

Dic 2009



Estrategia  
para la Seguridad del Paciente del SSPA

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CAÍDAS  
EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.

Comité Operativo para la Seguridad del Paciente  
Consejería de Salud



### *Autores*

1. Introducción
2. Objetivo
3. Alcance
4. Términos y definiciones
5. Escala de valoración del Riesgo de Caídas
6. Descripción
7. Evaluación
8. Bibliografía
9. Anexos

Algoritmos de Actuación.

Registro de Notificación de Caídas.

Recomendaciones para la población.

Plan de acción.

Plan de difusión.

10  
Seguridad



## AUTORES

### Ámbito: Hospital + Residencia

Mercedes Muñoz Conde  
Enfermera M. Interna  
Hospital Axarquía (Vélez- Málaga)

Francisco Aguiar García  
Jefe Servicio Traumatología  
Hospital Axarquía (Vélez- Málaga)

Belén Negueruela Ceballos  
Enfermera Gestión Casos  
Hospital Axarquía (Vélez- Málaga)

Ana María Mora Banderas  
Enfermera Supervisora Unidad de Calidad  
Hospital Costa del Sol

Francisco Fernández Camino  
Jefe de Bloque de Calidad  
Hospital Regional Carlos Haya (Málaga)

Jorge Muñiz Delgado  
Celador  
Hospital Axarquía (Vélez- Málaga)

Eugenio Vera Salmerón  
Coordinador de Grupo  
Responsable de la Unidad de Atención a Residencias  
Distrito Metropolitano de Granada

Reyes Carrión Camacho  
Coordinadora de gestión clínica de Cuidados

10  
Seguridad



Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

Camelia García Fernández

Responsable Formación

H. Juan Ramón Jiménez (Huelva)

Marta Aranda Gallardo

Supervisora de Enfermería

Hospital Costa del Sol

M<sup>a</sup> Francisca Rico García

Auxiliar de Enfermería Traumatología

Hospital Axarquía

Nieves Morales Cuenca

Auxiliar de Enfermería Medicina Interna

Hospital de la Axarquía

### Ámbito: Atención Urgente (ambulancias + urgencias)

Fernando Ruiz Medialdea

Enfermero Urgencias

Hospital Axarquía

Juan Trujillo Illescas

Coordinador de Grupo

Enfermero

EPES (Málaga)

Francisco Mérida Ramírez

Médico

EPES (Málaga)

Dolores Platero Ortega

Enfermera DCCU

DCCU Distrito Sanitario Axarquía Málaga

10  
Seguridad



Clara Rico Bueno

Médico

DCCU C. Salud Torre del Mar (Axarquía-Málaga)

Miguel Angel Díaz Pérez

Tecnico 061

EPES (Málaga)

### Ámbito: Atención Primaria + Domicilio

Francisco Suárez Salazar

Médico

C. Salud Vélez Sur (Axarquía-Málaga)

Julia Molina Alonso

Enfermera

C. Salud Viñuela (Axarquía-Málaga)

Adela Ortega Arcario

Trabajadora Social

Distrito Axarquía (Málaga)

Jesús Castillo Bonilla

Coordinador de Grupo

Enfermero de Enlace

Distrito Axarquía (Málaga)

Joaquín Barranco Hurtado

Fisioterapeuta

Distrito Axarquía (Málaga)

10  
Seguridad



Gerardo Grau Fibla

Médico de familia

Distrito Sevilla (CS. Pino Montano A)

Teresa Corrales Bonilla

Enfermera Gestora de Casos

Distrito Sanitario A.P Sierra de Cádiz

**Apoyo Técnico.** Jose Manuel Molina Doñoro. Técnico Consejería de Salud

**Coordinadora del grupo:** Yolanda Sánchez Acha

10  
Seguridad



## 1. INTRODUCCIÓN.

Las caídas, entre la población atendida en el ámbito sanitario, representan un problema común y persistente. Las tasas de caídas suelen variar en función del casemix, del entorno y de las prácticas sanitarias, pero más del 84 por ciento de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas. Éstas tienen graves consecuencias, tanto físicas (ocasionan fracturas en un 5-6 por ciento de los casos, y lesiones que reducen la calidad de vida) como psicológicas (pérdida de seguridad en sí mismo, miedo a volverse a caer, lo que provoca restricciones en la movilidad), sin olvidar su repercusión social y económica, además de tener una elevada mortalidad, ya que causan el 70 por ciento de las muertes por accidente en personas mayores de 75 años. Se ha estimado que un tercio de las personas mayores de 65 años, y la mitad de los mayores de 80, sufre al menos una caída al año.

Las consecuencias de no identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y no tipificar el riesgo en pro de realizar las intervenciones que se consideran oportunas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente y la comunidad. La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.

El programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre envejecimiento y salud pone especial énfasis en las medidas de prevención para los factores que contribuyen en las caídas. En esta línea, la Consejería de Salud de Andalucía implantó el examen de salud a los mayores de 65 años con el objetivo de detectar precozmente los problemas de salud y las necesidades de cuidados, actuando sobre ellos para mantener el máximo tiempo posible una buena calidad de vida y aumentando así el período libre de falta de autonomía.

Una de las principales prioridades, dentro de las estrategias de Seguridad del Paciente que plantea la Consejería de Salud, es instaurar a nivel autonómico una política de actuación, en cualquier ámbito dónde se atienda al ciudadano, para prevenir, detectar y actuar ante las caídas. Para ello se ha elaborado un procedimiento de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas, compatible, a su vez, con las distintas estrategias que se están llevando a cabo en los centros del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general:

- Disminuir la incidencia de caídas y sus secuelas en las personas que por su situación vital y/o características medio-ambientales estén en riesgo de sufrir este evento.

### 2.2. Objetivos específicos:

- Identificar en la práctica asistencial la población con riesgo de caída con independencia del entorno en que se encuentre.
- Establecer intervenciones efectivas y personalizadas para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de caída.

Seguridad



- Garantizar la transferencia de información de los pacientes, en “Riesgo de Caídas”, entre los profesionales que intervienen en su proceso asistencial, en cualquier ámbito de actuación.
- Establecer un registro de notificación que permita un feed-back para conocer incidencias, causas y establecer estrategias de mejora.
- Definir indicadores que muestren el nivel de implantación, la prevalencia de caídas, los riesgos asociados y la eficacia de las intervenciones.
- Establecer estrategias de sensibilización a profesionales, pacientes y cuidadores en identificación de los factores de riesgo y su prevención.

10  
Seguridad





### 3. ALCANCE

Todos los servicios sanitarios dependientes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y centros socio-sanitarios.

Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen contacto directo en algún momento con el paciente/ciudadano, pertenecientes a los servicios sanitarios dependientes de la Consejería de Salud.

### 4. TÉRMINOS y DEFINICIONES

#### 4.1. Caída

Suceso imprevisto no intencionado que afecta a un paciente y/o acompañante, donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba, de pie, sentado o estirado.

#### 4.2. Factores de riesgo

Son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.

Podemos distinguir dos grandes grupos de factores de riesgo:

#### 4.2.1 Factores extrínsecos a la persona: En cualquier entorno de actuación.

##### 4.2.1.1 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...

##### 4.2.1.2 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,...

##### 4.2.1.3 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...

Seguridad



#### 4.2.1.4 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...

#### 4.2.1.5 Factor de tipo social

- Ausencia y capacitación de red de apoyo: Cuidador / Agente de autonomía asistida.

### 4.2.2 Factores intrínsecos a la persona

Destacamos los siguientes factores que inciden en la posibilidad de sufrir una caída:

10  
Seguridad



#### 4.2.2.1 Factores propios del paciente:

- Edad; menor de 5 años y mayor de 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.
- Existencia de barreras comunicativas.
- Alteración del estado nutricional, obesidad, carencias nutricionales, déficit vitamínico, deshidratación.
- Mujer en proceso embarazo-parto-puerperio.

#### 4.2.2.2 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.
- Dolor agudo y crónico.
- Hábitos tóxicos.
- Pacientes en proceso quirúrgico.
- Alteración en el control de la temperatura corporal.

#### 4.2.2.3 Factores derivados del régimen:

- Características del régimen terapéutico del paciente, efectos adversos del mismo (antihipertensivos, antiarrítmicos, diuréticos, vasodilatadores, analgésicos, sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, relajantes musculares, antihistamínicos, antidiabéticos, antiepilépticos, betabloqueantes).
- Pacientes con dispositivos implantados/ prótesis.
- Dispositivos de soporte que emplea el paciente referidos a la inmovilización, eliminación.

#### 4.2.2.4 Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad:

- Afrontamiento del estado de salud.
- Conductas de riesgo.
- No solicitud de ayuda cuando se necesita.

Seguridad



- Conducta de cumplimiento del régimen terapéutico.

#### 4.3. Perfil del paciente con riesgo de caídas:

El perfil del paciente con riesgo de caídas se ha asociado con los criterios siguientes.  
(FACTORES PREDICTIVOS RIESGO DE CAÍDAS: Evidencia Best Practice 1998 ISSN 1329- 1874):

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

#### Factor situacional:

- Durante la transferencia/transporte de pacientes.

10  
Seguridad



## 5. ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS

Es en la valoración inicial donde identificamos todos los factores de riesgo relacionados con caídas.

Una estrategia para minimizar su incidencia, es el uso de escalas de valoración que identifiquen los pacientes con riesgo de caídas. Pero debemos tener en cuenta que ninguna escala contempla todos los posibles factores de riesgo.

La escala de J.H. Downton ha sido elegida en este procedimiento para unificar criterios de cribado y transferencia de información entre los diferentes ámbitos de actuación. Dicha escala recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales.

Su cumplimentación se realizará con los datos obtenidos de la valoración inicial, sin olvidar otros factores de riesgo valorados, no incluidos en la escala, que sean susceptibles de provocar una caída, a los cuales se aplicarán las intervenciones necesarias.

El punto de corte en la escala de J.H.Downton se sitúa en 3 o más, que indica alto riesgo de caídas.

10  
Seguridad



### ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)

ALTO RIESGO >2 PUNTOS

Caídas previas	NO	0
	Si	1
Medicación	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit sensorial	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

# Seguridad



## 6. DESCRIPCIÓN.

### 6.1. Antes de producirse la caída.

Engloba tres puntos fundamentales:

- Identificar al paciente con alto riesgo de caídas.
- Incluir al paciente atendido en el protocolo de prevención de caída.
- Aplicar las medidas preventivas para modificar o tratar los factores de riesgo asociados.

#### 6.1.1. Identificar al paciente con alto riesgo de caídas.

- a) En la valoración inicial del paciente se registrarán los factores de riesgos relacionados con caídas y se aplicará la escala de riesgo de Downton.
- b) Identificación como paciente de alto riesgo cuando se obtengan tres o más puntos de valoración, según la escala de J. H Downton. o cuando haya otros factores que tras la valoración se consideren potencialmente desencadenantes de una caída, a criterio del profesional (ej.: incontinencia, edad del paciente, transferencia,...).
- c) Reevaluación cada vez que se modifique el estado de salud o entorno del paciente, independientemente del medio sanitario donde se encuentre, y periódicamente en Atención Primaria y Residencias, según contempla el "Examen de Salud de Mayores de 65".

#### 6.1.2. Incluir al paciente atendido en el protocolo de prevención de caída.

- a) Identificador visual, como paciente con riesgo de caídas, en la historia clínica digital o papel.
- b) Información a los profesionales que pudieran tener contacto con el paciente, asegurando la transferencia de información intra/interniveles.
- c) Información al paciente y a la familia o cuidador, favoreciendo la participación activa en su seguridad.

#### 6.1.3. Aplicar medidas preventivas para modificar o tratar los factores de riesgo asociados.

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.

Las intervenciones se fundamentarán en la valoración de los factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos con un enfoque hacia la prevención, acciones dirigidas hacia la promoción de la salud, atención al riesgo, limitación del daño y rehabilitación temprana en cualquier ámbito de actuación.

# Seguridad



Los pacientes identificados con Bajo Riesgo de caídas, las intervenciones realizadas por los profesionales serán medidas preventivas de carácter general, dirigidas al manejo del entorno, enseñanza del proceso/enfermedad y manejo del régimen terapéutico.

Los pacientes identificados con Alto Riesgo, además de las medidas generales, se aplicarán las intervenciones específicas asociadas a sus factores de riesgo.

### 6.1.3.1 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

Otras adicionales (específicos según factor de riesgo):

1928 Conocimiento prevención caída

1910 Ambiente seguro del hogar.

1610 Conducta de compensación auditiva

1611 Conducta de compensación visual

0202 Equilibrio

0208 Movilidad

0210 Realización de transferencia

1902 Control del riesgo

#### 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

10  
Seguridad





#### 4420 Acuerdo con el paciente

Agrupamos las actividades a desarrollar por los profesionales en función del factor de riesgo sobre el que se actúa. Debemos tener en cuenta que hay actividades que dan respuesta a varios factores de riesgo.

#### Factores de riesgo:

##### *Factores extrínsecos:*

##### Riesgos ambientales generales

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Disponer de superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.
- Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.

10  
Seguridad



#### Riesgos del entorno: unidad asistencial

- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama o camilla, si es necesario.
- Colocar la cama en la posición más baja.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre) cuando el cuidador esté ausente.
- Responder a la luz de llamada inmediatamente
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado.
- Mantener las barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente.
- Cerrar firmemente los paneles de acceso a las incubadoras cuando se deje al bebé en la incubadora.
- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.
- Riesgos del entorno paciente
- Proporcionar dispositivos de ayuda para conseguir una deambulación estable.
- Instruir al paciente que lleve las gafas (u otros dispositivos) prescritos.
- Sugerir calzado seguro.

#### Riesgos del entorno: evacuación/transferencia

- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc. (camillas....)
- Factores de tipo social
- Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuirlos.

#### *Factores intrínsecos:*

#### *Factores propios del paciente*

- Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas.
- Revisar historias de caídas con el paciente y la familia.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
- Ayudar a la deambulación de la persona inestable.

10  
Seguridad



- Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.

*Factores propios de la enfermedad*

- Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar.
- Determinar con el paciente/cuidador los objetivos de los cuidados.
- Explorar con el paciente/cuidador las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudar al paciente/cuidador a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- Explorar con el paciente/cuidador las razones del éxito o falta de éste.

10  
Seguridad



### *Factores derivados del régimen terapéutico*

- Enseñar al paciente/cuidador a utilizar un bastón o un andador.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios

De los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y andar inestable).

### *Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad*

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo.
- Instruir al paciente/cuidador para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Ayudar al paciente/cuidador a identificar las prácticas sobre la salud que desee cambiar.

Existen otras intervenciones relacionadas con la prevención de caídas. Su utilización va a depender de las características del enfermo y su entorno. Debemos tener en cuenta que hay intervenciones que dan respuesta a varios factores de riesgo.

### *Riesgos ambientales generales*

- 6486 Manejo ambiental: seguridad
- 7180 Asistencia de mantenimiento en casa
- 6485 Manejo ambiental: preparación del hogar

### *Riesgos del entorno: evacuación/transferencia*

- 1806 Ayuda con los autocuidados: transferencia
- 0960 Transporte
- 8100 Derivación
- 1806 Ayuda con los autocuidados: Transferencia
- 6580 Sujeción física
- 6654 Vigilancia: seguridad

### *Factores de tipo social*

- 7110 Fomento de la implicación familiar
- 7040 Apoyo al cuidador principal.

### *Riesgos propios del paciente*

10  
Seguridad



- 1800 Ayuda al autocuidado
- 0600 Entrenamiento del hábito urinario
- 4720 Estimulación cognitiva
- 4820 Orientación de la realidad
- 6460 Actuación ante la demencia
- 4350 Manejo de la conducta
- 4978/4974 Fomento de la comunicación verbal/auditiva

***Factores propios de la enfermedad***

- 1400 Manejo del dolor
- 5612 Enseñanza actividad ejercicio prescrito
- 0221 Terapia ejercicio deambulación
- 0226 Terapia ejercicio control muscular
- 0224 Terapia ejercicio movilidad articular
- 0222 Terapia ejercicio equilibrio
- 0200 Fomento del ejercicio
- 5620 Enseñanza habilidad psicomotora
- 2660 Actuación ante la sensibilidad periférica alterada
- 0180 Manejo de la energía

***Factores derivados del régimen terapéutico***

- 2380 Manejo de la medicación

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

- 6610 Identificación del riesgo
- 5230 Aumentar el afrontamiento

6.2 Actuación ante la caída.

6.2.1 Profesional responsable:

- Atención preferente e inmediata a la situación clínica del enfermo.
- Diagnóstico y tratamiento de las lesiones.
- Registro del incidente en la historia clínica del paciente.

10  
Seguridad



- Notificación al personal sanitario responsable y a la familia o tutor.
- Inclusión en el protocolo como “Paciente de alto riesgo” si no estaba considerado como tal, reevaluando el plan de cuidados y aplicando las medidas preventivas necesarias.
- Valoración y seguimiento del paciente, atendiendo a factores físicos (lesión), psicológico (miedo a volver a caer, recuperación parcial...), sociales.
- Identificación como paciente con riesgo de caídas mediante alarma visual de seguridad, si no estaba identificado como tal.
- Incluir en la transferencia de información, entre profesionales (cambios de turnos, traslados entre unidades e interniveles), información sobre los pacientes con alto riesgo de caídas.
- El paciente de alta hospitalaria con alto riesgo de caída, en el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) quedará reflejado dicho diagnóstico para su seguimiento por parte de su médico y enfermero de Atención Primaria, y/o Residencia.
- Por otro lado, es importante favorecer las herramientas que faciliten la continuidad de los cuidados independientemente del ámbito de actuación desde el que se derive, actualmente deficiente desde Atención Primaria o Residencias hacia el Hospital.
- Notificación de Evento Adverso: caída. (ANEXO 4)
  - Documentación de cumplimentación anónima.
  - La información reflejada en el comunicado será de carácter reservado y usada para el objetivo propuesto.
  - Derivación al responsable institucional de la evaluación y seguimiento del Centro.

#### 6.2.2. Responsable institucional de la evaluación y seguimiento:

- Comprobar que se ha evaluado el riesgo de caída (valoración de enfermería mas escala de riesgo) con registro en Historia Clínica y que se han establecido las medidas preventivas para pacientes con alto riesgo de caídas.
- Promover la declaración de evento adverso con el objetivo de identificar y aplicar medidas de mejora que favorezcan la prevención del riesgo caídas.
- Comunicación con la Comisión responsable de evaluación (Calidad, Seguridad, Medicina Preventiva o Epidemiología del Centro), estableciendo un circuito de análisis estable y sistemático.
- Informar periódicamente al personal de los resultados de los indicadores de seguridad (cuadro de mandos) establecidos en la Unidad/Centro, así como de las medidas de mejoras que se establezcan referente a la caída de pacientes.
- Fomentar actividades de formación/difusión, de forma periódica, sobre estrategias de prevención de caídas a profesionales y a pacientes/cuidadores.

Seguridad



## 7. EVALUACIÓN

El uso de los indicadores que a continuación proponemos va a depender del nivel de desarrollo actual, en cuanto al manejo en la prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas, en los centros.

En cuanto a los indicadores de resultados en salud, su definición va a depender de las medidas de mejoras (derivadas, entre otros factores, del análisis de eventos adversos) a implantar con respecto a las caídas en cada centro.

### Indicador 1: Políticas y estrategias.

1. Aspecto que mide: Implantación global de la estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas (PRC).
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de centros adscritos al SSPA con implantación del PRC.
4. Descripción: Nº de centros del SSPA con implantación del PRC.
5. Aclaraciones: Se entiende por implantación del PRC el cumplimiento simultáneo de los siguientes ítems:
  - a) Documento de adaptación local del PRC, de la Consejería de Salud, para todas los Servicios/Unidades/Centros.
  - b) Plan de acción (formación, plan de comunicación, actuaciones realizadas y evolución).
  - c) Sistema de evaluación que valore la implantación.
6. Estándar: 100 %.
7. Responsable: Consejería de Salud.
8. Fuente: Memoria específica.
9. Metodología: Documentación disponible y auditoria externa.

### Indicador 2: Políticas y estrategias.

1. Aspecto que mide: La inclusión de objetivos de seguridad de pacientes (caídas) en los objetivos generales de las Unidades/Servicios del centro y/o individuales de los profesionales.
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado:
  - a) Porcentaje de profesionales con objetivos individuales vinculados a la prevención de caídas.
  - b) Porcentaje de Unidades del centro con objetivos vinculados a la prevención de caídas.
  - c) Descripción:  $N^{\circ}$  de profesionales con objetivos individuales vinculados a la prevención de caídas  $\times 100$  / Total profesionales de la Unidad/Servicio/Centro.
  - d)  $N^{\circ}$  de Unidades con objetivos vinculados a la prevención de caídas  $\times 100 / N^{\circ}$  de Unidades/Servicios del Centro.



4. Aclaraciones: Como objetivos de seguridad serán todas aquellas acciones encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes (caídas).
5. Estándar: ‰.
6. Responsable: Dirección del Centro.
7. Fuente: Documento de pacto de objetivos.
8. Metodología: Documentación disponible y auditoria interna.

10  
Seguridad





### Indicador 3: Personas.

1. Aspecto que mide: Formación/Difusión a los profesionales, e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de paciente (vinculado a las caídas).
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de profesionales que reciben formación/difusión sobre seguridad de pacientes (caídas), incluidos los de nueva incorporación.
4. Descripción: Nº de profesionales que reciben formación/difusión sobre seguridad de pacientes (caídas) X100 / Total profesionales de la Unidad/Servicio/Centro.
5. Estándar: %.
6. Responsable: Dirección del Centro.
7. Fuente: Formación Continuada. Plan de acogida profesionales nueva incorporación (PRC).
8. Metodología: Documentación disponible y auditoría interna.

### Indicador 4: Procesos.

1. Aspecto que mide: Implantación local del Procedimiento de Prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas (PRC).
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de Servicios/unidades del Centro que tienen implantado la adaptación del PRC de la Consejería de Salud.
4. Descripción: Nº de Servicios/Unidades con implantación de la adaptación del PRC X100/ Total de Servicios/Unidades del Centro
5. Aclaraciones: Se entiende por implantación del PRC el cumplimiento simultáneo de los siguientes ítems:
  - a. Documento de adaptación local del PRC, de la Consejería de Salud.
  - b. Plan de acción (formación, plan de comunicación, actuaciones realizadas y evolución).
  - c. Sistema de evaluación que valore la implantación.
6. Estándar: 100 %.
7. Responsable: Dirección del Centro / Comisión de Calidad/Seguridad.
8. Fuente: Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento. Documento de resultados de su evaluación e implementación.
9. Metodología: Auditoría interna.

### Indicador 5: Procesos (Hospital, Residencias, Atención Urgente extrahospitalaria).

1. Aspecto que mide: Valoración del riesgo de caídas en el primer contacto asistencial con el paciente.
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.

Seguridad



3. Enunciado: Porcentaje de pacientes que se le realiza la valoración del riesgo de caídas en el primer contacto asistencial.
4. Descripción:  $N^{\circ}$  de pacientes a los que se ha valorado el riesgo de caídas X100/ Total de pacientes asistidos.
5. Estándar: ‰.
6. Responsable: Responsable de la Unidad.
7. Fuente: Historia Clínica (Registro de enfermería: Valoración Inicial).
8. Metodología: Auditoría interna.

10  
Seguridad



#### Indicador 6: Procesos (Atención Primaria).

1. Aspecto que mide: Valoración del riesgo de caídas en población mayor de 65 años (Examen de Salud mayores 65 años).
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pacientes mayores de 65 años que se le ha realizado valoración del riesgo de caídas, al menos, una vez en el año.
4. Descripción: N° de pacientes mayores de 65 años que se le ha realizado la valoración del riesgo de caídas X100/ Total de pacientes mayores de 65 años atendidos.
5. Estándar: %.
6. Responsable: Responsable del Centro.
7. Fuente: Historia Clínica.
8. Metodología: Auditoría interna.

#### Indicador 7: Procesos (Atención Primaria).

1. Aspecto que mide: Valoración del riesgo de caídas (con escala y registro de factores de riesgo) en población menor de 65 años y con diagnóstico de riesgo de caídas en informe de continuidad de cuidados.
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pacientes menores de 65 años con Diagnóstico de Riesgo de Caídas en el Informe de Continuidad de Cuidados que se le ha realizado valoración del riesgo de caídas (factores de riesgo y escala).
4. Descripción: N° de pacientes menores de 65 años con Diagnóstico de Riesgo de Caídas en el Informe de Continuidad de Cuidados que se le ha realizado la valoración del riesgo de caídas X100/ Total de pacientes menores de 65 años con Diagnóstico de Riesgo de Caídas en el Informe de Continuidad de Cuidados
5. Estándar: %.
6. Responsable: Responsable del Centro.
7. Fuente: Historia Clínica.
8. Metodología: Auditoría interna.

#### Indicador 8: Procesos.

1. Aspecto que mide: Reevaluación del riesgo de caídas en pacientes atendidos.
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pacientes que se reevalúa el riesgo de caídas tras cambios en su estado de salud (factores de riesgo).

10  
Seguridad



4. Descripción: N° de pacientes a los que se reevalúa el riesgo de caídas X100/ Total de pacientes susceptibles de reevaluación del riesgo.
5. Estándar: ‰.
6. Responsable: Responsable de la Unidad.
7. Fuente: Historia Clínica.  
Metodología: Auditoria interna.

10  
Seguridad



#### Indicador 9: Procesos.

1. Aspecto que mide: Sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes de seguridad, vinculados con las caídas.
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo/Cualitativo.
3. Enunciado: Existencia de un registro de eventos adverso/incidentes, anónimo, no punitivo, ágil, que contemple la incorporación de elementos de mejora, y análisis de los mismos.
4. Aclaración: El registro podrá ser en formato papel o electrónico, adaptando el modelo de Consejería de Salud, los cuales se enviarán a la dirección del Centro. Existirá una comisión de evaluación de eventos adversos/incidentes.
5. Estándar: No procede.
6. Responsable: Comisión de Calidad/Seguridad.
7. Fuente: Sistema de notificación y/o análisis de eventos/incidentes. Actas reuniones comisión análisis.
8. Metodología: Auditoría interna.

#### Indicador 10: Resultados.

1. Aspecto que mide: Incidencia de caídas en pacientes atendidos (cualquier ámbito de actuación).
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pacientes que sufren caídas.
4. Descripción:  $N^{\circ}$  de pacientes que sufren caídas X100/ Total de pacientes atendidos o población adscrita.
5. Estándar: %.
6. Responsable: Comisión Hospitalaria de Calidad/ Seguridad Clínica del Centro.
7. Fuente: Cuadro de mandos o indicadores de seguimiento implantados en la organización. Historia Clínica. Registros de notificación de caídas.
8. Metodología: Auditoría interna.

Indicador 11: Resultados (Inclusión de preguntas vinculadas con la seguridad percibida, en las encuestas de opinión de los usuarios del sistema).

1. Aspecto que mide: Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno asistencial.
2. Tipo de Indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pacientes que perciben accesible y seguro el entorno asistencial.
4. Descripción:  $N^{\circ}$  de pacientes que perciben accesible y seguro el entorno asistencial X100/ Pacientes encuestados

# Seguridad



5. Excepciones: No serán incluidos en el estudio pacientes de cuidados críticos y/o alteración de conciencia.
6. Estándar: 90%
7. Responsable: Dependiendo del tipo de encuesta, si es a nivel local o central.
8. Fuente: Encuesta de percepción de seguridad de pacientes, satisfacción.
9. Metodología: Auditoria.

10  
Seguridad



## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Borrador Prevención de Caídas traducido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de Preventing Patient Falls. World Alliance for Patient Safety.
- 2 Boletín informativo: Prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. European Network for Safety Among Elderly.
3. Hill-Rodríguez et al. The Humply dumpy falls scale: a case-control study. JSPN Vol 14, nº 1 January 2009
30. Sue Moorhead et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Elsevier Mosby. Cuarta edición 2009.
4. Bulechek et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Mosby. Quinta edición 2009.
5. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Nanda Internacional.
6. Zenewton André Da Silva Gama, Antonia Gómez Conesa y Marta Sobral Ferreira. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática 2007. Rev. Esp. Salud Pública 2008; 82: 43-56.
7. F. Formiga et al. Circunstancias asociadas a las caídas responsables de fractura de fémur en pacientes mayores de 94 años no institucionalizados. Rev. Clin. Esp. 2008; 208(5):234-6.
8. Prat González, Fernández- Escofet, Martínez Bustos. Detección del riesgo de caídas en ancianos en atención primaria mediante un protocolo de cribado. Enfermería Clínica. 2007; 17(3): 128-33
9. Lyons RA, et al. Modificación del ambiente doméstico para la disminución de lesiones (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.  
(Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Gillespie LD et al. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2007.
11. Cámara Anguita, Valenzuela Rodríguez. Necesidades detectadas en pacientes derivados a centro sanitario en ambulancia de la red de transporte urgente tras asistencia por equipos de emergencias 061. Nure Investigación, nº 27, Marzo-Abril 07
12. Canga Armayor, A.D.; Narvaiza Solís, M.J.: Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. GEROKOMOS 2006; 17 (1): 24-31



13. Prácticas seguras en España: áreas de actuación del Plan de Calidad del SNS. Agencia de Calidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
14. Statewide action plan: falls prevention in older people 2002-2006 Queensland Government. Queensland Health.
15. Varas-Fabra F et al. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias, factores asociados. Atención Primaria, 2006;38(8): 450-5
16. Péculo Carrasco et al. Seguridad percibida en pacientes trasladados en ambulancia tras demandar asistencia sanitaria urgente. Tempos Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados. Vol 6, Num 1 2006.
17. Falls. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical guideline 21 November 2004. National Institute for Clinical Excellence. NHS.
18. Hitcho et al., Characteristics of Falls in a Hospital Setting. JGIM. Volume 19, July 2004.
19. Tapia Villanueva M, Salazar Ceferino MC, Tapia Colex L. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. Revista Mexicana Cardiológico Vol II Num 2 Mayo-Agosto 2003 (51-57).
20. M. Papiol, et al. Identificación desde un servicio de urgencias de la población anciana con riesgo de caída. Emergencias 2003; 15: 152-156
21. Gonzano Rubio, M.; Martínez Sellarés, R.: Las caídas geriátricas y su prevención en la residencia asistida Fundación Santa Eulalia. GEROKOMOS 2002; 13 (2): 80-90
22. Mussoll, J, et al. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev. Esp. Geriatria y Gerontología 2002; 37 (5): 249-253
23. Tromp et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community- dwelling elderly. Journal of Clinica Epidemiology 54 (2001) 837-844
24. Segura Noguera et al. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. Atención Primaria. Vol 25.Núm 5, 31 de marzo 2000.
25. Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. Best Practice. Caídas en Hospitales. Volumen 2, Número 2, 1998.
26. Kozier. Fundamentos de Enfermería. Ed. Interamericana- Mc Graw-Hill. 1994.





27. Identificación de pacientes susceptibles de sufrir caídas en el hospital.  
<http://www.infodoctor.org/bandolera/v85s.3.html>

28. R.Galvez Vargas et al. Frecuencia, características y consecuencias de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. Elsevier Instituciones. <http://www.elsevierinstituciones.com>

29. Programa de reducción de caídas de la Joint Comisión  
[http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/LongTermCare/Standards/09\\_FAQs/NPSG/Patient\\_falls/NPSG.09.02.01/Fall+reduction+program.htm](http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/LongTermCare/Standards/09_FAQs/NPSG/Patient_falls/NPSG.09.02.01/Fall+reduction+program.htm)

30. Cámara Anguita, Valenzuela Rodríguez. Continuidad de Cuidados y comunicación interniveles entre equipos de emergencias sanitarias y Atención Primaria. [revista@paginasenferurg.com](mailto:revista@paginasenferurg.com)

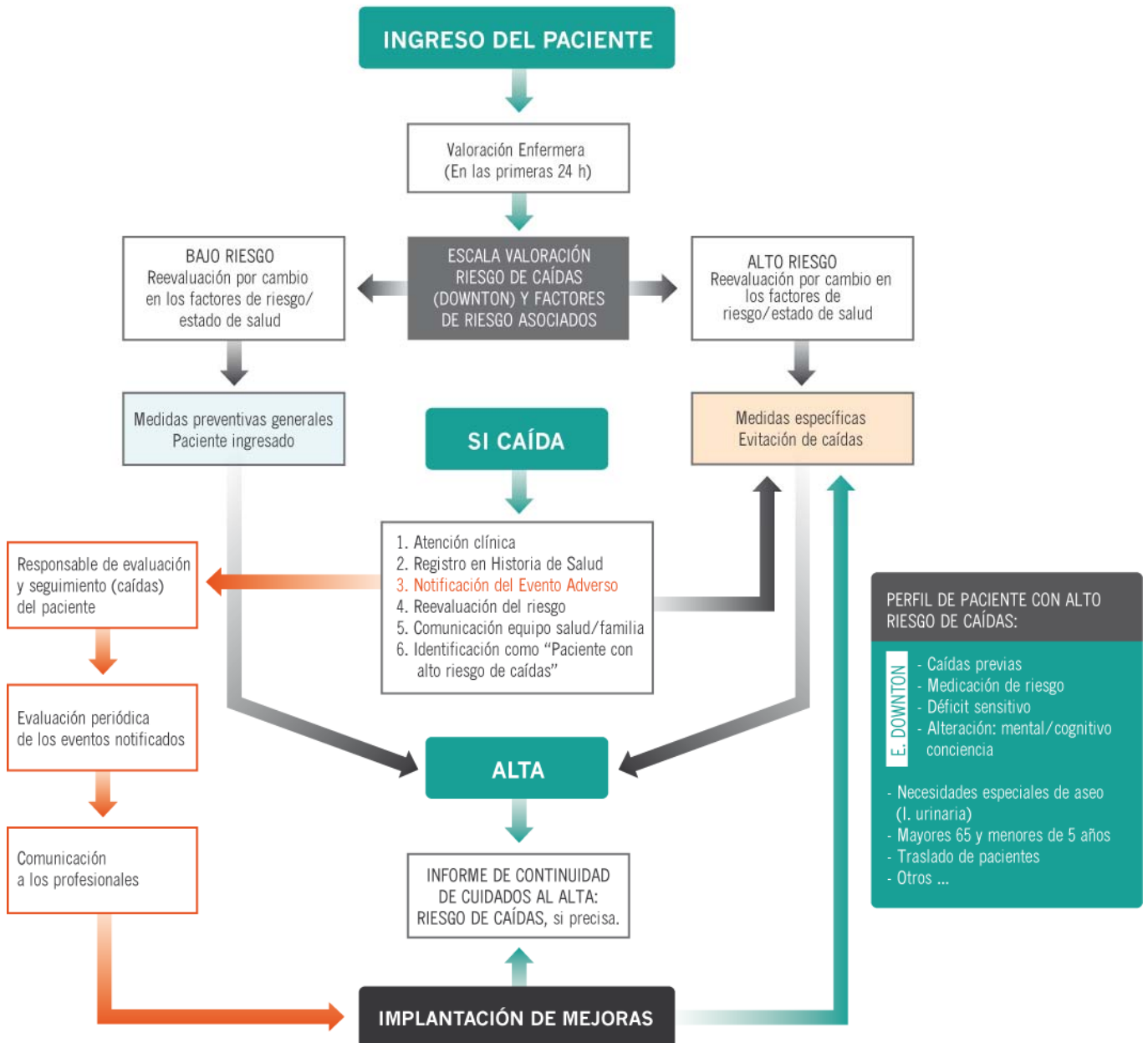
31 .[http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_14.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_14.htm)

10  
Seguridad



## ANEXO 1

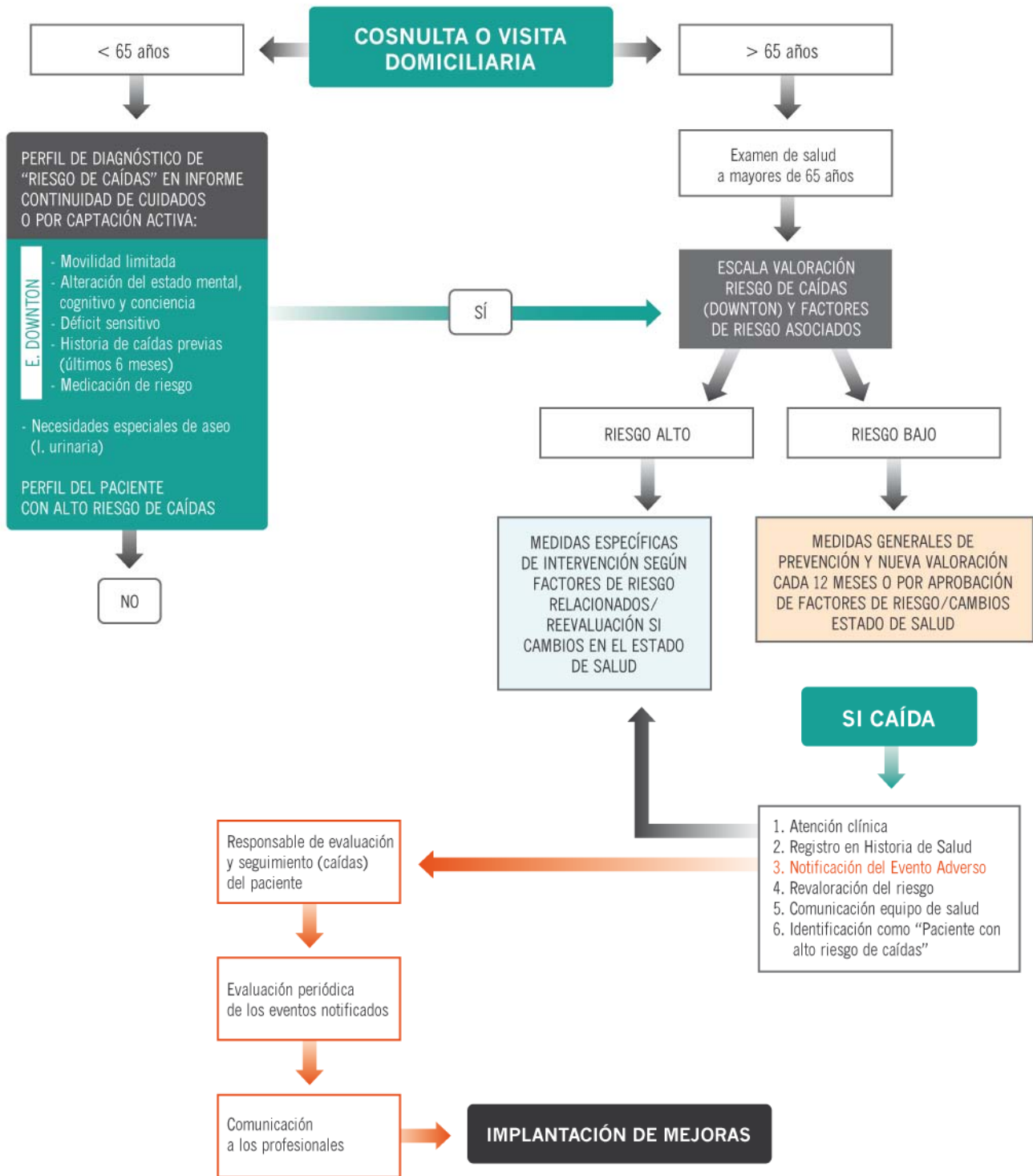
### Algoritmo de actuación ámbito Hospitalario





## ANEXO 2

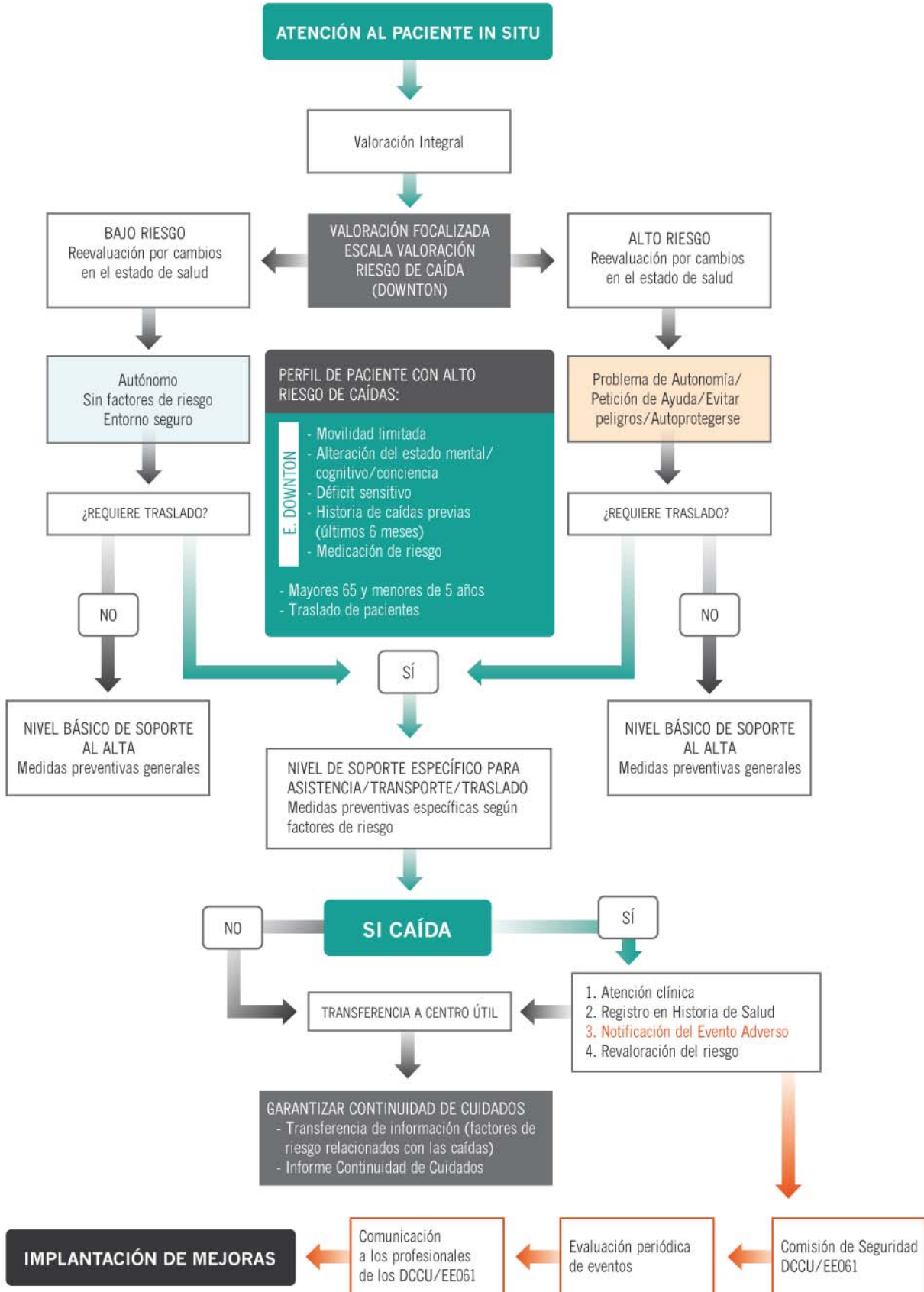
### Algoritmo de actuación ámbito de Atención Primaria.





## ANEXO 3

### Algoritmo de actuación ámbito Urgencias Extrahospitalarias





## ANEXO 4

### Notificación de Caídas

Los sistemas de notificación son estrategias que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.

Son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender de experiencias anteriores (autoaprendizaje) y fomentar un clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo.

Este registro de caídas tiene como objetivo:

- Detectar áreas vulnerables del sistema.
- Identificar los factores de riesgo relacionados con el paciente o su entorno asociados a la caída.
- Valorar posibles medidas de mejora relacionadas con la caída.
- Fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales.
- Favorecer la participación / opinión del paciente, familia, cuidador en su seguridad o la de su familiar.

El registro contempla:

1. Identificación del paciente, lugar (unidad asistencial) de la caída, diagnóstico del paciente, hora del incidente y escala de Downton realizada o no.
2. factores de riesgo relacionados con el paciente (intrínsecos).
3. factores de riesgo relacionados con el entorno (extrínsecos).
4. lugar de la caída (dentro de la unidad asistencial), actividad que realizaba.
5. situación previa del paciente (personas que le acompaña y situación de la misma, educación sanitaria previa en cuanto a caídas, y uso de contención).
6. Consecuencias de la caída.
7. Medidas que se adopta inmediatamente después de la caída.
8. Observaciones que aclaren los apartados anteriores, o que aporten información no recogida en el registro.
9. Propuesta por parte del profesional de posibles mejoras que evitarían eventos adversos posteriores.
10. Recogida de la opinión del paciente/familiar/cuidador de los factores que han provocado la caída. Sugerencias o aportación de mejora.

Aspectos a considerar:

- No tener orientación punitiva.

# Seguridad

- Compromiso de confidencialidad
- Notificación anónima.
- Favorecer los sistemas encriptados (sistemas electrónicos).

10  
Seguridad



## REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS

Apellidos y Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Servicio que atiende:  Domicilio  DCCU/O61  Unidad/Centro \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_ N° Identificador: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Hora del incidente: \_\_\_\_\_ Escala Downton: SI  NO

### Estado del Paciente (Factores intrínsecos)

#### Psíquico

- Consciente  
 Inconsciente  
 Agitado  
 Deterioro Cognitivo

#### Otros factores

- Paciente quirúrgico  
 Dolor agudo y crónico

#### Medicación previa a la caída:

- Psicotropos  
 Mórficos  
 Otros:

#### Físico

- Autónomo  
 Parcialmente autónomo  
 No autónomo

- Caídas previas  
 Incontinencia urinaria/fecal

- Hipnóticos  
 Relajantes Musculares

#### Sensoperceptivo

- Déficit auditivo/visual  
 Falta de dispositivos (precisa lentes, audífonos...)  
 Alteración marcha/equilibrio

- Dispositivo: sondas, drenajes, inmovilización, suero  
 Conductas de riesgo \_\_\_\_\_

### Entorno (Factores extrínsecos)

- Barandillas:  SI  NO  Falta de supervisión en la movilización, traslado  
 Calzado, ropa inadecuada  Vía de acceso con dificultad  Material traslado inadecuado (sillas camillas, camas)  
Dispositivo de apoyo (en la caída):  bastones  muletas  soporte de suero  andador  Otros \_\_\_\_\_  
 Entorno físico adverso\*

### Lugar de la caída /Actividad que realizaba:

### Tiempo que permanece en el suelo:

- Habitación / baño  Pasillo  Calle  Escaleras  Transporte (público, ambulancia...)  
 cama  camilla  mesa quirófano  Silla de ruedas  sillón  Otros \_\_\_\_\_  
 Traslado/transferencia  Caminando  Al levantarse  Al sentarse

### Situación previa al accidente:

- Cuidador/Familia, en el momento de la caída  
 Esta sólo  
 Vive sólo (domicilio)  
 Alteración física/cognitiva del cuidador

Educación Sanitaria paciente/familia  SI  NO

- Contención  Farmacológica  Mecánica  
 Consentimiento informado  SI  NO  
 MMSS  MMII  Cinturón  Chaleco  Otros

Seguridad



**Consecuencias:** *(de la caída)*

- |                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erosión   | <input type="checkbox"/> Herida que requiere sutura | <input type="checkbox"/> Traumatismo _____     |
| <input type="checkbox"/> Contusión | <input type="checkbox"/> Abrasión                   | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia |
| <input type="checkbox"/> Hematoma  | <input type="checkbox"/> Fractura: _____            | <input type="checkbox"/> Otros _____           |

Desconexión dispositivos:

- extubación    vía venosa    sonda nasogástrica    sonda vesical    drenajes    otros

**Medidas preventivas que se adoptan después de la caída**

- |  |                                      |   |                                  |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuidador / Familiar                         | <input type="checkbox"/> Barandillas | <input type="checkbox"/> Contención: <input type="checkbox"/> mecánica <input type="checkbox"/> farmacológica | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de apoyo (bastones, andador...) | <input type="checkbox"/> Otros       |   |                                  |

\* Barreras arquitectónicas, obstáculos en el suelo, suelo mojado, irregular....

10  
Seguridad





## REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS

Observaciones del declarante

Propuestas de mejora

Opinión del paciente/familia sobre la caída

Entregar donde proceda según circuito institucional.

10  
Seguridad

*Gracias por tu colaboración*



## ANEXO 5

### Recomendaciones para pacientes y cuidadores

Se puede elaborar un díptico para el **ámbito hospitalario** (específico de caídas o como parte de un folleto sobre seguridad, en general, para paciente hospitalizado) y entregarse cuando el paciente ingrese, facilitando la participación del paciente/cuidador/familia en su seguridad.

A modo de ejemplo:

#### ¿Cómo puede colaborar en su seguridad o en la seguridad de su familiar mientras esté ingresado?

- Solicite ayuda de los profesionales de la Unidad, en su autocuidado (movilidad, eliminación, vestirse...), cada vez que lo necesite.
- Comunique al personal responsable, que se queda sólo su familiar, dejando antes de irse:
  - Timbre de llamada a su alcance.
  - La cama en posición baja
  - Barandillas elevadas
  - Objetos personales a su alcance.
- Proporcione a su familiar los dispositivos necesarios: gafas, audífonos, bastón, andador..., para favorecer su comunicación y seguridad.
- Tráigale ropa de uso (pijama, bata) y calzado, cómodo y adecuado, si precisa.
- Usted, conoce a su familiar, si observa un cambio en su estado de salud, comuníquelo al personal responsable.
- Si detecta algo en el entorno que pueda favorecer una caída (líquido en el suelo, objetos que obstaculicen el paso, ...) comuníquelo a los profesionales de la Unidad.

Gracias por su participación en su seguridad o la de su familiar.

**Ámbito domiciliario** (A entregar al alta en el hospital o desde atención primaria)

(Principalmente población de edad avanzada)

En cuanto al entorno:

Cuarto de baño:

# Seguridad



- Mantenga el suelo seco después de ducharse. Si es posible, coloque una esterilla, pero asegúrela con firmeza para disminuir las posibilidades de dar un traspie
- Instale barandillas de seguridad
- No utilice nunca un toallero, una bandeja para jabón, baldas u objetos similares que no estén fijos a la pared
- Añada bandas para no resbalar en el suelo de la bañera y la ducha
- Si tiene inestabilidad, use una silla de ducha y un accesorio manual para la ducha
- No cierre la puerta del cuarto de baño
- Instale un teléfono en el cuarto de baño
- Instale una manguera extralarga de ducha manual
- Dúchese cuando esté acompañado

#### Dormitorio

- Levántese con cuidado después de estar sentado o tumbado. Siéntese en el borde de la cama o de la silla hasta que éste seguro de que no se maree
- Lleve un calzado fuerte con suelas finas no resbaladizas
- Mejore la iluminación de su dormitorio
- Ponga bombillas brillantes. Puede comprar bombillas compactas para luz fluorescente, cuyo uso cuesta menos. Utilice pantallas para disminuir la luz deslumbrante
- Organice la ropa para que pueda cogerla con facilidad
- Coloque la ropa en cajones que no estén más bajos que sus rodillas o más altos que su tórax
- No lleve ropa demasiado larga o demasiado holgada
- Tenga un teléfono que pueda alcanzar con facilidad
- No utilice tejidos resbaladizos, como sábanas o edredones satinados
- Instale una lamparilla

#### Escaleras:

- Asegúrese de de que los peldaños de todas las escaleras no presentan irregularidades
- Asegúrese de que las escaleras no resbalan
- Ponga un color contrastante en la parte superior del borde de todos los peldaños para poder ver mejor las escaleras. Por ejemplo, si son de madera oscura use un color claro



- Quite las cosas con las que puede tropezar (como papeles, libros, ropas y zapatos) de las escaleras y los lugares donde camina
- Retire las alfombrillas o utilice cinta de doble capa para que las alfombrillas no resbalen
- Coloque barandillas fijas para las manos a ambos lados de las escaleras
- Cuando suba las escaleras, mantenga al menos una mano en la barandilla, concéntrese en lo que está haciendo y no se distraiga con los ruidos. Tampoco lleve nunca ningún paquete que le impida ver el peldaño siguiente

#### Iluminación:

- Es más segura una iluminación uniforme en toda la habitación. Añada luz en las zonas oscuras. Ponga cortinas ligeras o persianas para reducir el resplandor de las ventanas y las puertas brillantes

10  
Seguridad



#### Casa:

- Elimine los obstáculos, muebles u otros objetos que dificulten su movimiento
- Mantenga los artículos que utiliza a menudo en armarios a los que pueda llegar con facilidad sin usar una escalerilla. Mantenga siempre cerrados los cajones del armario para no tropezar con ellos
- Elimine las cubiertas rotas o desgastadas, o los dobleces en las alfombras
- Tenga los números de emergencia en letras grandes cerca de cada teléfono
- Utilice un teléfono portátil y tenga cerca los números de emergencia
- Ponga un teléfono cerca del suelo por si se cae y no puede levantarse
- Si utiliza silla de ruedas, frénelas antes de bajarse de ella
- Friegue el suelo / Riegue plantas cuando esté acompañado

#### Otras intervenciones para disminuir el riesgo de caída.

- Dieta equilibrada: evitar obesidad, alimentos ricos en calcio.
- Para procurar una mayor absorción del calcio complementar la dieta con Vit D (yemas de huevo, pescado de agua salada o hígado) procure tomar el sol al menos 15 minutos diarios.
- Ejercicio. Pasee todos los días y realice aquel ejercicio que mejor se adapte a usted (bailar, nadar, gimnasia...)
- Evaluación y modificación de la visión
- Revisión de los pies

10  
Seguridad



## ANEXO 6

### Plan de acción

#### 1. Difusión del procedimiento a las Direcciones.

Se difundirá el procedimiento por parte de las personas asignadas por el Comité Operativo a las Direcciones de los distintos centros donde se les informará de la importancia de poner en marcha esta medida en el ámbito de la Seguridad de pacientes.

#### 2. Elaboración de la campaña divulgativa.

Desde la Consejería de Salud se diseñará una campaña divulgativa con herramientas educativas (trípticos, cartelería) que sirva de apoyo a los centros para sensibilizar y formar tanto a profesionales como usuarios en esta línea.

#### 3. Elaboración del Plan de Acción por parte de los centros.

Cada centro tendrá que diseñar su plan de acción en base a sus propios:

- a. Sistemas de trabajo.
- b. Flujos de pacientes.
- c. Tipología de pacientes.
- d. Procedimientos de actuación.
- e. Recursos materiales.

Considerando todas las premisas que se especifican en este documento para su diseño.

#### 4. Adquisición de los recursos materiales por cada centro.

Una vez diseñado el Plan de acción el centro se deberá proveer de los recursos materiales necesarios para su puesta en marcha (material de ayuda: barandillas, camas adecuadas, andadores, camillas y sillas de traslado..., incorporación en los registros de enfermería de dicha escala (formato electrónico o formato papel), registro de caídas).

10  
Seguridad



5. Difusión de la Campaña divulgativa e Implantación del Procedimiento.

Cada centro, utilizando las herramientas divulgativas para su difusión, pondrá en marcha su Plan de acción y monitorización de la Estrategia.

10  
Seguridad



## 6. Seguimiento de Indicadores.

Según establezca la Consejería de Salud deberán enviarse los datos referentes a los indicadores de seguimiento y control, sobre prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas, de forma reglada y permanente.

10  
Seguridad





## ANEXO 7

### Plan de difusión

#### 1ª Fase: campaña dirigida a profesionales.

##### Objetivo.

- a) Implantación de la Estrategia de Prevención, Detección y Actuación ante las caídas, como línea de seguridad de la Consejería de Salud.
- b) Sensibilizar a profesionales de la necesidad de intervención en esta línea de seguridad, en cualquier ámbito de actuación.

Se dirigirá a todos los profesionales que tengan relación directa con los pacientes, en cualquier ámbito de actuación, instándoles a implantar intervenciones efectivas y personalizadas en los grupos de población con riesgo de caídas.

##### Herramientas divulgativas.

- Cartel informativo con un mensaje claro dirigido a profesionales.
- Folleto informativo dirigido a profesionales.
- Información en la Web/intranet del Centro.
- Talleres, sesiones clínicas que apoyen dicha estrategia.

#### 2ª Fase: campaña dirigida a pacientes.

##### Objetivo.

- a) Implantación de la Estrategia de Prevención, Detección y Actuación ante las caídas, como línea de seguridad de la Consejería de Salud.
- b) Sensibilizar a la población en la participación activa en su proceso y/o cuidado.

##### Objetivo de Comunicación (Pro-Activo).

Que el propio paciente solicite las medidas de seguridad necesarias (ofertadas previamente por el propio centro), asesoramiento por parte del personal asignado.

Seguridad



### Herramientas divulgativas.

- Cartel informativo con un mensaje claro, con el objetivo de conseguir la implicación del paciente en su propio cuidado (prevención de caídas).
- Folleto informativo dirigido a pacientes/cuidadores/familiares, que propicie la participación activa en su seguridad.
- Vídeo informativo que se emitirá por canal interno del centro y/o informarse.es.
- Sesiones grupales con población de riesgo (pacientes, cuidadores, familiares).

### Periodo de mantenimiento de la campaña.

El periodo de la misma será durante un año, realizando recordatorios periódicos.

Se colocará la cartelería en todos aquellos puntos relevantes de trabajo de profesionales, zonas de tránsito y espera de pacientes/familiares. Se mantendrá durante un año.

Se entregarán los trípticos informativos al ingreso del paciente al centro, en la visita domiciliaria o en el Centro de Salud.

Se formará a todos los profesionales según el Plan de acción establecido en el centro.

Se incorporarán en los planes de acogida, tanto de pacientes como de profesionales, información sobre este aspecto.

Esta línea estratégica de seguridad estará presente en los acuerdos anuales de gestión, así como, en los objetivos individuales de los profesionales

# Seguridad

Estrategia  
para la Seguridad del Paciente del SSPA

