



Resolución Directoral

Puente Piedra, 24 de Mayo del 2017

VISTO:

La Hoja de Envío, registro 4784, que contiene el Memorando N° 321-05-2017-JUGC-HCLLH, mediante el cual, la Unidad de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Documento "Guía Práctica Clínica de Prevención de Caídas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y protegerla;



Que, el documento propuesto tiene como finalidad contribuir con la disminución de la incidencia de Riesgo de Caídas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y como objetivo garantizar la disminución de la incidencia de riesgo de caídas de los pacientes del Servicio de Medicina, el cual constituye un gran desafío, ofreciendo el primer nivel de atención integral para la identificación, clasificación y prevención de caídas;

Que, las disposiciones contenidas en el Documento "Guía Práctica Clínica de Prevención de Caídas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz" es de aplicación obligatoria por el personal de salud en el Área de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Neonatología, Emergencia, UCI y la Unidad de Recuperación por Anestesia;

Que, mediante Memorandum N° 014-01-17-JDE-HLLH, la Jefe del Departamento de Enfermería presenta a la Dirección Ejecutiva la "Guía Práctica Clínica de Prevención de Caídas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz" para su aprobación;

Con las visaciones del Jefe de la Oficina de Administración y Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;



En uso de las atribuciones conferidas mediante la Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

SE RESUELVE:

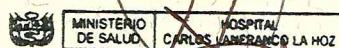
Artículo 1°.- Aprobar el Documento "Guía Práctica Clínica de Prevención de Caídas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 2°.- Disponer que la Unidad de Gestión de la Calidad y el Departamento de Enfermería, en coordinación con los servicios asistenciales donde se aplicará la presente Guía, realice el monitoreo y seguimiento de su aplicación, debiendo informar a la Dirección Ejecutiva la evaluación de los resultados obtenidos.

Artículo 3°.- Publicar la presente resolución en el Portal Institucional.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE



Dr. Javier Tsukazaki Kobashi Iwata
C.M.P. 21626 - R.N.E. 27579
DIRECTOR EJECUTIVO HCLH

JTK/HSV/GPMP

C.c.

*DOA

*Unidad de Gestión de la Calidad

*jefe de Enfermería

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA DE PREVENCION DE CAIDAS

2016

INDICE:

TITULO: GUA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PREVENCION DE CAIDAS

I. FINALIDAD.

II. OBJETIVO.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREVENCION DE CAIDAS

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIÓN

5.2. ETIOLOGÍA

5.3. FISIOPATOLOGÍA

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente

5.5.2. Estilos de Vida

5.5.3. Factores hereditarios

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

6.1.2. Interacción cronológica

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

6.2.2. Diagnóstico diferencial

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

6.3.2. De Imágenes

6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

**6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD
RESOLUTIVA**

6.4.1. Medidas generales y preventivas

6.4.2. Terapéutica

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

6.4.4. Signos de alarma

6.4.5. Criterios de Alta

6.4.6. Pronóstico

6.5. COMPLICACIONES

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

6.7. FLUXOGRAMA

VI. **ANEXOS.**

VII. **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA.**

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PREVENCION DE CAIDAS

I. FINALIDAD

Contribuir con la disminución de la incidencia de Riesgo de Caídas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

II. OBJETIVO

Garantizar la disminución de la incidencia de riesgo de caídas de los pacientes del servicio de Medicina en el cual constituye un gran desafío, ofreciendo el primer nivel de atención integral para la identificación, clasificación y prevención de caídas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Riesgo de Caída será aplicada por el personal de salud, en el área de hospitalización de Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Neonatología, Emergencia, UCI y Unidad de recuperación pos anestésica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CAIDAS

4.1 NOMBRE Y CODIGO: Riesgo de caídas (00155)

4.2 TRATAMIENTO:

Rehabilitación o adaptaciones ambientales:

- Terapia física
- Sillas altas y firmes, ejercicios de fortalecimiento.
- Ejercicio del cuello, collar cervical, almacenamiento adecuado de los artículos de uso diario e su camilla.

- Entrenamiento del equilibrio, ejercicios de la espalda, ambiente sin obstáculos, bastón apropiado y luz de noche.
- Evaluación sensorial, zapatos apropiados, enseñanza de la marcha, piso pulido.
- Tratamiento específico y buena iluminación.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.

5.2 ETIOLOGIA

Sus causas pueden ser:

Accidentes: tropiezos, resbalones, interacciones entre riesgos ambientales y factores que aumentan la susceptibilidad.

Sincope: respuestas vasovagales (bradiarritmias, taquiarritmias, estenosis aórtica), sucesos neurológicos agudos (tromboembolismo, convulsiones), embolia pulmonar, trastornos metabólicos (hipoxia, hipoglicemia)

“Ataque de caídas”: insuficiencia vértebrobasilar; suele desencadenarse a consecuencia de un cambio brusco en la posición de la cabeza.

Inestabilidad: hipotensión ortostática, depleción de volumen extravascular.

Síndromes vertiginosos: alteraciones del oído interno, enfermedad de Menière, vértigo postural benigno, isquemia e infarto vertebro-basilar y cerebeloso.

Hipotensión Ortostática (postura): hipovolemia y gasto cardíaco bajo, disfunción autonómica, alteración del retorno venoso, reposo en cama prolongado, hipotensión inducida por fármacos, hipotensión postprandial.

Causas Farmacológicas: diuréticos, que se asocian a caídas por hipovolemia; antihipertensivos, que se asocian a caídas por hipotensión; antidepresivos tricíclicos, que se asocian a caídas por hipotensión postural; sedantes, que se asocian a caídas por sedación excesiva; antipsicóticos, que se asocian a caídas por sedación, rigidez muscular, hipotensión postural; hipoglucemiantes, que se asocian a caídas por hipoglicemia aguda; alcohol por intoxicación.

Procesos patológicos específicos: enfermedad aguda de cualquier tipo, enfermedades crónicas.

5.3 FISIOPATOLOGIA

El ser humano es bípedo y una de sus características es que su centro de gravedad se encuentra en la pelvis que representa un punto elevado sobre una base de soporte estrecha. Para contrarrestar la gravedad el centro de equilibrio debe lograr una fuerza en reacción al suelo y opuesta a la gravedad en el plano vertical que se localiza en el medio de la base de soporte.

El equilibrio puede ser alterado por dos tipos de eventos:

- Alteraciones internas: inducidas por el sujeto para lo cual se realizan ajustes posturales anticipados previos al movimiento para contrarrestar su efecto desestabilizante.
- Alteraciones externas o inesperadas: derivadas del entorno. Se desencadenan respuestas posturales que en sujetos jóvenes y sanos son rápidos y automáticas.

Se requiere de un SNC integro para lograr responder a esto con las contracciones musculares necesarias. Es posible que en ancianos estos mecanismos se pierdan.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Las caídas son acontecimientos involuntarios y son un importante problema mundial de salud pública. Estadísticas internacionales como la entidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran datos donde las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales.

Las cifras de caídas tienden a minusvalorarse. A menudo existe cierta pasividad ante el anciano que cae repetidamente, tanto en el entorno familiar como en ámbitos profesionales. Así se reportan, fundamentalmente, aquellas que han provocado lesiones físicas, quedando sin referenciar las que no han requerido atención sanitaria urgente.

Las caídas en cifras:

- Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales.
- Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos.

- Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.
- Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.
- Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente

- Barandilla inadecuada de la cama.
- Freno de la cama inadecuado o defectuoso.
- Iluminación no adecuada.
- Mobiliario no adecuado
- Servicio inaccesible y sin asideros.
- Suelo mojado deslizante.

5.5.2 Estilos de Vida

- Alcohol
- Drogadicción
- Desorden
- Ropa y calzado inadecuado

5.5.3 Factores hereditarios

- Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos.
- Actitud resistente, agresiva o temerosa.

1. Hipotensión.
2. Hipoglucemia.
3. Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.
4. Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones...)
5. Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos...)
6. Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

Caída accidental: es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ej: tropiezo) y que no vuelve a repetirse.

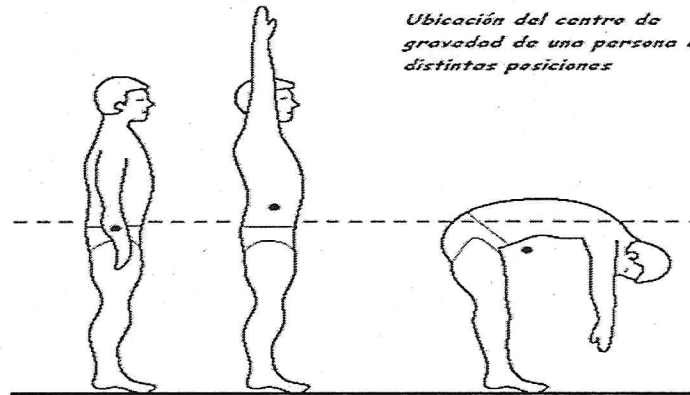
Caída repetida: expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.

Caída prolongada: es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante.

6.1.1 Signos y Síntomas

- No poder levantarse
- Pérdida de equilibrio
- Mareos

- Vértigo
- Somnolencia
- Síncope
- Estado mental confuso



6.1.2 Interacción cronológica

Son acontecimientos que se presentan en edades de representativas como son menores de cinco años; porque están en todo el desarrollo, adquiriendo capacidades, aprendiendo a caminar, correr, saltar y trepar y los mayores de setenta y cinco años, como parte del envejecimiento propio de la persona.

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías

El equilibrio es la capacidad de poder mantener una posición en el espacio-temporal, independiente cual sea la movilidad que se ejecute.

- Centro de gravedad: el centro de gravedad de un cuerpo es el punto respecto al cual las fuerzas que la gravedad ejerce sobre los diferentes puntos materiales que constituyen el cuerpo producen un momento resultante nulo.

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnostico

Una estrategia para minimizar el número de caídas, es el uso de instrumentos de evaluación para identificar a los pacientes con riesgo de caídas. Pero debemos tener en cuenta que cualquier escala no abarca todos los posibles factores de riesgo que pueden llevar a una caída.

Por ello es necesario hacer una valoración inicial al ingreso donde registremos todos los factores de riesgo relacionados con caídas. De esta valoración extraeremos los datos para aplicar la escala de valoración del riesgo, sin olvidar otros factores de riesgo valorados, no incluidos en la escala, que sean predictivos de caídas, a los cuales se aplicarán las intervenciones necesarias.

La Escala de J. H Downton recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas. **Antes de producirse la caída**

Engloba tres puntos fundamentales:

- **Identificación del paciente con alto riesgo de caída** (Valoración integral con factores de riesgo de caídas, escala de valoración del riesgo y reevaluación cuando se modifique su estado de salud/factores de riesgo y en A. P. Examen de salud anual mayores de 65 años)
- **Inclusión del paciente atendido en el protocolo de prevención de caída** (identificador visual en Hª Clínica, información profesionales/paciente/familia)

- **Aplicar medidas preventivas para modificar o tratar las condiciones que incrementan el riesgo de caída.** (Plan de cuidados)

Medidas preventivas:

Ante un paciente diagnosticado de riesgo de caídas se intervendrá en el mayor número de los factores de riesgo asociados detectados. Por ello se hace necesaria la coordinación del equipo multidisciplinar, para que el paciente logre la autonomía e independencia y mejore su calidad de vida.

6.2.2 Diagnostico deferencial

Para evaluar el riesgo de caídas debemos saber conocer el perfil del paciente con riesgo de caídas.

El perfil del paciente con riesgo de caídas se ha asociado con los criterios siguientes:

- Toda persona con movilidad limitada.
- Alteración del estado conciencia, mental o cognitivo.
- Necesidades especiales de aseo (incontinencia).
- Déficit sensorial.
- Historia de caídas previas (últimos 12 meses).
- Medicación de riesgo y/o Polimedicado.
- Edad: menor de 5 y mayor de 65 años.

- Otro: Transferencia/transporte de pacientes (actividad).

Debemos tener en cuenta los factores de riesgo que predisponen a una persona a sufrir algún tipo de caída por lo cual tenemos:

Factores de riesgo extrínsecos:

- Riesgos ambientales generales:

Iluminación inadecuada, suelos resbaladizos, superficies irregulares, barreras arquitectónicas, espacios reducidos, mobiliario inadecuado, entorno desconocido, condiciones meteorológicas adversas, orografía del terreno, vías de acceso.

➤ Riesgos del entorno: unidad asistencial.

Altura de las camillas/camas y ausencia de dispositivos de anclaje, altura y tamaño de las barandillas, espacios reducidos, dispositivos y mobiliario asistenciales que se comportan como obstáculos, ausencia, ineficacia o mal funcionamiento de dispositivos de apoyo, deambulación o estabilización.

➤ Riesgo del entorno: paciente.

Calzado o ropa inadecuada, falta o mala adaptación de gafas y audífonos, carencia inadecuada de ayudas técnicas para caminar o desplazarse.

➤ Riesgo del entorno: evacuación / transferencia.

Vía y medio de evacuación, medidas de sujeción física/inmovilización, formación de los profesionales,

efectos del transporte sobre la persona/ proceso de salud/ enfermedad.

Factores de riesgo intrínsecos:

➤ Factores propios del paciente:

- Edad del paciente; < 5 años y > 65 años.
- Historia de caídas previas.
- Alteración del estado de conciencia.
- Alteración de la capacidad de percepción sensorial.
- Alteración de la capacidad motora, nivel funcional, alteración de la marcha, movilidad, equilibrio, mantenimiento postural, astenia. Trastorno en las facultades mentales, procesos de pensamiento, conducta.
- Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres.
- Peso del paciente.
- Existencia de barreras comunicativas.
- Alteración del estado nutricional, obesidad, carencias nutricionales, déficit vitamínico, deshidratación.

➤ Factores de riesgo intrínsecos:

- Factores propios de la enfermedad:
- Enfermedades neurológicas, respiratorias, cardíacas, articulares, inmunológicas, metabólicas, cardiovasculares, músculo esqueléticas.
- Enfermedad Aguda, reagudizaciones de procesos ya instaurados.
- Conocimiento del proceso, enfermedad, régimen terapéutico. Conducta de cumplimiento del régimen terapéutico. Dolor agudo y crónico.

- Hábitos tóxicos.
- Pacientes convalecientes de cirugía, quirúrgicos.
- Alteración en el control de la Temperatura corporal.

➤ **Factores derivados del régimen terapéutico:**

- Régimen terapéutico del paciente, efectos adversos (antihipertensivos, antiarrítmicos, diuréticos, vasodilatadores, analgésicos, sedantes, hipnóticos, relajantes musculares, antihistamínico).
- Pacientes con dispositivos implantados/ prótesis.
- Dispositivos de soporte que emplea el paciente referidos a la inmovilización, eliminación.

➤ **Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad:**

- Aceptación del estado de salud, afrontamiento.
- Conductas de riesgo.
- No solicitud de ayuda cuando se necesita.
- Factores de tipo social:
- Ausencia de red de apoyo: Cuidador / Agente de autonomía asistida. Pacientes institucionalizados.

Diagnóstico de enfermería para pacientes con riesgo de caídas

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Primer diagnóstico de Enfermería

000155: Riesgo de caídas r/c factores ambientales y deterioro de la movilidad.

RESULTADO ESPERADO (NOC).

1909 Conducta Prevención de caída

1912 Caída

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (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

Segundo diagnóstico de Enfermería

00155 Riesgos de caídas r/c edad superior a los 65 años, antecedentes de caídas previas, suelo resbaladizo

RESULTADO ESPERADO (NOC)

1909 conducta prevención de caídas

- Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍAS (NIC)

6490 Prevención de caídas

Actividades:

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Identificar conductas que afecten al riesgo de caídas.

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica

- Bioquímica

6.3.2 De imágenes

- Rayos x
- Tomografías computarizadas
- Resonancia magnética

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios

- Resonancia nuclear magnética.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Debemos considerar como medidas generales y preventivas:

- Conservar despejado y limpio el suelo de las zonas de paso y de trabajo, eliminando cosas que puedan provocar una caída (cajas, herramientas, restos de comida, etc.). Se debe evitar comer en el puesto de trabajo.
- Depositar los desperdicios industriales en recipientes adecuados.
- Si el suelo está desgastado y resbaladizo, hay agujeros o irregularidades, se debe comunicar rápidamente al responsable de seguridad.
- Iluminar adecuadamente las zonas de trabajo y de paso, según la Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Mientras se está realizando un trabajo se debe mantener la atención necesaria para evitar distracciones que puedan provocar un accidente.

- Utilizar calzado adecuado al tipo de trabajo que se realiza (calzado de seguridad en la manipulación de materiales, botas impermeables en tareas de hormigonado, etc).

6.4.2 Terapéutica

Valoración de la movilidad articular de miembros inferiores.

- Evaluación manual muscular funcional de los miembros inferiores.
- Valoración postural, observando acortamiento de miembro inferior, desviaciones y deformidades.
- Capacidad del paciente para realizar cambios posturales de supino a prono, supino a sedente en cama, de sedente a bípedo y bípedo a sedente, observando si al realizarlo el paciente presenta mareo, dificultad o inestabilidad.
- Valorar la capacidad del paciente de mantener el equilibrio estático y dinámico tanto sedente y bípedo, apoyo monopodal, cambios de dirección y giro de 360° en bípedo.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Las caídas son efectos adversos que se presentan diariamente en el ámbito hospitalario. La frecuencia de las caídas como efecto adverso es de un 0,5%. 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.

Aunque todos los pacientes tienen, en alguna medida, riesgo de caerse durante su estancia hospitalaria, existen múltiples factores asociados al aumento del riesgo que sería necesario detectar a través de instrumentos de evaluación, que identifiquen al paciente de alto riesgo y así poder reducir el número de caídas en el hospital.

6.4.4 Signos de alarma

Signos de alerta vinculados a la caída

- El adulto mayor presenta traumatismos físicos moderados o graves.
- El adulto mayor no puede levantarse.
- El adulto mayor presenta un síndrome de post-caída.

Signos de alerta vinculados a una enfermedad

- Síntomas de alguna enfermedad (accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca).

Signos de alerta vinculados a la incidencia:

- Las caídas ocurren con más frecuencia.
- El adulto mayor presenta más de 3 factores de riesgo de caída.
- Problemas para mantener el equilibrio.

Principales factores de riesgo de caída grave:

- Osteoporosis confirmada.
- Consumo de medicamentos anticoagulantes.
- Aislamiento social y familiar.

6.4.5 Criterios de Alta

Para un criterio de alta debemos evaluar al paciente con la escala de Downton:

ESCALA DE RIESGOS DE CAIDAS J. H. DOWNTON

CRITERIO DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
Caídas previas	SI	1
	NO	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros	1
	Ninguno	0
Déficit sensoriales	Alteraciones visuales o auditivas	1
		0
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación Psicomotora	1
		1
Deambulación	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
		1
	TOTAL PUNTAJE	

Clasificación:

Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos.

Riesgo medio: 3 a 4 puntos.

Riesgo Alto: 5 a 9 puntos.

6.4.6 Pronostico

El pronóstico después de una caída va a depender del estado basal del paciente previo al accidente y de si hubo o no fractura asociada. Esto debido a que aquellos pacientes incapacitados o que sufren una lesión agregada, tienen un pronóstico más reservado:

- Un tercio de estos pacientes mueren en un año.
- Un tercio de los restantes continúa presentando caídas intermitentes.
- El pronóstico es aún peor en aquellos ancianos que caen y quedan en el suelo toda la noche o durante una hora siendo incapaces de levantarse o atraer atención.
- El síndrome de fragilidad incrementa el riesgo de caídas, fracturas, dependencia, dificultad de capacidad de marcha, deterioro de las capacidades cognitivas, lo que incrementa el riesgo de discapacidad 2 a 5 veces y el de hospitalización 2 veces en adultos mayores.

6.5 COMPLICACIONES

Complicaciones físicas, como el trauma inmediato, heridas, contusiones, hematomas, fracturas y reducción de la movilidad. Las caídas tienen importantes consecuencias psicológicas y sociales como:

- Depresión o el miedo a una nueva caída.
- Cambios del comportamiento y actitudes que pueden observarse en los cuidadores y en su entorno familiar que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales.

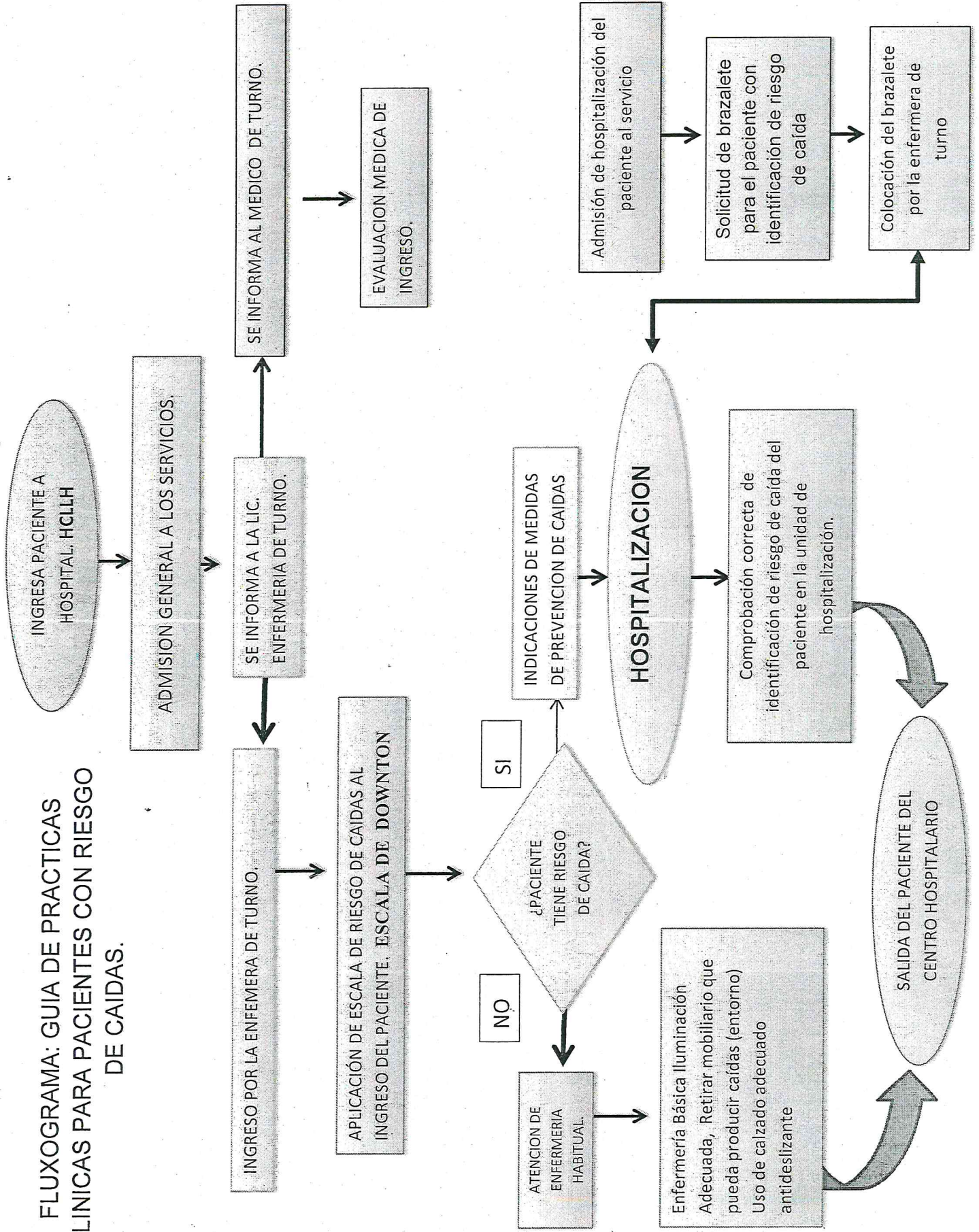
- Las caídas también tienen consecuencias económicas, ya que en los casos de hospitalización o institucionalización hay aumento de costos y con el aumento de la dependencia, la necesidad de un cuidador.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En todo paciente con riesgo de caída, el costo de un traslado implica caídas, etc., condiciones que pueden empeorar el pronóstico final de ese paciente. Es por esto que cada traslado a este tipo de pacientes debe estar ampliamente justificado, y no debe existir una alternativa segura a ese cambio de estado.

6.7 FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA: GUIA DE PRACTICAS CLINICAS PARA PACIENTES CON RIESGO DE CAIDAS.



VII. ANEXOS

GUÍA DE USO DEL BRAZALETE PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA

OBJETIVO:

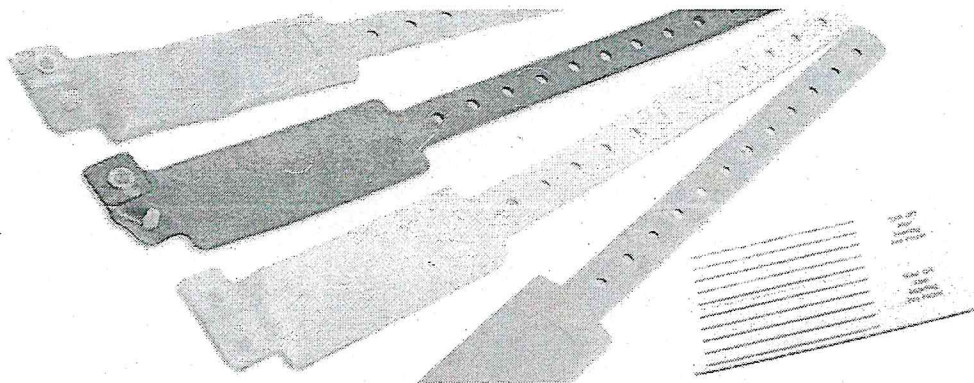
Implantar un sistema de identificación único para todos los pacientes con riesgo de caídas ingresado del servicio de medicina del HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.

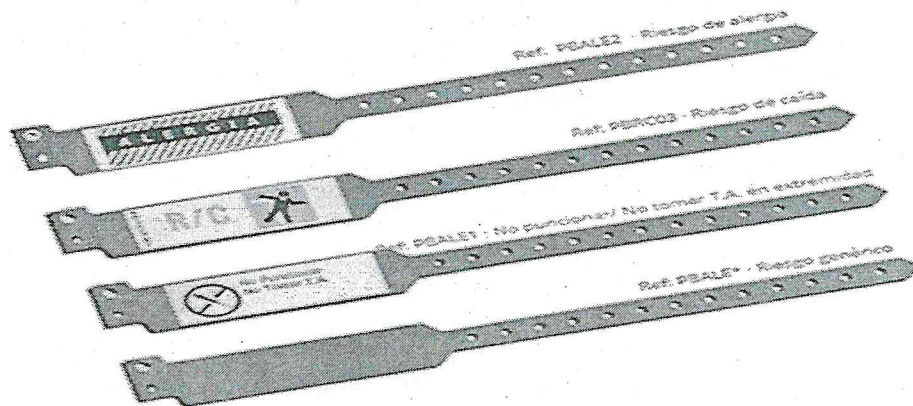
SUBJETIVO:

Crear un plan de calidad para mejorar la seguridad en los pacientes con la identificación mediante brazaletes identificativo de forma obligatoria para todo los pacientes con riesgo de caída ingresados al servicio de medicina.

CARACTERISTICAS DE LA PULSERA:

- Brazaletes de identificación para los paciente con “**riesgo de caída**”
- Color **rojo**, medida 2.5 cm por 8 cm.
- Personalizadas con el logotipo del “**HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.**”
- Compatibilidad con el sistema de información del Hospital.





METODOLOGIA:

Será el personal asistencial de enfermería quien verifique el riesgo de caída mediante la escala de **DOWNTON**, colocará el brazalete a los pacientes que ingresan con situaciones:

1. Si el paciente ingresa desde observación será el enfermero responsable de verificar los datos del paciente y colocar el brazalete rojo de identificación de riesgo de caída.
2. Si el paciente que ingresa desde consultorio externo, será el enfermero responsable de verificar los datos del paciente y colocar el brazalete rojo de identificación de riesgo de caída.
3. El enfermero(a) de la unidad que recibe al paciente se encarga de comprobar el riesgo de caída
4. El brazalete se coloca preferentemente en la muñeca del brazo dominante o caso de que pueda interferir con los cuidados, se colocara en tobillo.
5. Si un procedimiento requiere su retirada, será reemplazada a la brevedad posible al paciente; la solicitud de reposición de una pulsera deberá ser justificada al servicio mediante un pedido donde se le proporciona un nuevo brazalete al paciente.

6. Todo personal que detecte la ausencia de brazalete en los pacientes con riesgo de caída, comunicará el hecho a la enfermera responsable de la atención.
7. El brazalete no se quita hasta que el paciente salga de alta o hasta que no presente riesgo de caída.
8. Se informará al paciente y/o familiares o tutores sobre el funcionamiento de la pulsera,
9. También se les informa sobre:
La obligatoriedad de comunicar su deterioro, robo o extravió.
La pulsera no requiere ningún mantenimiento especial, se puede realizar el aseo personal del paciente con la misma.
10. Se marcará en la pizarra de identificación que se encuentra en la cabecera si el paciente tiene riesgo de caída.

SITUACIONES DE EMERGENCIA

- En emergencias o situaciones en que la vida del paciente se puede ver afectado, tiene prioridad los cuidados antes que la identificación de riesgo de caída del paciente, En cuanto sea posible, la enfermera que esté a cargo del paciente será la encargada de identificar al paciente y colocar el brazalete.
- En caso del paciente que rechaza llevar el brazalete identificativo. El paciente deberá ser informado del riesgo de no llevar el brazalete. Esto debe ser presenciado por un testigo (miembro del equipo de salud).
- En caso que el brazalete no puede ser colocado en los brazos del paciente debido a su patología (tratamiento dermatológico, múltiples acceso venosos...) se colocara la identificación en el tobillo y/o lugar donde se conveniente.
- Si fuera causa de intolerancia por razones de alergia, se dejara constancia por escrito en la historia clínica del paciente.

DIAGRAMA DE FLUJO: ADMISIÓN AL SERVICIO DE MEDICINA

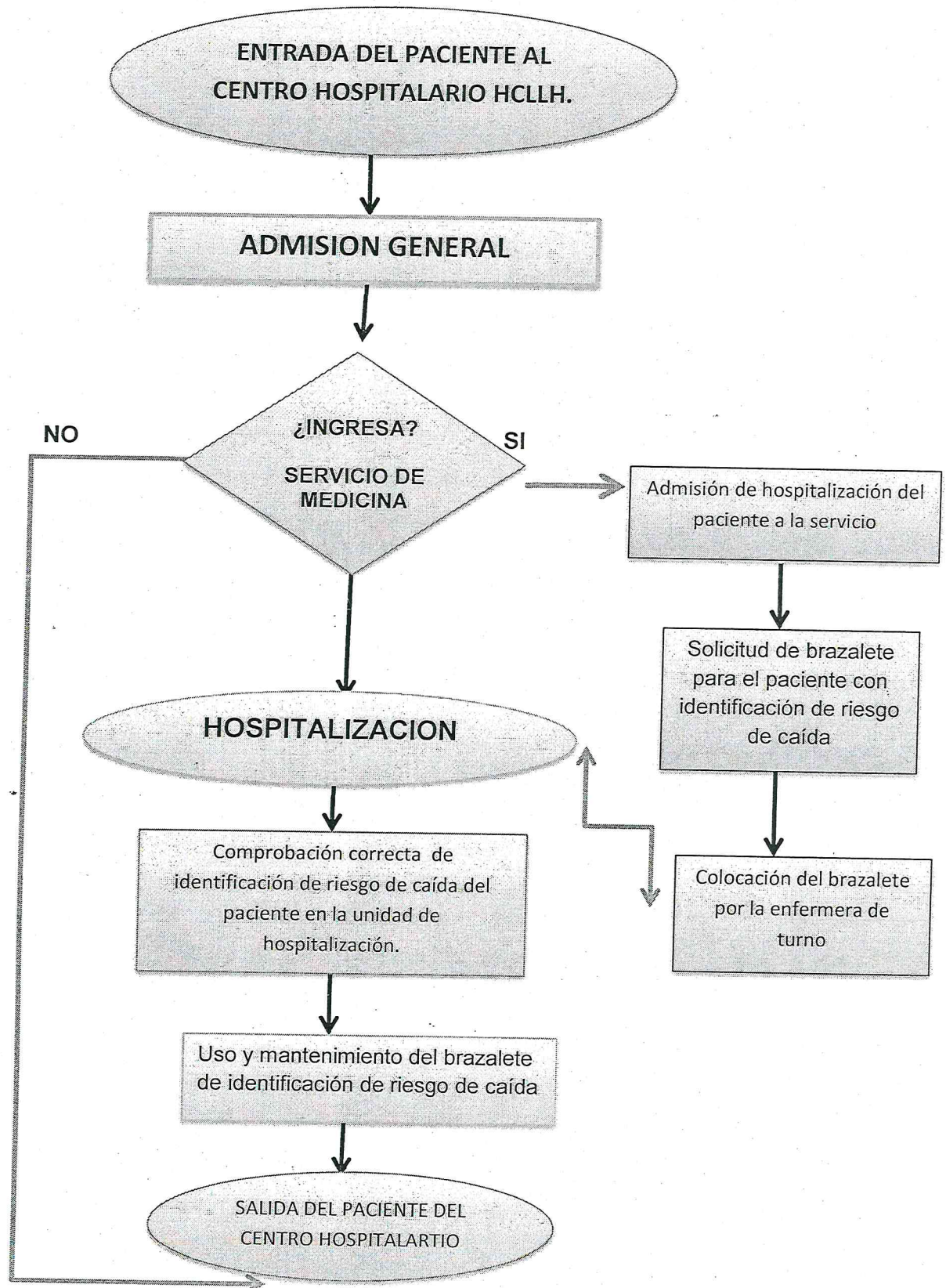
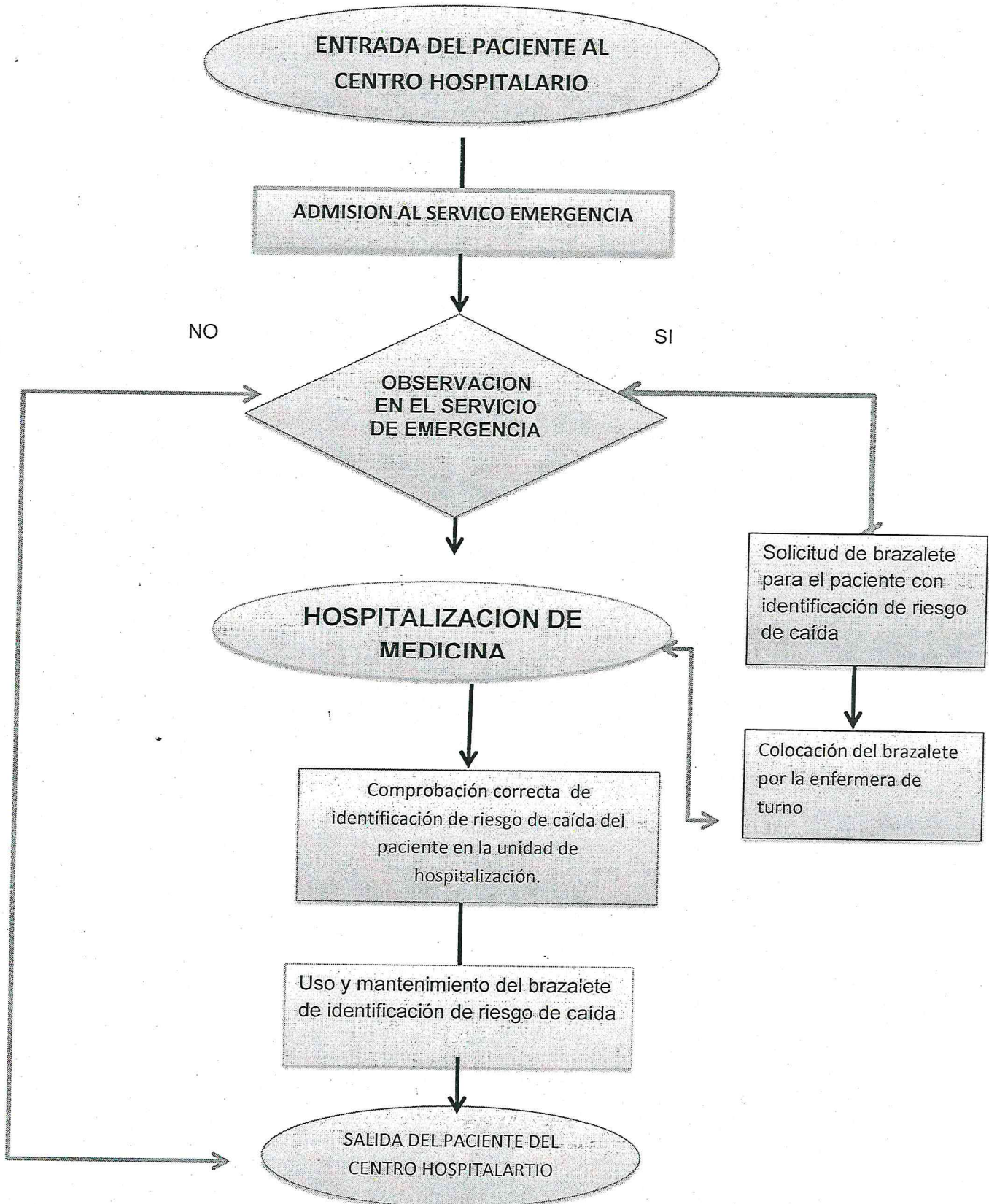


DIAGRAMA DE FLUJO: ADMISIÓN AL SERVICIO DE EMERGENCIA



CONTROLES DE CALIDAD:

INDICADORES

Número de pacientes identificados correctamente en la unidad.
----- x100
Número de pacientes ingresados a la unidad.

ESTE INDICADOR SE REALIZA EN:

- Hospitalización
- cama
- Pacientes

Número de pacientes con incidencia recogidas en admisión
----- x100
Número de pacientes ingresados.

RESPONSABILIDAD:

JEFATURA DE ENFERMERIA

1. Poner en marcha las acciones necesarias para definir, implantar y mejorar continuamente el proceso.
2. Asegurar que el proceso se desarrolle según los objetivos previstos eficiencia y eficacia.
3. Ser interlocutor del proceso de los supervisores de enfermería sobre la marcha del proceso.

SUPERVISORA DE ENFERMERIA

1. Asegurar que el proceso de identificación del paciente sea realizado adecuadamente por el servicio.
2. Proponer mejoras a la jefatura de enfermería.

JEFA DE SERVICIO DE ENFERMERIA

1. Contar con el abastecimiento de brazaletes y formatos de escala de Dowton
2. Asegurar que el personal de enfermería realice la identificación de riesgo de caída a cada paciente que ingrese a su servicio
3. Verificar la colocación del brazalete rojo al paciente en riesgo de caída.
4. Verificar que en la pizarra de identificación del paciente esté marcado el riesgo de caída en el lugar correspondiente.
5. Proponer mejoras a la jefatura de enfermería.

PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVCIO

1. La enfermera de la unidad que recibe al paciente se encargara de verificar el riesgo de la caída en su unidad utilizando la escala de Dowton
2. Colocar el brazalete correspondiente
3. Registrar en la historia clínica el tipo de riesgo
4. Considerar el diagnóstico de enfermería de riesgo de caída en el SOAPIE
5. En caso de solicitud de un nuevo brazalete, será su responsabilidad solicitarla llenando el formato de Anexo 1.

TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

1. Recoger de la jefatura de servicio los brazaletes
2. Velar por la conservación del brazalete.

ANEXO I:

**SOLICITUD DE BRAZALETE DE IDENTIFICACION DE
RIESGO DE CAIDAS**

MOTIVOS	SUGERENCIAS
1. Rotura, deterioro y/o ilegible. 2. Por necesidad asistencial: la pulsera impide la realización de algún procedimiento o cuidado. 3. El paciente se quitó o lo perdió. 4. El paciente será intervenido quirúrgicamente. 5. Otros.	
	Servicio: _____ Fecha: _____
	Enfermera(o) responsable: _____

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. "PROTOCOLO DE IDENTIFICACION DE PACIENTE" autor: complejo hospitalario universitario de albanice 2010. [en línea 09/11/16]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/95b881379d9c6adcb509d400ffe09cd7.pdf>
2. "PROTOCOLO GENERAL DE CAIDAS" autor: Hospital universitario Ramón y Caja 2005 [en línea 09/11/16] Disponible <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true>
3. "FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES hospitalizados "autor: Sandra Sonalí Olvera México 2013. [en línea 09/11/16]. Disponible : <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131j.pdf>
4. "Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor" autor: Gobierno de Chile – Ministerio de salud. [en línea 09/11/16]. Disponible: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>
5. "CAÍDAS - GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO" autor: organización panamericana de la salud. [en línea 09/11/16]. Disponible : <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>