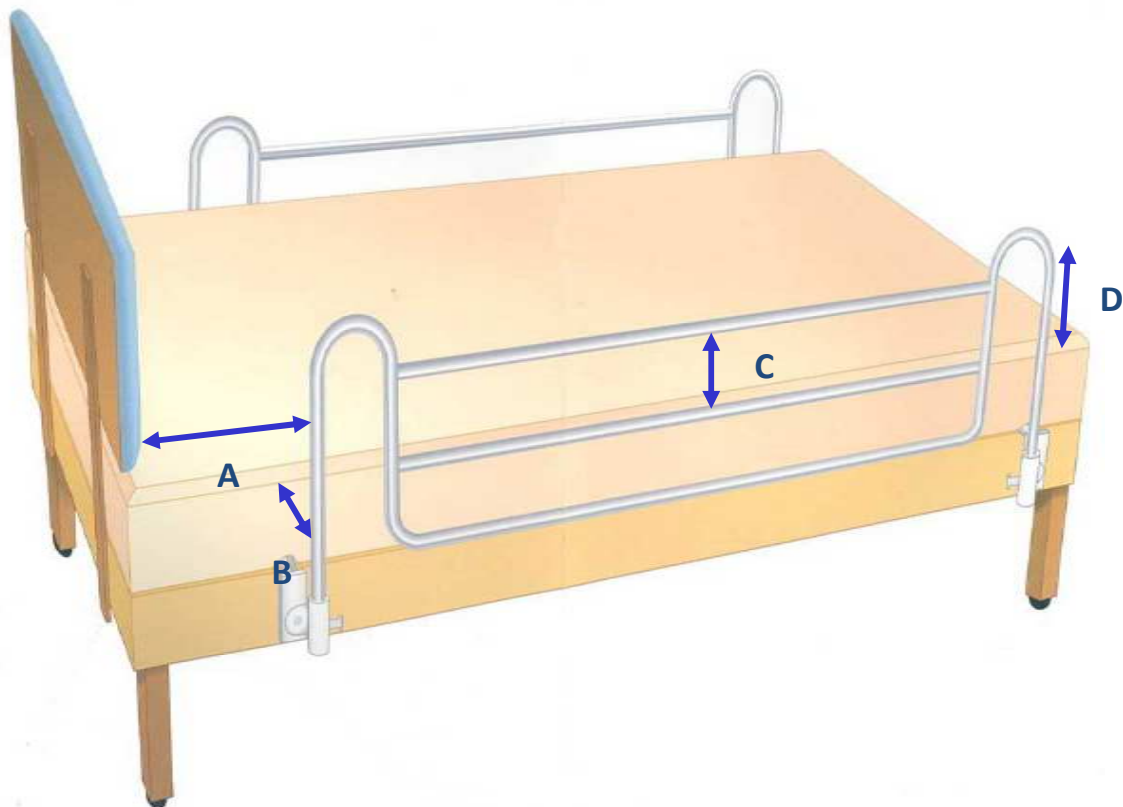
- **La utilización de barandillas como medida de contención.**
 - El uso de barandillas como medida de contención en pacientes confusos y agitados incrementa el riesgo de lesiones y atrapamientos al intentar salir de la cama.

Medidas de Seguridad en el uso de Barandillas de las Camas.

1. Los espacios entre las barras de las barandillas deben ser suficientemente estrechos para evitar que la cabeza del paciente pase a través de las aberturas y quede atrapada.
2. El espacio entre el colchón y la barandilla debe ser lo suficientemente estrecho para impedir que una persona se caiga o quede atrapada entre el colchón y la cama.
3. Se debe tener cuidado de que el colchón no encoja con el tiempo o después de la limpieza. Esa contracción aumenta el espacio entre la barandilla y el colchón.
4. Revisar la compresión de los bordes del colchón. Los bordes fácilmente comprimibles puede aumentar el espacio existente entre el colchón y la barandilla de la cama.
5. Asegurarse de que el colchón es apropiado para el tamaño de la cama, ya que no todas las camas y colchones son intercambiables.
6. El espacio existente entre la barandilla de la cama y el colchón, y la cabecera y el colchón debe ser llenado, ya sea por una superficie firme o por otro colchón que reduzca el espacio existente entre el colchón y la barandilla.
7. Los cierres de seguridad de las barandillas deben ser estables para evitar que se caigan o se plieguen con los movimientos.

8. Los viejos diseños de barandillas que terminan en forma de cuña o alas no son apropiados para su uso en pacientes en alto riesgo de atrapamiento.
9. El mantenimiento y la vigilancia de la cama, colchón, y accesorios debe ser permanente.

 **Dimensiones recomendadas:**



A	Inferior a 6 cm o superior a 25 cm	
B	Igual o inferior a 12 cm	
C	Adultos	Igual o superior 12 cm
	Niños	Igual o superior a 4,5 cm - 7,8 cm
D	Superior a 22 cm	

ANEXO V

HOJA DE REGISTRO DE ACCIDENTES

Unidad: _____

Fecha: _____

Caídas previas

Puntuación en la Escala de Riesgo de Caída

FACTORES DEL ENTORNO	Freno de la cama puesto	<input type="checkbox"/>	Servicio accesible y con asidero	<input type="checkbox"/>		
	Barandillas levantadas	<input type="checkbox"/>	Suelo mojado / deslizante	<input type="checkbox"/>		
	Iluminación adecuada	<input type="checkbox"/>	Desorden	<input type="checkbox"/>		
	Timbre de llamada accesible	<input type="checkbox"/>	Ropa / calzado adecuado	<input type="checkbox"/>		
	Mobiliario adecuado	<input type="checkbox"/>	Movilización sin solicitar ayuda	<input type="checkbox"/>		
FACTORES DEL PACIENTE	Inestabilidad motora / debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	Deambulación sin solicitar ayuda	<input type="checkbox"/>		
	Inmovilización prolongada	<input type="checkbox"/>	Edad > 85 años ó < 6 años	<input type="checkbox"/>		
	Alteraciones oculares o sensitivas	<input type="checkbox"/>	Confusión, desorientación y/o alucinación	<input type="checkbox"/>		
	Mareo	<input type="checkbox"/>	Ansiedad relacionada con la eliminación (en pacientes con reposo absoluto)	<input type="checkbox"/>		
	Alcoholismo y/o drogadicción	<input type="checkbox"/>	Postoperatorio inmediato	<input type="checkbox"/>		
	Actitud resistente, agresiva o temerosa	<input type="checkbox"/>	Sedación o fármacos depresores del SNC	<input type="checkbox"/>		
	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Otras ...	<input type="checkbox"/>		
	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>				
	Impotencia funcional secundaria a ...	Amputación	<input type="checkbox"/>	Alteraciones respiratorias	Disnea	<input type="checkbox"/>
		Paresia / Parálisis	<input type="checkbox"/>		Hipercapnia	<input type="checkbox"/>
		Parkinson	<input type="checkbox"/>		Otras ...	<input type="checkbox"/>
	Dispositivos que dificultan la movilidad	Artrosis	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas	Epilepsia	<input type="checkbox"/>
		Otros ...	<input type="checkbox"/>		Convulsiones	<input type="checkbox"/>
					Otras ...	<input type="checkbox"/>
	Dispositivos que dificultan la movilidad	Sondas vesicales	<input type="checkbox"/>	Alteraciones cardiacas	Arritmias	<input type="checkbox"/>
Drenajes		<input type="checkbox"/>	Marcapasos		<input type="checkbox"/>	
Pies de gotero		<input type="checkbox"/>	Hipotensión ostostática		<input type="checkbox"/>	
Bastones / andadores		<input type="checkbox"/>	Otras ...		<input type="checkbox"/>	
	Otros ...	<input type="checkbox"/>				
CIRCUNSTANCIAS DE LA CAÍDA	En cama	<input type="checkbox"/>	Deambulando	<input type="checkbox"/>	Otras (especificar): _____ _____ _____	
	Camilla	<input type="checkbox"/>	Andador	<input type="checkbox"/>		
	Sentado	<input type="checkbox"/>	Bastones	<input type="checkbox"/>		
	En el baño	<input type="checkbox"/>	Protecciones	<input type="checkbox"/>		
	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Acompañado	<input type="checkbox"/>		
MOTIVO DE LA CAÍDA	_____ _____ _____					

SEVERIDAD DE LA CAÍDA	Sin Lesión (no lesiones ni dolor)				<input type="checkbox"/>	
	Lesión Menor (hematoma o abrasión que no requiere tratamiento)				<input type="checkbox"/>	
	Lesión Moderada (corte que requiere sutura, vía IV que se infiltra, contusiones o esguinces que requieren tratamiento)				<input type="checkbox"/>	
	Lesión Mayor (fractura, traumatismo craneal o herida que requiere gran sutura)				<input type="checkbox"/>	
	Exitus				<input type="checkbox"/>	
CUIDADOS POST-CAÍDA	Otras					
	Control Signos Vitales: Temperatura <input type="checkbox"/> _____ °C Pulso <input type="checkbox"/> _____ l/m Respiración <input type="checkbox"/> _____ r/m					
	Otros: Glucemia capilar <input type="checkbox"/> _____ mg/dl SO ₂ <input type="checkbox"/> _____ %					
	Primeros cuidados Administrados: _____					