

Recomendaciones basadas en evidencia para la
Prevención y Tratamiento de

CAÍDAS

4

RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Edita: Osakidetza

Depósito Legal: SS-1167-2015

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA
PARA LA PREVENCIÓN DE
CAÍDAS

Grupo: Caídas

Junio 2015

AUTORES

Laura Balagué Gea.

Enfermera centro de atención primaria de Iztietia, Rentería.

Begoña Garitano Tellería.

Supervisora Gestión Procesos Asistenciales. Referente Seguridad de pacientes. HUA Sede Txagorritxu.

Juan Antonio Martínez Martínez.

Enfermero Unidad de atención al paciente diabético. Hospital Donostia.

M^a Elena Mayordomo Arnáiz.

Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad 5, Larga Estancia. Hospital Psiquiátrico de Álava.

M^a Luz Peña González.

Jefe de Unidad Corporativa. Subdirección Asistencia Sanitaria. Dirección General Osakidetza

REVISORES EXTERNOS

Kepa Arrarte Martínez.

Grupo de Accidentes de Salud Pública. Promoción de la salud. Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Bizkaia. Delegación Territorial de Salud de Bizkaia.

Ana Orbegozo.

Gerente Asistencial. Fundación Matía.

Roberto Abad García.

Coordinación de programas de salud Pública y Seguridad del Paciente de Osakidetza.

M^a Elena Mayordomo Arnáiz.

Medico de familia en el Centro de salud de San Ignacio. Osi Bilbao Basurto

Índice

Introducción	7
• Justificación	7
• Definición	7
• Objetivo	7
• Profesionales a quienes va dirigido	8
• Población diana.....	8
Metodología	8
Intervenciones	10
• Evaluación del riesgo.....	10
• Intervenciones generales.....	12
• Intervenciones en atención primaria.....	14
• Intervenciones en hospital, centros de larga estancia y Residencias de personas mayores.....	15
• Empoderamiento, educación e información.....	17
Evaluación	18
Bibliografía.....	19
Anexos	
• Anexo 1: búsqueda bibliográfica.....	21
• Anexo 2: factores de riesgo: situaciones clínicas	22
• Anexo 3: factores de riesgo: medicación.....	23
• Anexo 4: restricciones	24
• Anexo 5: indicadores de evaluación	25
• Anexo 6: recomendaciones para pacientes.....	29

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

Las caídas representan un importante problema de salud pública, especialmente para las personas mayores, con notables repercusiones de salud y económicas. Se estima que el 30% de los mayores de 65 años y el 50% de los mayores de 80 tienen, al menos, una caída al año(1). Una revisión sistemática realizada en España en 2007 (2) presenta datos que varían entre el 14,4% en mayores en la comunidad al 46% en mayores institucionalizados en residencias. Según esta revisión los índices de fracturas debido a las caídas varían mucho según los estudios, de un 1,2% a un 16,5%. Otras consecuencias importantes son el miedo a caer (entre el 44,7 y el 64%) y el ingreso hospitalario (del 9,7% al 19%). Constituyen, por tanto, un síndrome de causa multifactorial, que conlleva a un alto riesgo de dependencia funcional, hospitalización, institucionalización y mortalidad.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), con datos del 2012 (3) el 92,1% de los accidentes en personas mayores de 64 años corresponde a caídas. La proporción es mucho mayor en mujeres (71%) y la media de edad es de 80 años. Entre los factores intrínsecos citados están: alteraciones de la marcha por déficit muscular o del equilibrio (22%), mareo (6%) y miedo a caerse tras haber sufrido una caída (2%). Las caídas se relacionan con una serie de factores de riesgo. Hay unos dependientes del propio individuo, ligados al normal proceso de envejecimiento o a la presencia de patologías, cuya frecuencia también aumenta con la edad y que por sí mismas o por la asociación con otros factores favorecen las caídas.

Otros factores relacionados con las caídas son: el uso de fármacos (especialmente neurolépticos y benzodiazepinas y la polimedicación), la diabetes mellitus, la incontinencia urinaria, problemas de visión, hipotensión ortostática, pluripatología y enfermedad neuropsiquiátrica(2).

Hay que resaltar que el 57% de los accidentes se producen dentro del domicilio (3)

Una población que aparece con menos frecuencia en las guías de práctica clínica (GPC) y revisiones es la ingresada en centros o unidades psiquiátricas, pese a que según algunos estudios, la tasa de caídas es superior a la que se produce entre otros pacientes ingresados (7,97 frente a 2,29) (4). Los factores relacionados con las caídas en este tipo de pacientes son: diagnóstico de depresión, confusión, desorientación y uso de terapia electroconvulsiva (5).

DEFINICIÓN

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (OMS octubre 2012).

OBJETIVO

Establecer criterios de actuación en la prevención y cuidados a pacientes adultos con riesgo de caídas de acuerdo a las mejores y más recientes evidencias disponibles.

PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO

Profesionales de la salud que cuidan de individuos adultos con riesgo de caídas en cualquier ámbito: comunidad, hospitalario, residencias geriátricas o centros psiquiátricos.

POBLACIÓN DIANA

Todos los mayores de 65 años y aquellos adultos menores de esta edad que presenten algún factor de riesgo (ver anexo 2).

METODOLOGÍA

En el año 2013 y desde la Asesoría de Enfermería de Osakidetza, se puso en marcha una estrategia con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica de las distintas intervenciones y cuidados que realizamos las enfermeras de Osakidetza, homogeneizando procedimientos. Por ello, se planteó comenzar a trabajar en la revisión y elaboración de protocolos basados en evidencia.

La metodología planteada fue en primer lugar una revisión de conocimientos por un grupo reducido de personas con conocimiento del tema a desarrollar o de metodología y luego, con un grupo ampliado de profesionales expertos en el tema, adecuando los conocimientos a nuestra Organización-Osakidetza.

En la primera fase de ésta estrategia, se priorizó la revisión de los protocolos de caídas y de UPP ya existentes y la elaboración del procedimiento de acceso vascular para toda la Red, para lo cual se formaron tres grupos de trabajo

Para la elaboración de estos protocolos hemos intentado compaginar el rigor con el pragmatismo. Como la realización de una revisión sistemática quedaba fuera del ámbito de este proyecto, hemos seguido las recomendaciones del grupo Fisterra (7) y del documento del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (8) para la realización de revisiones no sistemáticas y protocolos.

Cada grupo de trabajo ha realizado una revisión bibliográfica (ver anexo 1) priorizando las bases de datos secundarias de acuerdo a la propuesta de Haynes (Fig. 1). En primer lugar se identificaron Guías de Práctica Clínica (GPC) de calidad. En caso de que éstas no respondieran a las cuestiones planteadas, hemos recurrido a la búsqueda de revisiones sistemáticas (RS).

La calidad de los documentos encontrados se ha evaluado mediante el instrumento AGREE-II en el caso de las GPC y de las propuestas de CASPe en las revisiones sistemáticas. Las recomendaciones se presentan con la referencia en la que están basadas.

Los principales documentos en los que está basado este protocolo son:

- *GPC del National Institute for Health and Clinical Excellence* (1) publicada en el 2013 y de alta calidad según el instrumento AGREE

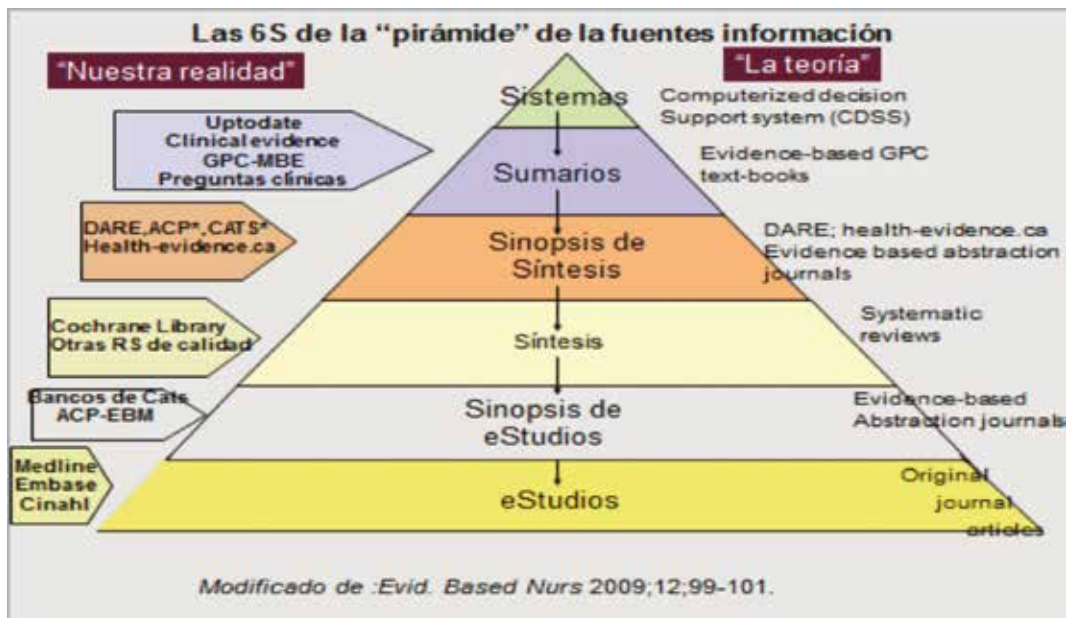
- Dos RS de Cochrane, una sobre prevención de caídas en hospitales y centros de larga estancia (9) y otra en la comunidad (10)
- Los capítulos dedicados a caídas de UptoDate y DynaMed (11, 12, 13, 14)

Una vez finalizada la revisión bibliográfico, se publicó el “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” del SNS (15). Consultado este documento y, aunque nuestras recomendaciones están redactadas con anterioridad, hemos constatado que van en consonancia con lo que figura en el mismo.

No hemos incluido en las recomendaciones niveles de evidencia, ya que nuestras fuentes no utilizan la gradación de la evidencia con letras A, B, C o D. La GPC de NICE utiliza la redacción para indicar la fuerza de la recomendación, así “hay que” supone que existe una obligación legal de seguir la recomendación o que no hacerlo podría tener consecuencias muy serias o que pusieran en riesgo la vida de los individuos. “Debe hacerse” o “no debe hacerse” implica una recomendación fuerte, que beneficiará a la mayoría de pacientes y que es eficiente. “Puede hacerse” se aplica a recomendaciones que producirán más beneficio que daño y son eficientes, pero otras opciones pueden tener la misma eficiencia. La elección entre intervenciones o el rechazo a las mismas depende más de las preferencias de los pacientes, por lo que el profesional sanitario deberá explicar con detenimiento las distintas opciones.

Hemos intentado seguir esta forma de redacción en las recomendaciones que provienen de NICE y referir siempre la fuente para que se pueda consultar el documento del que provienen.

FIGURA 1



INTERVENCIONES

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Todas las personas mayores que contacten con profesionales de la salud deben ser interrogados sobre caídas en el último año: frecuencia, contexto y características. (1,11)

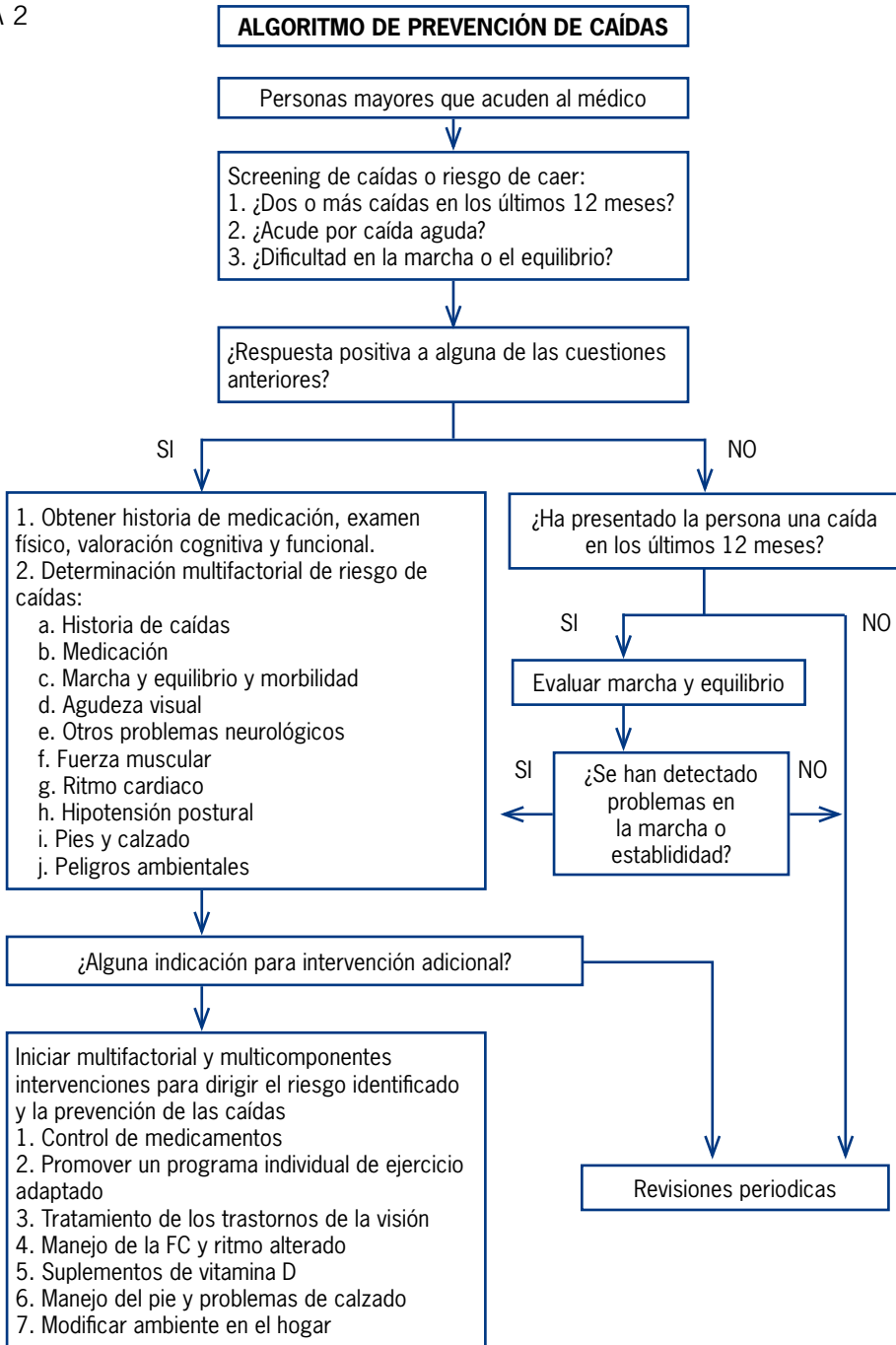
Deben evaluarse los déficits del equilibrio y la marcha en los mayores que hayan sufrido una caída o que se consideren de alto riesgo y considerar su capacidad para beneficiarse de intervenciones para mejorar la fuerza y el equilibrio. (1)

Debe ofrecerse una evaluación multifactorial de riesgo de caídas a los mayores que demanden asistencia como consecuencia de una caída, o refieran varias caídas en el último año o presenten problemas de equilibrio. La evaluación debe llevarse a cabo por un profesional formado y con experiencia. Esta evaluación debe formar parte de una intervención multifactorial. (1)

La evaluación multifactorial debe incluir: (Fig.2)

- Identificación de la historia de caídas
- Evaluación de la marcha, equilibrio, movilidad y debilidad muscular
- Evaluación del riesgo de osteoporosis
- Evaluación de la autopercepción de habilidad funcional y del miedo a las caídas
- Evaluación de la capacidad visual
- Evaluación del estado cognitivo y examen neurológico
- Evaluación de la incontinencia urinaria
- Evaluación de los riesgos del hogar
- Examen cardiovascular y revisión de la medicación (1)

FIGURA 2



The Prevention of Falls in Older Persons: Clinical Practice guideline from A.G.S.

INTERVENCIONES GENERALES

Debe considerarse una intervención multifactorial individualizada en todas las personas mayores con caídas recurrentes o clasificadas como de alto riesgo para caídas. (Anexo 2)

En los programas de intervención que han tenido éxito son comunes los siguientes componentes:

- Entrenamiento de fuerza y equilibrio
- Evaluación e intervención de riesgos en el domicilio
- Evaluación /derivación de la capacidad visual
- Revisión de la medicación con modificación/retirada (Anexo 3) (1)

Tras una caída con consecuencias, debe ofrecerse evaluación multidisciplinar para identificar y abordar futuros riesgos y una intervención individualizada encaminada a promover la autonomía y mejorar la función física y psicológica. (1)

Se recomienda el entrenamiento de fuerza y equilibrio. Los mayores que viven en su domicilio con una historia de caídas recurrentes y/o déficits en el equilibrio y la marcha son los que más probablemente se beneficien de esta intervención. Debe ofrecerse un programa de fortalecimiento muscular y equilibrio. Este programa debería prescribirse de forma individualizada y supervisado por un profesional formado adecuadamente. (1)

Debe considerarse la derivación a cardiología en mayores que presenten una hipersensibilidad del seno carotideo que les produzca bradicardia y que hayan experimentado caídas sin causa conocida (1,11)

En personas mayores que viven en la comunidad con problemas de pies, una intervención podológica multifactorial (podología, ortopedia, ejercicios de tobillo y pie y, de ser posible, la financiación del calzado) puede reducir la tasa de caídas.

La utilización de dispositivos antideslizantes que se ponen en los zapatos en invierno disminuye la tasa de caídas. (16)

INTERVENCIONES GENERALES

PARA PERSONAS MAYORES CON MÚLTIPLES CAIDAS O CON ALTO RIESGO:

- Evaluación de riesgos e intervención en el domicilio.



- Entrenamiento en fuerza y equilibrio



- Evaluación/ Derivación capacidad visual



- Revisión medicación



- En mayores con problemas de pies se aconsejan intervenciones podológicas.



- Si hipersensibilidad seno carotideo + bradicardia + caídas sin causa = considerar derivación a cardiología



INTERVENCIONES ATENCIÓN PRIMARIA

Debe ofrecerse una evaluación de los riesgos del hogar e intervenciones/modificaciones de seguridad a las personas de riesgo que han estado hospitalizados por una caída. Esta intervención debe llevarla a cabo un profesional sanitario entrenado. Debería formar parte del plan de alta y desarrollarse según un calendario acordado entre el paciente/cuidador y los miembros del equipo de salud. (1)

La evaluación de los riesgos del hogar solo ha demostrado ser efectiva si se acompaña de intervención y seguimiento, no como medida aislada. (1)

No se recomienda el uso de protectores de cadera. (1,12)

Se recomienda revisar la medicación y retirar todo lo que no sea necesario. El riesgo de caídas aumenta con el número de fármacos. Los psicotrópicos tienen un riesgo especialmente elevado. (1,12)

La administración de Vitamina D reduce las caídas en los mayores con niveles previos bajos. (10)

ATENCIÓN PRIMARIA

TRAS HOSPITALIZACIÓN POR CAÍDA:
(Además de las intervenciones generales)

- Considerar administración de Vit. D. en pacientes con niveles previos bajos
- No se recomienda el uso de protectores de cadera en las personas mayores que viven en la comunidad.



INTERVENCIONES HOSPITAL, CENTROS DE LARGA ESTANCIA Y RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

No utilizar herramientas de predicción de riesgo para predecir el riesgo de caídas de los pacientes en el hospital. (1)

Contemplar a los siguientes grupos de pacientes como de riesgo de caídas y organizar su cuidado de acuerdo a las recomendaciones siguientes

- Todos los pacientes mayores de 65 años
- Pacientes entre 50 y 64 años considerados por los sanitarios de alto riesgo (anexo 1) por condicionantes previos de salud (1)

Asegurarse de que todos los aspectos del entorno del paciente (incluyendo suelos, iluminación, mobiliario y accesorios como asideros) que puedan afectar al riesgo de caídas del paciente están identificados y resueltos. (1)

Para pacientes con riesgo de caídas considerar una evaluación e intervención multifactorial (1)

Asegurar que cualquier evaluación multifactorial identifica los factores de riesgo individuales que pueden ser tratados o mejorados durante la estancia esperada del paciente. Estos pueden incluir:

- Deterioro cognitivo
- Problemas de incontinencia
- Historia de caídas, incluyendo causas y consecuencias (como heridas y miedo a las caídas)
- Calzado inapropiado o falta de calzado.
- Problemas de salud que pueden aumentar el riesgo de caídas
- Medicación
- Inestabilidad postural, problemas de movilidad o problemas de equilibrio
- Síndrome vasovagal
- Déficit visual (1)

Asegurar que cualquier intervención multifactorial:

- Aborda con rapidez los factores de riesgo de caída en el hospital y
- Considera si los factores de riesgo pueden ser tratados, mejorados o abordados durante la estancia esperada del paciente (1)

No ofrecer intervenciones de prevención de caídas que no sean personalizadas según los riesgos individuales del paciente. (1)

Se sugiere la administración de Vitamina D (800UI/día) en pacientes institucionalizados (9,15)

Los protectores de cadera pueden ser beneficiosos en mayores institucionalizados con alto riesgo de caídas (1)

No se recomienda el uso de barandillas o sujeciones en centros de larga estancia. (15)

Proporcionar información relevante oral y escrita y apoyo al paciente y a sus familiares y cuidadores si el paciente está de acuerdo. Considerar la capacidad del paciente para entender la información.

Esta información debe incluir:

- Explicación de los riesgos personales del paciente para sufrir caídas durante su estancia en el hospital
- Enseñar al paciente cómo utilizar el timbre de llamada y animarlo a usarlo si necesita ayuda
- Dar mensajes coherentes sobre cuándo un paciente debe pedir ayuda antes de levantarse o moverse
- Ayudar al paciente a participar en cualquier intervención diseñada a abordar sus riesgos personales
- Asegurar que la información relevante se comparte entre los diferentes servicios (1)

HOSPITALES Y RESIDENCIAS:

(Además de lo anterior)

- No usar herramientas de predicción de riesgo.
- Grupos de pacientes con R.C.: >65 años y personas entre 50-64 años de alto riesgo.
- Asegurar idoneidad de factores ambientales. No barandillas ni sujeciones en larga estancia.
- Priorizar intervenciones personalizadas multifactoriales y multidisciplinarias/riesgos individuales.
- Pacientes frágiles institucionalizados: considerar Vit D (800UI/día).



EMPODERAMIENTO, EDUCACIÓN E INFORMACIÓN

Para promover la participación de las personas mayores en los programas de prevención de caídas hay que tener en cuenta los siguientes aspectos.

- Los profesionales implicados en la evaluación y prevención de caídas deben discutir qué cambios está dispuesto a hacer el participante para prevenir las caídas
- La información debe ser relevante y estar disponible en otros idiomas
- Los programas de prevención de caídas deben considerar barreras potenciales como la baja autoeficacia o el miedo a las caídas y promover los cambios en la actividad como se hayan negociado con el participante. (1)

Los profesionales implicados en el desarrollo de programas de prevención de caídas deben garantizar la flexibilidad de los programas que permita amoldarse a las diferentes necesidades y preferencias de los participantes y deben fomentar el valor social de estos programas. (1)

Todos los profesionales que traten con pacientes con riesgo de caídas deben desarrollar y mantener una competencia profesional básica en evaluación y prevención de caídas. (1)

Los individuos con riesgo de caídas y sus cuidadores deben recibir información oral y escrita que contenga:

- Qué medidas pueden tomar para prevenir futuras caídas.
- Cómo mantener la motivación en caso de ser derivado a un programa de prevención de caídas que incluya ejercicio o desarrollo de fuerza y equilibrio.
- La posibilidad de prevenir las caídas
- Los beneficios físicos y psicológicos de modificar el riesgo de caídas
- Dónde acudir si necesitan consejo o asistencia
- Como actuar si sufren una caída, incluyendo cómo pedir ayuda y cómo evitar permanecer mucho rato en el suelo. (1)

En nuestra Comunidad Autónoma se ha editado una “Guía sobre envejecimiento activo y saludable” (16) (anexo 6)

EMPODERAMIENTO, EDUCACIÓN E INFORMACIÓN

- Promover participación de los Mayores
- Flexibilidad de los programas
- Profesionales competentes en evaluación y prevención
- Información oral y escrita



EVALUACIÓN

Como punto de partida se han definido una serie de indicadores con los que se pretende realizar una medición cuantitativa y cualitativa del procedimiento planteado. (Anexo 5)

Los indicadores que se presentan son el producto del consenso de uno de los grupos de trabajo creados para desarrollar la herramienta de enfermería Osanaia y se extraerán a partir de los registros realizados por los profesionales de enfermería en los diferentes ámbitos de intervención. A medida que se vaya avanzando en el registro de Osanaia se deberán plantear nuevos indicadores, que podrán relacionarse con los diferentes factores de riesgo de caídas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falls: assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2013;Clinical guideline 161. Disponible en <http://publications.nice.org.uk/falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-cg161>.
2. Silva Gama ZA, Gomez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev Esp Salud Publica. 2008;82(1):43-55.
3. Epidemiología Ud. Zaintze epidemiologikoaren laburpena-memoria de vigilancia epidemiológica, Gipuzkoa 2012. Donostia: Subdirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2013.
4. Yates KM, Creech Tart R. Acute care patient falls: evaluation of a revised fall prevention program following comparative analysis of psychiatric and medical patient falls. Appl Nurs Res. 2012;25(2):68-74.
5. Tsai YF, Witte N, Radunzel M, Keller ML. Falls in a psychiatric unit. Appl Nurs Res. 1998;11(3):115-21.
6. An FR, Xiang YT, Lu JY, Lai KY, Ungvari GS. Falls in a psychiatric institution in Beijing, China. Perspect Psychiatr Care. 2009;45(3):183-90.
7. Louro A, Rotaache R, Castiñeira C, Viana C, Casariego E. ¿Cómo hacer una revisión clínica con fuentes de MBE? Fistera. 2013.
8. Grupo de trabajo de Enfermería basada en la Evidencia de Aragón. Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia 2009.
9. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson CM, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;3:3.
10. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD007146.
11. Kiel DP. Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation. In: Basow DS, editor. UpToDate. Waltham MA 2013.
12. Kiel DP. Prevention of fall and complications of falls in community-dwelling older persons. In: Basow DS, editor. UpToDate. Waltham MA 2013.
13. Moore G, Pfaff J. Assessment and management of the acutely agitated or violent adult. In: Basow D, editor. UpToDate. Waltham MA 2013.

14. DynaMed, [Internet]. Record No 115430 Falls in the elderly [Updated 2013 dec 5] [About 465 screens]. Available from <http://web.ebscohost.com>. Registration and login required. In: EBSCO, editor. Ipswich (MA)1995.
15. Abizanda P., 2014, Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría general de Sanidad y Consumo
16. Guía para el envejecimiento activo y saludable. Departamento de salud. Departamento de empleo y políticas sociales. Gobierno Vasco 2014.

ANEXO 1: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Medline

- 1 Accidental Falls/ (15342)
- 2 exp Preventive Health Services/ (425804)
- 3 ((prevention or preventing or preventions) adj3 falls).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier] (1547)
- 4 1 and 2 (744)
- 5 3 or 4 (2109)
- 6 limit 5 to (("all aged (65 and over)" or "aged (80 and over)") and "reviews (maximizes specificity)") (77)
- 7 limit 5 to (("all aged (65 and over)" or "aged (80 and over)") and (guideline or practice guideline)) (13)

Embase

- 1 falling/ (22877)
- 2 preventive health service/ (15413)
- 3 ((prevention or preventing or preventions) adj3 falls).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword] (1915)
- 4 1 and 2 (94)
- 5 3 or 4 (1979)
- 6 limit 5 to (embase and (evidence based medicine or meta analysis or "systematic review") and aged <65+ years>) (42)
- 7 limit 5 to (embase and "reviews (maximize es specificity)" and aged <65+ years>) (18)

ANEXO 2 FACTORES DE RIESGO: “SITUACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS A CAÍDAS”.

Los factores de riesgo más importantes para la caída son antecedentes de caídas previas y alteraciones en la marcha o el equilibrio	(14)
<p>Situaciones que se asocian con un mayor riesgo de caídas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACV • Demencia • Los trastornos del equilibrio y de la marcha • Los pacientes que utilizan dispositivos ambulatorios de asistencia (como bastones) • Arritmia • Hipotensión • Depresión • Epilepsia • Alteraciones visuales • Artrosis • Artritis reumatoide • Dolor • Debilidad muscular 	(14)
<p>Posibles factores de riesgo de caídas:</p> <p>El riesgo de caídas aumenta en pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía periférica • Debilidad o pérdida sensorial en las piernas • Pérdida de la visión <p>Otros factores de riesgo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada • La fragilidad asociada con la edad. • Artrosis 	(14)
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones visuales • Pérdida del campo visual puede aumentar el riesgo de caídas en mujeres mayores • Discapacidad visual se asocia con ≥ 2 caídas en adultos ≥ 49 años • El uso de lentes multifocales se asocia a riesgo de caídas 	{(14)
Las caídas en los adultos mayores puede estar asociada con la acción de entrar y salir de vehículos	(11)
<p>Trastornos del sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sueño de corta duración y de baja eficiencia puede estar asociado con un mayor riesgo de caídas en mujeres mayores • Apnea del sueño puede estar asociada con un mayor riesgo de caídas 	(14)
Efectos de la medicación (ver Anexo 3)	(14)

ANEXO 3. FACTORES DE RIESGO: “MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON CAÍDAS”.

El uso de medicamentos es uno de los factores de riesgo modificables para más caídas	(11)
Además de los tipos específicos de medicamentos, un mayor número de medicamentos, y los cambios recientes en la dosis de la medicación, se asocian con un mayor riesgo de caídas. La mala adherencia a los medicamentos también se ha demostrado que es un factor de riesgo de caídas	(11)
Aumento del riesgo de caídas asociado con: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de cualquier psicotrópico • Antidepresivos (Principalmente para antidepresivos tricíclicos) • Neurolépticos y antipsicóticos • Benzodiacepinas (sin diferencias significativas entre las benzodiacepinas de acción corta o prolongada). • Anticonvulsivos • Sedantes e hipnóticos • Antihipertensivos • Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos • Diuréticos 	(11) (14)

ANEXO 4: RESTRICCIONES

<p>Las causas de la agitación, deambulaci3n y otras conductas (por ejemplo, delirio) deben ser investigadas y tratadas, antes de considerar los sistemas de retenci3n.</p>	(13)
<p>No hay evidencia de que las limitaciones f3sicas reduzcan la incidencia de caídas o lesiones graves en los personas mayores Sin embargo, hay evidencia de que pueden causar la muerte, lesiones o violaci3n de autonomía. Por lo tanto, las restricciones deben ser consideradas la última opci3n para los pacientes que tienen riesgo de caída.</p>	(13)
<p>El enfoque de la atenci3n de pacientes con problemas de comportamiento debe estar centrado en la compresi3n de la causa y no en el control.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas las alternativas a la restricci3n deben ser consideradas y probadas en pacientes con discapacidades cognitivas y deterioro mental, incluyendo el delirio. • Si se han agotado todas las alternativas, la justificaci3n del uso de sistemas de retenci3n debe ser documentado y el equipo de atenci3n debe acordar la duraci3n prevista • Si se utilizan específicamente medicamentos para contener un paciente, debe utilizarse la dosis mínima y el paciente debe ser valorado y supervisado para garantizar su seguridad. Es importante destacar que la restricci3n química no debe ser un sustituto de la atenci3n médica de calidad. En el caso de utilizaci3n de restricciones f3sicas debe seguirse el protocolo del hospital 	(13)
<p>Las restricciones pueden aumentar la agitaci3n de los pacientes y en el caso de las barras pueden aumentar el riesgo de lesiones graves ya que, si tratan de subirse, la caída se producirá de mayor altura.</p>	(13)

ANEXO 5.- INDICADORES DE EVALUACIÓN

INDICADORES HOSPITAL

NOTA GENERAL: Para larga, media estancia duplicar todos los indicadores cambiando los criterios:

No se aplica a episodios dados de alta, sino a todos.

La fecha fin de corte se interpretará como si fuera la fecha de alta.

<p>1. % CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS</p>	<p>El indicador se calcula como:</p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ caídas} * 100)}{\text{N}^\circ \text{ pacientes}}$ <p><u>El numerador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de caídas de pacientes ingresados durante el intervalo y que han tenido una caída en ese intervalo. <p><u>El denominador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de episodios de ingreso durante el intervalo. 	<p>El indicador se obtendrá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervalo de fechas (obligatorio) Se aplica a las fechas de estancia Unidad de enfermería (aplica a la caída, es decir, en la fecha de la caída el paciente estaba en esa UE) Lugar de la caída Ubicación Edad Sexo
<p>2. % PACIENTES QUE SE HAN CAÍDO SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES</p>	<p>El indicador se calcula como:</p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ pacientes que se han caído} * 100)}{\text{N}^\circ \text{ pacientes}}$ <p><u>El numerador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes que tienen registrada al menos una caída en hospitalización tradicional durante el intervalo de fechas <p><u>El denominador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de pacientes que han estado hospitalizados en el intervalo de tiempo introducido. 	<p>El indicador se obtendrá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervalo de fechas (obligatorio) Se aplica a la fecha de alta. Unidad de enfermería (el filtro se aplica a la UE del alta) Lugar de la caída Ubicación Edad Sexo

<p>3. % PACIENTES QUE SE HAN CAÍDO MÁS DE UNA VEZ SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES QUE SE HAN CAÍDO</p>	<p>El indicador se calcula como:</p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ pacientes que se han caído más de un vez} \times 100)}{\text{N}^\circ \text{ pacientes que se han caído}}$ <p><u>El numerador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes que tienen registrada más de una caída en hospitalización tradicional durante el intervalo de fechas <p><u>El denominador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de pacientes que han estado hospitalizados en el intervalo de tiempo introducido. 	<p>El indicador se obtendrá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervalo de fechas (obligatorio) Se aplica a la fecha de alta. Unidad de enfermería (el filtro se aplica a la UE del alta) Lugar de la caída Ubicación Edad Sexo
<p>4. % PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECO QUE SE HAN CAÍDO SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES CON CAÍDAS</p>	<p>El indicador se calcula como:</p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ pacientes sin factor de riesgo intrínseco que se han caído} \times 100)}{\text{N}^\circ \text{ pacientes que se han caído}}$ <p>Para obtener los pacientes sin riesgo intrínseco se consultará la valoración por dominios (Seguridad/protección), la última valoración realizada al paciente, previa a la primera caída y durante el ingreso.</p> <p><u>El numerador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes que tienen registrada una caída sin factor de riesgo intrínseco en hospitalización tradicional durante el intervalo de fechas <p><u>El denominador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de pacientes que han estado hospitalizados y se han caído en el intervalo de tiempo introducido. 	<p>El indicador se obtendrá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervalo de fechas (obligatorio) Se aplica a la fecha de alta. Unidad de enfermería (el filtro se aplica a la UE del alta) Lugar de la caída Ubicación Edad Sexo

<p>5. %o TOTAL DE CAÍDAS SOBRE LAS ESTANCIAS</p>	<p>El indicador se calcula como:</p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ caídas} * 1000)}{\text{N}^\circ \text{ estancias}}$ <p><u>El numerador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de caídas de pacientes ingresados durante el intervalo y que han tenido una caída en ese intervalo <p><u>El denominador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de días ingresado (fecha de alta – fecha de ingreso). 	<p>El indicador se obtendrá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervalo de fechas (obligatorio) Se aplica a la fecha de alta. Unidad de enfermería (el filtro se aplica a la UE del alta) Lugar de la caída Ubicación Edad Sexo
<p>6. % PACIENTES CON LESIONES PROVOCADAS POR CAÍDAS</p>	<p>El indicador se calcula como:</p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ pacientes con caídas que han provocado lesión} * 100)}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con caídas}}$ <p><u>El numerador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de pacientes ingresados durante el intervalo y que han tenido una caída en ese intervalo y tienen al menos una lesión provocada por la caída <p><u>El denominador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se obtiene del número de pacientes que han estado hospitalizados y se han caído en el intervalo de tiempo introducido. 	<p>El indicador se obtendrá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervalo de fechas (obligatorio) Se aplica a la fecha de alta. Unidad de enfermería (el filtro se aplica a la UE del alta) Lugar de la caída Ubicación Tipo de lesión Edad Sexo

INDICADORES ATENCION PRIMARIA

<p>1. % PACIENTES QUE SE HAN CAÍDO SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Indicador: % pacientes mayores de 65 años se han caído 	<p><u>El numerador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Indicador: Población > 65 por cupo médico que se han caído <p><u>El denominador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Indicador: Población > 65 por cupo médico 	<p>El indicador se obtendrá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de fechas (obligatorio). Se mira en un determinado momento (fechas a elegir por el solicitante) • Cupo/centro/UAP/organización • Lugar de la caída • Ubicación • Edad • Sexo
<p>2. % PACIENTES QUE SE HAN CAÍDO MÁS DE UNA VEZ SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES QUE SE HAN CAÍDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Indicador: % Pacientes mayores de 65 que se han caído más de una vez. • 3º Indicador: N° de veces que se han caído los pacientes mayores de 65. 	<p><u>El numerador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Indicador: Población > 65 por cupo médico que se han caído más de una vez • 3ª Indicador: N° de caídas en pacientes mayores de 65 años por cupo médico <p><u>El denominador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Indicador: Población > 65 por cupo médico. • 3º Indicador: Población > 65 por cupo médico. 	<p>El indicador se obtendrá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervalo de fechas (obligatorio). Se mira en un determinado momento (fechas a elegir por el solicitante) • Cupo/centro/UAP/organización • Lugar de la caída • Ubicación • Edad • Sexo

ANEXO 6.- CONSEJOS PARA (EXTRACTO SOBRE PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES DE LA “GUÍA PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE” (16) – Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.-)

CONSEJOS PARA
PREVENIR LAS CAÍDAS
DENTRO Y FUERA DEL HOGAR
EN PERSONAS MAYORES



TE QUEDA
MUCHO
POR ANDAR
¡QUE NO TE
DETENGA UNA
CAÍDA!



Osakidetza

COMPROMISO CON LAS PERSONAS





CUIDADOS EN EL ENTORNO CERCANO

La casa es el lugar donde más caídas se producen.
Con pequeños cambios se pueden prevenir la mayoría de ellas.

CONSEJOS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS DENTRO DEL HOGAR EN PERSONAS MAYORES




En la cocina

- Utensilios y alimentos ordenados y al alcance de la mano.
- No sobrecargar los enchufes.
- Suelo seco y limpio; no usar productos de limpieza que puedan provocar resbalones.

En el baño


- Sustituir la bañera por ducha. Colocar barras de apoyo.
- Toalla, jabonera y todo lo necesario al alcance de la mano.
- Alfombrillas antideslizantes dentro y fuera de la bañera/ducha.
- Elevar la altura del inodoro y poner barras de apoyo.






En la habitación

- Los muebles deben permitir el movimiento con facilidad.
- Ropa accesible en el armario.
- Suelo despejado, sin obstáculos.
- La cama a 45-50 cm. del suelo.
- Mesita al lado de la cama con punto de luz.




En la sala y las zonas de acceso

- Quitar muebles y objetos decorativos que dificultan el paso.
- Las sillas y sillones con apoyabrazos y respaldo.
- Quitar alfombras o colocarles antideslizantes.
- Fijar los cables para que no queden sueltos por el suelo.



CONSEJOS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS DENTRO Y FUERA DEL HOGAR EN PERSONAS MAYORES




En las escaleras

- Colocar bandas antideslizantes.
- Buena iluminación en todo el tramo de escaleras.
- Hacer uso de los pasamanos.


La iluminación


- La iluminación debe ser amplia, pero evitando el exceso de brillo.
- Interruptores al alcance de la mano, en la entrada de la vivienda y de las habitaciones y al principio y al final de pasillos o escaleras.
- Colocar luces-piloto nocturnas en enchufes del pasillo.



Las tareas de la casa

- Algunas se pueden realizar sentado/a evitando el riesgo de caída.
- Al hacer los recados mejor utilizar un carrito de compra. En caso de usar bolsas: poco peso y repartido entre las dos manos.
- La escoba, la fregona y la aspiradora, deben tener el mango largo.
- Utilice una plancha ligera.
- No subirse nunca a banquetas o sillas para regar a una altura, utilizar escalera con barra o pedir ayuda.
- Cuidado con las mascotas.







EN LA CALLE

En la calle también se producen caídas que, con sencillas medidas, pueden evitarse.



El temor a caerse de nuevo, puede ser el motivo por el que algunas personas mayores abandonen su vida social o salgan menos de casa. Esto solo empeora la situación aumentando el riesgo de nuevas caídas. Vivir a la actividad y a la rutina, lo antes posible, es la mejor forma de prevenirlas.

CONSEJOS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS DENTRO Y FUERA DEL HOGAR EN PERSONAS MAYORES



- Cruzar la calle siempre por pasos de cebra o semáforos con tiempo para hacerlo sin prisa.
- Utilizar muletas, bastón o andador cuando sea necesario.
- El bastón debe llevarse en el lado que no hay lesión. Moviéndolo primero bastón y pierna lesionada y después la pierna sana. La altura de la empuñadura debe coincidir con la cadera.
- Realizar trabajos de huerta, jardín y bricolaje con protección usando guantes, calzado, ropa y herramientas adecuadas.
- Atención a las zonas de obras, los socavones, las baldosas con desperfectos, los charcos, la nieve y el hielo.
- Cuidado con los animales sueltos.



CUIDADOS PERSONALES

Caminar con atención, el cuidado de los pies y un calzado adecuado, ayudan a mantener la estabilidad y el equilibrio al andar.

- Al comprar calzado, hay que tener en cuenta la forma del zapato y la forma del pie.
- El calzado debe sujetar bien el pie, su interior ser resistente, la suela antideslizante pero flexible y si tiene cordones, que no aprieten.
- Evitar tacones altos (no más de 3,5-4 cm) y punteras estrechas.
- Para "ir a caminar" utilizar un calzado cómodo.
- En casa, evitar andar en calcetines o sin calzado. Tampoco usar calzado abierto por detrás o sin refuerzo en los talones.



CONSEJOS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS DENTRO Y FUERA DEL HOGAR EN PERSONAS MAYORES



Atención a los medicamentos.
Las enfermedades crónicas y algunas enfermedades comunes (catarro, gripe, diarrea), el cansancio, sentirse débil o haber estado en cama unos días aumentan el riesgo de una caída.

- Con las medicinas, saber para qué es, cuál es la dosis necesaria y cuándo se debe tomar. Un pastillero puede ser de ayuda.
- Algunos medicamentos pueden causar mareos y somnolencia, afectando al equilibrio. Si se tienen estos síntomas, consultarlo.
- El alcohol ingerido junto con algunos medicamentos, puede afectar también al equilibrio.

Tener una buena visión y audición es imprescindible para moverse con seguridad en casa y en la calle.

- Pasar revisiones de vista y oído de forma periódica.
- Utilizar las gafas correctas y con los audífonos, atención a las pilas.





CÓMO SENTARSE Y LEVANTARSE DE UNA SILLA

- **Para sentarse:** de espaldas a la silla poner en contacto la parte posterior de las piernas con la silla, doblar la barbilla hacia abajo, flexionar las rodillas y apoyándose con las manos en los apoyabrazos (o en los laterales) descender lentamente hasta el borde del asiento; luego encajar el cuerpo pegándose bien al respaldo.
- **Para levantarse:** deslizar el cuerpo hacia el borde, con la barbilla hacia abajo y manteniendo la inclinación de la pelvis; con los pies firmes en el suelo y las manos en los apoyabrazos (o en los laterales), estirar las rodillas y elevarse de la silla.



CÓMO ACOSTARSE Y LEVANTARSE DE LA CAMA

- **Para acostarse:** sentarse al borde de la cama, colocar ambas manos sobre ella mirando a la almohada; apoyándose en los brazos, bajar lentamente la cabeza y el tronco elevando a la vez las piernas hasta quedar en reposo de lado. Después adoptar una postura correcta.
- **Para levantarse:** situarse de lado al borde de la cama; después, doblando las rodillas, bajar las piernas y, al mismo tiempo, elevar el tronco, ayudándose con los brazos, hasta quedar sentado/a.



CÓMO SUBIR Y BAJAR LAS ESCALERAS

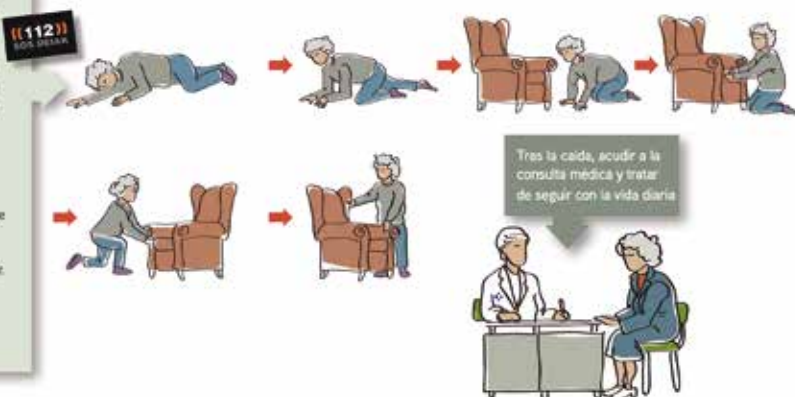
- Ayudarse del pasamanos.
- Empezar a subir con la pierna que menos duele o con la más ágil.
- Para bajar, comenzar con la pierna que más duele o con la más torpe.



CÓMO LEVANTARSE DEL SUELO TRAS UNA CAÍDA

Solicitar ayuda a la gente de alrededor; si no hay nadie, marque el número de emergencias 112 o utilice el dispositivo de tele-alarma.

- 1 Tratar de rodar hasta ponerse boca abajo.
 - 2 Apoyarse sobre los brazos hasta colocarse a cuatro patas y gatear hasta el elemento más cercano y estable: una silla, la cama, la taza del baño...
 - 3 Colocar las dos manos sobre la silla, luego levantar la pierna más fuerte. Si faltan las fuerzas descansar en esta posición.
 - 4 Impulsarse a la vez sobre la pierna adelantada y sobre las manos para incorporarse y sentarse si es posible. Descansar antes de intentar moverse.
- Si no se consigue a la primera, intentarlo otra vez.
- 5 Tras la caída, acudir a la consulta médica y comentar lo ocurrido para tratar de averiguar la posible causa de esa caída y evitar que se repita.





LA ACTIVIDAD FÍSICA

mejora la movilidad, la fortaleza, el equilibrio y la flexibilidad; caminar, bailar, trabajar en la huerta o jardín, hacer tai-chi, yoga, etc., hacen sentirse mejor, más ágil y en mejor forma física y mental.