GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT  AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT **DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE – HOSPITAL GENERAL**		**Versión 3-2012** **Hoja 1 de 26**

PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL HGUA

Redactado por:	**Revisión por:**	**Aprobado por:**
Miguel Ángel Fernández Molina Dirección Enfermería. Clara Abellán García Unidad de Calidad Manuela Domingo Pozo Unidad de Gestión de Procesos Asistenciales	Manuela Domingo Pozo Unidad de Gestión de Procesos Asistenciales. Clara Abellán García Unidad Calidad Nieves izquierdo García Adjunta de Enfermería Encarna Mateo López. Adjunta de Enfermería	Dirección de Enfermería
Fecha: año 2012	Fecha: Enero 2013	Fecha: Febrero 2013

PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL HGUA

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN……3
2. DEFINICIONES……4
3. ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO……4
4. OBJETIVOS……4
5. PROCEDIMIENTO Y MEDIDAS PREVENTIVAS……4
6. INDICADORES DE EVALUACIÓN……12
7. ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS……14
8. ANEXO 2: REGISTRO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS PEDIATRICO. ESCALA HUMPTY-DUMPTY……17
9. ANEXO 3: TRÍPTICO IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES……18
10. ANEXO 4: TRÍPTICO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DIRIGIDO A PACIENTES Y CUIDADORES……19
11. ANEXO 5: PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS……20
12. ANEXO 6: ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS……23
13. ANEXO 7: TAXONOMÍA NNN EN RIESGO DE CAÍDAS……24
14. ANEXO 8: GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE LA EVIDENCIA……24
15. BIBLIOGRAFÍA……25

Este documento tiene una licencia *Creative Commons* del tipo **Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual**. Eso significa que **siempre** deberá reconocerse la autoría de las actividades, que **está permitido** hacer adaptaciones y traducciones de las mismas, que **no se permite** su comercialización y que cualquier obra derivada (adaptaciones o traducciones) solamente podrá ser distribuida con una **licencia de uso idéntica** a la de este documento original.

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente hospitalizado es una prioridad en los centros sanitarios así como la identificación correcta de los pacientes de riesgo y también la protección del paciente vulnerable frente a estos sucesos. El análisis de las circunstancias en las que se producen estos eventos adversos es fundamental. Es aquí, en este punto, donde los profesionales de Enfermería se enmarcan como el principal protagonista de este proyecto de mejora de la Seguridad de nuestros pacientes.

Todos los pacientes ingresados tienen, en alguna medida, riesgo de caerse durante su estancia. Los estudios publicados (1) establecen que entre el 2-10% de los ingresos anuales se caen durante la estancia, existen múltiples factores asociados al aumento del riesgo tanto intrínseco al paciente como extrínseco al entorno hospitalario (nivel III). Por ello es necesario detectar a través de instrumentos de evaluación que identifiquen al paciente de alto riesgo y así poder reducir el nº de caídas en el hospital. Los factores de riesgo individuales han demostrado ser predictivos de caídas por lo tanto la presencia de más de un factor aumenta el riesgo de caerse. (10)

La reducción de las tasas de caídas en pacientes hospitalizados incluye múltiples intervenciones como: la valoración del riesgo del paciente y los factores de riesgo extrínsecos, la planificación del cuidado, los cambios en el entorno físico, revisión de la medicación, los protectores de cadera, la eliminación física de las restricciones y los programas de educación (nivel I). La identificación de los factores de riesgo por si misma no garantiza la disminución de las caídas. Para disminuirlas de deben planificar intervenciones, implementarlas y evaluarlas. Entre ellas , la orientación activa a los pacientes sobre los factores de riesgo contribuye a reducir el número de caídas (nivel I). Es importante desarrollar estrategias educativas que estimulen el compromiso de los pacientes en su propio autocuidado para corregir los factores de riesgo de caídas.

En el Hospital General Universitario de Alicante se monitorizan desde el año 2008 la tasa de caídas declaradas. Esto ha permitido realizar un análisis de seguridad de cuidados en el contexto hospitalario, elaborar mapas de riesgos del HGUA, elaborar e implantar estrategias de mejora en seguridad de cuidados e implantar una cultura de seguridad en los profesionales de Enfermería.
Este documento es fruto de una larga experiencia en la monitorización del riesgo de caídas por parte de los profesionales de enfermería del HGUA. Además incorpora una novedosa escala específica para el paciente pediátrico.

D. Miguel Ángel Fernández Molina
Director de Enfermería del Departamento de Salud Alicante. Hospital General.

2. DEFINICIONES.

Según la OMS se define caída como: " la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad"
00155 Riesgo de caídas: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico (Nanda-i 2009-2011)

3. ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO.

Aplicable a todas las unidades de hospitalización tanto de adultos como pediátricas, servicios de críticos, reanimación, quirófanos, urgencias generales, pediátricas y obstétrico-ginecológicas y hospitales de día.
La actuación en caso de caídas es aplicable en los pacientes ambulantes también.

4. OBJETIVOS

- Identificar a los pacientes (adultos y niños) con mayor riesgo de caídas.
- Prevenir las caídas del paciente hospitalizado durante la estancia hospitalaria.
- Establecer precauciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas.
- Educar al paciente y la familia/cuidador en las medidas de prevención de caídas.

5. Procedimiento y medidas preventivas.

5.1.-Valoración del riesgo de caídas:

- La valoración del riesgo de caídas es esencial a la hora de establecer medidas preventivas adecuadas a cada persona. En la planificación de actividades de prevención se debe considerar la valoración global del/la paciente contemplando cada uno de los factores de riesgo predisponentes. Se considerará que todo/a paciente por el hecho de ingresar en un hospital tiene factores extrínsecos de riesgo de caída, por consiguiente deberá realizarse la valoración del riesgo de caídas a todos/as los/las pacientes que ingresen en cualquiera de las unidades de hospitalización. Además se valorará siempre el riesgo de caída relacionado con cada uno de los factores intrínsecos previamente definidos. Se realizará una nueva valoración siempre que se modifique el estado del/la paciente a lo largo de su estancia. ANEXO 1: descripción de los factores de riesgo
- UNIDADES ADULTOS: Evaluación de riesgo de caídas a través de la Escala de Downton de todos los pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización. Al ingreso del paciente en la unidad se aplicará y se registrará el valor obtenido en el registro de valoración al ingreso.
- UNIDADES PEDIATRICAS: Los principales factores de riesgo en los niños hospitalizados son: la historia de caídas, alteración del estado mental (episodios de desorientación) y problemas al caminar.
    - Niños menores de 6 años: edad del niño, el género, la altura de la caída, el tipo de superficie, el mecanismo de caída (escalera o utilizando andador), el ámbito (guardería en comparación con la atención domiciliaria) y aspectos socioeconómicos.
    - Menores de 3 años: cuando comienzan a deambular son más

susceptibles de tener una caída en el hospital, debido a: cambios de entorno, falta de familiar y equipo sanitario alrededor.

- La evaluación de riesgo de caídas en niños (0 a 14 años) se realizará con la escala Humpty Dumpty Falls Store.
- Se aplicará el registro de evaluación de riesgo de caídas a todos los niños ingresados tanto en unidades de hospitalización como en observación de urgencias pediátricas. Los niños ingresados en UCI a su salida de la misma se reevaloraran y se adecuará el riesgo. (Anexo 2. Registro de valoración del riesgo de caídas en las áreas pediátricas.).

UNIDADES DE ADULTOS

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H. DOWNTON) ALTO RIESGO > 2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	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
TOTAL		

UNIDADES PEDIATRICAS: ESCALA HUMPTY DUMPTY- NIÑO HOSPITALIZADO

Parámetros	Criterios	Puntos
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3-7 años	3
	7-13 años	2
	Más de 13 años	1
Género	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnóstico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de oxigenación (problemas respiratorios, anemia), deshidratación, anorexia, vértigo.	3
	Trastornos psíquicos o de conducta	2
	Otro diagnóstico	1
Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvida sus limitaciones	2
	Orientado es sus propias capacidades	1
Factores ambientales	Historia de caída de bebes o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente ambulatorio	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de 48 horas	2
	Más de 48 horas/ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes (excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes) hipnóticos, barbitúricos, fenotiazinas, antidepresivos, laxantes/ diuréticos narcóticos	3
	Uno de los medicamentos antes mencionados	2
	Ninguno	1
	TOTAL	

< 7 puntos : SIN RIESGO
7-11 puntos: RIESGO BAJO
>12 puntos: RIESGO ALTO

5.1.1. Medidas preventivas de seguridad generales a todos los niños.

Protocolo estándar de bajo riesgo (Puntuación 7-11)

- Orientación hacia los espacios

- Las ventanas de las habitaciones de los pacienteshan de estar siempre cerradas.
- Cama en posición lo más baja posible y con los frenos puestos.
- Barandillas laterales de la cuna / cama levantadas. Evaluación de huecos grandes para evitar que las extremidades del niño /a u otra parte de su cuerpo queden atrapadas allí.
- Uso de calzado adecuado con suelas antideslizantes y ropa del niño del tamaño adecuado para evitar tropiezos.
- Evaluación de las necesidades de prevención adaptadas a las necesidades niño.
- Luz de llamada al alcance: educación al paciente y su familia sobre su uso.
- Entorno libre de equipos fuera de uso y mobiliario en su lugar.
- Evaluación para determinar la correcta iluminación; luz encendida por la noche.
- Educación sanitaria a padres y niño/a si procede.
- Registro de la educación para la prevención de caídas.

5.1.2. Medidas preventivas de seguridad en los niños con puntuaciones > 12 en la Escala Humpty Dumpty.

- Colocación de la pegatina azul en la pulsera del niño en el paciente.
- Familiarización del paciente y sus padres con el protocolo de prevención de caídas
- Vigilar al niño por turno y de forma continua si se encuentra en algún momento solo.
- Acompañamiento del paciente durante la ambulación
- Colocación del paciente en una cama adecuada; preparación psicológica para ello.
- Evaluación del traslado del paciente a un sitio más cercano a la enfermería.
- Evaluación de la necesidad de una supervisión continua si se precisa.
- Eliminación de todo equipo fuera de uso de la habitación
- Barreras protectoras en todos los espacios peligrosos y en huecos de la cama
- Puerta abierta en todo momento a menos que se indique la implementación de una medida de aislamiento específica
- Colocación de la cama en la posición más baja, a menos que el paciente tenga una atención directa.
- Registro de la educación para la prevención de caídas.

5.2.- Identificación de paciente de riesgo de caídas en la pulsera identificativa. (Adultos y niños)

- Si el paciente ingresa por Urgencias la enfermera de dicho Servicio le colocará la

pulsera al paciente. Cuando el ingreso es programado, se colocará la pulsera identificativa en la unidad.

- La enfermera de hospitalización recibe al paciente con la pulsera. Se mantendrá durante toda la estancia hospitalaria (sólo se retirará por deterioro y se cambiará inmediatamente)

- La valoración que realice la enfermera determinará los riesgos (UPP, CAÍDAS Y ALERGIAS) y colocará o no las pegatinas en la pulsera. En caso de ser un paciente identificado como de alto riesgo de caídas tras la valoración se colocará la pegatina de color **AZUL.**

- En el caso de que no existan RIESGOS se quitan los códigos y se guardan por si la situación cambia o para otro paciente.



Imagen 1 : Pulsera de identificación segura de pacientes del HGUA.



Imagen 2: Pulsera de identificación segura infantil

- En los pacientes de riesgo se REEVALUARÁ el riesgo de caídas cada 7 días de ingreso o cambios en la situación del paciente (grado de recomendación B)
- Para la prevención de caídas es indispensable que tanto el paciente como los cuidadores conozcan el significado de este código de colores, así como las medidas preventivas a llevar a cabo. Para ello se entregará al ingreso en la llegada a la unidad de hospitalización el tríptico de información sobre identificación de pacientes. (Anexo III)

5.3.- En los pacientes de ALTO RIESGO se entregará e informará sobre las medidas generales recogidas en el tríptico dirigido a pacientes y familiares de prevención de caídas. (grado de recomendación B) (Ver Anexo IV)
También se proporcionará la programación televisiva del canal institucional (canal 31) de educación a pacientes y familiares/cuidadores instándoles a visualizar el vídeo educativo de prevención de caídas del paciente hospitalizado.

Imagen 3: Vídeo educativo de prevención de caídas durante la estancia disponible en canal 31 de Tv y la Web Cuidados 2.0.



5.4.- Distribución y colocación en todos los aseos de las habitaciones de los pacientes carteles dirigidos a la concienciación del paciente y familia.

Imagen 4 y 5: Carteles en los baños de las habitaciones de los pacientes.





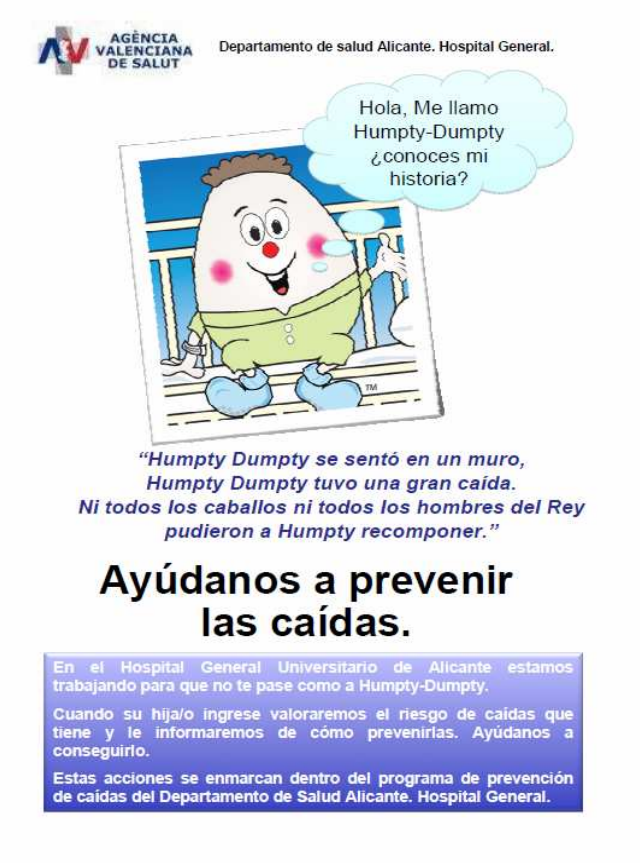


Imagen 6: cartel de las áreas pediátricas.

5.5. Plan de Cuidados al paciente con RIESGO DE CAÍDAS:

Se establecen las actividades preventivas relacionados con los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente . (ver ANEXO 1).

El plan de cuidados se implantara en los pacientes con ALTO RIESGO DE CAÍDAS. Se registrará en la hoja de evolución de cuidados: *Iniciado plan de cuidados del paciente con riesgo de caídas.*

5.5.1. Alta Hospitalaria al paciente con RIESGO DE CAÍDAS

- En el Informe de alta de Enfermería (SIA-ABUCASIS) se identificará el diagnóstico de enfermería 00155 RIESGO DE CAÍDAS y las recomendaciones que se le han dado al paciente y su familia para la prevención de caídas.
- El posterior seguimiento y reevaluación de riesgo de caídas del paciente ya en el domicilio lo establecerá su enfermera referente de atención primaria.

5.6.- Notificación de caídas voluntaria y confidencial:

En caso de producirse una caída se deberá notificar en el portal ***Atenea*** para su monitorización y posterior análisis. La notificación es voluntaria y confidencial y se realizará durante todo el año.

Página Web de la División de Enfermería: http://cuidados 20.san.gva.es
Intranet Departamento- Aplicaciones-Portal ATENEA:
http://10.192.182.21/?page_id=160



Imagen 6: Notificación de caídas en ATENEA

5.5.1.Registro de notificación: Variables a cumplimentar:

- Unidad, cama.
- Nombre y apellidos del paciente.
- Nº de H. C.
- Edad y sexo del paciente.
- Fecha y hora de la caída.
- Turno en que se ha producido la caída.

Opinión del profesional sobre la gravedad que tiene la incidencia notificada

- Leve
- Moderada
- Grave

Estado del paciente antes del accidente

- Orientado
- Desorientado
- Agitado
- Obnubilado
- Inconsciente
- Post-operatorio inmediato (< 24 h)
- Dolor agudo y /o crónico

Medicado con:

- Analgésicos (especificar)
- Antidepresivos, hipnóticos o sedantes (especificar)
- Antihistamínicos
- Antihipertensivos
- Antidiabéticos.
- Vasodilatadores
- Otros (especificar)

Identificación como paciente de riesgo

- No
- Si: ¿Se ha utilizado la Escala de Dowton?

Medidas previas de seguridad

- Educación sanitaria
- Barandillas
- Sujeción del paciente

- Supervisión cuidador
- Otras (especificar)

Nivel de dependencia del paciente

- Independiente
- Dependencia parcial
- Dependencia total

Lugar donde se ha producido el accidente

- En la habitación
- En el aseo
- En el pasillo
- Desde la cama durante el reposo/sueño
- Levantándose de la cama
- Levantándose de la silla/sillón
- Deambulando
- Traslado

Motivo de la caída

- Iluminación insuficiente
- Suelo húmedo y encerado
- Calzado no adecuado
- Tropieza con mobiliario
- Mareo/pérdida de conciencia
- Otra causa (especificar)

Consecuencia del accidente/caída

- Ileso
- Contusiones
- Fracturas
- Hematomas
- Heridas
- Pérdida de conciencia
- Otras (especificar)

Lugar de las lesiones

- Cabeza
- Cara
- Pecho
- Espalda
- Miembro superior
- Miembro inferior

Acciones tomadas después del accidente

- Educación sanitaria
- Barandillas
- Sujeción del paciente
- Se informa al médico
- Se avisa a la familia
- Otros (especificar)

6.- Indicadores de evaluación:

1. Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso:
(Nº de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso /Nº total de altas) 100*

2. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de riesgo de caída que han sufrido una caída:
Nº de pacientes con diagnóstico "Riesgo de caída"que han sufrido una caída/
*Nº total de pacientes con diagnóstico "Riesgo de caídas"*100*

3. Porcentaje de pacientes sin diagnóstico de riesgo de caída que han sufrido una caída:
*(Nº de pacientes sin diagnóstico "Riesgo de caída "que han sufrido una caída/ Nº total de pacientes sin diagnóstico" Riesgo de caídas")*100*

4. Porcentaje de caídas.

*(Nº total de caídas/ Nº total de estancias)*100* 5. Porcentaje de pacientes con lesión debido a caídas. *(Nº de pacientes con lesión/ Nº de pacientes con caídas)* Se entiende por lesión, cualquier tipo, desde la más mínima, incluido el dolor, hasta las más graves

ANEXO 1: Factores de riesgo de caídas.

1) **FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS O DEL ENTORNO:** por desconocimiento del entorno y/o desconocimiento sobre medidas de precaución, y/o ingreso hospitalario Entre ellos deficiencia de luz, lámparas fluorescentes, el calzado inadecuado y los suelos con mucho brillo.

2) **FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS:**

- Los pacientes que duermen la siesta más de 30 minutos durante el día, o manifiestan que duermen menos de seis horas en la noche tienen tres veces mayor probabilidad de sufrir caídas.
- El riesgo de caídas se incrementa en pacientes que tienen dolor en más de dos localizaciones, con alta intensidad e interfiere en la realización de actividades.
- En pacientes identificados con deficiencia de vitamina D, la suplementación se reduce significativamente el número de caídas.

• **Movilidad/estabilidad:** pacientes con patologías o síntomas que afecten a la movilidad o estabilidad (equilibrio)

– Deambula con ayuda de personas y/o aparatos: precisa ayuda para deambular, levantarse, acostarse, ir al baño, etc. Necesita ayuda de muletas, silla de ruedas, andador para desplazarse.

– Limitación de la movilidad: deambulación limitada por hemiplejia y/o prótesis, artrosis avanzada, comienzo de deambulación tras encamamiento prolongado.

– Deambula inestable con vértigos: deambulación insegura por problemas en miembros inferiores, dolor, alteraciones en articulaciones, alteración anatómica de los pies, yesos, bastón, vértigos o mareos de forma esporádica o en fases cíclicas.

– Pacientes con mareos o síncopes por alteraciones en la perfusión sanguínea (hipoxia cerebral secundaria a una disminución del flujo sanguíneo cerebral): síndrome del seno carotídeo.

• **Alteraciones sensitivas: audición y visión**

– Sordera: pérdida de audición de uno o ambos oídos.

- Ceguera: pérdida de visión de uno o ambos ojos, visión deteriorada manifestada por visión sólo de contornos, sólo ve bultos, sólo percibe cambios de luminosidad.
- Hipoacusia: audición disminuida a sonidos graves o agudos, existencia de tapones, portador de prótesis.
- Visión disminuida: disminución de visión por diplopía, estrabismo, utilización de medidas correctoras como gafas y lentillas

• Nivel de conciencia: pacientes en alguna de las siguientes situaciones:

- Agitado: fases de agitación de forma brusca e intermitente, agitación de forma permanente, agitación acompañada o no de desorientación o pérdida de conciencia.
- Confuso y desorientado severo: perturbación de la memoria de forma permanente y perturbación de la orientación de forma permanente en lugar, tiempo y espacio.
- Confuso y desorientado leve: perturbación de la memoria de forma intermitente, perturbación de la orientación de forma intermitente en lugar, tiempo y espacio.

• Medicaciones especiales:

- Los medicamentos del SNC (sedantes) se identifican como precursores de caídas
- Diuréticos: aumentan la frecuencia de orinar. De la misma manera los laxantes y enemas.
- Hipoglucemiantes: al disminuir los niveles de glucosa, pueden producir mareo y pérdida de equilibrio.
- Antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes: pueden causar confusión, somnolencia, adinamia y cambios de conducta.
- Betabloqueantes: causan alteraciones en el sistema de conducción y posible hipotensión arterial.
- Antiarrítmicos: actúan sobre el sistema de conducción con alteración en el gasto cardíaco.
- Anticoagulantes: las lesiones en pacientes anticoagulados revisten especial importancia por las posibles formaciones de hematomas y hemorragias que favorecen las complicaciones leves o graves.
- Inotrópicos: pueden causar alteraciones en el gasto cardíaco manifestados por hipotensión, hipertensión, taquicardia y bradicardia.

Según la bibliografía, una pauta de 4 o más medicaciones aumenta el riesgo de sufrir caídas.

• Alteraciones de la eliminación:

- Nicturia: aumento en la eliminación de orina durante la noche. Puede ser un signo de insuficiencia cardiaca, enfermedad renal, prostática o trastornos edematosos.

- Urgencia miccional: deseo intenso y súbito de orinar con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento. Puede ser debida a múltiples causas: infección urinaria, diabetes, trastornos del sistema central como ictus, demencia, esclerosis múltiple, etc.

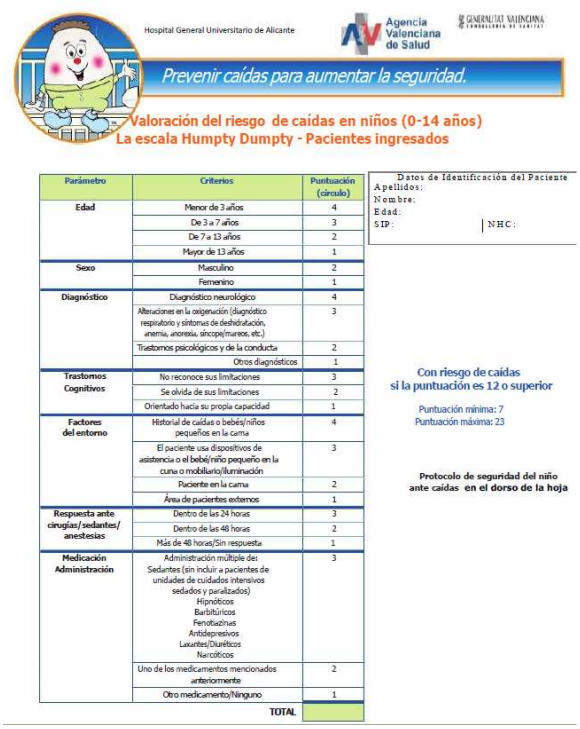
• Caídas anteriores:

– Antecedentes de caídas en los últimos cinco años.

• Dificultades en la comprensión:

- Dificultad para comprender las enseñanzas dadas sobre medidas de prevención.
- Dificultad para comprender el idioma y expresarse (dificultad cognitiva).

Anexo 2: Registro de valoración de riesgo de caídas áreas pediátricas



Hospital General Universitario de Alicante

Agencia Valenciana de Salud

GENERALITAT VALENCIANA

Prevenir caídas para aumentar la seguridad.

Valoración del riesgo de caídas en niños (0-14 años)
La escala Humpty Dumpty - Pacientes ingresados

Parámetro	Criterios	Puntuación (círculo)
Edad	Menor de 3 años	4
	De 3 a 7 años	3
	De 7 a 13 años	2
	Mayor de 13 años	1
Sexo	Masculino	2
	Femenino	1
Diagnóstico	Diagnóstico neurológico	4
	Alteraciones en la oxigenación (diagnóstico respiratorio y síntomas de deshidratación, anemia, anorexia, síncope(mareos, etc.)	3
	Trastornos psicológicos y de la conducta	2
	Otros diagnósticos	1
Trastornos Cognitivos	No reconoce sus limitaciones	3
	Se olvida de sus limitaciones	2
	Orientado hacia su propia capacidad	1
Factores del entorno	Historial de caídas o bebés/niños pequeños en la cama	4
	El paciente usa dispositivos de asistencia o el bebé/niño pequeño en la cuna o mobiliario/iluminación	3
	Paciente en la cama	2
	Área de pacientes externos	1
Respuesta ante cirugías/sedantes/ anestesias	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de las 48 horas	2
	Más de 48 horas/Sin respuesta	1
Medicación Administración	Administración múltiple de: Sedantes (sin incluir a pacientes de unidades de cuidados intensivos sedados y paralizados) Hipnóticos Barbitúricos Fenotiazinas Antidepresivos Laxantes/Diuréticos Narcóticos	3
	Uno de los medicamentos mencionados anteriormente	2
	Otro medicamento/Ninguno	1
	TOTAL	

Datos de Identificación del Paciente
Apellidos:
Nombre:
Edad:
SIP: | NHC:

Con riesgo de caídas si la puntuación es 12 o superior

Puntuación mínima: 7
Puntuación máxima: 23

Protocolo de seguridad del niño ante caídas en el dorso de la hoja

Medidas de seguridad preventivas del paciente ante caídas

☐ **Protocolo estándar de bajo riesgo (Puntuación 7-11)**

- Orientación hacia los espacios
- Las ventanas de las habitaciones de los pacienets han de estar siempre cerradas.
- Cama en posición lo más baja posible y con los renos puestos
- Barandas laterales x 2 o 4, levantadas; evaluación de huecos grandes, para evitar que las extremidades del paciente u otra parte de su cuerpo queden atrapadas allí; implementación de procedimientos de seguridad adicionales.
- Uso de calzados con suelas anti deslizantes para los pacientes ambulatorios; uso de ropa de tamaño adecuado para eliminar el riesgo de tropiezos
- Evaluación de las neoesidades de prevención; asistencia en la medida necesaria
- Luz de llamada al alcance; educación del paciente y su familia sobre su uso
- Entorno libre de equipos fuera de uso; mobiliario en su lugar; libre de peligros
- Evaluación para determinar la correcta iluminación; luz encendida por la noche
- Educación disponible para el paciente y sus padres
- Documentación de la educación para la prevención de caídas.

☐ **Protocolo estándar de alto riesgo (Puntuación 12 o superior)**

- Colocación de la pegatina azul en la pulsera del niño en el paciente.
- Familiarización del paciente y sus padres con el protocolo de prevención de caídas
- Vigilar al niño por turno y de forma continua si se encuentra en algún momento solo.
- Acompañamiento del paciente durante la ambulación
- Colocación del paciente en una cama adecuada; preparación psicológica para ello
- Evaluación del traslado del paciente a un sitio más cercano a la enfermería
- Evaluación de la neoesidad de una supervisión continua si se precisa.
- Evaluación de los momentos de administración de medicamentos
- Eliminación de todo equipo fuera de uso de la habitación
- Barreras protectoras en todos los espacios peligrosos y en los huecos de la cama
- Puerta abierta en todo momento a menos que se indique la implementación de una medida de aislamiento específica
- Colocación de la cama en la posición más baja, a menos que el paciente tenga una atención directa
- Documentación de la educación brindada por la enfermera y el plan de cuidados

Anexo 3: Tríptico Identificación inequívoca de pacientes



¿Cómo me deben identificar en el hospital?

La identificación verbal más la pulsera son los instrumentos obligatorios para la Identificación, que deben utilizarse en el hospital.

PACIENTE CORRECTO CON LA ATENCIÓN CORRECTA

¿Cuándo deben comprobar mi identificación?

Se le debe identificar para evitar riesgos:

- Al ingreso y al consultar.
- Antes de estudio médico.
- Antes de administración de fármacos.
- Antes de la cirugía.
- Antes de trasladar.
- Antes de cada procedimiento.
- Antes de toma de muestra.
- Antes de trasfundir.

Departamento de Salud de Alicante.
Hospital General

http://cuidados20.san.gva.es

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE – HOSPITAL GENERAL

POR TU SEGURIDAD

¡PRO

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
H. G. U. ALICANTE

INFORMACIÓN DIRIGIDA

A PACIENTES Y CUIDADORES



¿Es importante la identificación para mi seguridad como paciente?

En el hospital, para EVITAR CONFUSIONES durante su atención sanitaria, es importante su identificación. Existen FACTORES que pueden inducir a que ocurran como:

- Las nuevas tecnologías.
- Técnicas sanitarias complejas.
- La red de personas que se relacionan dentro del hospital: distintos profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares, entre otros.

En el HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE:

A su ingreso le colocaremos una pulsera identificativa con sus datos personales.

Los profesionales de enfermería utilizamos el código de colores para identificar a los PACIENTES QUE PRESENTAN UN RIESGO más elevado, que la población general, de SUFRIR UN EVENTO QUE LE PUEDA OCASIONAR LESIONES FÍSICAS (una caída, una úlcera por presión o el paciente alérgico) durante la estancia hospitalaria.

¿Qué significa el color amarillo en mi pulsera de identificación?

Si a su ingreso o durante su estancia, los profesionales tienen conocimiento de que SUFRE ALGUNA ALERGIA, se le coloca una pequeña etiqueta autoadhesiva de color amarillo en su pulsera e Historia Clínica para que esté alerta todo profesional que le atiende y cuida.

¿Y el color azul y el verde?

Significa que la ENFERMERA ha valorado que usted es un paciente con RIESGO DE SUFRIR CAÍDAS.

- Siga las Recomendaciones de los Profesionales de Enfermería.
- Pida ayuda cuando lo necesite, llame al timbre.
- Levántese despacio, tómese su tiempo.
- Utilice calzado adecuado.
- Tiene mayor riesgo si el suelo está mojado o la habitación poco iluminada.

Significa que la ENFERMERA ha valorado que usted es un paciente con RIESGO DE SUFRIR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Las Úlceras por Presión son LESIONES EN LA PIEL o debajo de ella que pueden aparecer en pacientes inmovilizados.

Causadas por una presión mantenida en una zona del cuerpo.

Se llaman ESCARAS O LLAGAS.

Son difíciles de curar.

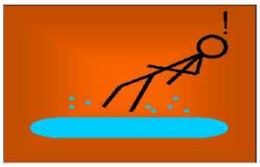
Pueden comprometer su salud.

Anexo 4: Tríptico prevención de caídas paciente y cuidadores

En el Departamento de Salud de Alicante. Hospital General estamos trabajando para prevenir las caídas de los Pacientes ingresados.

Cuando ingrese:

- Valoraremos el riesgo que tiene de sufrir una caída.
- Le informaremos a usted y a su familia de cómo prevenirla.



RECUERDE:

- Siga las recomendaciones de los profesionales de Enfermería.
- Pida ayuda cuando lo necesite, llame al timbre.
- Levántese despacio, tómese su tiempo.
- Use calzado adecuado.
- Tiene mayor riesgo si el suelo está mojado o la habitación poco iluminada.

Por la mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente

Los profesionales sanitarios del Departamento de Salud de Alicante. Hospital General

Le agradecen su colaboración

GRACIAS

http://cuidados20.san.gva.es

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE – HOSPITAL GENERAL

POR TU SEGURIDAD



PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

INFORMACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES Y CUIDADORES

Todos podemos caernos, pero……
¿QUIÉN TIENE MAS RIESGO?



- Mayores de 65 años.
- Con dificultad para ver, oír, caminar o moverse.



- Si toma medicamentos:
  - Para dormir, disminuir la tensión arterial, la glucosa ……



- Pacientes:
  - Desorientados, mareados.
  - Pacientes recién operados.

¿CÓMO PUEDEN PREVENIRSE LAS CAÍDAS?

- NO LEVANTARSE RÁPIDO, espere un par de minutos sentado en el borde de la cama, sobre todo si lleva mucho tiempo acostado.



SI



NO

Utilice:

- CALZADO ADECUADO: zapatillas cerradas.
- NO CAMINE DESCALZO O SÓLO CON CALCETINES.
- Si el suelo está mojado pida ayuda.







- Bastón o Andador si tiene problemas para caminar.
- Si tiene subidas las barandillas de la cama, déjelas así, es por su seguridad.

- Mantenga alguna Iluminación por la noche.





- Llame al timbre si necesita ayuda para levantarse, ir al baño o está mareado.

¡¡IMPORTANTE!! COLABORACIÓN DE FAMILIARES PARA PREVENIR LAS CAÍDAS:

- Ayudar: en la higiene, ir al baño, levantarse……
- Deje el mobiliario de la habitación en su sitio para que no moleste.
- Si deja solo al paciente AVÍSENOS.
- Mantenga las medidas preventivas tal y como las ha encontrado.
- Coloque los objetos personales y el timbre a su alcance.

Anexo 5: plan de cuidados al paciente con riesgo de caídas.

CABECERA Hospital General de Alicante	

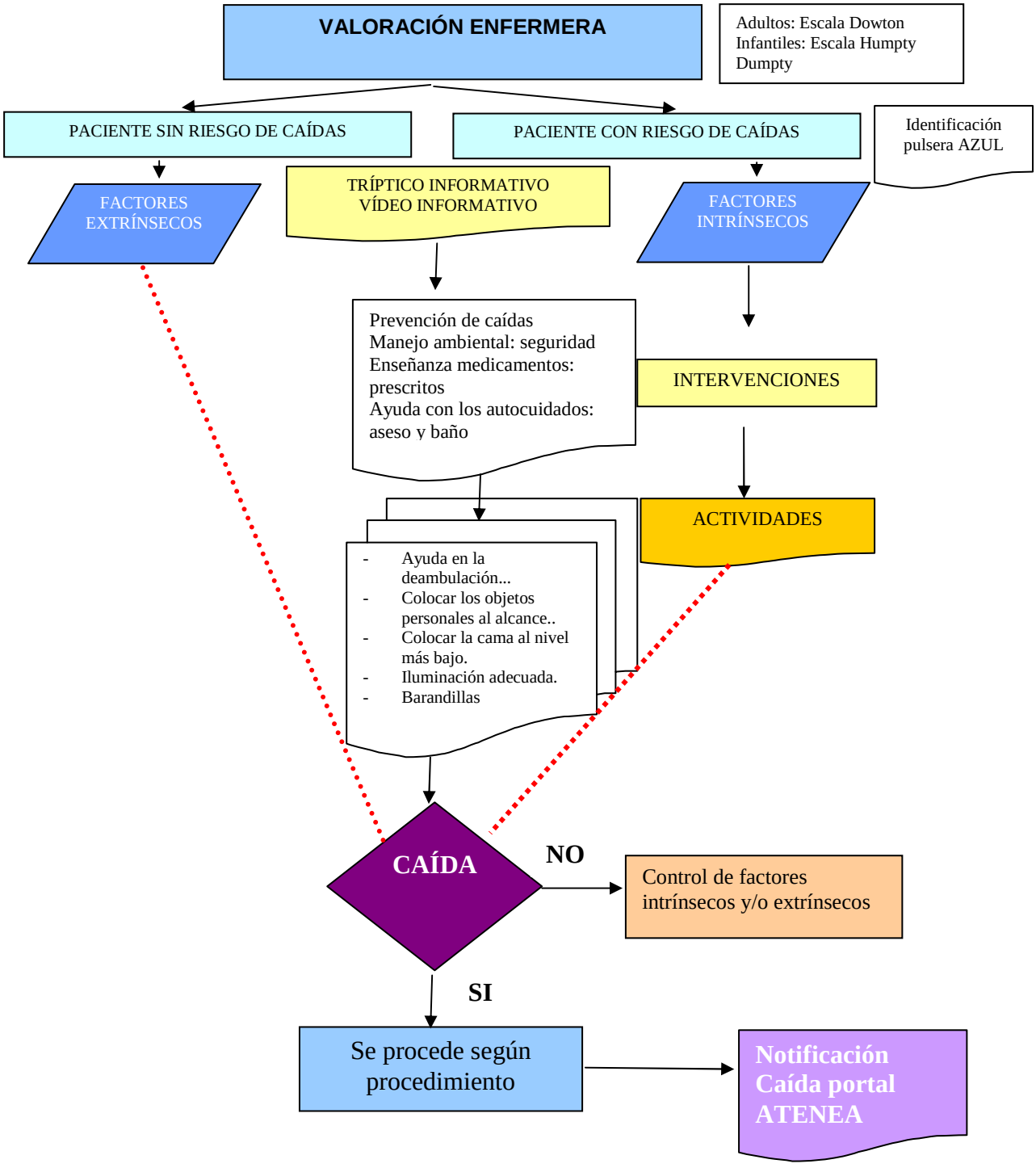
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA/PLÀ DE CURES D'INFERMERÍA PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS/ RISC DE CAIGUDES

Fecha/turno Data/hora	Diagnósticos/problemas de Enfermería/Diagnòstics d'infermería	Intervenciones/cures	Objetivos/Objectius
	□ **(00155) RIESGO DE CAÍDAS** □ Historia de caídas □ Medicación □ Dolor agudo y/o crónico □ Uso dispositivos de ayuda □ Dificultad de la marcha □ Deterioro movilidad □ Glucemia inestable □ Urgencia eliminación □ Dificultades auditivas □ Dificultades visuales □ Confusión, desorientación □ Otras:_____	□ **Prevención de caídas (6490)** - Ayudar a la deambulación a personas inestables. - Proporcionar dispositivos de ayuda (bastones, andador) para conseguir una deambulación más estable. - Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador. - Colocar los objetos personales al alcance del paciente sin que tenga que realizar esfuerzos. - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse. - Utilizar barandillas de la cama. - Colocar la cama a nivel más bajo. - Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre). □ **Manejo ambiental: seguridad (6486)** - Eliminar los factores de peligro del ambiente. - Asegurarse que el paciente lleve correctamente colocadas sus prótesis. - Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. - Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.	o Aumentar el grado de conocimientos del paciente y cuidadores sobre las medidas de prevención de caídas. o Aumentar las acciones personales o del cuidador para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA/PLÁ DE CURES D'INFERMERÍA PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS / RISC DE CAIGUDES

Fecha/turno Data/hora	Diagnósticos/problemas de Enfermería/Diagnòstics d'infermería	Intervenciones/cures	Objetivos/Objectius
		Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) - Instruir al paciente de los posibles efectos adversos de cada medicamento y sobre todo los relacionados con el aumento de la susceptibilidad de las caídas. - Instruir al paciente sobre las acciones correctas a tomar si se producen dichos efectos adversos. **Ayuda con los autocuidados: aseo(1804)** - Ayudar al paciente en el uso de la cuña o botella. Facilitar la higiene de aseo después de la eliminación. - Vigilar a los pacientes que estén tomando laxantes o diuréticos. - Recomendar a los pacientes masculinos orinar sentados. - Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación. **Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene (1801)** . - Proporcionar los objetos personales necesarios (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño). - Proporcionar la ayuda necesaria hasta su independencia	

ANEXO 6: ALGORITMO PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS



Anexo 7: Diagnósticos de Enfermería, Objetivos e Intervenciones relacionados con la prevención, detección y actuación ante las caídas.

DIAGNÓSTICO NANDA 00155 Riesgo de Caídas

Resultado esperado (NOC).

1909 Conducta Prevención de caída

1912 Caída

Intervenciones (NIC).

Las intervenciones (NIC) que dan respuesta, de forma general al diagnóstico Riesgo de Caídas, teniendo en cuenta los factores de riesgo mencionados, son:

6490 Prevención de caídas

6486 Manejo ambiental: Seguridad

1804 Ayuda con los autocuidados (aseo)

1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

6654 Vigilancia: Seguridad

Anexo 8: Grados de recomendación de la evidencia

Grados de recomendación (Derivan de los niveles de efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs - rev. 2008):

Grado A: Efectividad demostrada para su aplicación

Grado B: Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados

Grado C :Efectividad no demostrada

BIBLIOGRAFÍA:

1. Urrela M, Gómez E, Iglesias C, Valtierra M. et al. Caídas en un hospital de agudos: Características del paciente. Revista Mult. Gerontología. 2002; 12(1):14-18
2. Plan de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante Año 2008. Ed. Unidad de Calidad. Dirección de Enfermería del HGUA.
3. Plan de Gestión de riesgos y seguridad del paciente asociados a los cuidados enfermeros. 2009. Ed. Dirección de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante.
4. Martín Villodres, Paloma; Montoya Juárez, Rafael. Prevención de caídas en el anciano. Evidentia 2004 ene-abr;1(1). En: http://www.indexf. com/evidentia/n1/14articulo.php [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 6 de agosto 2009.
5. *Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. New England Journal of Medicine Enero 2003. 348(1) 40 – 49.*
6. Bueno-Cavanillas A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Frecuencia, características y consecuencia de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. Atención Primaria 1998 21(7): 437-445.
7. Bueno-Cavanillas A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. Medicina Clínica 1999; 112(1): 10-12.
8. Pujiula BM, Quesada SM; Grupo APOC ABS Salt. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. Atención Primaria. 2003 Jun 30;32(2):86-91.
9. Pujiula BM; Grupo APOC ABS Salt Efectividad de una intervención multifactorial para prevenir caídas en una comunidad. Atención Primaria. 2001 Oct 15;28(6):431-6.
10. Healey F., Scobie S., Oliver D., Pryce A., et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. Qual. Saf. Health Care 2008;17;424-430.
11. Koh S., Hafizah N., Lee J., Loo Y., Muthu R. Impact of a fall prevention programme in acute hospital setting in Singapore. Singapore Med J. 2009;50(4):425-432.
12. Moreira MD, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP. Variables asociadas con la ocurrencia de caídas a partir del diagnóstico de enfermería en ancianos atendidos ambulatorialmente. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(2):311-317.
13. Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):45-53.
14. Guía de Actuación de Enfermería: Manual de procedimientos 2ª edición. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana 2007.
15. Prácticas seguras relacionadas con los cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería de salu y servicios sanitarios Principado Asturias. 2010
16. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria. Osakidetza. Hospital de Cruces 2011.
17. Prevención de caídas. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. 2011.
18. Deborah Hill- Rodriguez, Patricia R, Messmer. Phoebe D, Williams, Richard A. Zelle, Arthur R. Williamss, Maria Word, and Marianne Henry. The Humpty Dumpty Falls Scale: A case-control study JSPN vol 14, nº 1:2009
19. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario pública de Andalucía. Comité operativo para la Seguridad del paciente. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2009.
20. Andrés Pretel F, Navarro Bravo B, Párraga Martínez I, De la Torre García MA, Del Campo del Campo JM y López-Torres Hidalgo J. Adherencia a las recomendaciones para evitar caídas en personas mayores de 64 años Albacete, 2009. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet] 2010 Julio-Agosto. [acceso 10 de febrero de 2011] 84 (4): 431-439. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17014738008.pdf

21. Joint Comisión. Sentinel Event Stadistics. March 31, 2007.
22. Fernández Moya OMª, García-Matres Cortés L, Gabriel Hernández P y González Jiménez C. Caídas de pacientes en una Unidad hospitalaria de Medicina Interna: validez de los registros de enfermería de detección del riesgo. [Acceso 12 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.codem.es/Docs/Noticias/caidas_pacientes_unidad_hospitalaria.pdf
23. Silva Gama da ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007.Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 43-56.
24. Sebastián-Viana T, García-Martín MR, Núñez-Crespo F, Velayos-Rodríguez EM, Martín-Merino G, González-Ruiz JM et al. ¿Cuál es la incidencia real de caídas en un hospital. Enfermería Clínica. 2011; 21(5): 271 - 274.
25. Minaya-Sáiz J, Lozano-Menor A, Salazar-de la Guerra RM. Abordaje multidisciplinar de las
26. Cameron ID; Murray, GR; Gillespie, LD; Robertson, MC; Hill, KD and Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue.
27. Best Practice Information Sheet. Caídas en hospitals. Instituto Joanna Brigss. 2007, vol 2 Actualizado:15-3-07