



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Título del Trabajo:

**Protocolo de prevención y actuación ante
caídas en ancianos institucionalizados**

**Protocol of prevention and action before falls
in institutionalized elderly**

Autor:

Raquel Falcón Polo

Director:

Natalia Becerril Ramírez

Facultad de Ciencias de la Salud.

2015/2016

INDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	8
3. Metodología.....	9
4. Desarrollo	
• Autora.....	11
• Revisores externos.....	11
• Declaración de conflicto de intereses.....	11
• Metodología.....	11
• Objetivos.....	12
• Profesionales a quienes va dirigido.....	12
• Población diana.....	12
• Actividades y procedimientos.....	13
• Algoritmo de actuación.....	20
• Indicadores de evaluación.....	21
5. Conclusiones.....	22
6. Bibliografía.....	23
7. Anexos.....	28

RESUMEN

Introducción: Las caídas son uno de los “síndromes geriátricos” que constituyen un problema mundial de salud pública en personas mayores, generando un gran impacto de morbimortalidad por sus graves consecuencias. La importancia de la prevención a nivel multifactorial y multidisciplinar radica en conseguir la máxima seguridad en el anciano y reducir el número de caídas.

Objetivo: Prevenir las caídas y/o reducir las complicaciones derivadas de éstas en ancianos institucionalizados con leve dependencia en las Actividades de la Vida Diaria.

Metodología: Se elaboró un protocolo para el que se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (Pubmed, ScienceDirect, Cuiden y Scielo) y se consultaron varios libros, Protocolos y Páginas Web.

Desarrollo: El protocolo de prevención de caídas lleva a cabo la prevención primaria, secundaria y terciaria en el anciano institucionalizado partiendo del diagnóstico enfermero “Riesgo de caída” detectado en la Valoración Integral Geriátrica.

Conclusión: La aplicación de un protocolo para prevención de caídas con criterios de actuación homogéneos es imprescindible para aumentar la seguridad del anciano y reducir este tipo de accidentes y sus consecuencias.

Palabras clave: Anciano, Caída, Prevención, Enfermería, Institucionalización, Protocolo

ABSTRACT

Introduction: Falls are one of the "Geriatric Syndromes" that make a Global Public Health Problem in elderly, producing a great impact on morbidity and mortality due to its serious consequences. The importance of prevention to multidisciplinary and multidimensional level lies in finding the most security in the elderly and reduce the number of falls.

Objective: Prevent falls and/or reduce complications arising from these in institutionalized elderly with mild dependence for the Daily Life Activities.

Methodology: A protocol for a bibliographical review was realized in scientific data bases (Pubmed, ScienceDirect, Cuiden and Scielo) was developed, and some books, protocols and Websites were consulted.

Development: Falls prevention protocol carries out primary, secondary and tertiary prevention in the institutionalized elderly on the basis of nurse diagnosis " Risk of falling" nurse detected in the comprehensive geriatric assessment.

Conclusion: The implementation of a protocol for falls prevention, with uniform intervention rules, is essential for increase the security of the aged and reduce this type of accidents and their consequences.

Keywords: Elderly, Fall, Prevention, Nursing, Institutionalization, Protocol

1. INTRODUCCION

La sociedad ha cambiado en las últimas décadas por el aumento de envejecimiento de la población mundial. Entre los más destacados, se encuentran los países industrializados, pues el aumento de la esperanza de vida pone a España entre los países de la Unión Europea (UE) con mayor proporción de personas mayores¹⁻³. Se estima que, en el año 2021, el 20% de la población en España será mayor de 65 años⁴⁻⁶.

El proceso de envejecimiento conlleva cambios fisiológicos asociados a la edad y al conjunto de patologías que ha presentado a lo largo de la vida y, que en muchas ocasiones, afecta al estado de salud del anciano manifestándose en forma de "Síndrome geriátrico"; entre ellos se encuentran las caídas por su elevada incidencia en la población mayor^{7,8}.

Los cambios fisiológicos comúnmente afectan a la alteración en la estática y la marcha y, producen cambios en los órganos y sistemas que dificultan el control postural del individuo. La afectación del sistema visual, somatosensorial y vestibular, junto con la alteración del sistema locomotor, hacen mucho más vulnerable al anciano de sufrir caídas⁹⁻¹¹.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo, en contra de su voluntad^{12,13}. Las caídas se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial con elevada magnitud en la población mayor; Son una de las principales causas de lesión grave, deterioro de la calidad de vida, aumento de la dependencia e incluso la muerte en este grupo de población, considerándose un buen marcador de fragilidad en el anciano^{14,15}, manifestado como inestabilidad y gran probabilidad de convertirse en una persona dependiente e incluso de necesitar la institucionalización¹⁶.

Las caídas son la principal causa de muerte accidental en personas mayores de 65 años y la novena causa de mortalidad a nivel nacional^{17,18}. En el mundo, aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años, que viven en la comunidad sufren una caída al año, llegando a un 50% en los mayores de 80 años y ancianos institucionalizados de cualquier edad. Se estima que la mitad de estos mayores sufren, al menos, otra caída en ese mismo año¹⁹⁻²¹. El número de defunciones en mayores de 65 años a causa de lesiones relacionadas con las caídas, ha aumentado en los últimos años llegando a 2.279 muertes en el año 2014¹⁸ (Anexo I Y II).

En la mayoría de los casos, las caídas son la consecuencia de una combinación de factores de riesgo²² intrínsecos, relacionados con características físicas y/o psicológicas de la propia persona, y extrínsecos, derivados de la actividad o del entorno²³ (Anexo III). Los primeros influyen más en ancianos institucionalizados²⁴ mientras que los segundos están relacionados con las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de personas mayores que residen en el domicilio^{23,24}.

Las caídas en personas mayores producen consecuencias graves generando un gran impacto de morbimortalidad^{13,15} (Anexo IV). El anciano sufre complicaciones a nivel físico, psicológico y/o socioeconómico^{11,13} que conllevan cambios en sus hábitos de vida; comprometen la capacidad de movilidad y autonomía para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), desarrollan miedo de volver a caer o incrementan los costes económicos. Requieren la hospitalización del anciano y, muchas veces, la institucionalización^{25,26}.

La prevención de las caídas en ancianos se debe afrontar de forma multifactorial y multidisciplinar, siendo el principal objetivo conseguir la máxima seguridad en el anciano, reducir el riesgo de caídas y su morbimortalidad con estrategias de prevención primaria. En ancianos institucionalizados debe realizarse una evaluación multidimensional que indique el riesgo de caída en el momento de entrada a la residencia^{13,15}.

Tras sufrir una caída, la prevención secundaria busca reducir la frecuencia de caídas en el anciano actuando sobre los factores que la han desencadenado; la prevención terciaria pretende limitar la gravedad de las lesiones y complicaciones que producen²².

Hoy en día, la legislación vigente en Cataluña, expresada en el Decreto 176/2000 del 15 de mayo, señala que los centros residenciales deben llevar el control de caídas de los residentes mediante un registro por parte del personal de enfermería^{27,28}. Además, se recomienda poner en práctica un protocolo en el que se evalúe el riesgo de caída en los ancianos en el momento que entra en contacto con la residencia y durante toda su estancia, así como desarrollar estrategias de prevención plasmándolas en un programa de intervención de caídas¹².

2. OBJETIVOS

General

Prevenir las caídas y/o reducir las complicaciones derivadas de estas, en ancianos institucionalizados con leve dependencia en las AVD.

Específicos

Identificar factores de riesgo intrínsecos en los ancianos de la residencia durante su estancia.

Establecer criterios de actuación homogéneos en la prevención de caídas y cuidados en personas mayores con riesgo de sufrirlas, así como aumentar la seguridad en los ancianos.

Educar a los profesionales que interactúan con los ancianos institucionalizados sobre la importancia de la prevención de caídas en esta población.

Disminuir el número de caídas en los ancianos institucionalizados.

Reducir, en número y gravedad, las complicaciones derivadas de caídas en ancianos institucionalizados.

Determinar la incidencia de las caídas producidas en la residencia, analizar las causas, consecuencias y eficacia de las medidas preventivas a través del sistema de registro en la residencia.

3. METODOLOGÍA

En este trabajo se ha realizado un protocolo sobre prevención de caídas en ancianos, para el que se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos y publicaciones científicas durante los meses de febrero a mayo de 2016 en varias bases de datos, páginas Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (Iacs), OMS, además de la consulta de varios libros y protocolos de centros hospitalarios y extrahospitalarios españoles, como muestra la Tabla 1.

Base de Datos	Palabras Clave	Artículos Encontrados	Artículos Revisados	Artículos Utilizados
Pubmed	"Aged" AND "Accidental falls" AND "prevention" AND "Institutionalization"	21	12	3
ScienceDirect	"Caídas" AND "prevención" AND "Anciano institucionalizado" AND "Enfermería"	14	11	4
	"Caída" AND "geriatria" AND "prevención" AND "Enfermería" AND "intervención"	22	13	6
Cuiden	"Ancianos Institucionalizados" "Caídas"	3	3	2
	"Prevención" "Caídas" "Ancianos"	11	8	3
Scielo	"Prevención" AND "Caídas" AND "riesgo"	8	6	2

Páginas Web
OMS: http://www.who.int/es/ INE: http://www.ine.es/ MSSSI: http://www.msssi.gob.es/ IMSERSO: http://www.imserso.es/ Iacs: http://www.iacs.aragon.es/awqc/

Libros
NANDA Manual de Formación: La atención y las personas en situación de Dependencia Programa de atención a Enfermos Crónicos Dependientes

Tabla 1

La limitación de la búsqueda incluye publicaciones de los últimos cinco años, de acceso a texto completo en inglés y/o español. Se excluyen artículos sobre investigaciones muy concretas que no pueden extrapolarse a lo general. Las palabras clave utilizadas fueron "Anciano", "Caída", "Prevención", "enfermería", "Institucionalización", "protocolo"; También se han utilizado DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) para la búsqueda de artículos en inglés.

Inicialmente se realiza una valoración del anciano por Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson y escalas validadas donde se determina el diagnóstico enfermero "riesgo de caída", definido en la Taxonomía NANDA. Se lleva a cabo la prevención multidisciplinar de estos accidentes a nivel individualizado y adaptado a cada residente siguiendo el protocolo: prevención primaria, secundaria o terciaria.

La elaboración del protocolo se basa en la *Guía metodológica para la elaboración de protocolos de enfermería basados en la evidencia* del Iacs.

4. DESARROLLO

4.1 TITULO

Protocolo de prevención y actuación ante caídas en ancianos institucionalizados

4.2 AUTORA

Raquel Falcón Polo. Estudiante de 4º curso de grado de enfermería en la Universidad de Zaragoza.

4.3 REVISORES EXTERNOS

Natalia Becerril Ramírez

4.4 DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES

No existen conflictos de intereses.

4.5 METODOLOGÍA

¿Podría reducirse el número de caídas en el anciano institucionalizado mediante la utilización de un protocolo de prevención de caídas?

Se utilizó la misma metodología citada en el apartado 3. *Metodología*.

4.6 OBJETIVOS

General

Reducir el número de ancianos que sufren caídas, disminuir la frecuencia de estas y reducir la gravedad de las lesiones que producen.

Específicos

Detectar precozmente alteraciones en el anciano institucionalizado e identificar aquellos con alto riesgo de caída.

Intervenir sobre los factores intrínsecos modificables y aumentar la seguridad ambiental.

Mantener la independencia y autonomía para las AVD entre las capacidades del anciano.

Conocer las circunstancias y condiciones que producen la caída.

Conocer la magnitud del problema de caídas dentro de la residencia.

4.7 PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO

El protocolo realizado va dirigido a todo profesional que tiene contacto con el anciano, así como a los cuidadores y a la propia persona.

4.8 POBLACIÓN DIANA

Personas mayores de 65 años institucionalizados en la residencia y que tienen una leve dependencia en las AVD. Se excluyen en este protocolo aquellos pacientes que tengan una elevada dependencia.

4.9 ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS

* Actividades de elaboración propia

4.9.1 VALORACIÓN INICIAL

La Valoración Integral Geriátrica (VIG) es una herramienta de evaluación multidimensional, interdisciplinaria y estructurada del anciano, que permite definir el estado bio-psico-social de la persona, con el objetivo de establecer un plan de cuidados adecuado y seguimiento a largo plazo en la residencia^{21,22}.

La valoración inicial del anciano al llegar a la residencia será realizada por enfermería, cumplimentando el documento por Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson (Anexo V). El diagnóstico enfermero "Riesgo de caída"²⁹ se determinará en cada individuo a través de la escala de J.H. Downton³⁰ (Anexo VI) y se llevarán a cabo las intervenciones convenientes.

Las escalas validadas incluidas en el documento de la VIG son el índice de Barthel para valorar el grado de dependencia en las ABVD^{8,31} (Anexo VII), escala de Lawton y Brody³¹ que detecta alteraciones funcionales en las AIVD⁸ (Anexo VIII). El Test de Pfeiffer³¹ se utiliza como detección de deterioro cognitivo³¹ (Anexo IX) y el Mini examen cognoscitivo de Lobo para seguir la evolución del deterioro cognitivo³¹ (Anexo X). Finalmente, el Test de Tinetti complementa a la escala de Downton mediante la valoración de la marcha y el equilibrio³¹ (Anexo XI).

4.9.2 PREVENCIÓN PRIMARIA

Conjunto de medidas encaminadas a disminuir la incidencia de caídas en las residencias, siendo el objetivo evitar que el accidente tenga lugar²².

❖ MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN

Se establecen medidas de prevención que no alteren el nivel de independencia y autonomía en las AVD que presenta el individuo^{2,9}. Van dirigidas a todos los ancianos que viven en la residencia haciendo referencia al entorno y programas de intervención multidisciplinar³⁰.

- Educación para la Salud
 - Informar a la familia, cuidador y paciente sobre la importancia de prevenir las caídas y dar recomendaciones sobre cómo hacerlo^{13,30}.
 - Comentar los beneficios del ejercicio físico adaptado a cada persona para mantener el estado general del anciano^{13,32}.
 - Revisar periódicamente gafas y audífonos, adaptándolos a las alteraciones sensoriales^{13,32}.
 - Enseñar a usar adecuadamente bastones, andadores o sillas de ruedas¹³.
 - Prevenir y tratar la osteoporosis atendiendo a los niveles de Calcio y Vitamina D³³⁻³⁵.
 - Prestar cuidados podológicos para prevenir alteraciones de la marcha y el equilibrio³².
- Medidas de seguridad ambiental
 - Asegurarse del freno de la cama siempre, o de la silla de ruedas durante las transferencias^{31,36}.
 - Comprobar el funcionamiento adecuado del timbre³⁶ y alentar al paciente de su uso en el caso de necesitar ayuda*.
 - Colocar los dispositivos de ayuda para caminar al alcance del anciano*.
 - Evitar los objetos o mobiliario que puedan obstaculizar el paso del anciano³⁷.
 - Mantener siempre una iluminación adecuada³⁶.
 - Promover el uso adecuado de vestuario y calzado cerrado con suela antideslizante y confortable³³.

- Mantener al individuo sentado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo para evitar posibles mareos* (hipotensión ortostática)³⁷.
- Sentar al anciano en una silla o sillón apropiado, del que posteriormente sea más fácil levantarse, evitando sillones blandos que hundan al individuo*.
- Evitar que el anciano camine descalzo, en calcetines o cuando el suelo esté mojado³⁷.
- Facilitar que el cuarto de baño esté accesible³⁷.
- Acompañar a la persona mientras aprende a usar el dispositivo de ayuda como bastón o andador*.

❖ **MEDIDAS ESPECÍFICAS EN ANCIANOS CON “RIESGO DE CAÍDA”**

Los ancianos que hayan obtenido una puntuación de 3 o superior en la escala de J.H. Downton, se someterán a medidas de prevención de caídas según los factores de riesgo o alteraciones particulares³⁰.

- Caídas anteriores a la institucionalización
 - Conocer la historia de caídas anteriores³⁰.
 - Disminuir el miedo y ansiedad de sufrir nuevas caídas y reforzar la autoconfianza³⁰.
 - Educación para la salud sobre modificación de factores que puedan estar asociados a las caídas³⁰.
 - Usar barandillas en la cama del anciano³².
 - Recomendar uso de protectores de cadera³³.

- Uso de medicamentos
 - Ajustar el tratamiento farmacológico (facultativo) controlando la polimedicación y fármacos psicotrópicos³⁰ y evitar el uso excesivo de neurolépticos y benzodiazepinas³⁴.
 - Valorar el efecto de la medicación como diuréticos o sedantes. Si toma diuréticos, proporcionar ayuda para llegar al baño, aconsejando realizar la necesidad en cuña o botella durante la noche³⁰.
- Déficit sensorial
 - Promover el uso de audífonos o gafas en ancianos*.
 - Asegurarse que los dispositivos para el déficit sensorial se encuentren al alcance de la persona y revisarlos periódicamente³⁰.
 - Hablar con el anciano y asegurarse de que entiende lo que se le dice³⁰.
 - Vigilar alteraciones sensoriales³⁰.
- Alteración del nivel de conciencia
 - Reorientar en tiempo y espacio siempre que sea necesario³⁰.
 - Valorar los riesgos derivados de la medicación³⁰.
 - Evitar los objetos que puedan producir lesión en el entorno del anciano³⁰.
 - Usar contenciones sólo cuando sea necesario³⁰.
- Alteraciones en la deambulación
 - Evitar la inmovilidad potenciando el equilibrio y resistencia³⁶.
 - Recomendar actividad física ajustada a las limitaciones del anciano³⁰.
 - Recomendar programas de ejercicio físico: entrenamiento del equilibrio y la marcha, aumentar la fuerza muscular, flexibilidad, transferencia segura y resistencia física progresiva³⁴.

- Recomendar la práctica de Tai-Chi, que combina la fuerza y equilibrio a través de un ejercicio aeróbico³⁵.
- Proporcionar ayuda en mientras el anciano camina³⁰.
- Ayudar a la persona en el aseo diario³⁰.
- Promover el uso de ayudas técnicas como bastones, andador o silla de ruedas³⁰.
- Alteraciones en la eliminación
 - Proporcionar ayuda para llegar al baño y recomendar orinar en cuña o botella durante la noche³⁰.
 - Disponer de iluminación adecuada³⁰.

4.9.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA

Consiste en la prevención de nuevas caídas evaluando los factores que hayan podido influir en la anterior^{13,22}.

❖ MEDIDAS A ADOPTAR EN EL MOMENTO

- Levantar al anciano utilizando medidas de seguridad para la movilización³¹.
- Tranquilizar al paciente y familiares³⁷.
- Valorar el tiempo que permanece en el suelo*, las consecuencias y, si es necesario, avisar al médico de guardia^{36,37}.
- Proceder a las intervenciones pertinentes como cura, sutura o vendaje^{36,37}.
- Realizar un control exhaustivo del estado general del anciano en las horas sucesivas*.
- Avisar al facultativo para evaluar las lesiones y pautar el tratamiento si procede³¹.
- Derivar al servicio de urgencias si procede*.

❖ **MEDIDAS DIFERIDAS**

- Analizar junto al anciano la posible causa de la caída y verificar si se seguían las recomendaciones del protocolo de caídas³⁶.
- Identificar los factores de riesgo actuales³⁶.
- Reevaluar el “Riesgo de Caída” en el individuo con la escala J.H. Downton, adoptar nuevas medidas preventivas y cumplimentar el informe de caídas de la residencia^{36,37}.
- Entregar el informe a la dirección de la residencia³⁰.
- Verificar si el anciano había sido evaluado correctamente y si se habían establecido medidas preventivas³⁶.
- Notificar el incidente al SiNAPS (Sistema de Notificación de Aprendizaje para la Seguridad del Paciente)³⁸.

4.9.4 PREVENCIÓN TERCIARIA

Disminuir el nivel de incapacidad secundaria a la caída, actuando a distintos niveles^{13,22}.

- Tratamiento adecuado de las complicaciones físicas de las caídas. Es frecuente que los ancianos sufran fractura de cadera tras una caída. Otras complicaciones físicas son lesiones dolorosas de tejidos blandos, hematomas, otras fracturas, contusiones o quemaduras¹³.

Se recomienda realizar un programa rehabilitador individualizado con el fin de conservar el estado funcional previo a la caída y favorecer la autoestima del anciano¹³.

- Rehabilitación del equilibrio³⁷.

Rehabilitación en sedestación. Se le enseña a levantarse llevando el centro de gravedad hacia los pies y se les insta a que no se dejen caer sobre el asiento al sentarse.

Rehabilitación en bipedestación. Se realizan ejercicios pasivos y reeducación activa para recuperar la marcha o mejorar la calidad de esta.

- Reeducación de la marcha³⁷.

Trabajo con la flexibilidad de las extremidades, control de la regularidad del paso, elevación de los pies, la media vuelta y la marcha atrás.

- Enseñar a levantarse tras una caída³⁷.

Debe girar el cuerpo hasta colocarse en decúbito prono, apoyar manos y rodillas y gatear hasta un apoyo, como una silla o una mesa, donde ayudarse a colocar un pie en el suelo manteniendo la rodilla contraria contra este y así coger impulso para levantarse.

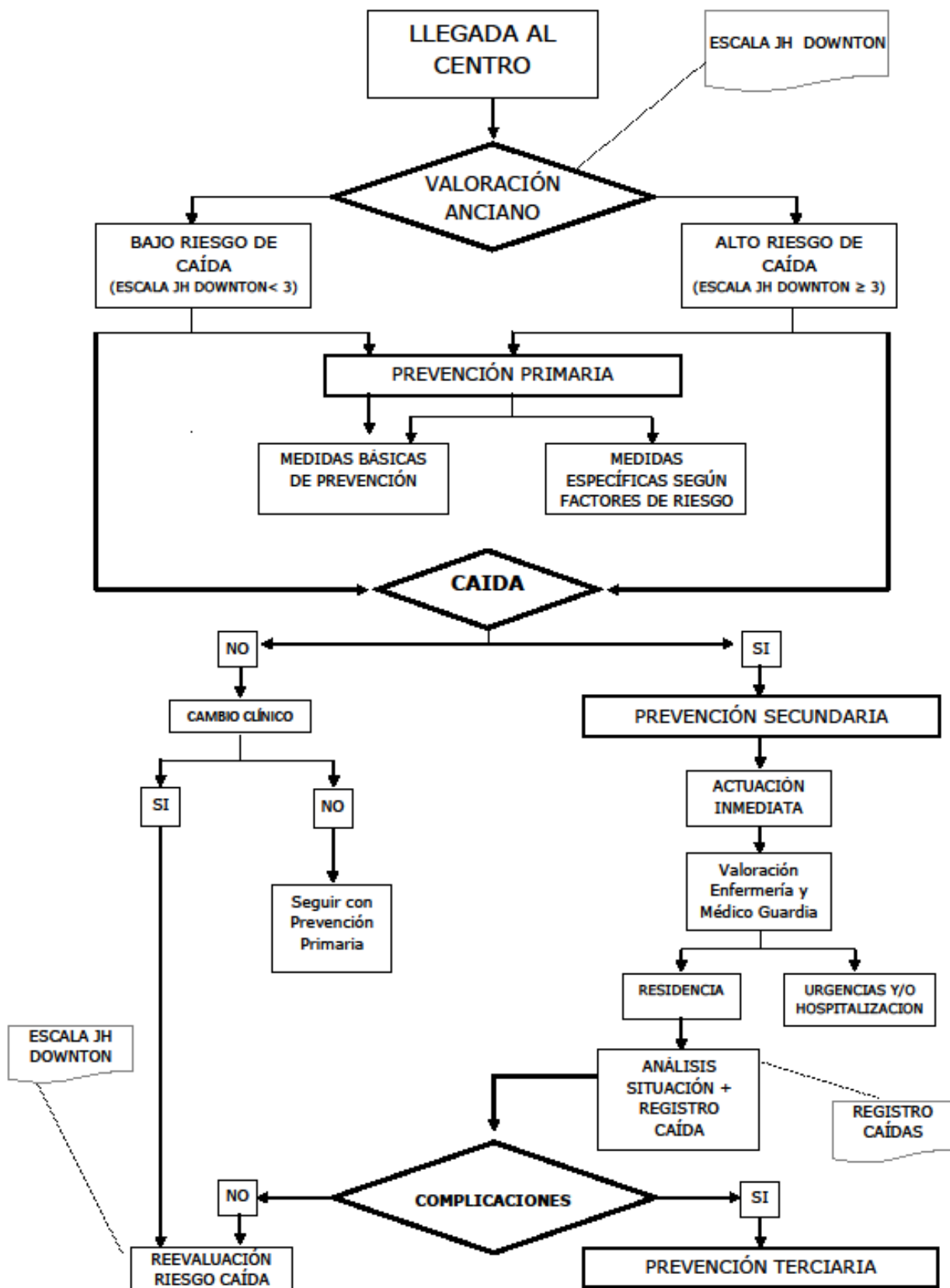
- Terapia del síndrome post-caída.

Realizar un seguimiento psicológico del anciano para prevenir y detectar cambios^{13,22}.

Fomentar la autoestima y tratar el miedo y ansiedad que produce la caída^{2,4}.

Para reintegrarlo progresivamente en la deambulación temprana se recomienda el apoyo kinésico continuo, evitando el reposo prolongado, y el control del dolor con analgesia^{13,37}.

4.10 ALGORITMO DE ACTUACIÓN



4.11 INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador de Proceso: Valoración de riesgo de caída en la acogida

$$\frac{\text{Nº ancianos evaluados de riesgo de caída con Escala Downton}}{\text{Número total de ancianos en la residencia}}$$

Indicador de Proceso: Revaloración del riesgo de caídas

$$\frac{\text{Nº ancianos evaluados con Escala Downton tras sufrir una caída}}{\text{Número total de ancianos que han sufrido una caída}}$$

Indicador de Resultado: tasa de caídas.

$$\frac{\text{Nº total de caídas en un periodo de tiempo}}{\text{Número total de ancianos en la residencia en ese periodo de tiempo}}$$

Indicador de Resultado: Valoración del registro de caídas

$$\frac{\text{Nº caídas registradas con valoración inicial hecha}}{\text{Número total de caídas}}$$

Indicador de Resultado: caídas que causan lesión

$$\frac{\text{Nº de caídas con lesión severa}}{\text{Número total de caídas en la residencia}}$$

Indicador de Estructura: conocimiento del protocolo

$$\frac{\text{Nº trabajadores que conocen el protocolo de prevención de caídas}}{\text{Número total de trabajadores en la residencia}}$$

5. CONCLUSIONES

La detección precoz de los factores intrínsecos que pueden influir en la caída permite identificar a los ancianos que tienen riesgo alto de sufrirla; es el primer paso para reducir el número de estos accidentes, así como disminuir, en número y gravedad, las complicaciones en las que derivan.

La elaboración de un protocolo para la prevención de caídas permite establecer criterios de actuación homogéneos dando como resultado el incremento de seguridad en el anciano. Incidir en la educación de los profesionales sobre el problema de las caídas potenciará el conocimiento sobre el impacto de las caídas y la formación sobre como intervenir en los ancianos institucionalizados.

La aplicación del conjunto de propuestas favorece que el riesgo de caídas esté controlado en la residencia y, así, reducir el número de caídas en el anciano institucionalizado.

El registro y notificación de las incidencias producidas en el centro es esencial para el desarrollo futuro de planes de mejora en prevención de caídas; además, desarrollar las características, circunstancias y complicaciones de las caídas hace posible la vigilancia exhaustiva con el objetivo de mantener al anciano independiente en las AVD.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Quiralte I, Muñoz RG, Moya MM. Intervención de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en las caídas en residencias. En: ASUNIVEP editor. Salud y cuidados en el envejecimiento. Volumen III. España: Asunivep; 2015. 169-174
- 2.** Jódar IM, Martín LJ, Alférez AD, Montes FL, Martín J. Abordaje holístico del riesgo potencial de caídas existente en centros residenciales de mayores. En: ASUNIVEP editor. Salud y cuidados en el envejecimiento. Volumen III. España: Asunivep; 2015. 231-238
- 3.** Espejo L, Rodríguez J, Toledo JV, Caro B, Apolo MD. Incidencia de caídas en mayores institucionalizados. ¿Qué papel ocupa el cuidador? En: ASUNIVEP editor. Salud y cuidados en el envejecimiento. Volumen III. España: Asunivep; 2015. 245-250
- 4.** Martínez L, Torres D, Leal MV, Carrillo de Albornoz MP, Polvillo MJ. Relación entre uso de dispositivos de ayuda y caídas en personas mayores institucionalizadas. En: ASUNIVEP editor. Salud y cuidados en el envejecimiento. Volumen III. España: Asunivep; 2015. 273-280
- 5.** Rodríguez MA, López I, Cantos V, Rivas A, Arco J. Actualización de conocimientos en enfermería sobre las caídas en el adulto mayor. En: ASUNIVEP editor. Salud y cuidados en el envejecimiento. Volumen III. España: Asunivep; 2015. 429-434
- 6.** Silveira DA, Costa SS, Rodrigues F, Tomaschewski JG, Porto D, Devos EL. Proceso de enfermería orientado a la prevención de caídas en los ancianos residentes en instituciones: investigación-acción. *Enferm Global*. 2013; 29:196-206
- 7.** Sgaravatti A. Factores de riesgo y Valoración de las caídas en el adulto mayor. *Carta Geriátrico Gerontológica*. 2011; 4(1): 9-14
- 8.** Pérez N, García L, Montero B, Cruz AJ. Valoración del paciente geriátrico. *Medicine*. 2014;11(62):3641-3658

- 9.** López C, Moreno DJ, Moreno MC. Caídas en el adulto mayor. Prevalencia y factores predisponentes. En: ASUNIVEP editor. Salud y cuidados en el envejecimiento. Volumen III. España: Asunivep; 2015. 423-428
- 10.** Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2012 [Consultado el 2 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- 11.** Zhang X-Y, Shuai J, Li L-P. Vision and Relevant Risk Factor Interventions for Preventing Falls among Older People: A Network Meta-analysis. Sci Rep. 2015;5:1-8
- 12.** Cantos V, Rivas A, Arco J, Rodríguez MA, López I. Riesgo de caídas en pacientes institucionalizados: Papel de enfermería. En: ASUNIVEP editor. Salud y cuidados en el envejecimiento. Volumen III. España: Asunivep; 2015. 199-204
- 13.** Rodríguez V. Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad [tesis doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina; 2011
- 14.** Duaso E, Casas A, Formiga F, Lázaro M, Salvà A, Marcellán T, et al. Unidades de prevención de caídas y de fracturas osteoporóticas. Propuesta del Grupo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(5):268-274
- 15.** Polvillo MJ, Martínez L, Torres D, Leal MV, y Carrillo de Albornoz MP. Prevalencia de caídas y repercusiones en la salud en la población de mayores institucionalizados. En: ASUNIVEP editor. Salud y cuidados en el envejecimiento. Volumen III. España: Asunivep; 2015. 215-224
- 16.** Abizanda P, López-Torres J, Romero L, López M, Sánchez PM, Atienzar P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA). Razonamiento, diseño y metodología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(2):81-88

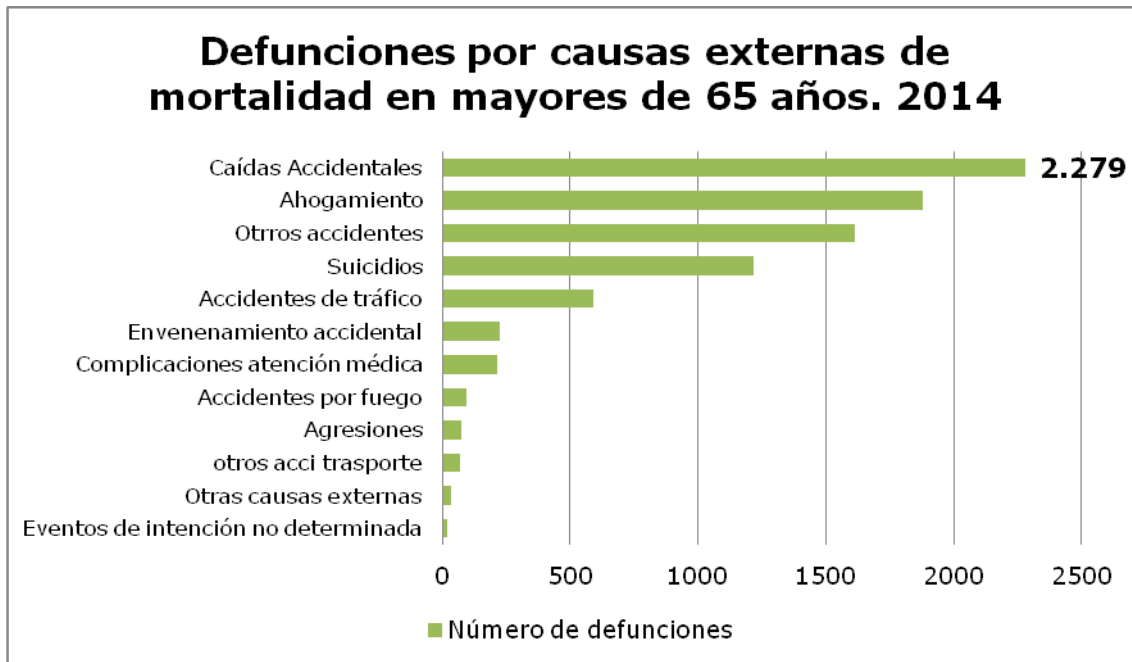
- 17.** González L, Bagur C, Urrútia G, Garrido J. Intervenciones basadas en el ejercicio y el entorno para la prevención de caídas en personas con deterioro cognitivo que viven en centros de cuidado: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016 [IN PRESS]
- 18.** Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; c2016 [Consultado 20 Mar 2016]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
- 19.** Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; c2014 [Consultado 2 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>
- 20.** Terra L, Vitorelli K, Inácio M, Mendes MA, Vitor J, Ribeiro PM. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo?. Gerokomos. 2014; 25(1):13-16
- 21.** Pellicer B, Juárez R, Delgado D, Redondo LC, Martíne B, Ramón E. Caídas en ancianos válidos institucionalizados. Rev ROL Enferm. 2013;36(12): 800-808
- 22.** Mascaró J, Burbano P. ¿Cómo se hace? Cómo prevenir caídas en el anciano. FMC. 2015;22(8):435-439
- 23.** Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Caídas en el medio hospitalario: un estudio longitudinal. Rev Lat Am Enfermagem. 2012; 20(3):1-7
- 24.** Machado RL, Bazán MA, Izaguirre M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. Medisan. 2014; 18(2):158-163
- 25.** Goldsack J, Cunningham J, Mascioli S. Caídas del paciente: búsqueda de una solución "mágica". Nursing. 2015;32(2):52-53

- 26.** Babine R, Farrington S, Wierman H. HELP© previene las caídas a través de la prevención del delirio. *Nursing*.2014;31(2):11-14
- 27.** González A, Calvo JJ, Lekuona P, González JL, Marcellán T, Ruiz A, et al. El fenómeno de las caídas en residencias e instituciones: revisión del Grupo de Trabajo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (GCOF-SEGG). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(1):30–38
- 28.** Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema de Cataluña de Servicios Sociales. *Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña*, 3148, (26/05/2000)
- 29.** North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
- 30.** Tabuenca MP, Catalán MP, Izquierdo AI, Vázquez C, Vicente B, Montoya MJ, et al. Protocolo: Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados. Zaragoza: SALUD, Sector Zaragoza II; 2015
- 31.** Gobierno de Aragón. Anexo IX: Escalas de valoración funcional y cognitiva. En: Gobierno de Aragón: Departamento de salud y consumo editor. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Zaragoza: Strader; 2006. 316-328
- 32.** Gobierno de Aragón. Mi familiar necesita ayuda porque presenta algunos de los siguientes síndromes: Caídas. En: Gobierno de Aragón, Departamento de servicios sociales y familia, Dirección general de atención a la dependencia Editores. Manual de formación: La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia. Zaragoza: Virtual & Cirvan; 2010. 46-50
- 33.** Kwan E, Straus S. Assessment and management of falls in older people. *CMAJ*. 2014;186(16):610-621

- 34.** Luk JK, Chan TY, Chan DK. Falls prevention in the elderly: translating evidence into practice. *Hong Kong Med J.* 2015;21(2):165–171
- 35.** García A, García C, Ramírez MI, Domínguez MT, Peláez A, González J, et al [Internet]. Protocolo de Prevención de Caídas. Ciudad Real: Hospital General Universitario de Ciudad Real. c2011 [Consultado 4 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.hgu.cr.es/wp-content/uploads/2011/05/protocolo-caidas.pdf>
- 36.** Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. Protocolo sobre Prevención y Actuación ante una caída. España: IMSERSO; c2015 [Consultado 24 Feb 2016]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_089257.pdf
- 37.** EUNESE [Internet]. Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad editor; c2012 [Consultado el 21 de Feb de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/caidas.pdf>
- 38.** Casas ML, Cerro C, Martínez F, Velasco EM [Internet]. Protocolos de Enfermería: Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. c2012 [Consultado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/protocolos.htm>
- 39.** Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud: Grupo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón [Internet]. Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia: Protocolos de Cuidados de Enfermería Basados en la Evidencia. c2009. [Consultado 20 Mar 2016]. Disponible en: http://www.iacs.aragon.es/awgc/contenido.detalle.do?idContenido=1431&vienede=BUSCADOR_AVANZADO_ICS&numElemento=0

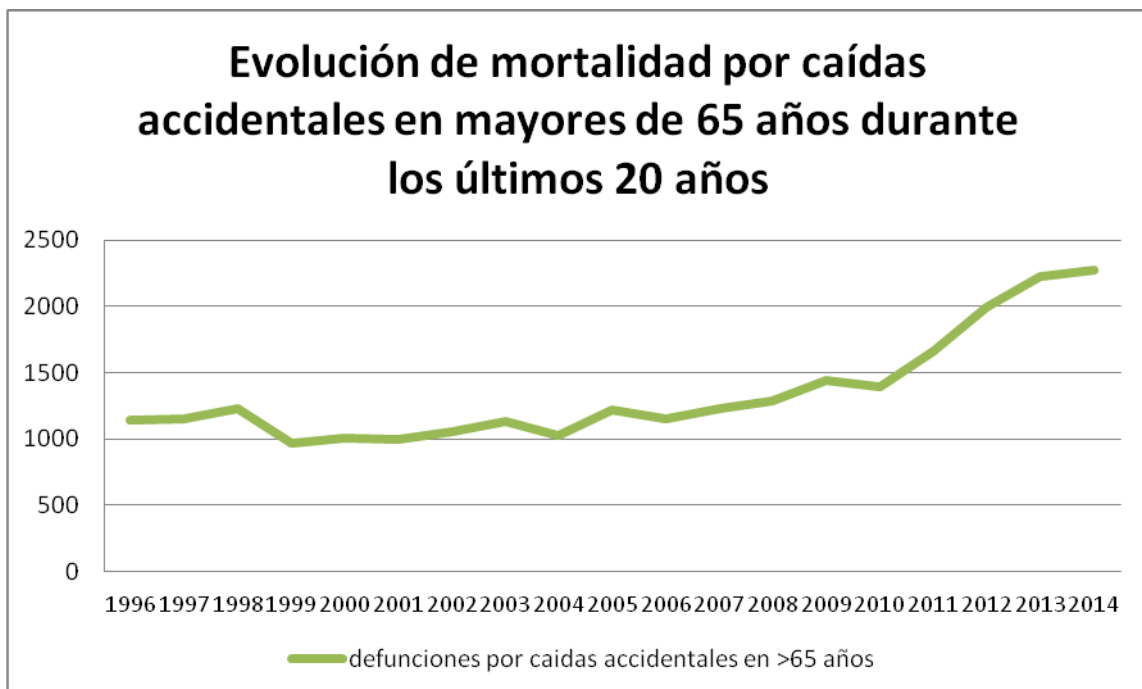
7. ANEXOS

ANEXO I: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN PERSONAS >65 AÑOS



Elaboración Propia. Basada en datos del INE 2015

ANEXO II: EVOLUCIÓN MUERTES POR LESION RELACIONADAS CON CAIDAS EN > 65 AÑOS. 1996-2014



Elaboración Propia. Basada en datos del INE 2015

ANEXO III: FACTORES DE RIESGO DE CAIDA EN ANCIANOS

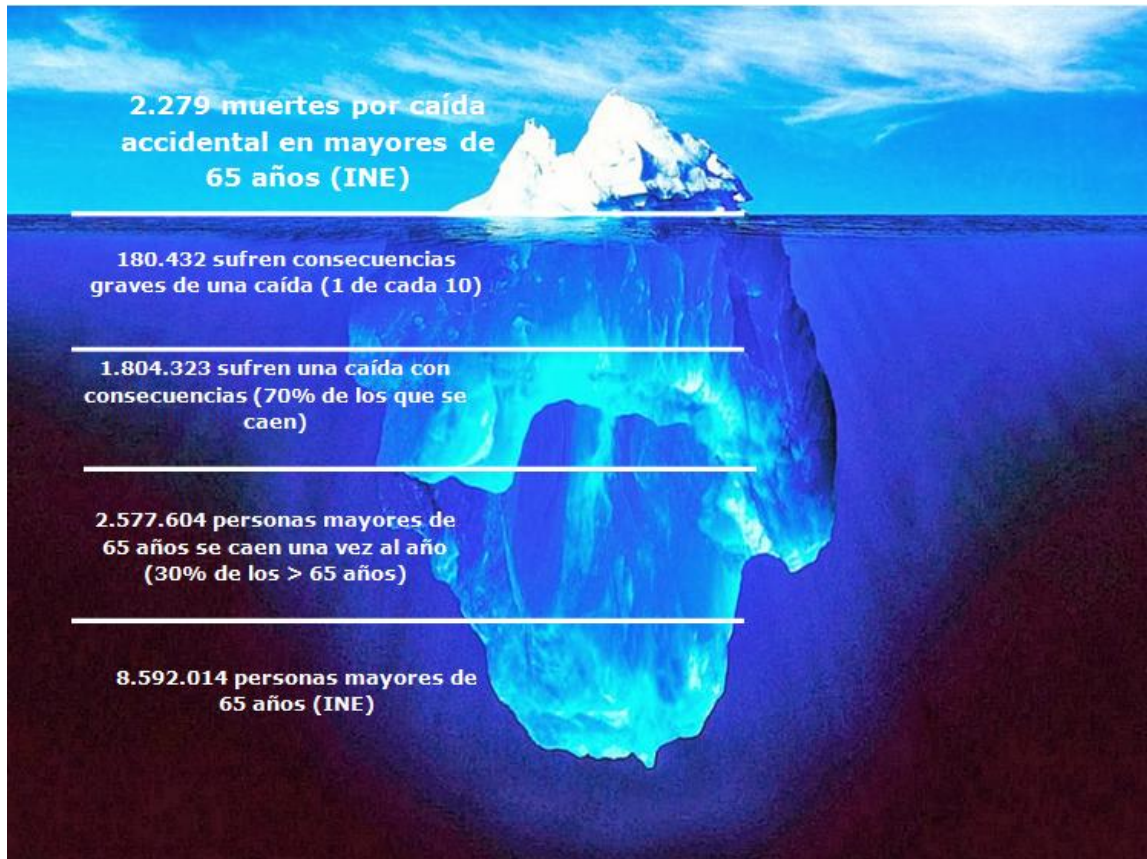
FACTORES DE RIESGO EXTRINSECOS EN DOMICILIO E INSTITUCIONES	
Suelos	Desnivelado / Irregular Resbaladizo Objetos o muebles obstaculizantes, cables sueltos Alfombras
Iluminación	Deficiente o muy brillante Falta de interruptores accesibles
Cocina	Defectuosa Altura inadecuada Derrames que no se limpian de inmediato
Dormitorio	Falta de lámpara o interruptor al alcance de la cama Mesa de noche cambiante Camas altas y estrechas Ausencia de barandillas (institución) Camas mal frenadas (institución) Timbre en mal estado o inaccesible (institución)
Mobiliario	Hacinado Cambio frecuente de localización Mal estado Obstaculizando el piso Grúa y accesorios de transferencia inadecuados (institución)
Cuarto de Baño	Lejos del dormitorio Resbaladizo Bañera en vez de ducha Ausencia de agarraderas Accesorios (jabón, toalla) de difícil acceso
Calzado y Vestido	Suela resbaladiza Desajustado Andar descalzo o con chanclas Prendas de vestir demasiado largas Bastón o andador en mal estado
Animales Domésticos	Animales sueltos en el hogar
Vía Pública	Pavimento defectuoso, mal conservado Semáforos de corta duración Bancos de jardines y plazas a altura inadecuada Aceras estrechas, con desniveles y obstáculos
Medios de Transporte	Escalones inadecuados en autobús Movimientos bruscos del vehículo

Elaboración propia. Recopilación de varias referencias

FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS	
Salud General	<p>Edad Sexo Femenino Antecedentes de caídas Carencia de Vitamina D y Ca</p>
Factores Fisiológicos	<p>Pérdida del poder de acomodación y disminución de la agudeza visual. Alteraciones en la conducción nerviosa vestibular. Angioesclerosis del oído interno. Disminución de la sensibilidad propioceptiva. Enlentecimiento global de los reflejos. Alteración del equilibrio y de la marcha Atrofia muscular y de partes blandas, reducción movilidad Degeneración de las estructuras articulares.</p>
Enfermedades	<p><u>Patología CV</u>: ACV, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía isquémica, Arritmias, HTA, hipotensión ortostática <u>Patología neurológica/ Psiquiátrica</u>: ACV /AIT, Enfermedad de Parkinson, , Crisis epilépticas, Deterioro cognitivo, Depresión, Ansiedad, desorientación. <u>Patología musculo-esquelética o neuromuscular</u>: deformidad en EEII, disminución fuerza. <u>Patología del aparato locomotor</u>: Patología inflamatoria, Artrosis, Osteoporosis, Trastornos podológicos <u>Patología sensorial</u>: alteración de la visión y percepción. <u>Patología Sistémica</u>: Infecciones, trastornos endocrinometabólicos y hematológicos</p>
Marcha y Equilibrio	<p>Anomalías de a marcha Disminución de la velocidad Balanceo postural Disminución del equilibrio dinámico Dificultad al levantarse de la silla</p>
Fármacos	<p>Hipotensores Psicofármacos: sedantes, antidepresivos, anticonvulsivos. neurolépticos</p>
Hábitos Tóxicos	<p>Café Tabaco Alcohol Drogadicción</p>

Elaboración propia. Recopilación de varias referencias

**ANEXO IV: CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS EN ESPAÑOLES > 65 AÑOS.
2014**



Elaboración Propia. Basada en datos del INE 2015

ANEXO V: VALORACIÓN INTEGRAL GERIÁTRICA

VALORACION INTEGRAL DEL ANCIANO

1º Apellido

2º Apellido

NOMBRE:

Fecha Nacimiento: Edad:.....

FOTO
RESIDENTE

I. DATOS DE FILIACIÓN Y SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº Historia: Familiar Acompañante:

Habitación: Tlf Contacto:

Domicilio del Residente:

II. ANAMNESIS

HISTORIA MÉDICA

ANTECEDENTES PERSONALES

Factores Riesgo Cardiovascular:

Hábitos Tóxicos:

Enfermedades Crónicas:

Antecedentes Quirúrgicos:

Ingresos Previos:

ALERGIAS:

ESCALA DE BARTHEL (*): ____/100

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Inmovilidad	Incontinencia de Esfínteres	Caídas
Polifarmacia	Depresión	Deterioro Cognitivo
<i>Delirium</i>	Desnutrición	Estreñimiento
Déficit Sensorial	UPP	Fragilidad
Sarcopenia	Otros:	

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA PRESENTES EN EL ANCIANO (MIRAR ANEXO III)

.....
.....
.....

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Fármaco: Dosis: Duración: Cambios:

Fármaco: Dosis: Duración: Cambios:

Fármaco: Dosis: Duración: Cambios:

Fármaco: Dosis: Duración: Cambios:

Fármaco: Dosis: Duración: Cambios:

III. VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

1- RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN

TA:	FC:	FR:	Sat O ₂ :	
Alteración Circulatoria:	Edemas	Calambres	Cianosis	Otros:
Patología Cardiovascular:				
Tratamiento:				
Fumador:	Si	No	Exfumador:	Si
				No
Hábito Respiratorio:	Normal	Anormal	Dificultad respiratoria	
Patología Respiratoria:				
Tratamiento:				
Observaciones:				

2- ALIMENTACIÓN – HIDRATACIÓN

PESO:	TALLA:	IMC:	
ALERGIAS/INTOLERANCIA ALIMENTARIA:	Si	No	conocidas
Conducta alimentaria:	Normal	Exceso	Defecto
Alteración funcional:	Deglución	Masticación	
Cantidad de líquido/día:	< 0,5 litro	1-2 litros	>2 litros
Suplementos Nutricionales:			
Dietas Especiales:			
TEST "MNA"			
*Déficit de Autocuidado:	Independiente (10)	Parcial (5)	Total (0)
Observaciones:			

3- ELIMINACIÓN

*Incontinencia Urinaria:	Continente (10)	Ocasional (5)	Incontinente (0)
*Incontinencia Fecal:	Continente (10)	Ocasional (5)	Incontinente (0)
ESTREÑIMIENTO:	Si	No	
Náuseas:		Vómitos:	
DISPOSITIVOS:	Pañal	Sonda Vesical	Colector
			Otros
Observaciones:			
*Déficit Autocuidado para utilizar WC:	No (10)	Parcial (5)	Total (0)

4- ACTIVIDAD – REPOSO

*DEAMBULACIÓN:	Si (15)	Con Ayuda (10)	Silla de ruedas (5)	No (0)
Recursos de Ayuda:	Bastón	Muleta	Andador	Silla de Ruedas
				Otros:
Encamado:	Si	No		
*Subir y Bajar Escaleras:	Si (10)	Con Ayuda (5)	No (0)	
*Traslado Silla-Cama y Viceversa:	Si(15)	Poca Ayuda(10)	Mucha Ayuda(5)	Incapaz(0)

ESCALA DE BARTHEL (ANEXO VII): _____ / 100

INDICE DE LAWTON Y BRODY (ANEXO VIII): _____ / 8

Observaciones:

5- SUEÑO Y DESCANSO

Horas que Duerme:

Se levanta descansado:

Precisa de ayuda para dormir: Tipo:

Observaciones:

6- VESTIRSE Y DESVESTIRSE

*Déficit de Autocuidado: No (10) Necesita Ayuda(5) No (0)

Aspecto: Limpio Sucio Descuidado

Lleva ropa cómoda:

Lleva calzado adecuado:

Observaciones:

7- MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura: _____ Sensación de frío Sensación Calor

Observaciones:

8- HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Estado de la Piel: Limpia Normal Seca Integra Lesionada

Tipo de Lesión:

Edemas: Varices

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LAS MUCOSAS:

Mucosa Bucal: Normal Seca Enrojecida Lesionada

Higiene bucal: Correcta Descuidada

ULCERAS POR PRESIÓN (ESCALA NORTON)

*DÉFICIT DE AUTOUIDADO BAÑO: No(0) Si(5)

*DÉFICIT DE AUTOUIDADO ASEO: No(0) Si(5)

Observaciones:

9- SEGURIDAD

RIESGO DE INFECCIÓN: Si No

CONTROL MEDICACIÓN: Capaz Bajo Supervisión Incapaz

NIVEL COGNITIVO:**TEST DE PFEIFFER (ANEXO IX):** Nº Errores: _____**MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (ANEXO X):** _____ / 35**RIESGO DE CAÍDAS:****ESCALA JH DOWNTON (ANEXO VI)**Alto Riesgo de Caídas (≥ 3)Bajo Riesgo de Caídas (< 3)**VALORACION MARCHA Y EQUILIBRIO:****TEST TINETTI – MARCHA (ANEXO XI):** _____ / 12**TEST TINETTI – EQUILIBRIO (ANEXO XI):** _____ / 16**DOLOR** Si No

Características: _____

Fármacos: _____

ESCALA EVA: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VACUNACION:	Antigripal	Antitetánica	Hepatitis B	Otras	
Hábitos Tóxicos:	Tabaco	Alcohol	Café	Drogas	Otros:
Observaciones:					

10- COMUNICACIÓN

DÉFICIT SENSORIAL:	No			
	Si	Visual	Auditivo	Otros
Medidas Correctoras:	Gafas	Audífono	Lentes contacto	
Vive:	Solo	Acompañado	Residencia	
Apoyo Social:	Tiene amigos		Colaborador	
	Manifiesta emociones y sentimientos		Hablador	
Actitud ante ingreso en el centro:	Conforme	Desconforme	Indiferente	
Observaciones:				

11- CREENCIAS Y VALORES

DOCUMENTOS DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:	Si	No
Percepción de su Salud:	Cree en el tratamiento	No cree en el tratamiento
Observaciones:		

12- REALIZACION PERSONAL/AUTOESTIMA

Rol Profesional:	Activo	Jubilado	Incapacitado	Otros:
Rol Familiar:				
Participa en la toma de decisiones:	Si	No		
Observaciones:				

13- ACTIVIDADES RECREATIVAS/OCIO

EJERCICIO FISICO:	Habitual	Escaso	Sedentario	Inmovilizado
Actividades que le gusta realizar:				
Tiempo que dedica al Ocio				
Observaciones:				

14- APRENDIZAJE

Nivel de Estudios:	_____
Capacidad:	1 2 3 4 5
Motivación:	1 2 3 4 5
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	Sobre enfermedad Manejo de la enfermedad Manejo del tratamiento
EDUCACION PARA LA SALUD:	Tratamiento Farmacológico Hábitos Higienico-Dietéticos Higiene Postural
Observaciones:	

Elaboración Propia

ANEXO VI: ESCALA J.H. DOWNTON

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE JH DOWNTON		
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicación	Ninguno	0
	Tranquilizantes-Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Caminar	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con ayuda / Sin ayuda	1
	Imposible	0
Puntuación TOTAL		
Puntuación ≥ 3 puntos: Alto Riesgo de Caída < 3 puntos: Bajo Riesgo de Caída		

Programa de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados. 2012

ANEXO VII: INDICE BARTHEL

INDICE DE BARTHEL	
Alimentación	
Independiente: Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable	10
Ayuda: Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.	5
Dependiente: Necesita ser alimentado	0
Baño	
Independiente: Se lava completo en la ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda	5
Dependiente: Necesita cualquier ayuda	0
Vestido	
Independiente: Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Abrocha cremalleras y botones.	10
Ayuda: necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable	5
Dependiente: Necesita mucha ayuda	0
Aseo Personal	
Independiente: Se lava cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica	5
Dependiente: Necesita alguna ayuda	0
Uso del Retrete	
Independiente: Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo	10
Ayuda: Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa solo	5
Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia	0
Defecación	
Continente: No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo	10
Incontinente ocasional: Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios	5
Incontinente o Necesita que le suministren el enema	0
Micción	
Continente: No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo	10
Incontinente Ocasional: Episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector	5
Dependiente	0
Deambulación	
Independiente: Camina al menos 50 metros independientemente o con ayudas (bastón, andador, etc.)	15
Ayuda: Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión	10
Independiente silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros. Capaz de girar esquinas	5
Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia	0
Subir y Bajar Escaleras	
Independiente: Sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandilla o instrumentos de apoyo	10
Ayuda: Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras	5
Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia	0
Transferencia (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	
Independiente: No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente	15
Mínima Ayuda: Necesita una mínima ayuda o supervisión	10
Gran Ayuda: Es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda para el traslado	5
Dependiente: No se mantiene sentado	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

Puntuación del 0-100

< 20: dependencia total

20-35: dependencia grave

40-55: dependencia moderada

60-90: dependencia leve

100: independiente (90 si va en silla de ruedas)

37

ANEXO VIII: ESCALA LAWTON Y BRODY

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	
Capacidad para usar el Teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos teléfonos familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
Compras	
Realiza independientemente las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa	
Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional (para los trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar platos o hacer la cama	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza taxi o automóvil, pero sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma medicación si es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de asuntos económicos	
Se encarga de asuntos económicos por sí solo	1
Realiza pequeñas compras, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	0
Incapaz de manejar dinero	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

Puntuación del 0-8
 0-1: dependencia total
 2-3: dependencia Severa
 4-5: dependencia moderada
 6-7: dependencia ligera
 8: Autónomo

Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes

ANEXO IX: TEST DE PFEIFFER

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

ÍTEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? (Mes, Día, Año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20, vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	

TOTAL DE ERRORES

Puntuación

0-2 errores: Normal

3-4 errores: Leve deterioro cognitivo

5-7 errores: Moderado deterioro cognitivo

8-10 errores: Importante deterioro cognitivo

* Si el nivel educativo es bajo (Estudios elementales) se admite un error más para cada categoría

* Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un error menos

Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes

ANEXO X: MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO

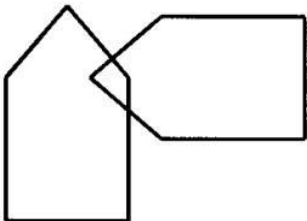
Orientación temporal Día de la semana. Día (nº). Mes. Estación. Año	----- / 5
---	-----------

Orientación espacial Provincia. País. Ciudad o Pueblo. Lugar o centro. Planta o piso.	----- / 5
---	-----------

Fijación Repita estas tres palabras hasta aprenderlas: Peseta – Caballo - Manzana	----- / 3
--	-----------

Concentración (solo una de las dos opciones) Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿Cuántas le van quedando? *Hasta 5	----- / 5
Repita 5-9-2. *Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás	----- / 3

Memoria ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	----- / 3
--	-----------

Lenguaje y Construcción	
Mostrar un bolígrafo y preguntar, ¿Qué es esto?, repetirlo con el reloj	----- / 2
Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros"	----- / 1
"Una manzana y una pera son frutas, ¿Verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde?	
¿Qué son un perro y un gato?	----- / 2
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y póngalo en la mesa"	----- / 3
Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS"	----- / 1
"Escriba una frase cualquiera"	----- / 1
Copie este dibujo	----- / 1
	

PUNTUACIÓN TOTAL	----- / 35
-------------------------	------------

Puntuación < 14: Severo 14-18: Moderado 19-23: Leve 24-29: Borderline 30-35: Normal
--

ANEXO XI: TEST DE TINETTI

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO (Con el paciente sentado en una silla dura sin apoyabrazos)		
1. Equilibrio sentado	Se inclina o desliza en la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz usando los brazos para ayudarse	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (15 segundos. Primeros 5 segundos)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio en bipedestación	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies (>10cm)	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados (<10cm)	2
6. Giro de 360°	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
7. Equilibrio con ojos cerrados (en bipedestación, con tronco erecto, pies juntos, cerrar los ojos)	Inestable	0
	Estable	1
8. Empujar (en la posición anterior, empujar suavemente en el esternón del anciano con la palma de la mano 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

PUNTUACIÓN TOTAL EQUILIBRIO (Máximo 16 puntos)

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA (Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual: bastón o andador)		
1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decir que ande)	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	El pie no se levanta completamente del suelo	0
	El pie se levanta completamente del suelo	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
El pie no se levanta completamente del suelo	0	
El pie se levanta completamente del suelo	1	
3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Longitud de los pasos derecho e izquierdo iguales	1
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
5. Trayectoria (Observar el trazado que realiza uno de los pies durante 3 metros)	Desviación marcada	0
	Desviación leve o moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
7. Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

PUNTUACIÓN TOTAL MARCHA (Máximo 12 puntos)

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (Máximo 28 puntos)	
> 24 puntos: Riesgo bajo de caídas	
19-24 puntos: Riesgo de Caídas	
< 19 puntos: Riesgo alto de caídas	

ESTADO DEL ANCIANO:

Estado tras la caída: _____

Relajación de Esfínteres Pérdida de conciencia Movimientos anormales

Sangrado Otros: _____

Se levanta solo: Si No

CONSECUENCIAS DE LA CAÍDA:

Tiempo Aproximado de permanencia en el suelo:

< 5 minutos 5-15 minutos 15-45 minutos > 1 hora

Consecuencias:

Hipotermia Deshidratación Atrofia muscular Infección

Secuelas de la Inmovilización: _____

Lesiones: No Si: _____

Tratamiento: Cura de Heridas Antiinflamatorio/ Analgésicos Suturas

Intervención de Facultativo: No Si: _____

Médico de Guardia Urgencias Otros: _____

TRATAMIENTO DE CONSECUENCIAS:

Complicaciones Físicas: Cirugía Rehabilitación

Rehabilitación del Equilibrio: Sedestación Bipedestación

Reeducación de la marcha:

Enseñanza a levantarse tras una caída:

Terapia Síndrome post-caída:

Observaciones:

Firmado:

Cargo: