

		PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL ADULTO EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD
EDICIÓN:01	Fecha:11/02 /2021	Página 1 de 53

COD: PROTCAM-ENF-05

Nº Versión	Fecha entrada en vigor	Justificación de la revisión	Fecha próxima revisión (mes y año)
01	Febrero 2021		Febrero 2024

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 DEFINICIÓN	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.3 FACTORES DE RIESGO	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. GENERAL	6
2.2. ESPECÍFICOS	6
3. RESPONSABILIDADES	6
4. METODOLOGÍA DE TRABAJO	7
5. ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
6. POBLACIÓN DIANA.....	7
7. DESARROLLO DEL PROTOCOLO.....	8
7.1 VALORACIÓN DEL RIESGO.....	8
7.2 PLAN DE CUIDADOS.....	9
7.3 MINIMOS REGISTRO DE CAÍDAS.....	10
8. RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD.....	11
8.1. RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES.....	11
8.2. RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES/CUIDADORES DURANTE EL INGRESO	12
8.3. RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES/CUIDADORES EN EL DOMICILIO.....	13
9. INDICADORES (FICHAS INDICADORES ANEXO VIII)	14
10. BIBLIOGRAFIA	14
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	16
RECURSOS CONSULTADOS:	16
11. AUTORES	17
DECLARACIÓN DE INTERESES DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO: <i>LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO REFERENCIADOS EN EL ANEXO DE ESTE PROTOCOLO</i>	18

12. ANEXOS	19
ANEXO I. ESCALAS DE MEDICIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS	19
ANEXO II. ALGORITMO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS.....	28
ANEXO III DIAGNÓSTICOS NANDA – NOC- NIC (2018-2020).....	29
ANEXO IV . RECOMENDACIONES DE FISIOTERAPIA	34
ANEXO V . LISTADO DE VERIFICACIÓN	41
ANEXO VI RECOMENDACIONES AL ALTA	42
ANEXO VII. INFOGRAFÍAS.....	44
ANEXO VIII. FICHAS INDICADORES	46
ANEXO IX. APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS.....	50
ANEXO X. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	51
ANEXO XI. PREGUNTAS PARA CRIBADO DEL RIESGO DE CAÍDAS.....	52
ANEXO XII. COMUNICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD	53

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria.

La adopción de una definición clara es imprescindible debido a las diferentes interpretaciones existentes respecto a las caídas: las personas mayores tienden a describir una caída como una pérdida de equilibrio, mientras que los profesionales de la salud generalmente se refieren a eventos que conducen a lesiones. (1)

Son un importante problema de salud pública, ya que, según la OMS, “las caídas son la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales”. (2)

La Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª. Edición (CIE-10), incluye un amplio rango de caídas (W00-W19) que recoge tanto las ocurridas a un mismo nivel, desde un nivel superior y otros no especificados, cuando ocurre de manera inadvertida. (1)

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las caídas suponen un problema sanitario y social de primera magnitud en nuestra sociedad con una elevada morbilidad. En la mayoría de los casos, las caídas que se producen en las personas mayores de 65 años, son la principal causa de las fracturas de cadera. (1)

Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años sufren caídas cada año, siendo este número mayor si la persona está institucionalizada.(1)

Las caídas recurrentes (dos o más caídas en un año) constituyen un problema frecuente en domicilio, hospitales y centros socio-sanitarios y predisponen a las personas mayores a sufrir incapacidad, dependencia y múltiples enfermedades, así como un coste adicional para la institución. También provocan en los pacientes consecuencias psíquicas, (miedo a caerse de nuevo, ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo) y sociales (aislamiento y restricción de sus actividades).

La aplicación de medidas de prevención puede disminuir notablemente su incidencia y, por tanto, sus consecuencias.

De las personas mayores que se caen, la mitad tienen caídas recurrentes y el 50% se vuelve a caer en el mismo año. La caída es, por tanto, un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas.(3)

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería presente en todos los programas de calidad de los centros hospitalarios, socio-sanitarios y en el ámbito de la Atención Primaria. También forma parte de múltiples

programas y estrategias de prevención y atención a la fragilidad en las personas mayores.
(4)

Uno de los métodos más efectivos para prevenir caídas es la identificación de los pacientes de riesgo mediante escalas validadas, que nos permitan identificar a las personas que presenten mayor riesgo de sufrir caídas (Anexo I).

1.3 FACTORES DE RIESGO

Si el profesional, durante la valoración y aplicación de la escala validada en la medición del riesgo de un paciente, detecta otros factores no determinados en dicha escala pero que potencialmente pudieran ocasionar una caída, se reflejará en dicha valoración y se tomarán las acciones pertinentes para disminuir el riesgo (5).

TABLA DE FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA POR CATEGORÍAS RNAO	
Comportamentales o psicológicos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prisas, no prestar atención. ▪ Correr riesgos (p. ej. subirse a una silla). ▪ Inactividad física. ▪ Miedo a caer. ▪ Realizar varias tareas simultáneamente. ▪ Uso incorrecto de dispositivos de ayuda para la movilidad. ▪ Llevar calzado inadecuado. ▪ Uso de sustancias (p.ej. drogas y alcohol). 	
Biológicos (o intrínsecos)	
NO MODIFICABLES:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad avanzada y/o criterios de fragilidad. ▪ Caídas previas. ▪ Algunas enfermedades (p. ej. glaucoma, demencia, degeneración macular). 	
MODIFICABLES (susceptibles de intervención para reducir el riesgo):	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos de la marcha, el equilibrio y la movilidad, incluyendo incapacidad, amputación, debilidad muscular y reflejos disminuidos. ▪ Disfunción cognitiva: confusión o estado mental alterado, delirio-trastorno o deterioro visual. ▪ Incontinencia. ▪ Malnutrición y pérdida de masa muscular y fuerza. ▪ Síntomas: vértigo, mareos, trastornos del sueño, hipotensión postural. 	
Ambientales	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Polifarmacia. ▪ Uso de ciertos fármacos (p. ej. antidepresivos, opiáceos, sedantes, antihipertensivos, anticonvulsivantes). ▪ Peligros en el hogar (p. ej. alfombras, escaleras, mascotas). ▪ Estancia hospitalaria prolongada. ▪ Necesidad de ayuda para la transferencia/traslado. ▪ Uso de dispositivos de limitación de la movilidad 	
Socioeconómicos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad para adquirir calzado adecuado. ▪ Incapacidad para adquirir ciertos fármacos o comida saludable. ▪ Sin soporte social, aislamiento social o soledad. ▪ Incapacidad para la comprensión lectora (p.ej. instrucciones de fármacos). 	

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Prevenir, y consecuentemente reducir, las caídas en los pacientes hospitalizados en el Servicio Madrileño de Salud

2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar al paciente con riesgo de caída mediante escala validada (escala J.H. Downton)
- Disminuir la incidencia de caídas en el adulto usuario del Servicio Madrileño de Salud.
- Planificar los cuidados según el riesgo, utilizando lenguaje enfermero normalizado (NANDA-NOC-NIC).
- Sensibilizar a los profesionales en la adherencia a las medidas preventivas garantizando la seguridad del paciente y la información al paciente y/o familia – cuidadores.
- Registrar y controlar, a partir del formulario vigente en cada centro, el seguimiento de las caídas producidas en los pacientes hospitalizados

3. RESPONSABILIDADES

Dirección de Enfermería del ámbito asistencial correspondiente: responsable de la divulgación, despliegue, implementación y evaluación.

Mandos intermedios de Enfermería: responsables de que el protocolo sea conocido y aplicado en las unidades asistenciales.

Personal de Enfermería: responsables de la aplicación y cumplimiento del protocolo.

Servicio de Calidad o en su defecto el que la Dirección de Enfermería correspondiente designe: realizará el apoyo metodológico y efectuará periódicamente estudios para evaluar la implementación y/o el resultado de la aplicación del protocolo.

4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La Gerencia de Cuidados del Servicio Madrileño de Salud propone la realización de un Protocolo de Prevención de Caídas consensuado con los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales del Servicio Madrileño de Salud y con la colaboración de la Agencia Madrileña de Atención Social, que sirva como modelo de actuación en la atención a los pacientes que atendemos.

Para ello, la Gerencia de Cuidados formó un grupo de trabajo mediante la solicitud a las diferentes Direcciones de Enfermería de un profesional referente para la incorporación a dicho grupo.

En una primera reunión se constituyó el grupo de trabajo de manera formal, realizando un análisis de la situación actual mediante grupo de discusión. Se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, ajustando la selección a la documentación de mayor evidencia científica.

Debido a la complejidad y variabilidad de los centros representados se decide la configuración de subgrupos de trabajo con distribución de contenidos. Se realizaron varias reuniones grupales en las que se llevó a cabo una puesta en común de los documentos elaborados para ser posteriormente consensuados.

Una vez elaborado y finalizado el Protocolo de Prevención de Caídas es validado por un grupo de expertos antes de su publicación (6)

5. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Centros hospitalarios dependientes del Servicio Madrileño de Salud

De modo consultivo para el resto de ámbitos asistenciales de la Comunidad de Madrid.

6. POBLACIÓN DIANA

Todos los pacientes adultos, estando o no institucionalizados, que presentan riesgo de caídas según la escala de valoración utilizada para medir dicho riesgo en el Servicio Madrileño de Salud (Anexo I).

7. DESARROLLO DEL PROTOCOLO

7.1 VALORACIÓN DEL RIESGO

La valoración del riesgo debe estar integrada en la Valoración Inicial de Enfermería según el modelo elegido por cada Hospital / Institución y quedar integrada en la Historia Clínica del paciente en cada proceso asistencial. (Anexo II)

La escala utilizada será la de J. H. Downton (Anexo I, Infografía Anexo VII) para el paciente adulto y ha de realizarse a la totalidad de los pacientes.

- Una puntuación en la escala J. H. Downton de 1 o 2 determina que el paciente tiene riesgo bajo de sufrir una caída
- Una puntuación de 2 o más determina un riesgo alto de caídas

Si el profesional responsable valora que el paciente presenta otros factores que potencialmente puedan ocasionar una caída (como incontinencia, edad del paciente, ausencia de cuidador/familiar, presencia de dispositivos que dificultan la movilidad, etc.) a pesar de que la escala no determine riesgo en el paciente, debe incluirlo en el protocolo de prevención de caídas, reflejando esta circunstancia.

PACIENTE SIN RIESGO

Deberá ser reevaluado con la periodicidad determinada en cada servicio y siempre que las circunstancias físicas, psíquicas, sociales y/o funcionales cambien; como, por ejemplo, cirugías, empeoramiento del estado general, introducción de nuevos fármacos, etc.

PACIENTE CON RIESGO

Establecer un plan de cuidados que incluya el diagnóstico enfermero 00155 RIESGO DE CAÍDAS (7) en todos los pacientes con riesgo y los resultados esperados NOC que procedan (Anexo III).

Implementar las intervenciones necesarias (NIC) en función del nivel de riesgo detectado para modificar o tratar los factores de riesgo que presenta el paciente.

Informar al paciente, a la familia y/o cuidador principal y a todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente de las medidas preventivas instauradas.

Facilitar y favorecer la transmisión de información entre todos los agentes de salud, junto con la Enfermera de Continuidad Asistencial y la Enfermera Familiar y Comunitaria, en el ámbito de la Atención Primaria, en el lugar de residencia del paciente frágil y así minimizar el riesgo de interrupción o retraso de la continuidad de cuidados durante las transiciones asistenciales.

Reevaluar el riesgo de caídas siempre que se produzca un cambio en la situación del paciente, tanto físico como mental, y registrar en la Historia Clínica, con la periodicidad pertinente en cada servicio.

7.2 PLAN DE CUIDADOS:

7.2.1 Valoración

Valoración del riesgo de sufrir caídas mediante la Escala de Riesgo de Caídas de JH Downton – 1993.

7.2.2. Diagnóstico Enfermero – Riesgo de Caída (NANDA: 00155)

Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico y comprometer la salud (7).

7.2.3. Planificación de Cuidados NANDA-NOC-NIC 2018-2020 (Anexo III)

7.2.4. Ejecución del plan

Ejecutar el plan de cuidados propuesto, realizando y validando las intervenciones en la Historia Clínica

7.2.5. Evaluación del Plan – Reevaluación

El plan debe ser evaluado de forma periódica, no inferior a una semana y siempre que se produzca algún cambio en los parámetros contemplados en la valoración, que puedan modificar el riesgo del paciente.

7.3 MINIMOS REGISTRO DE CAÍDAS

Existen en la actualidad diversos modelos de registro en función de la aplicación informática disponible en cada hospital (SELENE, HCIS, GACELA, FLORENCE y/o CASIOPEA).

Se recomienda que todos los registros incluyan los siguientes mínimos comunes:

ITEMS MÍNIMOS	DESCRIPCIÓN DEL MÍNIMO
DATOS DEL PACIENTE	
CAÍDAS PREVIAS DURANTE EL INGRESO	Registro cumplimentado de caídas previas durante el ingreso actual
VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA	La valoración del riesgo de caídas será realizada con E.V.R. VALIDADA
DATOS DE LA CAÍDA	
FECHA _ HORA	FECHA Y HORA (cuándo ha ocurrido la caída)
LUGAR DE LA CAÍDA	BAÑO HABITACIÓN EXTRAUNIDAD PASILLO OTRO (ESPECIFICAR)
CIRCUNSTANCIA/ ACTIVIDAD	CAMA SILLON DEAMBULANDO OTROS (ESPECIFICAR)
MEDIDAS DE SEGURIDAD	AYUDAS TÉCNICAS QUE UTILIZA EL PACIENTE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN CAMA SUJECCIONES ADECUACIÓN DEL ENTORNO RECOMENDACIONES AL PACIENTE RECOMENDACIONES AL CUIDADOR
VALORACION DE LA CAIDA	-NIVEL DE CONCIENCIA (orientado, agitado, confuso...) -CONSTANTES VITALES (TA, FC, FR, Temperatura) -GRADO DE SEVERIDAD: <i>Según la Agencia Seguridad del Paciente (NPSA 4):</i> GRADO I: SIN DAÑO GRADO II: BAJO (Lesión leve: contusión, conmoción) GRADO III: MODERADO (Lesión Grave: fractura/lesión con intervención) GRADO IV: SEVERO (Lesión muy grave y/o coma) GRADO V: MUERTE
BIBLIOGRAFIA	1.- Clinical Best Practice Guidelines. Preventing Falls and Reducing Injury from Falls Fourth Edition http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf 2.- Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_PrevencionCaidas_022014_-_with_supplement.pdf 3.- OMS / CAÍDAS http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/ 4.- SP en 7 pasos NPSA para pdf - Seguridad del Paciente www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C2/flash/.../sp_pasos.pdf http://www.npsa.nhs.uk/
FECHA DE ELABORACIÓN	4/11/2019

8. RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

8.1. Recomendaciones generales a los profesionales:

- Informar al ingreso a los pacientes, familiares o cuidadores sobre la prevención del riesgo de caídas. Facilitar la información en el formato e idioma adecuados (documento informativo).
- Evaluar a todos los pacientes para identificar a los que presentan riesgo de caídas.(Anexo XI)
- Informar al paciente del riesgo de caídas que tiene y el plan de cuidados/intervenciones adaptadas a la persona y al entorno asistencial.
- Ubicar los pacientes con mayor riesgo y mayor necesidad de vigilancia o cuidados en habitaciones próximas al control de enfermería.
- Favorecer el acompañamiento durante el ingreso.
- Ubicar pacientes con mayor riesgo, siempre que sea posible, con compañeros sin deterioro cognitivo o con alta frecuencia de visitas.
- Asignar adecuadamente el material ortopédico y realizar revisión periódica del mismo en función de las características y necesidades del paciente.
- Revisar el material de ortopedia y el mobiliario de forma periódica para reparar o sustituirlo en aquellos casos en los que no se consideren seguros.
- Dejar colocada la ayuda técnica de uso habitual al alcance del paciente. Acompañar al paciente durante su aprendizaje si precisa dispositivos de ayuda (andador, muletas...).
- Correcto posicionamiento en las sillas de ruedas o sillones en aquellos pacientes con dificultades para mantener el control postural.
- Identificar la polifarmacia y los medicamentos que incrementan el riesgo de caídas. Monitorizar efectos secundarios de los medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.
- Implementar rutinas en la realización de rondas como estrategia para dar respuesta de forma proactiva a las necesidades de la persona y evitar caídas.
- Implantar medidas de prevención universales:
 - Bajar la cama lo más posible y retirar barandillas cuando sea posible.
 - Timbre al alcance en todo momento.
 - Mantener cama, sillas de ruedas y sillones frenados.
 - Mantener habitación y baño ordenados y libres de obstáculos.
 - En la medida de lo posible mantener luz nocturna.
 - Calzado cerrado antideslizante.
 - Uso si es preciso y correcta adaptación de gafas, audífonos etc.
 - Se recomienda el uso de cartelería específica sobre medidas de prevención de caídas en el contexto adecuado de cada hospital

- Recomendar intervenciones de ejercicio y entrenamiento físico para adultos en riesgo de caídas para que mejoren la fuerza y equilibrio (Anexo IV).
- Promover programas/actividades individualizados y multicomponente que se correspondan con las habilidades y la situación funcional actuales de la persona.
- Se recomienda registro por parte del personal Técnico Medio Sanitario en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TMSCAE) del listado de verificación (Anexo V) en cada turno de trabajo.
- Comunicación de incidentes de caídas mediante la herramienta facilitada como sistema de notificación. En la actualidad la aplicación es CISEMadrid (Anexo XII)

8.2. Recomendaciones a los pacientes/cuidadores durante el ingreso (Infografía Anexo VII)

- Mantenga una iluminación adecuada en la habitación
- Coloque los objetos de uso frecuente a su alcance. Mantenga las zonas de paso libres de obstáculos (zapatillas, alargadera de oxígeno, etc).
- Tenga el timbre siempre a mano y llame si necesita ayuda para levantarse, ir al baño o está mareado.
- Avise al personal de enfermería siempre que se vaya a quedar solo, ocurra un incidente o caída.
- Use calzado cerrado y con suela antideslizante, evite ir descalzo. Si tiene problemas para caminar, utilice ayudas técnicas según recomendaciones.
- Compruebe que la cama esté en posición baja y frenada.
- Siéntese en el borde unos segundos antes de levantarse.
- Evite pisar el suelo mojado, andar descalzo o solo con calcetines.
- Avise al personal de enfermería si el paciente se va a quedar solo. Asegúrese antes de irse de dejar la cama frenada y en posición baja, y el timbre y los objetos personales que pueda necesitar, a su alcance.
- Comunique a los profesionales de la Unidad si detecta algo en el entorno que pueda contribuir a una caída.
- Evite realizar sujeciones físicas al paciente, la indicación del uso de sujeciones es responsabilidad directa del personal de la unidad (Anexo IX).

8.3. Recomendaciones a los pacientes / cuidadores en el domicilio

(Anexo VI, Anexo X)

El domicilio debe ser lo más cómodo y seguro posible. En relación al entorno hay una serie de autocuidados que favorecerán la seguridad en el hogar evitando las caídas (18):

- Mantenga los suelos de habitaciones y pasillos libres de objetos con los que pueda tropezar.
- Retire alfombras, cables, gomas de oxígeno, pequeños muebles y todo aquello que pueda entorpecer sus desplazamientos.
- Ponga pasamanos en escaleras, desniveles y zonas que precise para ayudarle en los desplazamientos.
- No camine descalzo o con calcetines, utilizar calzado cerrado
- Asegúrese que la ropa como pantalones o pijamas no arrastre.
- Evite pisar suelos resbaladizos, irregulares. Los suelos no deben estar excesivamente pulidos o encerados.
- Procure que la iluminación de las estancias sea la adecuada.
- Procure tener accesibles y visibles los interruptores de la luz.
- No se desplace a oscuras por la casa.
- Disponga de un plato de ducha en lugar de bañera, si es posible.
- Ponga asideros apropiados que le ayuden a incorporarse del inodoro y a entrar y salir de la ducha o bañera.
- Instale material antideslizante dentro de la bañera o ducha y en la salida de la misma.
- Utilice como puntos de agarre elementos que sean estables y seguros.
- Procure orinar antes de acostarse y no tome mucho líquido a última hora de la tarde para evitar levantarse durante la noche al baño.
- Tenga una lámpara con luz tenue si se levanta con frecuencia por la noche para facilitar la visión y el desplazamiento por la estancia.
- Puede utilizar sistemas reflectantes que señalen elementos de riesgo como muebles, puertas, etc.
- No se levante de la cama bruscamente, permanezca sentado unos momentos antes de incorporarse.
- Siga una dieta variada para mantener un peso adecuado, incluyendo alimentos ricos en calcio, como leche, yogures etc.
- Revisión de medicación por parte del profesional sanitario referente (Médico/ Enfermera de Familia, Médico/Enfermera de Hospital)

9. INDICADORES (Fichas indicadores Anexo VIII)

Para facilitar la evaluación del logro o consecución de los objetivos específicos se proponen los siguientes indicadores:

- Porcentaje de pacientes ingresados con valoración del riesgo de caídas mediante escala validada de riesgo de caídas
- Porcentaje de pacientes con Diagnóstico 0155 – Riesgo de Caídas en el Plan de Cuidados
- Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1000 días de estancias.
- Porcentaje de profesionales formados en Seguridad del Paciente que incluya prevención en caídas

10. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age [Internet]. Geneva; 2007 [citado 22 octubre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
2. World Health Organization. Caídas [Internet]. Who.int. 2018 [citado 22 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
3. Petronila Gómez L, Aragón Chicharro S, Calvo Morcuende B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 11 noviembre 2020]; 28(1): 2-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100002&lng=es.
4. Ministerio de Sanidad Igualdad y Servicios sociales. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Inf Estud e Investig [Internet]. 2013;1–85. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
5. Registered Nurses' Association of Ontario. Preventing Falls and Reducing Injury from Falls [Internet]. 4th ed. Toronto: RNAO; 2017 [citado 22 octubre 2020]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf

6. Carrasco G, Lorenzo S, Santiñá M. Manual de estilo de la Revista de Calidad Asistencial. Guía obligatoria para nuevos autores. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2011 [citado 15 octubre 2020]; 26 (2): 132-141. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X11000376>
7. Heather Herdman T, Kamitsuru Shigemi. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11a ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
8. Downton JH. Falls in the Elderly. London, UK: Edward Arnold; 1993.
9. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Amer J Med. 1986; 80 (3): 429-434.
10. Martínez A. Análisis del riesgo de caídas en ancianos institucionalizados mediante escalas de marcha y equilibrio [tesis doctoral en internet]. [Murcia]: Universidad de Murcia; 2016. 113 p. [citado 24 noviembre 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/364774>
11. Berg K, Maki B, Williams JI, Holliday P, Wood-Dauphine S. A comparison of clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. Arch Phys Med Rehab. 1992;73:1073-83
12. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Can J Public Health. 1992;83 Suppl 2:S7-S11.
13. Bella Beorlegui M, Esandi Larramendi N, Carvajal Valcárcel A. La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 24 noviembre 2020]; 28(1): 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100006&lng=es.
14. Sousa Luis Manuel Mota, Marques-Vieira Cristina Maria Alves, Caldevilla Maria Nilza Guimaraes Nogueira, Henriques Cristina Maria Alves Dias, Severino Sandy Silva Pedro, Caldeira Silvia. Instrumentos para evaluación del riesgo de caídas en los ancianos residentes en la comunidad. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Abr [citado 09 febrero 2020]; 15(42): 490-505. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200017&lng=es.
15. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Dirección de Enfermería. Protocolo: prevención de caídas en el paciente adulto hospitalizado. HUPHM-DIRENF-PT_024-01. [Internet]. Madrid: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 2018 [citado 22 octubre 2020]. Disponible en: http://puertadehierro.salud.madrid.org/opencms/export/sites/default/portalcam/majadahonda/aenf/Normalizacion_de_cuidados/Procedimientos/20181002_HUPHM_DIRENF_PT_024_01_PREV_CAxDAS.pdf

16. Abric M, Dotte P. Gestos y Activación para las personas mayores. Ergomotricidad y atención gerontológica (tomo I). Barcelona: Masson; 2003.
17. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD CENTRO DE PUBLICACIONES; 2014. p. 22,26.
18. Bayón Cabeza, M. Guía de Cuidados: Prevención de caídas en Atención Primaria. Biblioteca virtual de la Comunidad de Madrid [Internet]. 2012 [Citado 17 Mar 2015].

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Objetivo: encontrar la mejor evidencia científica disponible, para establecer las recomendaciones en cuanto a prevención de caídas, en el paciente adulto e institucionalizado

Límites de búsqueda: idiomas inglés y español, publicación en los últimos cinco años, disponibilidad de resumen o de texto completo; no se ha limitado por tipo de documento, pero se ha prestado especial atención a las guías de práctica clínica.

RECURSOS CONSULTADOS

- Care/Cuidados
- Safety/Seguridad
- Complications/Complicaciones
- Caidas / pacientes
- PubMed
- Cochrane Library CDC Guidelines
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- Registered Nurses´ Asociación of Ontario (RNAO)
- JBI Library
- TripDatabase
- Google
- NANDA CUIDEN
- Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs
- Guía Salud
- BOCM
- CUIDEN
- Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs
- Guía Salud
- BOCM

11- AUTORES

TÍTULO : PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL ADULTO EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

COORDINACIÓN ESTRATÉGICA

Lourdes Martínez Muñoz. Gerente de Cuidados.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Yumana Awad Parada Enfermera. Técnico de la Gerencia de Cuidados
Carmen Elías Ucedo. Enfermera. Técnico de la Gerencia de Cuidados
M^{ra} Carmen Sánchez Fuentes. Enfermera. Técnico de la Gerencia de Cuidados

GRUPO DE TRABAJO/AUTORES

María Laura Aguilera Cáceres. *Enfermera* de Continuidad Asistencial. H. U. de Torrejón
María Luisa Barrera Hernández. *Supervisora de Enfermería* de Unidad de Hospitalización HU Severo Ochoa
Rosa María Bodes Pardo. *Supervisora del Área Funcional de Hospitalización* HU Puerta de Hierro Majadahonda
Ana Isabel del Cerro Madrigal. *Enfermera* HU Infanta Leonor
Esteban del Pozo García. *Enfermero* Jefe de Unidad de Enfermería responsable de calidad H Dr. Rodríguez Lafora
Juan Antonio Espinosa López. *Enfermero* H de Guadarrama
Elena Fernández Cano. *Supervisora de Enfermería*. Unidad de Calidad HU Santa Cristina
Ana Belén Frutos Muñoz. *Supervisora de Enfermería Unidad de Medicina Interna* .HU Rey Juan Carlos
Cristina García García *Supervisora General de Enfermería* H Virgen de La Poveda
Elena González Rodríguez *Supervisora de Enfermería Hospitalización Quirúrgica y Psiquiatría*. HU del Sureste.
Celia Hoyos García. *Fisioterapeuta* Residencia de Mayores Parla. A.M.A.S.
Lidia Limia Sotelo. *Supervisora de Enfermería* de Unidad Funcional. HU Infanta Leonor
Elías Martín Moreno. *Enfermero*-Residencia mayores "Alcorcón"- Agencia Madrileña de Atención Social
Ana Moreno Moreno. *Enfermera* Hospital Universitario La Paz
Diego Prieto Sánchez. *Enfermero*. Residencia de mayores Arganda del Rey
Noemí Quiñones Higuero. *Enfermera* HU Puerta de Hierro Majadahonda
María José Rubio Pérez. *Supervisora Área Funcional*. Formación Continuada, Docencia y Calidad. HU La Princesa
Esmeralda Vera Itoiz. *Supervisora Área Funcional* H La Fuenfría

INFOGRAFÍAS: Elena Fernández Cano. [@Gelenfermera](#). *Enfermera*

REVISORES Comité científico técnico del Ilustre Colegio oficial de Enfermería de Madrid (CODEM)

Rosa Arnal Selfa Directora de Enfermería DAN de Atención Primaria

Lucía Serrano Molina Directora Enfermera del Hospital Central de la Cruz Roja

FECHA Enero 2021

EMISOR Gerencia de Cuidados. Dirección General del Proceso Integrado de Salud

DESTINATARIO Profesionales directivos y asistenciales del Servicio Madrileño de Salud

DISTRIBUCIÓN Intranet Salud@, "**CAÍDAS**". <https://saludnav.salud.madrid.org/cuidados/Paginas/Protocolos-procedimientos.aspx>

DECLARACIÓN DE INTERESES DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO: *Los miembros del grupo de trabajo referenciados en el anexo de este protocolo,*

Declaran que:

[x] No poseen ningún interés directo o indirecto en la industria farmacéutica o en otras organizaciones que puedan interferir con la elaboración / desarrollo del procedimiento / PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL ADULTO EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD realizado por este grupo de trabajo.

[] Los intereses directos o indirectos que posee en la industria farmacéutica o en otras organizaciones que puedan interferir con la elaboración / desarrollo del procedimiento / protocolo que realiza este grupo de trabajo son los relacionados a continuación:

Asimismo se comprometen a declarar los intereses que pudieran adquirir en un futuro que puedan representar cualquier interferencia en la elaboración / desarrollo del procedimiento / protocolo que realiza este grupo de trabajo.

12. ANEXOS

ANEXO I. ESCALAS DE MEDICIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

1. ESCALA J. H. DOWNTON (8)

Escala ampliamente utilizada ya que unifica criterios de cribado y recoge algunos de los factores de mayor incidencia. Se cumplimenta con la valoración inicial del paciente. Se considera paciente de alto riesgo cuando la puntuación de la escala sea mayor a 2 puntos. Valores menores a 2 puntos identificarían aquellos casos en los que el paciente tenga un bajo riesgo de caídas.

CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICACIÓN	Ninguno	0
	Tranquilizantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1
ALTO RIESGO > 2 PUNTOS		

2. ESCALA TINETTI (9,10)

Instrumento de medida para evaluar la movilidad y el equilibrio de las personas mayores. Consta de dos dimensiones: equilibrio y marcha. La máxima puntuación para la marcha es 12 puntos y para el equilibrio 16; la suma total de la escala es de 28 puntos. Se considera riesgo alto de caídas: menos de 19 puntos; riesgo de caídas: de 19 a 23 puntos, y riesgo bajo o leve: de 24 a 28 puntos.

Evaluación del equilibrio

El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos.

1. Equilibrio sentado:
 - 0 = Se inclina o se desliza en la silla
 - 1 = Se mantiene seguro
2. Levantarse:
 - 0 = Imposible sin ayuda
 - 1 = Capaz, pero usa los brazos para ayudarse
 - 2 = Capaz sin usar los brazos
3. Intentos para levantarse:
 - 0 = Incapaz sin ayuda
 - 1 = Capaz, pero necesita más de un intento
 - 2 = Capaz de levantarse con un solo intento
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 sg):
 - 0 = Inestable (se tambalea, mueve los pies) marcado balanceo de tronco
 - 1 = Estable, pero usa andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse
 - 2 = Estable sin andador, bastón u otros soportes
5. Equilibrio en bipedestación:
 - 0 = Inestable
 - 1 = Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte
 - 2 = Apoyo estrecho y sin soporte
6. Empujar (el paciente en bipedestación, con el tronco erecto, con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano 3 veces):
 - 0 = Empieza a caerse
 - 1 = Se tambalea, se agarra, pero se mantiene
 - 2 = Estable

7. Ojos cerrados (en la misma posición que en empujar):
 - 0 = Inestable
 - 1 = Estable

8. Vuelta de 360 grados:
 - 0 = Pasos discontinuos
 - 1 = Pasos continuos
 - 0 = Inestable (se tambalea, se agarra)
 - 1 = Estable

9. Sentarse:
 - 0 = Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla
 - 1 = Usa los brazos o el movimiento es brusco
 - 2 = Seguro, movimiento suave

Evaluación de la marcha

El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido» pero seguro.

1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande):
 - 0 = Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar
 - 1 = No vacila

2. Longitud y altura de paso (movimiento del pie derecho):
 - 0= El pie derecho NO sobrepasa al pie izquierdo
 - 1 = El pie derecho sobrepasa al pie izquierdo
 - 0 = El pie derecho NO se separa completamente del suelo con el paso
 - 1 = El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso

3. Longitud y altura de paso (movimiento del pie izquierdo):
 - 0 = El pie izquierdo NO sobrepasa al pie derecho
 - 1 = El pie izquierdo sobrepasa al pie derecho
 - 0 = El pie izquierdo NO se levanta completamente del suelo con el paso
 - 1 = El pie izquierdo se levanta completamente del suelo con el paso

4. Simetría del paso:
 - 0 = La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual
 - 1 = La longitud parece igual

5. Fluidez del paso:
 - 0 = Paradas entre los pasos
 - 1 = Los pasos parecen continuos

6. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros):
 - 0 = Desviación grave de la trayectoria
 - 1 = Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria
 - 2 = Sin desviación o ayudas
7. Tronco:
 - 0 = Balanceo marcado o usa ayudas
 - 1 = No balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar
 - 2 = No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas
8. Postura al caminar:
 - 0 = Talones separados
 - 1 = Talones casi juntos al caminar

3. ESCALA DE BERG (11,12)

La escala del Equilibrio de Berg o Berg Balance Scale (BBS) creada en 1989 por Katherine Berg, evalúa el equilibrio estático y dinámico en pacientes geriátricos.

Se compone de 14 pruebas que se valoran de 0 a 4 puntos. La puntuación máxima es de 56 puntos lo que conlleva a un buen estado de equilibrio y riesgo muy bajo de sufrir caídas.

1. DE SEDESTACIÓN A BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, levántese. Intente no ayudarse de las manos.

- 4 capaz de levantarse sin usar las manos y de estabilizarse independientemente
- 3 capaz de levantarse independientemente usando las manos
- 2 capaz de levantarse usando las manos y tras varios intentos
- 1 necesita una mínima ayuda para levantarse o estabilizarse
- 0 necesita una asistencia de moderada a máxima para levantarse

2. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA

INSTRUCCIONES: Por favor, permanezca de pie durante dos minutos sin agarrarse.

- 4 capaz de estar de pie durante 2 minutos de manera segura
- 3 capaz de estar de pie durante 2 minutos con supervisión
- 2 capaz de estar de pie durante 30 segundos sin agarrarse

- 1 necesita varios intentos para permanecer de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- 0 incapaz de estar de pie durante 30 segundos sin asistencia

3. SEDESTACIÓN SIN APOYAR LA ESPALDA, PERO CON LOS PIES SOBRE EL SUELO O SOBRE UN TABURETE O ESCALÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese con los brazos junto al cuerpo durante 2 min.

- 4 capaz de permanecer sentado de manera segura durante 2 minutos
- 3 capaz de permanecer sentado durante 2 minutos bajo supervisión
- 2 capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
- 1 capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
- 0 incapaz de permanecer sentado sin ayuda durante 10 segundos

4. DE BIPEDESTACIÓN A SEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese.

- 4 se sienta de manera segura con un mínimo uso de las manos
- 3 controla el descenso mediante el uso de las manos
- 2 usa la parte posterior de los muslos contra la silla para controlar el descenso
- 1 se sienta independientemente, pero no controla el descenso
- 0 necesita ayuda para sentarse

5. TRANSFERENCIAS

INSTRUCCIONES: Prepare las sillas para una transferencia en pivot. Pida al paciente de pasar primero a un asiento con apoyabrazos y a continuación a otro asiento sin apoyabrazos. Se pueden usar dos sillas (una con y otra sin apoyabrazos) o una cama y una silla.

- 4 capaz de transferir de manera segura con un mínimo uso de las manos
- 3 capaz de transferir de manera segura con ayuda de las manos
- 2 capaz de transferir con indicaciones verbales y/o supervisión
- 1 necesita una persona que le asista
- 0 necesita dos personas que le asistan o supervisen la transferencia para que sea segura

6. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA CON OJOS CERRADOS

INSTRUCCIONES: Por favor, cierre los ojos y permanezca de pie durante 10 segundos

- 4 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos de manera segura
- 3 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos con supervisión
- 2 capaz de permanecer de pie durante 3 segundos
- 1 incapaz de mantener los ojos cerrados durante 3 segundos, pero capaz de permanecer firme
- 0 necesita ayuda para no caerse

7. PERMANECER DE PIE SIN AGARRARSE CON LOS PIES JUNTOS

INSTRUCCIONES: Por favor, junte los pies y permanezca de pie sin agarrarse.

- 4 capaz de permanecer de pie con los pies juntos de manera segura e independiente durante 1 minuto

- 3 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente durante 1 minuto con supervisión
- 2 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente, pero incapaz de mantener la posición durante 30 segundos
- 1 necesita ayuda para lograr la postura, pero es capaz de permanecer de pie durante 15 segundos con los pies juntos
- 0 necesita ayuda para lograr la postura y es incapaz de mantenerla durante 15 segundos

8. LLEVAR EL BRAZO EXTENDIDO HACIA DELANTE EN BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Levante el brazo a 90°. Estire los dedos y llévelo hacia delante todo lo que pueda. El examinador coloca una regla al final de los dedos cuando el brazo está a 90°. Los dedos no deben tocar la regla mientras llevan el brazo hacia delante. Se mide la distancia que el dedo alcanza mientras el sujeto está lo más inclinado hacia adelante. Cuando es posible, se pide al paciente que use los dos brazos para evitar la rotación del tronco

- 4 puede inclinarse hacia delante de manera cómoda >25 cm
- 3 puede inclinarse hacia delante de manera segura >12 cm
- 2 puede inclinarse hacia delante de manera segura >5 cm
- 1 se inclina hacia delante, pero requiere supervisión
- 0 pierde el equilibrio mientras intenta inclinarse hacia delante o requiere ayuda

9. EN BIPEDESTACIÓN, RECOGER UN OBJETO DEL SUELO

INSTRUCCIONES: Recoger el objeto (zapato/zapatilla) situado delante de los pies

- 4 capaz de recoger el objeto de manera cómoda y segura
- 3 capaz de recoger el objeto, pero requiere supervisión
- 2 incapaz de coger el objeto, pero llega de 2 a 5cm (1-2 pulgadas) del objeto y mantiene el equilibrio de manera independiente
- 1 incapaz de recoger el objeto y necesita supervisión al intentarlo
- 0 incapaz de intentarlo o necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

10. EN BIPEDESTACIÓN, GIRARSE PARA MIRAR ATRÁS

INSTRUCCIONES: Gire para mirar atrás a la izquierda. Repita lo mismo a la derecha. El examinador puede sostener un objeto por detrás del paciente al que puede mirar para favorecer un mejor giro.

- 4 mira hacia atrás hacia ambos lados y desplaza bien el peso
- 3 mira hacia atrás desde un solo lado, en el otro lado presenta un menor desplazamiento del peso del cuerpo
- 2 gira hacia un solo lado, pero mantiene el equilibrio
- 1 necesita supervisión al girar
- 0 necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

11. GIRAR 360 GRADOS

INSTRUCCIONES: Dar una vuelta completa de 360 grados. Pausa. A continuación, repetir lo mismo hacia el otro lado.

- 4 capaz de girar 360 grados de una manera segura en 4 segundos o menos
- 3 capaz de girar 360 grados de una manera segura sólo hacia un lado en 4 segundos o menos
- 2 capaz de girar 360 grados de una manera segura, pero lentamente
- 1 necesita supervisión cercana o indicaciones verbales

12. SUBIR ALTERNANTE LOS PIES A UN ESCALÓN O TABURETE EN BIPEDESTACIÓN SIN AGARRARSE

INSTRUCCIONES: Sitúe cada pie alternativamente sobre un escalón/taburete. Repetir la operación 4 veces para cada pie.

- 4 capaz de permanecer de pie de manera segura e independiente y completar 8 escalones en 20 segundos
- 3 capaz de permanecer de pie de manera independiente y completar 8 escalones en más de 20 segundos
- 2 capaz de completar 4 escalones sin ayuda o con supervisión
- 1 capaz de completar más de 2 escalones necesitando una mínima asistencia
- 0 necesita asistencia para no caer o es incapaz de intentarlo

13. BIPEDESTACIÓN CON LOS PIES EN TANDEM

INSTRUCCIONES: Demostrar al paciente. Sitúe un pie delante del otro. Si piensa que no va a poder colocarlo justo delante, intente dar un paso hacia delante de manera que el talón del pie se sitúe por delante del zapato del otro pie (para puntuar 3 puntos, la longitud del paso debería ser mayor que la longitud del otro pie y la base de sustentación debería aproximarse a la anchura del paso normal del sujeto.

- 4 capaz de colocar el pie en tándem independientemente y sostenerlo durante 30 segundos
- 3 capaz de colocar el pie por delante del otro de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- 2 capaz de dar un pequeño paso de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- 1 necesita ayuda para dar el paso, pero puede mantenerlo durante 15 segundos
- 0 pierde el equilibrio al dar el paso o al estar de pie.

14. BIPEDESTACIÓN SOBRE UN PIE

INSTRUCCIONES: Apoyo sobre un pie sin agarrarse

- 4 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante >10 seg.
- 3 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla entre 5-10 seg.
- 2 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante 3 ó más segundos
- 1 intenta levantar la pierna, incapaz de sostenerla 3 segundos, pero permanece de pie de manera independiente
- 0 incapaz de intentarlo o necesita ayuda para prevenir una caída

PUNTUACIÓN TOTAL (Máximo 56)

4. ESCALA FES-I (13,14)

La escala FES-I (The Falls Efficacy Scale-International) mide el miedo de caer asociado a la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de vida diaria (AIVD). Se incluye dentro de las escalas de medición del impacto psicológico ante caídas recurrentes. Su uso permite valorar el llamado síndrome postcaída.

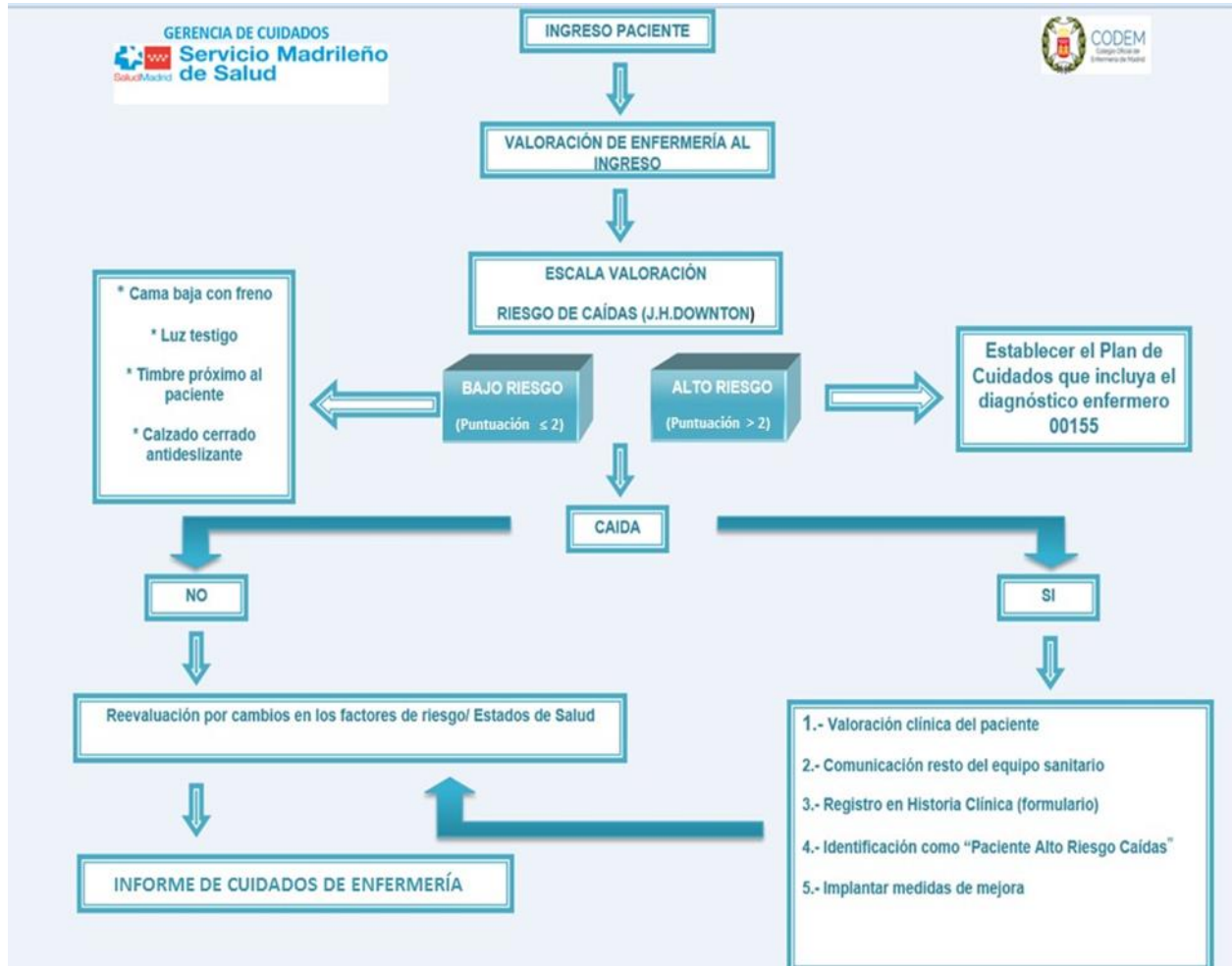
Ahora le queremos hacer algunas preguntas relacionadas con su preocupación sobre la posibilidad de caerse. Para cada una de las actividades siguientes, por favor haga un círculo en la frase que más se aproxime a su opinión, que muestre la medida en que está preocupado/a por poder caerse si hiciera esta actividad. Por favor conteste pensando en la manera habitual que tiene de realizar la actividad. Si usted no realiza actualmente actividad (p. ej., si alguien compra por usted), por favor conteste en relación con mostrar si usted estuviese preocupado/a por caerse si usted realizara dicha actividad.

		En absoluto preocupado (1)	Algo preocupado (2)	Bastante preocupado (3)	Muy preocupado (4)
1	Limpiar la casa (p.ej., barrer, pasar la aspiradora o limpiar el polvo)				
2	Vestirse o desvestirse				
3	Preparar comidas cada día				
4	Bañarse o ducharse				
5	Ir a la compra				
6	Sentarse o levantarse de una silla				
7	Subir o bajar escaleras				
8	Caminar por el barrio (o vecindad, fuera de casa)				
9	Coger algo alto (por encima de su cabeza) o en el suelo				
10	Ir a contestar el teléfono antes de que deje de sonar				
11	Caminar sobre una superficie resbaladiza (p.ej., mojada o con hielo)				
12	Visitar a un amigo o familiar				

13	Caminar en un lugar con mucha gente				
14	Caminar en una superficie irregular (p.ej., pavimento en mal estado, sin asfaltar)				
15	Subir y bajar en una rampa				
16	Salir a un evento social (p.ej., religioso, reunión familiar o reunión social)				

PUNTUACIÓN	16	No se encuentra preocupado/a por una nueva caída
	16-32	Se encuentra algo preocupado/a
	32-48	Se encuentra bastante preocupado/a
	48-64	Tiene una preocupación importante

ANEXO II. ALGORITMO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS



Fuente. Elaboración propia.

ANEXO III. DIAGNÓSTICOS NANDA – NOC- NIC (2018-2020)

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p>00155 Riesgo de caídas</p> <p>Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.</p> <p><u>Características y factores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de caídas • Edad igual o superior a 65 años • Uso de dispositivos de ayuda (p. ej. Andador, bastón, silla de ruedas) • Entorno desconocido • Entorno desordenado • Iluminación insuficiente • Material antideslizante inadecuado en el baño • Uso de sujeciones • Alteración de la función cognitiva • Deterioro de la movilidad • Agentes farmacológicos 	<p>1828 Conocimiento Prevención de Caídas Grado de conocimiento transmitido sobre la prevención de caídas</p>	<p>6490 Prevención de caídas Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas</p> <p>6486 Manejo ambiental: seguridad: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.</p>
	<p>1909 Conducta de Prevención de Caídas Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal</p>	
	<p>1908 Detección del Riesgo: Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal</p>	<p>6610 Identificación de riesgos: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas</p>

INTERVENCION	ACTIVIDADES
<p>6490 Prevención de caídas Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. • Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. • Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda. • Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento. • Sugerir al paciente cambios en la marcha. • Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la marcha. • Ayudar a la deambulaci3n de las personas inestables. • Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n o andador para caminar) para conseguir una marcha estable. • Animar al paciente a utilizar un bast3n o un andador, seg3n corresponda. • Enseñar al paciente a utilizar un bast3n o andador, seg3n corresponda. • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso. • Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente. • Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. • Enseñar al paciente c3mo caer para minimizar el riesgo de lesiones. • Colocar seales recordatorias para que el paciente solicite ayuda para salir de la cama, seg3n corresponda. • Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa. • Utilizar la t3cnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, ba1o, etc. • Disponer un asiento de ba1o elevado para que la transferencia sea m3s sencilla. • Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado m3s sencillo. • Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado m3s sencillo.

- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Disponer la superficie sobre la que se duerme cerca del suelo, si es necesario.
- Disponer que el asiento de la silla sea envolvente para limitar la movilidad, según corresponda.
- Utilizar camas con colchones parcialmente llenos de agua para limitar la movilidad, si es necesario.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.
- Responder a la luz de llamada inmediatamente.
- Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.
- Utilizar una alarma de cama que alerte al cuidador de que la persona sale de la cama, según corresponda.
- Marcar los umbrales de las puertas y los bordes de los escalones, si es necesario.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.
- Disponer barandillas y pasamanos visibles.
- Colocar puertas en los accesos que conduzcan a escaleras.
- Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.
- Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.
- Disponer taburetes firmes y antideslizantes para facilitar alcanzar objetos.
- Disponer zonas de almacenamiento de fácil alcance.
- Disponer muebles firmes que no caigan si se utilizan como apoyo.
- Orientar al paciente sobre el "orden" físico de la habitación.
- Evitar reorganizaciones innecesarias del ambiente físico.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas, según corresponda, al salir de la cama.
- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad. • Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos. • Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos. • Sugerir el uso de calzado seguro. • Instruir al paciente para que evite las superficies heladas y otras superficies exteriores deslizantes. • Desarrollar maneras para que el paciente participe de forma segura en actividades de ocio. • Establecer un programa de ejercicios físicos rutinarios que incluya andar. • Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas. • Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y marcha inestable).
<p>6486 Manejo ambiental: seguridad: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente. • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico). • Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. • Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. • Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente. • Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas. • Notificar a las instituciones autorizadas para proteger el ambiente (Ministerio de Sanidad, servicios medioambientales, Agencia de Protección del Medio Ambiente y policía). • Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias (policía, departamento de salud local, centro nacional de toxicología). • Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente. • Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar). • Iniciar y/o realizar programas de detección de peligros ambientales (plomo, radón). • Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales. • Colaborar con otras agencias (departamento de salud, policía y Agencia de Protección del Medio Ambiente) para mejorar la seguridad ambiental.

6610 Identificación de riesgos: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.
- Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales, y comunidad).
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Mantener los registros y estadísticas precisos.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Identificar las estrategias de afrontamiento típicas.
- Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.
- Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria.
- Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Fijar objetivos mutuos, si procede.
- Considerar los criterios útiles para priorizar las áreas de reducción de riesgos (p. ej., nivel de concienciación y de motivación, eficacia, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y gravedad de los resultados si no se modifican los riesgos).
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
- Aplicar las actividades de reducción del riesgo.
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones, según corresponda.
- Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.
- Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.

ANEXO IV. RECOMENDACIONES DE FISIOTERAPIA (15,16)

Para valorar y evaluar el riesgo de caída se utiliza la escala J.H. Downton, estableciendo dos niveles: **BAJO RIESGO** y **ALTO RIESGO**. Según el nivel en que se encuentre el paciente, los fisioterapeutas recomendamos una serie de actuaciones que se detallan a continuación.

SI TRAS LA VALORACIÓN EL RIESGO ES BAJO, desde fisioterapia recomendamos ejercicios para mantener la fuerza muscular y el equilibrio, y estiramientos para mantener la flexibilidad, todo ello con el fin de preservar la capacidad funcional.

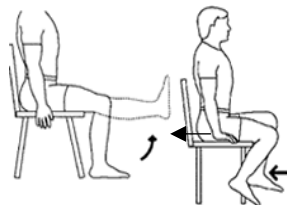
EJERCICIOS DE MANTENIMIENTO/FORTALECIMIENTO:

1. Diagonales de brazos:



- Siéntese en una silla con la espalda recta apoyada en el respaldo, los pies apoyados en el suelo, los brazos cruzados con las manos en la rodilla contraria.
- Levante y abra los brazos en diagonal y regrese a la posición inicial. **10 repeticiones.**

2. Extensión de la rodilla:



- Siéntese en una silla con la espalda recta apoyada en el respaldo, las manos a lo largo del cuerpo y los pies apoyados en el suelo.
- Suba lentamente el pie hacia el techo, llevando los dedos de los pies hacia el cuerpo y mantenga 5 segundos.
- Baje **lentamente** la pierna a la posición inicial. **10 repeticiones.**
- Repita el ejercicio con la otra pierna otras **10 repeticiones**

3. Flexión de rodilla:



- De pie agarrado en una mesa o silla para mantener el equilibrio.
- Doble la rodilla llevando el talón hacia glúteo, manteniendo el tronco recto.
- Baje el pie lentamente a la posición inicial.
- Repita el ejercicio con la otra pierna. **10 repeticiones** con cada una.

4. Flexión de cadera:



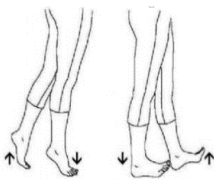
- De pie agarrado en una mesa o silla para mantener el equilibrio.
- Lentamente doble una rodilla hacia su pecho, manteniendo el tronco recto, mantenga 3 segundos y baje la pierna a la posición inicial.
- Repita el ejercicio con la otra pierna. **10 repeticiones** con cada una

5. Extensión de cadera:



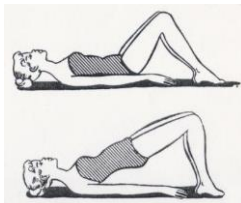
- Agárrese en una mesa o silla, con los pies ligeramente separados y el tronco inclinado 45° hacia delante.
- Manteniendo el equilibrio, levante la pierna hacia atrás, SIN doblar la rodilla y SIN inclinarse más hacia delante. Baje la pierna a la posición inicial y repita el ejercicio con la otra pierna. **10 repeticiones** con cada una.

6. Puntillas y talones:



- De pie agarrado en una mesa o silla para mantener el equilibrio.
- Póngase de puntillas, despegando el talón del suelo. Vuelva a la posición inicial y póngase de talones, despegando la punta del pie del suelo. Regrese a la posición inicial.
- Realice **10 repeticiones** del ciclo completo.

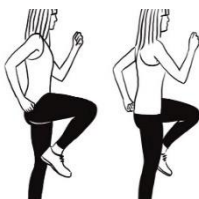
7. Extensión de cadera – glúteos:



- Acuéstese boca arriba, con las rodillas flexionadas y las plantas de los pies apoyadas y los brazos a lo largo del cuerpo. Fije un punto en el techo con la mirada y no lo pierda de vista durante todo el ejercicio para evitar molestias cervicales.
- Eleve la pelvis hacia el techo y regrese lentamente a la posición inicial. **Realice 10 repeticiones.**

EJERCICIOS DE EQUILIBRIO

1. Caminar levantando las rodillas:



- Sitúese en un pasillo donde pueda sujetarse a algo.
- Levante la rodilla hacia el techo, manteniendo 2 segundos la rodilla arriba y luego dé el paso apoyando primero el talón en el suelo.
- Realice **10 paseos** de ida y vuelta.

2. Caminar de puntillas y talones:



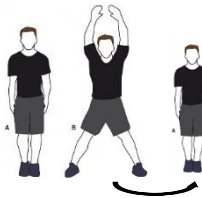
- Sitúese en un pasillo donde pueda sujetarse a algo, si es necesario
- Camine a la ida de puntillas levantando completamente el talón, y vuelva de talones levantando completamente la punta del pie del suelo.
- Realice **10 paseos** ida y vuelta.

3. Mantenerse en apoyo monopodal (a la pata coja):



- Póngase de pie cerca de algún sitio donde poder agarrarse (silla, puerta)
- Levante una pierna del suelo sin que ésta toque a la pierna apoyada.
- Mantenga el equilibrio durante 10 segundos y luego realice el mismo ejercicio con la otra pierna.
- Haga 10 repeticiones con cada pierna de manera alterna.

4. Marcha lateral (abriendo y cerrando piernas):



- Se coloca en un pasillo mirando hacia la pared.
- Separe las piernas dando un paso lateralmente con el pie derecho y, una vez apoyado el pie, levantamos el izquierdo y avanzamos hasta juntarlo con el derecho. Se pueden levantar los brazos al mismo tiempo que se abren las piernas, y bajarlos al mismo tiempo que se juntan los pies (opcional)
- Al final del pasillo, sin cambiar de posición, se vuelve primero con el pie izquierdo. **10 repeticiones**

EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD:

Estiramiento de cuádriceps (parte anterior del muslo):



- Agarrado a una silla o soporte, flexione una rodilla intentando tocar el talón con la zona glútea agarrando el pie con la mano. Debe notar una tensión o tirantez soportable en la parte delantera del muslo.
- Mantenga esa posición durante **15 o 20 segundos**.
- La espalda debe estar completamente recta sin aumentar la curvatura lumbar y NO debe sentir dolor.
- Realizar **5 estiramientos** con cada pierna de manera alterna.

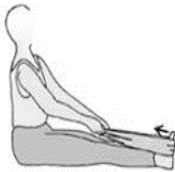


Estiramiento de Isquiotibiales (parte posterior del muslo):

- De pie, apoyado en una silla o mesa.
- Incline el cuerpo hacia delante, manteniendo la espalda y los hombros derechos, hasta alcanzar la posición del dibujo.
- Estire lo máximo que pueda y mantenga la posición **15-20 segundos**
- Realice **5 repeticiones**.

Estiramiento de gemelos (pantorrilla):

1ª modalidad:



- Sentado con la espalda apoyada y la pierna completamente estirada, pase una cinta (cinturón, bufanda...) por la planta del pie por debajo de los dedos y tire de ella hacia el cuerpo manteniendo la rodilla estirada totalmente.
- Mantenga la posición **15-20 segundos** y haga **5 repeticiones** con cada pierna.

2ª modalidad:



- Colóquese como muestra el dibujo, de pie con las manos apoyadas en la pared a la altura de los hombros, y una pierna más adelantada que otra.

-La rodilla de la pierna adelantada estará cómodamente flexionada mientras que la de atrás estará con la rodilla completamente extendida.

Muy importante: Ambos pies deben mirar al frente y ambos talones deben estar apoyados.

- La pierna que va a estirar será la que está detrás. Manteniendo esa posición, acerque o aleje el cuerpo de la pared (flexionando o estirando los codos) para notar más o menos tensión en la pantorrilla de la pierna más retrasada.

- Mantenga la tensión **15-20 segundos** y haga **5 repeticiones** con cada pierna, alternando.

CUANDO EL RIESGO DE CAÍDA ES ALTO, se tienen que extremar las precauciones, sobre todo en la deambulación y en las transferencias (al sentarse, al ponerse de pie, al acostarse...). Por ello, debemos combinar acciones preventivas/correctoras (se describen más abajo) con los ejercicios recomendados anteriormente para fortalecer y mantener el equilibrio y flexibilidad.

En este punto es muy importante valorar correctamente tanto la necesidad como la NO necesidad de la utilización de ayudas para la deambulación (bastón/es, andador, muleta/s, etc.) o transferencias, al igual que pautar correctamente el tipo de ayuda más adecuado para cada paciente, ya que no siempre el uso de una ayuda es positivo.

Para todo ello lo más recomendable es acudir a un fisioterapeuta.

Por otra parte, recomendamos la intervención de un equipo interdisciplinar para realizar una valoración más exhaustiva y elaborar un plan de atención individualizado.

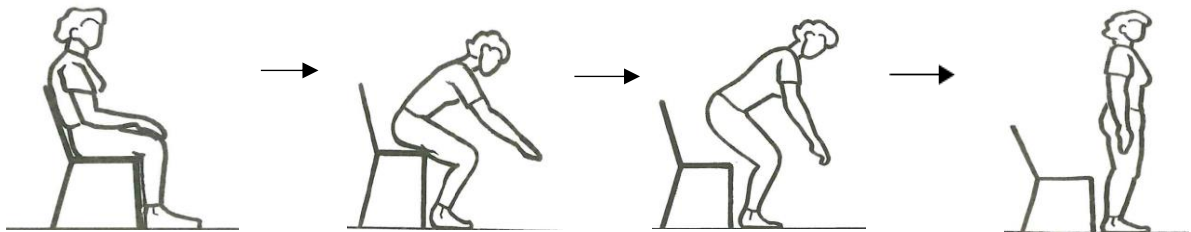
Acciones preventivas/correctoras que el paciente debe adoptar:

- Siempre que sea posible adapte la altura de la cama o el inodoro a sus necesidades.
- Avise al personal cuidador siempre que sea posible si necesita ayuda para las transferencias o los desplazamientos.
- **NO** se levante bruscamente pues puede provocarle mareos o sensación de inestabilidad y provocar una caída innecesaria. Tómese el tiempo que sea necesario.
- Cuando la transferencia la realice a o desde una silla de ruedas o una cama con ruedas, debe cerciorarse siempre de que éstas están frenadas.
- Tenga siempre los objetos a su alcance sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Utilice siempre calzado cerrado y ajustado al pie.
- Si utiliza ayudas para caminar, utilícelas siempre.
- **NO** arrastre los pies al caminar. Levante completamente los pies del suelo y tome precauciones especialmente con suelo mojado o irregular.
- Retire alfombras y obstáculos del suelo con los que pueda tropezar.
- Disponga de la luz adecuada de día y luz nocturna por la noche.
- Evite en la medida de lo posible barreras arquitectónicas ya que aumentan el riesgo de caída.
- Dúchese con zapatillas de goma (chanclas de piscina) si es necesario para evitar resbalones si el suelo de la ducha no es antideslizante.
- Disponga de una banqueta de ducha homologada y utilícela si se siente inseguro mientras se ducha.
- Es recomendable colocar, dentro de la ducha y cerca del inodoro, asideros para dar mayor seguridad al paciente y facilitar las transferencias.
- Recoja siempre el agua que pueda haber caído al suelo tras lavarse, ducharse, etc.
- Tenga un entorno lo más adaptado posible a sus necesidades y su nivel de dependencia

Es importante saber cómo tenemos que realizar las transferencias para minimizar el riesgo de caída:

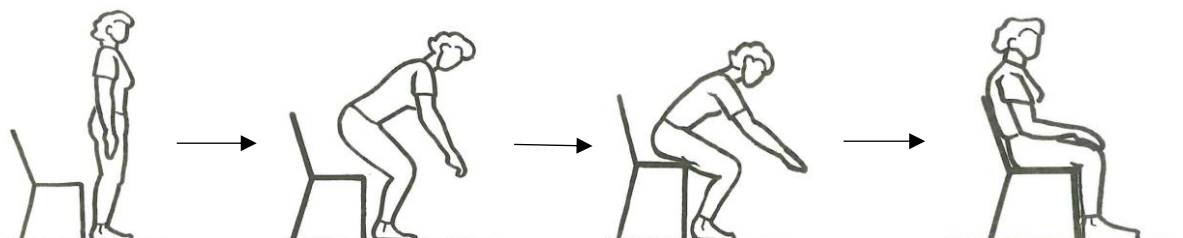
Para levantarse de una silla:

- Adelantar el cuerpo de manera que quede sentado en el borde de la silla.
- Flexionar las rodillas un poco más de 90°, de manera que los pies queden un poco más retrasados, como muestra la segunda viñeta del gráfico.
- Impulse el cuerpo hacia delante para despegar los glúteos de la silla y justo después extienda rodillas, caderas y espalda para conseguir la posición erguida.
- **Nota:** Puede colocar las manos sobre las rodillas antes de tomar el impulso si existe inseguridad.



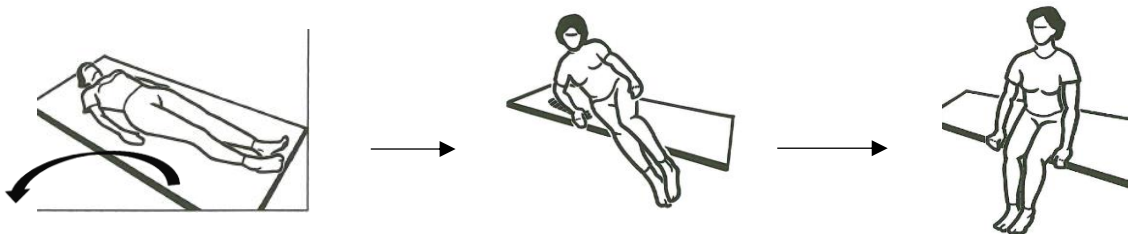
Para sentarse en una silla:

- Estando de pie debe tocar el asiento con la parte posterior de las rodillas para tener la certeza de que no hay separación entre el cuerpo y la silla. Así evitaremos caídas por calcular mal la distancia.
- Ponga las manos sobre las rodillas flexionando el tronco, y a continuación flexione las rodillas para sentarse lenta y **controladamente** en la silla, sin dejarse caer.
- Si aún queda separación entre la zona glútea y el respaldo, deslícese hacia atrás para que la espalda esté correctamente apoyada.



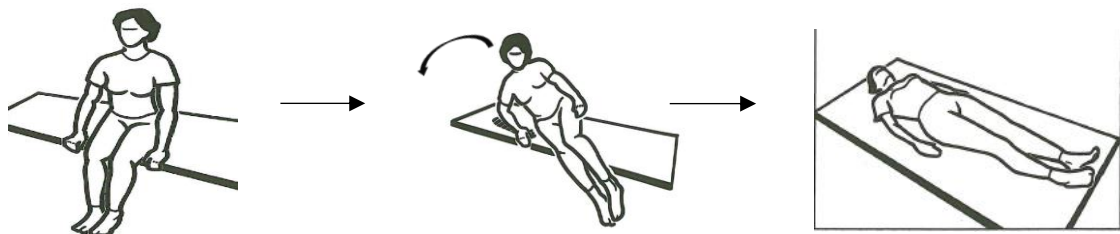
Para levantarse de la cama:

- Aunque duerma boca arriba o en cualquier otra postura, debe colocarse tumbado de lado en el borde de la cama para facilitar la transferencia.
- Saque los pies por fuera de la cama para que hagan contrapeso y apóyese sobre el codo y antebrazo para ir incorporándose lentamente hasta llegar a la posición sentada.
- Tómese su tiempo antes de ponerse de pie para evitar mareos si se ha levantado de manera rápida o brusca.
- Si posee una cama articulada puede ayudarse subiendo el cabecero de la cama para facilitar la incorporación.



Para acostarse en la cama:

- Debe sentarse lo más dentro de la cama que pueda. Si posee una cama articulada, coloque la altura de la cama a la altura de las rodillas.
- Inclínese lentamente hacia el lado de la almohada apoyándose en el brazo hasta estar apoyado en la cama.
- Eleve las piernas para apoyarlas sobre la cama y colóquese en la posición más cómoda. Si observa mucha dificultad para realizar este último paso, puede girar el tronco para acostarse boca arriba facilitando la subida de los pies a la cama.



Existe un sinfín de ayudas técnicas y productos de apoyo que pueden facilitarle el día a día y ayudarle a minimizar riesgos, tanto de caídas como de lesiones. Puede consultar a los profesionales sanitarios de su centro habitual.

ANEXO V. LISTADO DE VERIFICACIÓN

Los listados de verificación son un registro, cuestionario o plantilla que incluyen anotaciones claves para la ejecución de actividades. Son una herramienta en la mejora de la calidad, en el estudio de las causas de un evento como puede ser el caso de una caída, así como en la recogida y análisis de datos.

Por ello es recomendable su elaboración por el personal TMSCAE como medida preventiva ante un paciente con riesgo de caídas.

Cama frenada, baja en altura y barandillas subidas	Si/No- -----
Verificación de dispositivo de ayuda física y timbre al alcance.	Si/No -----
Habitación y baño ordenado, libre de obstáculos.	Si/No -----
Iluminación nocturna.	Si/No -----
Presencia de acompañante.	Si/No -----
Uso de zapatillas cerradas y antideslizantes.	Si/No -----
Inmovilización terapéutica colocada correctamente	Si/No

Fuente de elaboración propia.

ANEXO VI: RECOMENDACIONES AL ALTA

Las caídas son frecuentes debido a:

- **Factores relacionados con el entorno:**

El hogar tiene que ser lo más cómodo y seguro posible

ELIMINAR OBSTACULOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenga los suelos despejados de objetos con los que pueda tropezar. 2. Retire alfombras, cables, gomas, pequeños muebles, todo aquello que pueda entorpecer su desplazamiento. 3. Tenga especial cuidado si usted posee una mascota que pueda cruzarse mientras se desplaza.
CAMINAR CON SEGURIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ponga herramientas de seguridad fijas: en escaleras, desniveles y zonas que precise para ayudarse en los desplazamientos 2. Use zapatillas cerradas y con suelas de goma o antideslizante. 3. No camine descalzo ni con calcetines o medias. 4. Evite que la ropa arrastre. 5. Evite pisar suelos resbaladizos o irregulares
LA ILUMINACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procure que la iluminación de las estancias sea la adecuada. 2. Los interruptores de la luz deben ser visibles. 3. Evite desplazarse a oscuras por la casa.
EN EL CUARTO DE BAÑO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si tiene posibilidad, utilice el plato de ducha en lugar de bañera. 2. Ponga agarraderas apropiadas y fijas a la pared que le ayuden a incorporarse del inodoro y a entrar y salir del plato de ducha o bañera. 3. Disponga de material antideslizante dentro y fuera del plato de ducha/bañera. 4. Puede instalar una silla de ducha si tiene inestabilidad. 5. No utilice objetos que no estén fijos o puedan desplazarse para sujetarse. 6. Puede favorecerle el uso de alzadores para levantarse, sobre todo si está operado de cadera.
APOYOS	Evite puntos de apoyo sobre objetos móviles como sillas o puertas.
EN EL DORMITORIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es recomendable tener como mínimo una luz tenue por la noche para facilitar el desplazamiento al baño. 2. También existen sistemas reflectantes que señalen elementos de riesgo. 3. Para evitar levantarse durante la noche procure orinar antes de acostarse y no tomar demasiado líquido a últimas horas de la noche. 4. Utilice dispositivos que avise al cuidador en caso de levantarse por la noche.

- **Factores relacionados con el envejecimiento normal:**

1. Manténgase activo según sus posibilidades, una dieta adecuada acorde a sus patologías y hábitos saludables le permitirán una movilidad más segura.
2. Si tiene dificultad para ver u oír procure mantener sus revisiones periódicas para ajustar si fuera necesario su dispositivo.
3. Si tiene dificultad para la marcha no olvide su dispositivo de ayuda, aunque sean desplazamientos cortos.

- **Factores relacionados con enfermedades y medicamentos:**

1. Sea consciente de sus limitaciones relacionadas con sus enfermedades.
2. Realice sus revisiones periódicas con su equipo sanitario para actualizar sus medicamentos y tómeselos según las indicaciones.
3. Preste especial cuidado a los cambios de medicación y los posibles efectos no deseados que pueden derivar de ello.

Si Ud. precisa de diuréticos pregunte a la enfermera cómo debe tomárselos para evitar riesgos en la medida de lo posible

Cómo levantarse tras una caída



Estos son los pasos para saber levantarse del suelo tras una caída.

- Hay que darse la vuelta, rodando sobre nosotros mismos, para quedar boca abajo.
- Colócate a cuatro patas, apoyándote firmemente en el suelo con las manos.
- En esta postura, avanza hacia un objeto seguro en el que poder apoyarte.
- Apóyate firmemente en él con tus manos e intenta incorporarte impulsándote con la ayuda de una pierna.
- Una vez incorporada, ya puedes ponerte de pie manteniendo un punto de apoyo.

Qué hacer si sufro una caída

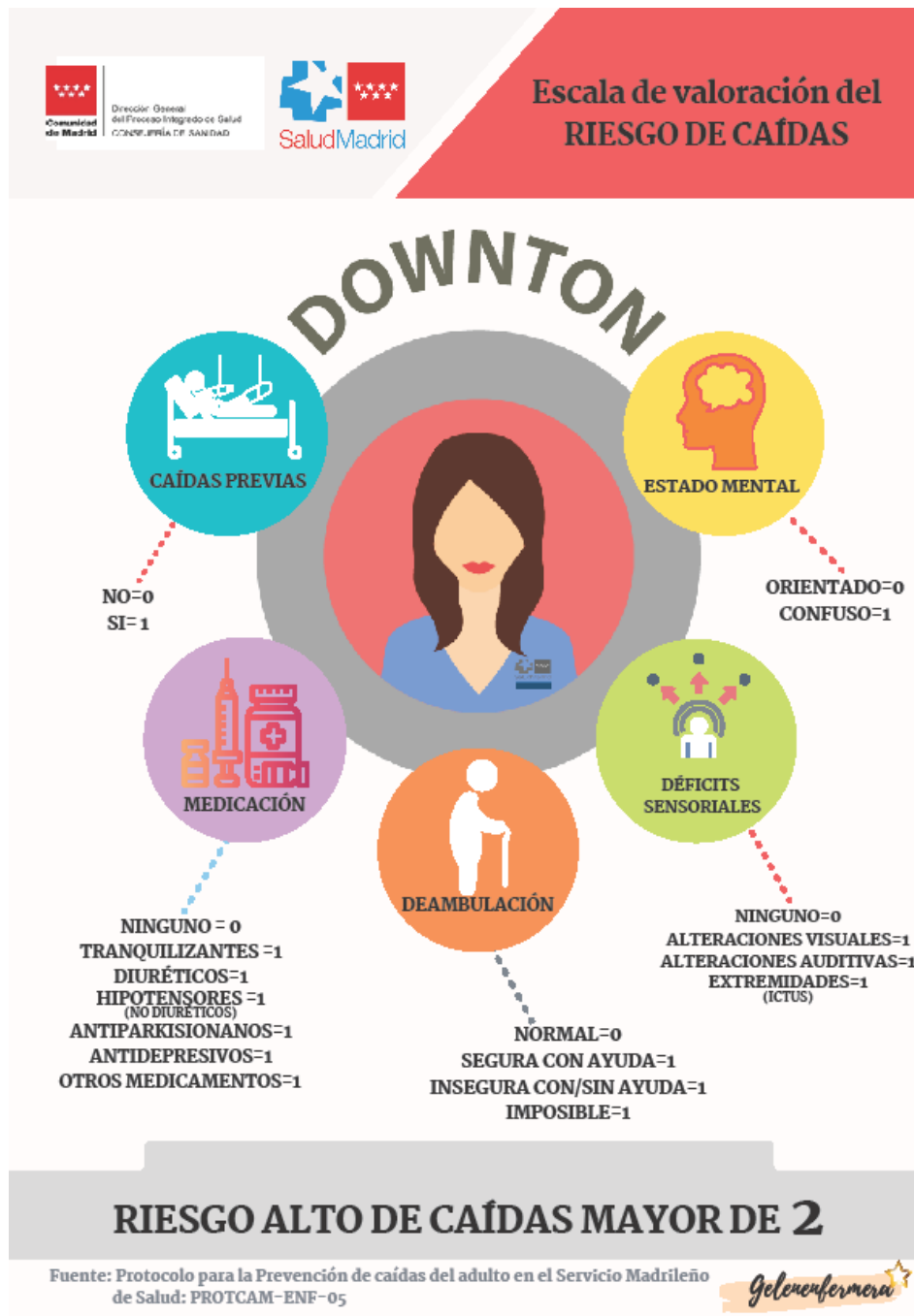
- En cualquier momento de la vida podemos sufrir una caída, pero cuando somos mayores estas pueden tener consecuencias más graves.
- Ya sabemos cómo PREVENIRLAS pero también tenemos que saber cómo actuar si nos caemos.
- Es muy aconsejable entrenarse para APRENDER A LEVANTARSE del suelo en caso de caída.
- ¿Cómo hacerlo? ¿Qué pasos hay que seguir?

 - Darse la vuelta en el suelo.
 - Colocarse a cuatro patas.
 - Avanzar hacia un objeto seguro.
 - Sujetarse en él.
 - Finalmente, y con cuidado, ponerse de pie.

- Si sufres una caída con consecuencias importantes, NO TE DESANIMES y comienza la recuperación cuanto antes. Después, ten cuidado, pero NO TENGAS MIEDO.

Fuente: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

ANEXO VII. INFOGRAFÍAS



Prevención de Caídas durante el ingreso (pacientes, familiares, cuidadores)



1 

Mantenga el orden en la habitación y en el baño

2 

Asegúrese de que la cama, la silla de ruedas o el sillón están frenados

3 

Deje los objetos personales al alcance

 Especialmente...
¡ TIMBRE !

4 

Baje la cama lo más posible

gel enfermera

5 

Por las noches, deje la luz de posición nocturna

6 

Si está permitido, acompañe al paciente

7 

Use zapatillas cerradas con suela antideslizante

8 

Si es un paciente de riesgo, avise al control cuando se quede solo

Fuente: Protocolo para la Prevención de caídas del adulto en el Servicio Madrileño de Salud
PROTCAM-ENF-05

ANEXO VIII. FICHAS INDICADORES

INDICADOR 1 “VALORACIÓN RIESGO DE CAIDA”	
	Porcentaje de pacientes ingresados con valoración del riesgo de caída mediante escala validada del riesgo de caídas
ÁREA DEL INDICADOR	Unidades de hospitalización médicas, quirúrgica y psiquiatría de adultos. Unidades de críticos de adultos.
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Nº pacientes ingresados con valoración del riesgo de caídas}}{\text{Nº pacientes ingresados}} \times 100$
JUSTIFICACIÓN	Quando ingresa un paciente en una institución es preciso valorar el riesgo que tiene de sufrir una caída para poner en marcha todos los mecanismos disponibles para su prevención
CRITERIO DE CALIDAD	Valoración del riesgo de caídas a pacientes ingresados y aplicación de las medidas preventivas que precise.
EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS	Caída: Suceso inesperado en el ámbito hospitalario en el que el sujeto va a parar al suelo o a un nivel inferior, independientemente de la causa que lo provoque. Numerador: Se tienen que incluir el Nº de pacientes ingresados con valoración del riesgo de caída durante el intervalo de tiempo de medición Denominador: Nº de pacientes ingresados según el área del indicador
POBLACIÓN	Todos los pacientes ingresados en las unidades/servicios hospitalarias definidas en área del indicador
TIPO DE INDICADOR	Resultado
FUENTE DE DATOS	Aplicaciones informáticas SELENE, HCIS y otros sistemas de información disponibles en los hospitales
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Responsables de Calidad de Enfermería, o en quien delegue la Dirección de Enfermería
PERIODICIDAD	Mensual
ESTANDAR	Definido en Contrato Gestión para cada hospital
	<ol style="list-style-type: none"> (1) Silva Gama ZA, Gomez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev Esp Salud Pública. 2008;82(1):43-55. (2) Moreno Domene, Pilar; Estévez Lucas. Joaquín; Moreno Ruiz, José Antonio: "Indicadores de Gestión Hospitalaria", Sedisa s.XXI, 2010, Nº 16 (3) Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, Becker C, Prevention of Falls Network Europe and Outcomes Consensus Group. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. J Am Geriatr Soc. 2005;53:1618–22. (4) Hauer, K., Lamb, S. E., Jorstad, E. C., Todd, C., & Becker, C. (2006). Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. Age and ageing, 35(1), 5-10. (5) García, I. (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca: informe técnico 2008. (6) Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. (7) Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Oviedo: SECA; 2012. Grupo de Expertos. ISBN13 978-84-695-0740-7. (8) Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Oviedo: SECA; 2012. Grupo de Expertos. ISBN13 978-84-695-0740-7. (9) Silva Gama ZA, Gomez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82(1):43-55.
FECHA DE ELABORACIÓN	09/04/2018

INDICADOR 2 “PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE CAIDAS

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de riesgo de caídas en el Plan de cuidados.
ÁREA DEL INDICADOR	Unidades de hospitalización médicas, quirúrgica y psiquiatría de adultos. Unidades de críticos de adultos.
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Nº pacientes con Diagnóstico 00155- Riesgo de caídas}}{\text{Nº pacientes con valoración del riesgo de caídas}} \times 100$
JUSTIFICACIÓN	Los pacientes con riesgo de caídas precisan ser evaluados e implementar un Plan de cuidados de enfermería para planificar y ejecutar las medidas preventivas disponibles
CRITERIO DE CALIDAD	Revaluación del riesgo de caídas a pacientes ingresados y aplicación de las medidas preventivas que precise.
EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS	Caída: La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Riesgo de caída: Aumento de la susceptibilidad de caídas que pueden causar daño físico Numerador: Se tienen que incluir el Nº de pacientes ingresados con diagnóstico enfermero de riesgo de caídas en el Plan de Cuidados Denominador: se contabilizarán "nº de pacientes que tienen realizada la valoración del riesgo con un valor >2"
POBLACIÓN	Todos los pacientes ingresados en las unidades/servicios hospitalarias definidas en área del indicador con valoración
TIPO DE INDICADOR	Resultado
FUENTE DE DATOS	Aplicaciones informáticas SELENE, HCIS y otros sistemas de información disponibles en los hospitales
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Responsables de Calidad de Enfermería, o en quien delegue la Dirección de Enfermería
PERIODICIDAD	Mensual
ESTANDAR	Definido en Contrato Gestión para cada hospital
COMENTARIOS/ BIBLIOGRAFÍA	(1) García, I. (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca: informe técnico 2008. (2) Clinical Best Practice Guidelines. Preventing Falls and Reducing Injury from Falls Fourth Edition. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf (3) Who global report on falls prevention in older age. Disponible en: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf (4) NANDA INTERNACIONAL. Título: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Editorial: Elsevier. Año: 2015.
FECHA DE ELABORACIÓN	05/02/2020

INDICADOR 3 "INCIDENCIA DE CAÍDAS"	
NOMBRE DEL INDICADOR	Incidencia de Caídas en pacientes hospitalizados x cada 1000 días de estancia
ÁREA DEL INDICADOR	Unidades de hospitalización médicas, quirúrgica y psiquiatría de adultos Servicios de Reanimación, Unidades de Cuidados Intensivos de adultos Servicio/unidad de Maternidad, obstetricia y Partitorio.
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Nº de caídas en pacientes hospitalizados}}{\text{Nº de estancias (durante el periodo de estudio) } \times 1000}$
JUSTIFICACIÓN	La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería. Las caídas son efectos adversos que se presentan diariamente en el ámbito hospitalario. Hay que tener en cuenta que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 sufren, al menos, una caída al año. Sus consecuencias tienen, a menudo, gran repercusión en el bienestar del paciente y su familia, y en los costes y la sostenibilidad del sistema. Es necesario hacer el esfuerzo por encontrar estrategias que minimicen el número de caídas de los pacientes durante su ingreso en el hospital.
CRITERIO DE CALIDAD	Valoración del riesgo de caídas a pacientes ingresados y aplicación de las medidas preventivas que precise.
EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS	<p>Estancia: Unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo. La contabilización se realiza a la hora censal (a las 00:00 horas). La estancia mínima es pasar la noche y tomar una comida principal (almuerzo o cena) en el hospital, por debajo de esto no se considera que se haya llegado a completar una estancia.(2)</p> <p>Caída: Suceso inesperado en el ámbito hospitalario en el que el sujeto va a parar al suelo o a un nivel inferior, independientemente de la causa que lo provoque.</p> <p>Numerador: Se tienen que incluir el Nº de caídas de todos los pacientes ingresados durante el intervalo de tiempo de medición</p> <p>Denominador: En este indicador se contabilizarán "Nº de Estancias"</p>
POBLACIÓN	Todos los pacientes ingresados en las unidades/servicios hospitalarias definidas en área del indicador
TIPO DE INDICADOR	Resultado
FUENTE DE DATOS	Aplicaciones informáticas SELENE, HCIS y otros sistemas de información disponibles en los hospitales
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Responsables de Calidad de Enfermería, o en quien delegue la Dirección de Enfermería
PERIODICIDAD	Mensual
ESTANDAR	Definido en Contrato Gestión para cada hospital
COMENTARIOS/ BIBLIOGRAFÍA	<ol style="list-style-type: none"> (1) Silva Gama ZA, Gomez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev Esp Salud Pública. 2008;82(1):43-55. (2) Moreno Domene, Pilar; Estévez Lucas. Joaquín; Moreno Ruíz, José Antonio: "Indicadores de Gestión Hospitalaria", Sedisa s.XXI, 2010, Nº 16 (3) Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, Becker C, Prevention of Falls Network Europe and Outcomes Consensus Group. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. J Am Geriatr Soc. 2005;53:1618–22. (4) Hauer, K., Lamb, S. E., Jorstad, E. C., Todd, C., & Becker, C. (2006). Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. Age and ageing, 35(1), 5-10. (5) García, I. (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca: informe técnico 2008. (6) Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. (7) Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Oviedo: SECA; 2012. Grupo de Expertos. ISBN13 978-84-695-0740-7. (8) Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Oviedo: SECA; 2012. Grupo de Expertos. ISBN13 978-84-695-0740-7. (9) Silva Gama ZA, Gomez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82(1):43-55.
FECHA DE ELABORACIÓN	09/04/2018

INDICADOR 4 “FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE CAIDAS”

NOMBRE INDICADOR	DEL	Porcentaje de profesionales de enfermería formados en seguridad del paciente que incluya prevención de caídas
ÁREA DEL INDICADOR		Profesionales adscritos a la Dirección de Enfermería
FÓRMULA INDICADOR	DEL	$\frac{\text{Nº de profesionales formados en prevención de caídas}}{\text{Nº total de profesionales}} \times 100$
JUSTIFICACIÓN		La formación en seguridad del paciente garantiza la calidad de los cuidados mejorando la prevención y disminución de las caídas.
CRITERIO DE CALIDAD		Realizar acciones formativas en seguridad del paciente a todas las categorías profesionales
EXPLICACIÓN TÉRMINOS	DE	<p>Caída: La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.</p> <p>Numerador: Nº Profesionales adscritos a la Dirección de Enfermería formados en seguridad del paciente que incluya la prevención de caídas</p> <p>Denominador: Nº de profesionales adscritos a la Dirección de Enfermería</p>
POBLACIÓN		Profesionales en situación activa
TIPO DE INDICADOR		Resultado
FUENTE DE DATOS		Plan de Formación continuada de cada centro
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN		Responsables de Calidad de Enfermería, o en quien delegue la Dirección de Enfermería
PERIODICIDAD		Anual
ESTANDAR		A definir en los objetivos estratégicos del centro
COMENTARIOS/ BIBLIOGRAFÍA		(1) Clinical Best Practice Guidelines. Preventing Falls and Reducing Injury from Falls Fourth Edition. Disponible en: http://mao.ca/sites/mao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf
FECHA ELABORACIÓN	DE	05/02/2020

ANEXO IX. APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS

APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS INFORMACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES, FAMILIARES O REPRESENTANTES LEGALES

Esta hoja informativa se le entrega como complemento a la información verbal que ha recibido como paciente o en calidad de familiar o representante legal, por parte del equipo asistencial de este hospital, según establece la Resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las Instrucciones relativas al uso de Sujeciones Físicas y Químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud.

La aplicación de Sujeciones Físicas se reserva exclusivamente para situaciones excepcionales en las que se puede ver amenazada la integridad del paciente o de otras personas.

El equipo asistencial ha tenido en cuenta la situación del paciente antes de tomar la decisión de establecer, como medida extraordinaria, la indicación de aplicar una sujeción física que le proporcione una mayor seguridad.

La Sujeción FÍSICA aplicada será la menos restrictiva y se mantendrá durante el menor tiempo que sea posible. En cualquier caso, el equipo de enfermeras que le atiende irá valorando periódicamente la necesidad de continuar con la sujeción para evitar las complicaciones o efectos adversos que pueden derivarse de su uso.

El uso prolongado de sujeciones físicas es contraproducente, especialmente en personas en situación de mayor fragilidad, dependencia y vulnerabilidad (entre otras, personas mayores, con discapacidad intelectual o con enfermedad mental). Por ello se limitan a una situación concreta del paciente durante el presente ingreso en el hospital, pero nunca fuera de esta circunstancia específica ni una vez producida el alta hospitalaria.

La aplicación de una Sujeción Física no conlleva disminución alguna de los cuidados que el paciente necesite. El plan de cuidados se establecerá tratando de prevenir y disminuir los potenciales efectos negativos de la sujeción física.

No dude en preguntar cualquier aclaración sobre la aplicación de Sujeciones Físicas a los profesionales, solicitando la información en la unidad de hospitalización o consultando al Comité de Ética Asistencial del hospital a través del Servicio de Información y Atención al Paciente.

Si usted desea obtener más información sobre los límites establecidos para el uso de sujeciones, puede consultar la Resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las Instrucciones relativas al uso de Sujeciones Físicas y Químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud, en:

<http://www.madrid.org/es/transparencia/normativa/resolucion-1062017-27-enero-del-viceconsejero-sanidad-y-director-general-del-servicio>



Los profesionales de la salud concebimos la humanización como una característica inherente a la atención sanitaria, con total consideración y respeto a la dignidad, integridad y libertad de la persona

RESOLUCION 106/17 VICECONSEJERO DE SANIDAD Y DIRECTOR GENERAL DEL SERMAS

https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/regulation/documents/454_896_resolucion_sujeciones_vice_0.pdf

ANEXO X. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.



REDUZCA EL RIESGO DE CAÍDAS

¿Por qué se producen las caídas?



¿Cómo se puede reducir el riesgo de caídas?



Cuide su salud

- ✚ Realice actividad física con frecuencia. La actividad física fortalece el cuerpo.
- ✚ Prevenga la deshidratación. La deshidratación puede facilitar la pérdida de estabilidad
- ✚ Visite a su oftalmólogo. Asegúrese de no tener problemas con la vista o necesitar una graduación en sus cristales
- ✚ Hable con su médico si el medicamento que toma normalmente le produce somnolencia, mareos o confusión. Infórmese de cómo reducir estos efectos secundarios

- ✚ Encienda las luces cuando entre en una habitación. No camine en la oscuridad
- ✚ Asegúrese de que no haya obstáculos en su camino
- ✚ Utilice los pasamanos de las escaleras
- ✚ Siéntese en sillas que no se muevan y tengan apoya brazos para ayudarse cuando se sienta y se levanta
- ✚ Utilice zapatos que tengan suelas firmes, planas y antideslizantes. No utilice sandalias o calzado abierto que pueda hacerle perder el equilibrio
- ✚ Reemplace la punta de goma del bastón y de los andadores cuando se hayan gastado



Realice pequeños cambios a su hogar

- ✚ Instale temporizadores, luces que se enciendan y apaguen con aplausos, o luces con sensor de movimiento
- ✚ Use luces de noche en su habitación, en el pasillo que conduce al baño, al igual que dentro del mismo
- ✚ No coloque objetos en el suelo o en las escaleras
- ✚ Elimine las alfombras en áreas pequeñas y deshágase de las alfombras que puedan hacerle resbalar
- ✚ Coloque los objetos de más uso en lugares que estén a su alcance y no requieran el uso de un taburete como escalera
- ✚ Asegúrese de que le resulte fácil acostarse y levantarse de su cama
- ✚ Asegúrese de que los peldaños de sus escaleras no estén resbaladizos
- ✚ Use calcomanías o alfombras no resbaladizas en la bañera o la ducha
- ✚ Instale barras de apoyo cerca del inodoro, la bañera o la ducha

Fuente: Guía de Cuidados: prevención de caídas en Atención Primaria
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017257.pdf>

ANEXO XI. PREGUNTAS PARA CRIBADO DEL RIESGO DE CAÍDAS

Para el cribado del riesgo de caídas, se realizarán las preguntas recogidas en el *“Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS del MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD”* (17).

Responder a las siguientes preguntas:	Respuestas
1. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?	SI ----- NO
2. ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?	SI ----- NO
3. ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo?*	SI ----- NO

* En el caso de tener una prueba de ejecución SPPB previa alterada, la respuesta a esta pregunta se considera positiva.

Clasificación del riesgo de caídas:

- **Bajo:** respuesta **negativa a las 3** preguntas.
- **Alto:** respuesta **positiva a 1 de las** preguntas.

ANEXO XII. COMUNICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD

Los sistemas de notificación y registro de incidentes constituyen una herramienta de aprendizaje y mejora de la seguridad del paciente. CISEMadrid es una aplicación que se dirige a los profesionales del Servicio Madrileño de Salud y que facilita la comunicación “on line” de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente producidos como consecuencia de la atención sanitaria. Es un sistema de comunicación de carácter voluntario y confidencial, que no busca culpables, sino conocer aquellas circunstancias que nos rodean y que favorecen la aparición de estos incidentes, para corregirlas en la medida de lo posible.



Acceso a registrar un incidente por Ámbito

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE DE SEGURIDAD

Anexo 1: Formularios de notificación

Formulario de notificación de un INCIDENTE DE SEGURIDAD

DATOS DEL PACIENTE:
 Edad, sexo
 Evolución del paciente (se marcará la opción que corresponda, sólo una):
 a) Circunstancia o evento con capacidad de producir daño
 b) El suceso se produjo pero no llegó al paciente
 c) El suceso llegó al paciente pero no le causó daño
 d) El suceso alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño
 e) El suceso alcanzó al paciente y no le causó daño, pero ocasionó la suspensión de un procedimiento diagnóstico o terapéutico
 f) El suceso alcanzó al paciente con la posibilidad de producir daño (no implica que el daño esté relacionado causalmente con el incidente)
 g) Otros

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE
 (*) Fecha del incidente
 Lugar donde ocurre: Centro de Salud, Domicilio del paciente, Hospital, Centro de Especialidades, Centro de Salud Mental, Residencia, Otro.
 (*) Descripción detallada del incidente (lugar, categoría profesional, turno, sucesión de hechos...): (No introducir ningún dato identificativo relacionado con el paciente y/o profesional implicado. Dado el carácter confidencial de la notificación, cualquier información de esta índole será eliminada del sistema)
 Este campo tiene un límite de 1500 caracteres
 Factores que pudieron contribuir al incidente (se pueden marcar varias opciones):
 a) Factores individuales de los profesionales
 b) Factores de comunicación entre profesionales
 c) Factores ligados a formación y aprendizaje
 d) Factores ligados a condiciones de trabajo y ambientales
 e) Factores relacionados con los pacientes
 f) Factores de trabajo en equipo y sociales
 g) Factores ligados a tarea (protocolos)
 h) Factores ligados a equipamiento y dispositivos
 i) Factores organizativos y estratégicos
 j) Otros
 Probabilidad de que se repita el incidente: Opciones: Muy poco probable; Poco probable; Probable; Bastante probable; Muy probable
 Probabilidad de detectarlo en caso de repetición. Opciones: Muy poco probable; Poco probable; Probable; Bastante probable; Muy probable
 ¿Sugiere alguna medida que disminuya la probabilidad de que ocurra el error?¹³: Texto libre
 ¿Sugiere alguna medida que impida que llegue al paciente el incidente?: Texto libre
 ¿Sugiere alguna medida que aumente la probabilidad de detectarlo?: Texto libre

DATOS DE LA NOTIFICACIÓN: La información es confidencial. En caso de incluir algún dato identificativo, se utilizará para proporcionar información y la aplicación los eliminará de forma automática a los 15 días de la emisión del informe
 Categoría profesional del notificador
 Nombre y teléfono de contacto
 Correo electrónico: sólo correo corporativo
 (*) Dirección Asistencial si estamos dentro de atención primaria / (*) Hospital¹⁴ en caso de que accedamos dentro del ámbito de atención hospitalaria
 Centro de salud si atención primaria / Servicio¹⁵ en caso de que accedamos dentro de atención hospitalaria

¹³ En atención hospitalaria la pregunta es: ¿Sugiere alguna medida que prevenga o disminuya la probabilidad de que ocurra el error o que impida que el incidente llegue al paciente?

¹⁴ En atención hospitalaria este campo aparece en el apartado de Datos del paciente

¹⁵ En formulario de atención hospitalaria este campo aparece en el apartado de Datos del paciente

https://saludanv.salud.madrid.org/Calidad/Documents/MEDAS_SGCalidad%20ManualUsuario%20CISEMadrid%20v1.14.pdf