
Métodos específicos para disminuir la incidencia de caídas en una residencia de ancianos.

Helena Casajús Sola

*Máster de Gestión de
Cuidados de Enfermería*

Junio 2012

Métodos específicos para disminuir la incidencia de caídas en una residencia de ancianos

**Un estudio de todas las caídas ocurridas
en la residencia de Ancianos de Sangüesa
"San Vicente de Paul" en el periodo de los
años 2009, 2010 y 2011**

**Evaluación del riesgo de caídas que
tiene cada uno de los residentes según la
escala Downton**

Realización de un plan de prevención

Estoy muy agradecida a mi directora, quien me ha ayudado para la realización este trabajo de fin de máster, Rosa García-Orellán. Gracias por su apoyo, porque me ha ayudado en todo momento. Agradezco sus comentarios, sugerencias y todas las correcciones con las que he podido elaborar el Trabajo de Fin de Máster.

Además, agradezco a todo aquel que me ha ayudado a conseguir datos y planos para poder llevar a cabo el trabajo.

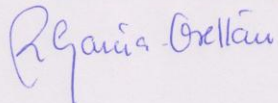
Y, por último, gracias a mis padres Domingo y Elisa, a mis hermanas M^a José y Lucía, a Javier, Roberto y Clara que han estado a mi lado y me han apoyado durante todo este proceso.

Dña. ROSA GARCÍA ORELLÁN, Profesora del Área de enfermería en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el proyecto de gestión que presenta Doña HELENA CASAJÚS SOLA con el título METODOS ESPECÍFICOS PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión De Cuidados de Enfermería

Pamplona, 1 de junio del 2012

Fdo: Doña Rosa García Orellán



ÍNDICE:

Resumen del trabajo	5
Justificación	6
Resumen ejecución del presupuesto, año 2011	13
Demografía	15
Objetivos	18
Grupo Diana	18
Definiciones	19
Proceso normal de envejecimiento	19
Cambios en el cuerpo con el envejecimiento	20
Cambios en el ámbito psicológico y social	23
Análisis de la situación	24
Matriz DAFO	26
Estudio de las Características de las Caídas	28
Indicadores:	
De los resultados de las Caídas	29
Siguiendo la escala Downton	35
Factores que pueden aumentar los Riesgos de Caídas	46
Factores intrínsecos a la persona	46
Factores extrínsecos a la persona	46
Barreras arquitectónicas	47
Real Decreto 556/1989, 19 de Mayo	52
¿Cómo prevenir las caídas?	54
Protocolo de Caídas	56
Artículo	73
Bibliografía	81
Anexos	83
ANEXO 1: Planos de la residencia	84
ANEXO 2: Escala de Barthel	86
ANEXO 3: Protocolo actual de la residencia	88
ANEXO 4: Aplicación de la escala Downton a todos los residentes de la residencia “San Vicente de Paúl”	92
ANEXO 5: Hoja de Prescripción Médica de Sujeciones	94
CRONOGRAMA	95
Presupuesto	96

Resumen:

Trabajo en la residencia municipal de ancianos "San Vicente de Paúl" de Sangüesa con personas mayores. Son muchos los interrogantes que se me plantean, como por ejemplo la incidencia de úlceras, la hidratación y nutrición de los pacientes,... pero voy a centrarme en otro de los aspectos: riesgo de caídas. Como hipótesis de trabajo observo que hay muchas caídas, que aunque tienen pocas consecuencias graves, deberían de disminuir.

Se puede actuar para disminuir la incidencia de las caídas. Estas producen unas situaciones problemáticas por sus consecuencias y de este modo, se pueden intentar mejorar las intervenciones y así disminuir su incidencia.

La importancia de las caídas en el anciano radica en la aparición de complicaciones como pueden ser fracturas o heridas importantes, que obligan a la inmovilidad de la persona y en ocasiones a tener que someterse a una intervención quirúrgica, con el riesgo que ello conlleva.

En este trabajo, lo que se va a realizar es un análisis de todas las caídas que se han producido en los tres últimos años, para ello elaboro unas variables que las analizaré siguiendo la evaluación de la escala Downton, que mide el riesgo de caídas que tienen las personas mayores. En función de ambos resultados, pondremos en común los datos lo que me permite realizar un protocolo de actuación que lo aplicare en el personal de la residencia. Este proyecto contempla una mejora de los resultados en el plazo de un año. Lo que aquí presento es un plan de actuación.

Para la realización de este trabajo, he utilizado la información que he recogido sobre la residencia. Son datos que tenemos archivados.

Además he hecho una revisión de artículos en la base de datos pubmed, en cochrane plus. En revistas Elsevier, Metas de Enfermería,...

Y también he buscado datos a cerca de las caídas en ancianos, envejecimiento,... en la enciclopedia médica: aupper.

Palabras clave:

Anciano, Residencia de ancianos, Caídas, Protocolo, Prevención, Escala Downton.

JUSTIFICACIÓN:

Como ya he dicho antes, esta residencia está en la localidad de Sangüesa.

SANGÜESA:

Tiene categoría histórica de Ciudad y es la cabeza de una de las merindades de Navarra. Se encuentra a 45 km de la capital de Navarra, Pamplona.



Tiene una superficie de 69,8 km². Está a una altitud de 404 metros con respecto al nivel del mar y dispone de unas buenas comunicaciones con Pamplona gracias a la A21 (que actualmente llega hasta Liédena, al que se accede a través de la N240).

La NA-127 que comunica con Sos del Rey Católico y Ejea de los Caballeros.

La NA-132 que comunica con Tafalla, donde enlaza con la carretera N-121 y la Autopista de Navarra (AP-15) en su comunicación con Madrid y Zaragoza.

El último censo registrado es de 5.254 habitantes.

GEOGRAFÍA: Sangüesa pertenece a la Navarra Media Oriental. Limita al Norte con Lumbier, Liédena y Javier, al Este con Undués de Lerda y Sos del Rey Católico, al Sur con el término de Peña, y al Oeste con Cáseda y Aibar.

El gentilicio es sangüesino / sangüesina o zangotzarra.

Para poder visitar, están, entre otros, los diferentes monumentos y edificios que señalo:

- Casa Consistorial
- Palacio Castillo Príncipe de Viana
- Palacio de Añués
- Palacio de los Iñiguez Abarca
- Palacio de los Paris
- Palacio de los Sebastianes
- Palacio Iñiguez de Medrano
- Palacio Ongay-Vallesantoro
- Portal de Carajeas
- Puente sobre el Rio Aragón.

En los alrededores de la zona, se encuentra el Castillo de Javier, La Foz de Lumbier, el Monasterio de Leyre, Sos del Rey Católico,...

Además, Sangüesa es etapa importante de la ruta jacobea desde mediados del siglo XII.

Debe, en parte, su origen y desarrollo al Camino de Santiago, además de a su situación en una encrucijada de caminos entre la Montaña y la Ribera, lo que propició asentamientos humanos en la zona desde época romana.

El monumento sangüesino más importante, estrechamente vinculado además al Camino de Santiago, pues se encuentra al borde del mismo junto al puente que cruza el río Aragón es, sin duda, la iglesia de Santa María de Sangüesa.

El escudo tiene el siguiente blasón: Partido de plata con un castillo de tres torres en su color natural acompañado por las siglas S.A., primera y última letra del nombre de la ciudad. Partido con las cuatro barras rojas de Aragón sobre campo de plata, Bordura de gules con las cadenas de Navarra en oro. Por timbre una corona abierta y por leyenda "La que Nunca Faltó". (Los datos del blasón del escudo han sido recogidos en la web oficial del Ayuntamiento de Sangüesa).



Pasando a hablar de la residencia, como ya he dicho antes, es una residencia municipal, lo que significa que forma parte de uno de los patronatos del ayuntamiento de Sangüesa, cuyo presidente, es el alcalde, Ángel Navallas, del partido político Agrupación Progresista de Sangüesa (APS). Forman parte de la legislatura del 2011-2015.

Presidente: Ángel Navallas Echarte

Vicepresidente: Joaquín Grau Tasa *

Secretaria: Virginia Roig Alabart (Vecina designada por el Pleno).

Miembros:

- Javier Aztaráin Zabaldica*
- Rafael Bargues Aspurz*
- Juan Erdozáin Ruiz*
- Jesús Moreo Cuella (Vecino designado por el Pleno).
- Concepción Semberoiz Cano (Interventora Municipal).
- Amaya González Ara(Servicio Social de Base)

*Los miembros que no tienen aclaraciones entre paréntesis, son concejales del ayuntamiento.

En un principio era un hospital de la cual se encargaban las monjas de la Caridad, las cuales vivían en la misma residencia. Ellas se encargaban de realizar cualquier tipo de trabajos, con sanos o enfermos. Este hospital se encargaba de los enfermos de toda la zona de Sangüesa. (Antiguamente, era en este lugar donde se hacían los pendientes a las niñas,...)

Hace seis años, en 2006, se fueron las monjas y desde entonces, ya sólo hay trabajadores: encargadas, enfermeras y de servicios generales.

Fue entonces, cuando le cambiaron el nombre a la residencia. Pasa a llamarse, Residencia Municipal de Sangüesa "San Vicente de Paúl".

Esta residencia cuenta con 67 residentes. Estos se dividen en:

- Residentes válidos: residentes que ellos mismos se realizan cualquier tipo de cuidados. Son no dependientes y dependientes moderados del nivel I.
- Residentes Semiasistidos: Son residentes a los que se les realiza cualquier tipo de cuidados, pero que no son tan dependientes como los asistidos ni tan independientes como los válidos. Plaza dependiente moderado nivel II y dependiente severo I.
- Residentes asistidos: residentes que necesitan que se les realice cualquier tipo de cuidados. Son dependientes de las trabajadoras para vestirse, o para comer, o para realizar cualquier tipo de AVD (actividades de la vida diaria). Plaza dependiente severo II y gran dependiente.

Tarifas de los residentes para 2012:

- Válidos: 854€/mes
- Semiasistidos: 1183 €/mes
- Asistidos: 1.708 €/mes.

Número de Residentes: (Adjunto planos en Anexo 1)

- Válidos: 35 residentes sin plazas libres. (6 habitaciones dobles y el resto individuales).
- Semiasistidos: 10 residentes y 1 plaza libre. (3 habitaciones dobles y el resto individuales).
- Asistidos: 22 residentes y 3 plazas libres. (7 habitaciones dobles y el resto individuales).

PERSONAL:

En esta residencia trabajamos dos enfermeras con turnos de mañanas y tardes y hacemos una semana de guardia localizada cada cuatro semanas. Ambas trabajamos a jornada completa.

Además también hay dos encargadas. Tienen similares turnos a los de las enfermeras y también tienen una semana de cada cuatro, guardias localizadas.

Las trabajadoras de servicios generales son:

- Trabajan jornada completa: 12 trabajadoras repartidos en turnos de mañana, tarde o noche.
- 6 trabajadoras: 5 horas (por la mañana o por la tarde). 68,8% de la jornada.
- 2 trabajadores: con el 86,7% de la jornada. Tienen turno partido.

Hay una compañera, que se encarga de realizar los viajes a las consultas, y si ellos quieren, puede entrar con ellos o no. Por ejemplo, ella les acompaña y les ayuda en lo que necesiten. Y para ellos es importante tener a una persona que conocen en un sitio totalmente desconocido,...

- En el turno de mañana, siempre hay una enfermera de lunes a viernes y todos los días de la semana, hay una encargada.
- En el turno de tarde, de lunes a miércoles siempre hay una encargada y de miércoles a domingo siempre hay una enfermera.

1. En cuanto al personal de servicios generales, en el turno de mañana siempre hay 8 trabajadoras divididas en:

- Cuatro en asistidos
- Tres en válidos y semiasistidos.

Todas las anteriores, se encargan del cuidado de los residentes y 2 horas por la mañana, se encargan de la limpieza de las habitaciones y de los aseos.

- Un trabajador está de turno partido, que se encarga de la lavandería y de repartir la ropa limpia,...

2. En cuanto al personal del turno de tarde:

- Siempre hay 2 trabajadoras que levantan a los residentes de asistidos de la siesta y luego les dan la merienda, les ponen al baño,...
- Un trabajador que vienen a media tarde y que se encarga de darles la merienda a los de residentes de válidos y semiasistidos.
- La trabajadora de turno partido.

3. En el turno de noche:

- Hay 2 trabajadoras que se encargan de hacer los cambios posturales a los residentes encamados y les hacen el cambio de pañales a todos los que requieran. Tienen un busca para que cualquier problema que tengan los residentes, que pueda ser resuelto.
- Por la noche, las enfermeras y encargadas tenemos guardias localizadas por si las compañeras de la noche tienen dudas, algún paciente se enferma,... puedan contactar con nosotras.

Los **SERVICIOS** que ofrece esta residencia son:

- Servicio médico (acude, al menos, un día por semana el médico del centro de salud).
- Diplomadas en Enfermería.
- Rehabilitación.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Salón de juegos.
- Servicio de peluquería y manicura.
- Salón de Tv.
- Capilla y servicio religioso.
- Jardín con huerto.
- Comedor.
- Lavandería.
- Trabajadora social.

Observaciones

La Residencia se encuentra en el centro de la ciudad, junto al Portal de Carajeas y al lado del Centro de Salud, del Auditorio y del Claustro del Carmen. Dispone de patio y de jardín. En las habitaciones existe toma de televisión y timbre individual.

Se permite a los residentes la colaboración en las tareas diarias del centro: atención de portería, mantenimiento, huerta, realización de recados, etc.

RESUMEN EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO, AÑO 2011:

- Ingresos:

1.	Cuotas de los residentes:.....	830.425,98 €
2.	Aportación del Ayuntamiento:.....	160.876,16 €
3.	Intereses de cuentas bancarias:	0,58€
4.	Subvenciones para inversiones:.....	100.516,39€
5.	Remanente de Tesorería:.....	20.010,00€
	(a fecha de 1.1.2011)	

- Gastos:

1.	Gastos de personal:.....	720.930,46€
2.	Gastos de funcionamiento*:.....	269.772,26€
	(con desglose)	
3.	Cuota de asociación de residencias:.....	600,00€
4.	Inversiones**:.....	120.526,39€
	(con desglose).	

*Entre los gastos de funcionamiento se incluyen los gastos:

-	Mantenimiento de jardín	
-	Mantenimiento de ascensores.....	4.122,94€
-	Mantenimiento de calefacción	4.759,25€
-	Mantenimiento de extintores	734,33€
-	Mantenimiento de sistemas de seguridad	2.022,99€
-	Conservación, reparación y mantenimiento de las instalaciones.....	13.523,43€
-	Control de legionella.....	3.624,40€
-	Tratamientos desratización.....	304,44€
-	Reparación de vehículo de la residencia.....	172,02€
-	Combustible del vehículo.....	796,95€
-	Seguro vehículo.....	707,00€
-	Mantenimiento dela fotocopiadora	114,29€
-	Servicios informáticos.....	2.248,96€
-	Material de oficina.....	276,01€
-	Prensa.....	992,88€
-	Gratificaciones.....	915,05€
-	Renovación de menaje y otros.....	313,91€
-	Renovación de lencería.....	1.705,55€
-	Consumo de energía.....	19.246,04€
-	Consumo de gas.....	29.630,63€
-	Material de limpieza.....	17.071,24€

Métodos Específicos para Disminuir la Incidencia de Caídas en una Residencia de Ancianos

- Gastos de otros bienes inmuebles.....	600,00€
- Teléfonos	3.210,39€
- Seguros generales. Combinados.....	904,22€
- Seguro de responsabilidad civil.....	1.600,88€
- Tributos.....	361,34€
- Gastos financieros.....	94,13€
- Vestuario y equipamiento trabajadores.....	1.018,20€
- Productos farmacéuticos.....	936,73€
- Contrato de asistencia en cocina.....	147.900,66€
- Contrato de fisioterapia y terapia.....	9.874,30€
<hr/>	
TOTAL: 269.772,26€	

**Inversiones:

- Caldera de biomasa.....	80.562,77€
- Equipamiento habitaciones del edificio nuevo (Camas, mesillas, sillas, sillones.....)	17.129,88€
- Armarios empotrados para las habitaciones del edificio nuevo.....	9.914,36€
- Lavadora industrial.....	6.797,29€
- Grúa de bipedestación.....	3.280,00€
- Otras compras menores.	2.842,09€
<hr/>	
TOTAL: 120.526,39€	

DEMOGRAFÍA:

Pirámide de población que refleja la composición en edad y sexo en Navarra en el 2011.

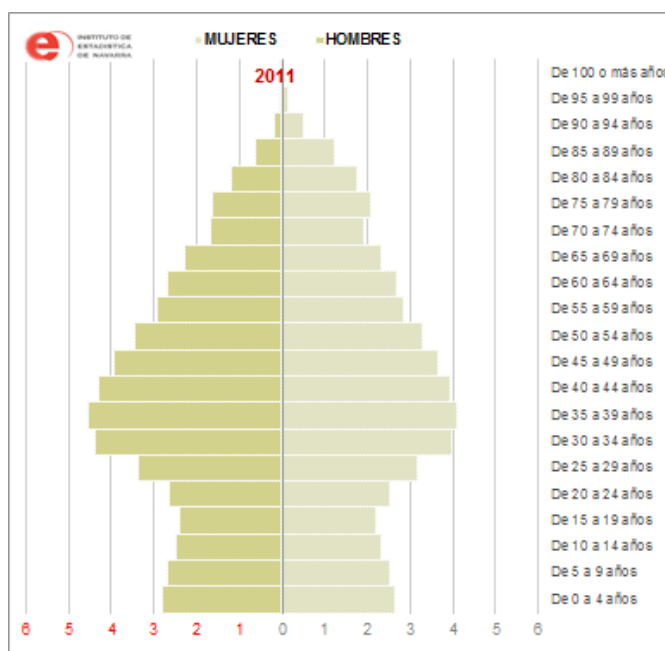


Figura nº 1

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

Población de Navarra a 1 de enero de 2011

	TOTAL	CIFRAS ABSOLUTAS		PORCENTAJE/S TOTAL	
		HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Total	642.051	320.656	321.395	49,94	50,06
De 0 a 4 años	34.919	17.937	16.982	2,79	2,64
De 5 a 9 años	33.352	17.023	16.329	2,65	2,54
De 10 a 14 años	30.819	15.789	15.030	2,46	2,34
De 15 a 19 años	29.445	15.210	14.235	2,37	2,22
De 20 a 24 años	33.028	16.868	16.160	2,63	2,52
De 25 a 29 años	41.980	21.434	20.546	3,34	3,20
De 30 a 34 años	53.750	28.078	25.672	4,37	4,00
De 35 a 39 años	55.347	28.944	26.403	4,51	4,11
De 40 a 44 años	52.685	27.455	25.230	4,28	3,93
De 45 a 49 años	48.759	25.129	23.630	3,91	3,68
De 50 a 54 años	43.458	22.148	21.310	3,45	3,32
De 55 a 59 años	37.046	18.788	18.258	2,93	2,84
De 60 a 64 años	34.346	17.066	17.280	2,66	2,69
De 65 a 69 años	29.486	14.492	14.994	2,26	2,34
De 70 a 74 años	23.151	10.794	12.357	1,68	1,92
De 75 a 79 años	23.758	10.449	13.309	1,63	2,07
De 80 a 84 años	18.967	7.594	11.373	1,18	1,77
De 85 a 89 años	11.865	3.997	7.868	0,62	1,23
De 90 a 94 años	4.495	1.164	3.331	0,18	0,52
De 95 a 99 años	1.240	276	964	0,04	0,15
De 100 o más años	155	21	134	0,00	0,02

Figura nº 2

Fuente: Padrón provisional de habitantes a 1 de enero de 2011.
Instituto Nacional de Estadística

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

A partir de los 70 años de vida, hay más mujeres que hombres. Esto se debe, a que las mujeres tienen más esperanza de vida que los hombres, padecen más enfermedades crónicas que los hombres y debido a esto, conforme aumentan los años de edad, la diferencia entre ambos, es mayor.

A pesar de la diferencia entre ambos sexos, el porcentaje al que este grupo de edad corresponde frente al total de la población, es muy bajo.

En el caso de las mujeres, sufren con más frecuencia osteoporosis, por lo que va a ser más importante en cuanto a las posibles caídas que pueden padecer. Si una mujer tiene osteoporosis y se cae, tiene más riesgos de fracturas, de inmovilidad, de encamamiento,...

La figura nº3, muestra la evolución del padrón entre los años 2002 al 2011 y a continuación, muestro el proyecto que parece más probable en Navarra, para el año 2021.



Figura nº3

Cuadro 7: Población de Navarra calculada a 1 de julio por grupos quinquenales de edad (Ambos sexos, 2002-2021)

GRUPOS DE EDAD	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
De 0 a 4 años	26.048	27.167	28.392	29.668	30.994	33.075	34.383	35.441	36.363	37.011
De 5 a 9 años	25.162	25.418	25.588	25.821	26.298	26.924	27.755	28.905	30.244	31.637
De 10 a 14 años	25.842	25.911	25.981	26.124	26.160	26.130	26.249	26.517	26.886	27.317
De 15 a 19 años	29.456	28.634	28.009	27.472	27.250	27.545	27.828	27.819	27.680	27.580
De 20 a 24 años	40.940	39.265	37.747	36.218	34.499	33.089	32.487	32.216	32.031	31.688
De 25 a 29 años	49.149	48.837	48.088	47.127	46.192	45.032	43.595	42.284	41.158	40.289
De 30 a 34 años	49.256	49.783	50.381	50.919	51.167	50.888	50.518	50.199	49.805	49.211
De 35 a 39 años	47.500	47.817	48.019	48.419	49.157	50.082	50.568	50.687	50.715	50.929
De 40 a 44 años	43.259	44.120	45.179	46.056	46.613	46.833	47.176	47.766	48.395	48.866
De 45 a 49 años	38.274	39.100	39.996	40.911	41.886	42.980	43.870	44.524	45.064	45.618
De 50 a 54 años	35.679	35.801	35.972	36.463	37.032	37.585	38.299	39.114	40.001	40.936
De 55 a 59 años	32.755	33.506	33.993	34.201	34.513	34.872	35.111	35.385	35.714	36.121
De 60 a 64 años	25.034	26.253	27.898	29.398	30.615	31.395	31.892	32.386	32.858	33.293
De 65 a 69 años	27.485	26.460	25.416	24.641	24.094	24.223	25.266	26.795	28.229	29.270
De 70 a 74 años	26.050	26.167	26.160	26.178	26.285	26.127	25.426	24.345	23.440	22.998
De 75 a 79 años	21.901	22.127	22.455	22.916	23.155	23.331	23.348	23.422	23.569	23.809
De 80 a 84 años	14.930	15.666	16.311	16.887	17.541	18.020	18.253	18.549	18.875	19.208
De 85 a 89 años	8.272	8.571	8.899	9.308	9.752	10.220	10.757	11.249	11.713	12.172
De 90 a 94 años	3.532	3.743	3.891	4.015	4.132	4.408	4.675	4.824	4.930	5.071
De 95 años más años	903	1.000	1.079	1.135	1.108	1.085	1.210	1.333	1.427	1.403
Total de población	571.427	575.346	579.454	583.777	588.444	593.844	598.666	603.760	609.097	614.427

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
37.641	37.664	37.636	37.601	37.529	37.569	37.366	37.240	36.929	36.395	
32.972	34.217	35.240	36.006	36.481	36.369	36.683	36.796	36.829	36.831	
27.962	28.821	29.743	30.759	31.912	32.013	33.139	33.861	34.489	35.243	
27.828	28.159	28.353	28.510	28.740	28.822	29.213	29.724	30.362	31.234	
21.533	21.820	22.059	22.152	22.001	21.601	21.030	20.558	20.034	29.467	
39.690	39.327	39.185	39.166	39.187	38.671	37.874	37.095	35.939	34.443	
48.156	47.071	46.372	46.022	45.993	45.773	44.908	44.089	42.985	41.602	
51.286	51.344	51.131	50.716	50.175	50.201	49.559	49.032	48.446	47.627	
48.996	49.081	49.292	49.606	50.009	50.059	50.446	50.581	50.558	50.417	
46.229	46.670	46.960	47.183	47.436	47.523	47.816	48.115	48.452	48.912	
41.761	42.511	43.240	43.868	44.323	44.339	44.873	45.286	45.722	46.247	
36.648	37.237	37.893	38.653	39.568	39.604	40.495	41.114	41.687	42.451	
33.581	33.832	34.159	34.496	34.790	34.855	35.309	35.777	36.392	37.229	
29.995	30.469	30.901	31.285	31.643	31.588	31.939	32.177	32.430	32.807	
23.151	23.995	25.274	26.510	27.520	27.330	28.005	28.459	28.754	29.147	
23.691	23.023	22.105	21.406	21.114	21.320	21.351	21.779	22.341	23.016	
19.301	19.281	19.399	19.594	19.813	19.707	19.659	19.394	19.007	18.656	
12.579	12.827	12.953	13.040	13.173	13.156	13.427	13.589	13.652	13.712	
5.415	5.736	5.896	5.989	6.112	6.031	6.345	6.539	6.656	6.731	
1.364	1.496	1.617	1.690	1.599	1.630	1.634	1.604	1.710	1.821	
619.779	624.581	629.408	634.252	639.118	638.161	641.071	642.809	643.374	643.988	

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

Este cambio que se puede ver en la figura nº3, se debe a que ha disminuido la natalidad y aumenta la esperanza de vida, lo que esto conlleva que la base de la pirámide va a ser más estrecha y sin embargo el intervalo en personas de más de 40 años, va a aumentar.

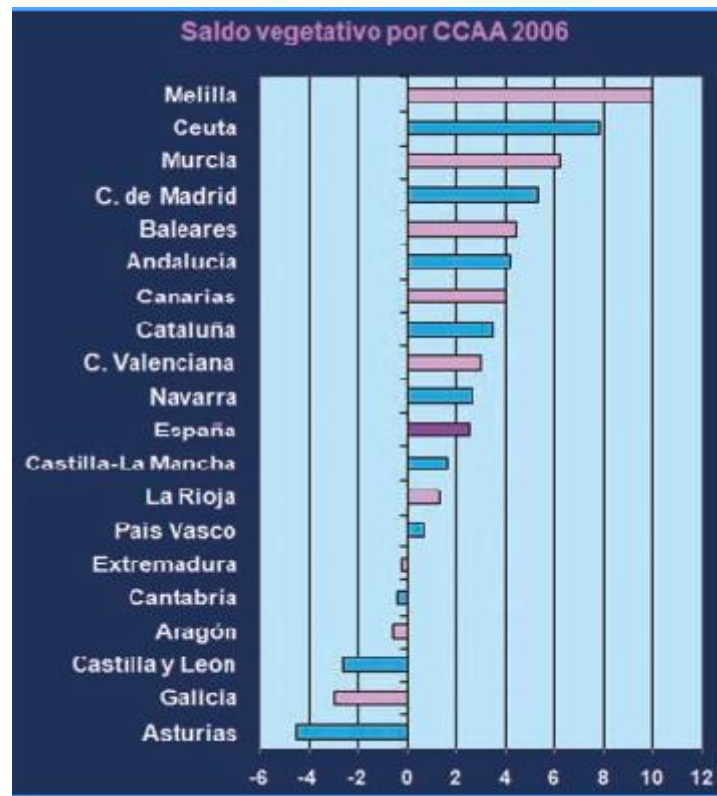


Figura nº4

En la actualidad:

Fuente: SADEI. Demografía Dinámica

1. Crecen las personas en edad madura. Hacen un buen apoyo a la sociedad cuidando de sus nietos y de los mayores. (Suponen el 18 % de la población).
2. El número de mujeres dobla al de los hombres en personas con 80 años de edad.

“Envejecimiento demográfico”: la nueva configuración de la pirámide poblacional.

El resultado demográfico es el resultado del avance social y económico que incrementó la esperanza de vida y disminuyó la política de fecundidad por una política social¹.

Las Naciones Unidas prevén que para los próximos 15 años la sociedad Española puede llegar a ser la mas envejecida del mundo, lo que supondrá el 6% de la población (Instituto Nacional de Estadística, Febrero 2008)¹.

OBJETIVOS:

- Objetivo general:
 1. Analizar las caídas ocurridas en los residentes de la Residencia de Ancianos.

- Objetivos específicos:
 1. Elaborar un plan de prevención orientado a las trabajadoras de la residencia.
 2. Identificar, trabajadoras y enfermeras, a los residentes con más riesgo de caída según los factores intrínsecos y extrínsecos de cada residente.

GRUPO DIANA:

Este estudio recoge todo el universo de la muestra, es decir a todos los residentes que tenemos ingresados en la residencia. En especial estudio a todos ellos que ya han sufrido caídas previas o que tienen un alto riesgo de padecer caídas según la escala Downton. Esta mide según las características de cada paciente: caídas previas, medicamentos que toma, déficits sensoriales, estado mental y deambulación.

En este grupo diana, son considerados de alto riesgo todos los residentes, que según la escala Downton, tienen una puntuación igual o superior a tres.

Definición de anciano según la RAE:

anciano, na.

(Del lat. *antiānus, de ante).

1. adj. Dicho de una persona: De mucha edad. U. t. c. s.

Definición de caída según la OMS:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término de caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad",

PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO²:

1. Edad cronológica:

Esta es la que se refiere a los años reales que tiene una persona. La edad en que pasa a ser mayor se rige según la edad de jubilación laboral. No quiere decir que cuando una persona se ha jubilado, ya sea vieja, porque cuando alcanzan esta edad, muchos siguen teniendo las mismas capacidades que tenían antes.

2. Edad biológica o física:

Es la edad que se corresponde con el estado físico de la persona. Varía mucho de unas personas a otras.

3. Edad psicológica:

Es la capacidad de adaptación del individuo. Depende de las experiencias que hayan vivido a lo largo de su vida.

4. Edad social:

Esta va en función de los papeles que desarrolla cada uno en la sociedad.

CAMBIOS EN EL CUERPO CON EL ENVEJECIMIENTO:

1. Aparato cardiovascular:

Estas enfermedades están muy relacionadas con los estilos de vida, por lo que muchas son prevenibles. El corazón de una persona mayor tiene a bombear menos sangre, lo que significa, que cuando su cuerpo necesite un aumento del bombeo, no pueda porque ya está al límite y se producen las insuficiencias cardíacas. La aterosclerosis también es un proceso importante en el envejecimiento.

2. Aparato Respiratorio:

Con la edad disminuye la función pulmonar. Para compensarlo aumenta ligeramente la frecuencia respiratoria.

3. Aparato Digestivo:

Alteración de la masticación por pérdida de las piezas dentales. Las papilas gustativas, tienen menor sensibilidad al sabor dulce. Disminuyen los movimientos peristálticos, lo que conlleva al estreñimiento.

4. Aparato Osteomuscular:

a. Músculos: se produce pérdida muscular y disminución de la fuerza. Aumenta la rigidez, especialmente en los inmovilizados.

b. Huesos: disminuye la densidad del hueso. En la mujer, se desmineraliza más rápido. Cuando la pérdida es muy importante, se puede producir osteoporosis. Por ello, son más propensos a romperse.

La disminución de la densidad se produce también por el reposo en cama, la menopausia o terapias con corticoides.

c. Articulaciones: En algunos casos puede desarrollarse artrosis, que es más frecuente en los ancianos. Se puede degenerar el cartílago lo que no favorece el movimiento.

5. Sistema nervioso:

Con el envejecimiento, el cerebro disminuye de peso y se reduce el número de neuronas. Se da una pérdida de la memoria y dificultad para aprender nuevas tareas,...

6. Aparato Urinario:

Disminuye la cantidad de sangre que llega al riñón y la función renal disminuye hasta en un 40%, aunque no se da en todos los casos. Debido a una disminución del tono, resulta más difícil vaciar la vejiga y se queda lo que se llama "orina residual". Con el tiempo, también puede ocurrir que el anciano tenga que ir más veces a orinar o incluso que no controle y tenga incontinencia, debido a que aumentan las contracciones de la medula para orinar.

7. Aparato Genital y función sexual:

La edad no supone en sí misma una barrera para la satisfacción en las relaciones sexuales. Pero se producen numerosos cambios fisiológicos en la respuesta sexual de los hombres y mujeres mayores. En el varón, estos síntomas pueden confundirse con la impotencia y en las mujeres pueden tener ciertas molestias en la relación sexual.

▪ Aparato Genital y función sexual en la mujer:

Los cambios que se producen después de la menopausia, están relacionados con la deficiencia de los estrógenos (hormonas sexuales femeninas). La vulva y la vagina disminuyen de tamaño. Las paredes de la vagina se hacen más delgadas, más laxas y disminuyen las secreciones vaginales. La vaginitis atrófica, da dolor en el coito y al palpar las paredes vaginales, sangrando fácil y predisposición a infecciones, no se debe considerar como un cambio normal, aunque sí es frecuente en las mujeres normales. También, la falta de estrógenos y quizá haber tenido varios partos, hacen que se debiliten los ligamentos que sostienen el útero y matriz. Por eso, el útero puede que se prolapse. Cistocele o rectocele. También, esta debilidad puede provocar que se le escape la orina, lo que produce la incontinencia urinaria de estrés.

▪ Aparato Genital y función sexual en el hombre:

En los varones, el cambio más característico es que se produce un aumento del tamaño de la próstata. Puede obstruir la salida de la orina y ocasionar retención de orina, lo que aumenta la producción de infecciones y fracaso renal si no es tratada. Se produce con frecuencia la malignización de esas células responsables del cáncer de próstata. Es frecuente encontrar nidos de células carcinomatosas en paciente mayores de 90 años. El miedo a la impotencia en los varones ancianos, es una preocupación frecuente. Aunque la actividad sexual disminuye con la edad, la mayoría de los hombres y mujeres de la tercera edad mantienen el interés y la capacidad por el acto sexual.

8. Visión:

- La cornea se hace más plana y favorece al astigmatismo.
- Se deposita grasa en la unión de la cornea con la esclerótica, dando el arco senil, que se observa un anillo gris en el borde del iris.
- La esclerótica pasa a ser más amarilla.
- El iris se hace más rígido y la pupila más pequeña.
- El cristalino pierde su elasticidad y no pueden enfocar bien los objetos o letras (presbicia). Y también pierde transparencia (cataratas).
- Degeneración del cuerpo vítreo (moscas volantes).
- Se dan cambios en la retina.
- Aumenta la presión intraocular, puede desarrollar glaucoma.

9. Audición:

Se pierde la capacidad de oír sonidos de frecuencia más alta (presbiacusia).

Existen otras causas de hipoacusia o pérdida de audición.

También se puede dar rigidez del tímpano y de la cadena de huesecillos del oído medio que tiene dos consecuencias: dificultad para oír los sonidos de volumen alto y que si se les habla alto, puede dolerles.

10. Piel:

Se deshidrata, pierde elasticidad, fuerza y grasa subcutánea y se forman las arrugas.

El cabello se hace más fino y canoso.

Pequeños traumatismos pueden hacer heridas que sean difíciles de cicatrizar y se infectan con facilidad.

CAMBIOS EN EL ÁMBITO PSICOLÓGICO Y SOCIAL:

Al envejecer, las personas nos volvemos más diversas unas de otras. En los ancianos, probablemente, hay más diferencias entre unas personas y otras. Además, cada uno de ellos, está acostumbrado a unas formas de vida.

Es un papel muy importante la educación y los ingresos económicos. Hay estudios que concluyen que personas con ingresos económicos más altos, viven siete años más que los que tienen ingresos más bajos.

Los ancianos que consideran que han tenido una vida con números logros, que ha merecido la pena, se adaptan mejor a la vejez.

Pueden producirse pérdidas de la capacidad física, en la memoria, pérdida de amigos, y familiares,...

La mayoría de los ancianos son capaces de adaptarse a las pérdidas de los seres queridos sin que les ocasione, depresiones o enfermedades.

La satisfacción que tienen muchos ancianos podría deberse a algunas de las ventajas de esta población frente a la más joven:

- Más independencia.
- Menos responsabilidades.
- Menos preocupaciones por los problemas cotidianos.
- Más experiencia.

Algo muy común es que tienen miedo a depender de los demás.

Circunstancias como la falta de ocupación y la actividad mental, suponen riesgo para el deterioro de la personalidad. Estas pueden ser prevenidas

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN:

Las caídas en el anciano son más frecuentes de lo que pensamos. Constituyen un problema serio por las graves consecuencias que pueden originar. En el 70% de los casos de caídas por accidente en personas mayores de 75 pueden llegar a la muerte². Además hay estudios epidemiológicos que muestran que una de cada tres personas mayores de 65 años, se cae al menos una vez al año^{3,6}. También, hay algunos estudios a cerca de los tipos de ejercicios (marcha, equilibrio, coordinación y tareas funcionales; ejercicios de fortalecimiento; ejercicios 3D como el Tai Chi, el Qi Gong, el baile, el yoga y tipos de ejercicios múltiples) que dicen que son moderadamente efectivos, inmediatamente después de una intervención, para mejorar los resultados clínicos del equilibrio en las personas de edad avanzada^{4,6}.

Las caídas son el primer motivo por el que los ancianos van a las consultas de urgencias y el tercero por el que van a las consultas de un hospital general⁵. Las causas de las caídas son variadas y muchas de ellas se pueden corregir. Aproximadamente dos de cada tres, se pueden evitar¹. Se pueden producir a cualquier edad, pero la frecuencia y la trascendencia, no es la misma. Por ejemplo, las caídas de un niño no tienen tanta importancia como la de un anciano. Y pueden llegar a ser hasta la sexta causa de muerte en el anciano.

Problemas médicos:

La mitad de las consecuencias son de tipo leve (pequeñas heridas o contusiones).

Más o menos en el 5% se producen fracturas (en las mujeres es más frecuente).

El tiempo que trascurren en el suelo, también va a ser importante. Pueden permanecer en el suelo, incluso hasta varias horas.

Las caídas, van a producir también inmovilización, que conllevará rigidez, aumento de incidencia de osteoporosis, úlceras por presión, trombos,...

Problemas psicológicos:

Pueden producir pérdida de confianza en sí misma, les damos sobreprotección, cambian sus hábitos de vida,... "síndrome post-caída".

Problemas socioeconómicos:

Aumentan los ingresos hospitalarios o en algunos casos en una residencia (varios de los pacientes que han ingresado últimamente en mi residencia, han ingresado tras caídas bien que estaban solos en casa o que han tenido fractura de cadera,...).

MATRIZ DAFO:

	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	<ul style="list-style-type: none">- Experiencia en pacientes crónicos- Espacios amplios- Cuidador de calidad- Equipo multidisciplinar (trabajo en equipo enfermeras-cuidadoras y enfermeras-médico)- Familia integrada en los cuidados de los residentes- Atención personalizada- Pocas barreras arquitectónicas- Buena adaptación de los espacios a los residentes.- Colaboración directa del centro de Salud.- Libre disponibilidad de gimnasio, de sala de la televisión, de sala de lecturas...- Este trabajo va a intentar ayudar en la prevención de las caídas en los ancianos.- Me va a ayudar a conocer mejor a los residentes.	<ul style="list-style-type: none">- Coste paciente/estancia elevado para el ayuntamiento.- Resistencia al cambio por parte de algunas trabajadoras- Hay catorce residencias en toda la merindad de Sangüesa y pueden ejercer competencia.- En algunas zonas, necesitaría mejorar infraestructuras.- Disminución del presupuesto.- Protocolo de caídas actual insuficiente (Anexo 3).

	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none">- Es un centro pequeño pero es conocido en la zona.- Patio agradable, relajado.- Zona de alrededor, muy tranquila.- Está ubicado en un pueblo con capacidad de atender sus necesidades- Hay zonas de asistidos recién inauguradas. Se han aumentado 6 plazas.- Acceso directo al centro de Salud.- Varias farmacias a nuestra disposición.- Salida trasera da a un parque y a un paseo sin circulación de coches.- Esta residencia tiene una buena acogida por los trabajadores sanitarios del Centro de Salud.	<ul style="list-style-type: none">- La entrada al recinto no está muy bien señalizado.- La puerta principal se encuentra en un callejón.- Aumento del coste por la atención de los residentes (menos subvenciones,...).- En el patio, hay alguna barrera arquitectónica: escalones,...

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS CAÍDAS

Una *caída* se define como un movimiento descendente, repentino, no intencionado, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie, excluyendo caídas resultantes de golpes violentos o acciones deliberadas.

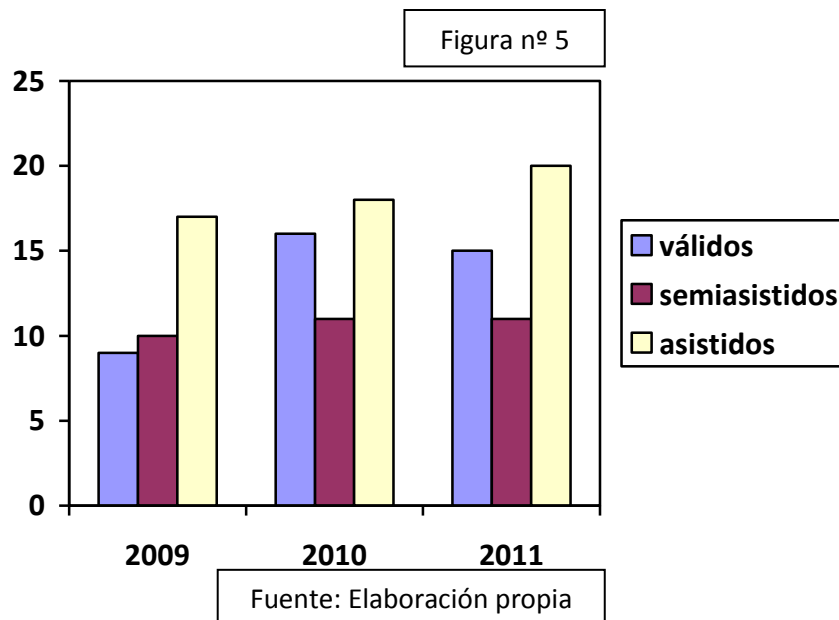
Este estudio está recogido de los datos archivados de la residencia municipal de Sangüesa "San Vicente de Paul" desde el año 2009 al 2011.

En las caídas que he revisado, registradas en los últimos 3 años, hay un total de 127.

2009: 36 caídas

2010: 45 caídas

2011: 46 caídas



En la figura nº 5 se puede observar la evolución de las caídas en los años 2009, 2010 y 2011 por grupos de residentes, según sean de válidos, de asistidos o de semiasistidos.

Para poder ver este estudio, quiero hacer una revisión de los datos que se han recogido en cuanto a los diferentes datos obtenidos:

INDICADORES DE LOS RESULTADOS DE LAS CAÍDAS:

- % de caídas según sean válidos, semiasistidos y asistidos:
 - Válidos: 31.49% (40 personas).
 - Semiasistidos: 25.19% (32 personas).
 - Asistidos: 43.32% (55 personas).

La dependencia se mide según la escala de Barthel. (Anexo 2)

Valora:

- Comer
- Lavarse
- Vestirse
- Arreglarse
- Deposiciones
- Micción
- Usar el retrete
- Trasladarse
- Deambular
- Subir y bajar escalones.

Según cómo realice estas actividades el residente, se le da una puntuación y según la suma de estas puntuaciones se le considerará:

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Figura nº 6

Fuente:
Elaboración propia,
Escala de Barthel
adaptada

- % de caídas según el lugar donde se han producido:
 - Patio: 6.29% (8 personas)
 - Habitación: 33.85% (43 personas) => la mayoría de estos residentes son válidos.
 - Baño: 8.66% (11 personas)
 - Zona común: 17.32% (22 personas)
 - Gimnasio: 2.36% (3 personas)
 - Pasillo: 16.53% (21 personas)
 - Escaleras: 2.36% (3 personas)
 - Exterior: 12.59% (16 personas) => todos son válidos.

En este apartado, mi estudio demuestra que la habitación es uno de los lugares en los que los residentes tienen más caídas.

En el caso de los válidos, muchos se caen en sus habitaciones o en el exterior. Al caerse en sus habitaciones, no tenemos un acceso tan fácil como si es en las zonas comunes o como si fueran los residentes de asistidos, porque como los de válidos necesitan menos ayuda, en esa zona hay menos personal.

- % de caídas según cómo se han producido:
 - Resbalón: 29.13% (37 personas).
 - Tropezón: 40.15% (51 personas).
 - Al levantarse: 12.59% (16 personas).
 - Mareos: 6.29% (8 personas).
 - Darse la vuelta a la silla: 1.56% (2 personas).
 - Fallo de miembros: 8.66% (11 personas).
 - Por fractura de cadera: 0.78% (1 persona)
 - Efecto intenso de pastilla de dormir: 0.78% (1 persona)

La forma más común de caerse es por un resbalón o un tropezón. Hay que evitar que se puedan resbalar porque el baño esté mojado tras la ducha, porque se orinen fuera de la taza, porque haya zonas recién fregadas y ellos pasen andando, pasillos,...

También se pueden reducir los tropezones por tener objetos en medio del paso de los residentes, porque se tropiecen ellos mismos al andar,... estos tropezones se producen habitualmente en el patio, en las habitaciones, en la calle,...

- % de caídas según la gravedad de las consecuencias producidas:

- Graves: 8.66% (11 personas).
- Leves: 40.15% (51 personas).
- Ninguna: 51.18% (65 personas).

Considero *consecuencias graves*:

1. Fracturas de extremidades (cadera, cubito y radio, muñeca,...).
2. Uno de estos pacientes, se cayó de espaldas y se hizo una herida en el lateral del ojo que lesionó la cornea y perdió el ojo.
3. Una residente se cayó con la silla de ruedas hacia atrás y se hizo una brecha profunda y al tomar sintrom, había que vigilarle. La consecuencia en sí no fue grave, pero pudo haberlo sido mayor.

Considero *consecuencias leves*:

1. Rozaduras.
2. Heridas superficiales.
3. Golpes en piernas.
4. Heridas con suturas que no son importantes (ceja, frente,...).
5. Dolores como consecuencia de la caída.

La mayoría de las caídas tienen consecuencias leves. Estas consecuencias son las que arriba he descrito, no son graves, pero hay que vigilar y disminuir su incidencia porque son relativamente frecuentes, sobre todo en los residentes de asistidos. Una pequeña herida puede desencadenar un aumento de cuidados a la hora de realizar curas. Estas pueden desencadenar infecciones y otras complicaciones que puedan perjudicar al paciente. Esto genera más carga de trabajo a las trabajadoras, y como consecuencia un aumento del gasto económico (tanto de material, como de personal).

Las consecuencias graves tiene menor incidencia, pero las consecuencias pueden ser vitales. Ninguno de estos residentes han fallecido debido a estas caídas, pero en la mayoría, su calidad de vida ha empeorado en gran medida provocándoles mayor dependencia.

Por ejemplo, el residente que perdió el ojo, residía en la zona de válidos y tras la caída, está en la zona de asistidos porque apenas ve por el ojo sano y necesita ayuda para andar, el aseo,...

- % de caídas según el tiempo aproximado que han permanecido en el suelo:

- 2 minutos: 65.76% (73 personas).
- 5 minutos: 16.21% (18 personas).
- >10 minutos: 18.01% (20 personas)
- Excluyo los 16 residentes que se caen fuera de la residencia, porque no sabemos cuánto tiempo están en el suelo.

La gran mayoría de las caídas se han resuelto en un tiempo estimado de unos 2 minutos, porque al ser en la mayoría residentes de asistidos, hay más personal que les atiende y permite una atención más inmediata.

Esto no quiere decir que en todos los casos se consiga, por eso, hay residentes que tardan algo más tiempo en levantar, ya sea porque la consecuencia de la caída sea más grave y no permita levantar, o porque se necesite más de una persona para levantar al residente,...

- % de caídas según la movilidad del paciente:

- Total: 27.55% (35 personas).
- Parcial: 67.71% (86 personas) => la mayoría son semiasistidos y asistidos.
- Ninguna: 4.72% (6 personas).

Como ya he comentado antes, la mayoría de los residentes que se caen, son en asistidos, porque la movilidad que tienen es más reducida y tienen menos estabilidad, menos fuerza en las piernas, más debilidad,...

Los casos en los que se han caído los residentes con movilidad nula, son debido a que, por ejemplo, una vez, una residente tiró a otra residente que estaba sentada en la silla; otra porque otra de las residentes la estaba paseando y alcanzó un desnivel que hizo diera la vuelta la silla,...

De todos los residentes que se han caído, tienen las siguientes barreras para evitar las caídas: (Anexo 5: hoja prescripción sujeciones)

SILLA DE RUEDAS	32 personas (25.19%)	Figura nº 7
BASTÓN	43 personas (33.85%)	
BARRAS EN LA CAMA	76 personas (59.84%)	
ANDADOR	8 personas (6.29%)	
NINGUNA	11 personas (8.66%)	

Fuente:
Elaboración propia

Tal y como refleja el trabajo, de un año a otro han aumentado el número de caídas en esta residencia, debido a que han aumentado las personas que necesitan más asistencia. La mayoría de estas caídas, son sin ningún tipo de lesiones debido a que se han resbalado por fallo de miembros, o se han caído hacia atrás,...

Al aumentar las plazas de asistidos y disminuir las de válidos, se ha notado el incremento de caídas que tenemos notificadas.

La mayoría de las caídas se han producido tienen las siguientes características:

- Se producen en pacientes asistidos, con movilidad parcial, se producen por tropiezos y tienen consecuencias leves o ninguna. Las zonas más habituales de caerse son las zonas comunes, pasillos o habitación, y el tiempo que se tarda en levantarles es de unos 2 minutos.

La protección que tienen estos residentes para disminuir las caídas, en la gran mayoría tienen puestas por las noches barras en la cama y algunos de ellos está combinados con silla de ruedas o con bastón.

Figura nº 8

<i>Lugar</i>	<i>Cómo</i>	<i>Consecuencias</i>	<i>Tiempo en suelo</i>	<i>Barreras</i>	<i>movilidad</i>
Patio: 6.29% (8p)	Resbalo: 29.13% (37p)	Graves: 8.66% (11p)	2 minutos: 65.76% (73p)	Silla: 25.19% (35p)	Total: 23.55% (35p)
Habitación: 33.85% (43)	Tropiezo: 40.15% (51p)	Leves: 40.15% (51p)	5 minutos: 16.21% (18p)	Bastón: 33.85% (33p)	Parcial: 67.71% (86p)
Baño: 8.66% (11p)	Al levantarse: 12.59% (16p)	Ninguna: 51.18% (65p)	>5 minutos: 16.21% (20p)	Barras cama: 59.84% (76p)	Ninguna: 4.32% (6p)
Exterior: 12.59% (16p)	Mareo: 6.29% (8p)			Andador: 6.29% (8p)	
Zona común: 17.32% (22p)	Vuelco de la silla: 1.56% (2p)			Ninguna: 8.66% (11p)	
Gimnasio: 2.36% (3p)	Fallo de miembros: 8.66% (11p)				
Pasillo: 16.53% (21p)	Fractura de cadera: 0.78% (1p)				
Escaleras: 2.36% (3p)	Pastilla de dormir: 0.78% (1p)				

Fuente: Elaboración propia

INDICADORES SIGUIENDO LA ESCALA DOWNTON:

Figura nº 9

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
DÉFICITS SENSORIALES	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
ESTADO MENTAL	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
DEAMBULACIÓN	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Fuente: Protocolo de prevención de caídas de pacientes de UCI del Hospital SAS de Jerez

Figura nº 10

(Anexo 4)

	3 puntos o más	menos de 2 puntos	no andan
ASISTIDOS:	10	6	6 (4 > de 3 y 2 <3)
SEMIASISTIDOS	4	6	
VÁLIDOS	8	27	
	total: 22	total: 39	total: 6

Fuente:
Elaboración propia

1. $\frac{\text{Residentes con 3 puntos o más}}{\text{Residentes totales}} * 100 = 30.75\%$

Figura nº 11



Fot. Olympus. Día 10/02/2012

Realizado por: Helena Casajús

2. $\frac{\text{Residentes menos de 2 puntos}}{\text{Residentes totales}} * 100 = 60\%$

Figura nº 12



Fot. Olympus. Día 09/05/2012

Realizado por: Helena Casajús

3. $\frac{\text{Residentes que no andan}}{\text{Residentes totales}} * 100 = 9.25\%$

(Son todos de la zona de asistidos)



Figura nº 13

Fot. Olympus.
Día 10/02/2012
Realizado por:
Helena Casajús



Figura nº 14

Fot. Olympus.
Día 10/02/2012
Realizado por:
Helena Casajús

4. Residentes con 3 puntos o más de asistidos *100= 45.45%
Residentes totales de asistidos

Figura nº 15



Fot. Olympus. Día 10/02/2012

Realizado por: Helena Casajús

5. Residentes con 3 puntos o más de semiasistidos * 100 = 40%
Residentes totales de semiasistidos

Figura nº 16



Fot. Olympus. Día 22/05/2012
Realizado por: Helena Casajús

6. Residentes con 3 puntos o más de válidos * 100 = **22.85%**
Residentes totales de válidos

Figura nº 17



Fot. Olympus. Día 22/05/2012

Realizado por: Helena Casajús

7. $\frac{\text{Residentes con menos de 2 puntos de asistidos}}{\text{Residentes totales de asistidos}} * 100 = 27.27\%$

Figura nº 18



Fot. Olympus. Día 09/05/2012

Realizado por: Helena Casajús

8. Residentes con menos de 2 puntos de semiasistidos * 100= 60%
Residentes totales de semiasistidos

Figura nº 19



Fot. Olympus. Día 22/05/2012

Realizado por: Helena Casajús

9. Residentes con menos de 2 puntos de válidos * 100= **77.15%**
Residentes totales de válidos

Figura nº 20



Fot. Olympus. Día 09/05/2012

Realizado por: Helena Casajús

Con todos estos datos, lo que se deduce es que en la residencia en la que trabajo, el riesgo de que los residentes tengan una caída en general, es bajo en el 30.75% y alto en el 60%.

Tienen un **alto riesgo** de caídas: en asistidos, 45.45%; en semiasistidos, del 40%; de válidos, el 22.85%.

Un **bajo riesgo** de caídas: en asistidos 27.27%; en semiasistidos, 60%; y en válidos, el 77,15%.

De todas las caídas ocurridas en el estudio realizado sobre las caídas ocurridas en los años 2009-2011, el porcentaje de caídas de asistidos es del 43.32% del total; En semiasistidos es del 25.19% y en válidos 31.49%.

En válidos, el porcentaje es tan alto porque hay muchas caídas en el exterior de la residencia (16 caídas). Excluyendo las caídas del exterior, el porcentaje de caídas ocurridas en el interior de la residencia, es del 18.89%.

Los resultados de mi estudio corroborándolo con la escala Downton, son similares. En válidos, el porcentaje de riesgo de caídas es bastante menor que en el resto de la residencia, lo que indica, que el posiblemente, número de caídas es menor. Esto es debido al estado físico de los residentes. En semiasistidos, es un nivel intermedio y en asistidos, por el tipo de residentes, es mayor.

La escala Downton nos ayuda a ver cuáles son los residentes que tienen un alto riesgo de caídas y un bajo riesgo de caídas. El porcentaje de residentes que tienen un alto riesgo, tiene bastante similitud con el porcentaje de caídas que se han dado según válidos, semiasistidos y asistidos.

Esto no quiere decir que sean todos los residentes con más riesgo de caídas, los que hayan sufrido caídas, pero sí nos orienta para poder observar quienes pueden sufrir más caídas y actuar sobre ellas.

FACTORES QUE PUEDEN AUMENTAR LOS RIESGOS DE CAÍDAS:

Factores intrínsecos a la persona:

- Edad superior a 65 años.
- Historial de caídas previas.
- Alteraciones del nivel de consciencia.
- Pérdida de la estabilidad o de la percepción sensorial.
- Desorientación, alteraciones cognitivas o mentales.
- Alteraciones de la marcha: movilidad, equilibrio,...
- Dificultad del control de los esfínteres.
- Obesidad, alteración de la nutrición, alteración de la hidratación astenia,...
- Enfermedades que puedan producir alteración del equilibrio, de la marcha: cardiovasculares, neurológicas, musculoesqueléticas, respiratorias... Cambios propios del envejecimiento (comentados antes).
- Enfermedades agudas.
- Dolor agudo.
- Tratamiento con hipnóticos, antihipertensivos, analgésicos, betabloqueantes, antidiabéticos, relajantes musculares...*

Factores extrínsecos a la persona:

- Riesgos en el entorno que le rodea como:
 - Iluminación adecuada.
 - Suelos desnivelados, resbaladizos,...
 - Cualquier tipo de barrera arquitectónica (explicadas más adelante).
 - Entorno desconocido para la persona.
 - Meteorología (lluvia, nieve, hielo,...).
 - No frenar las sillas, las camas,...
 - Calzado que no cierre bien o que le venga grande, que sea resbaladizo.
 - La falta de dispositivos de apoyo como barandillas, bastón o muletas.
 - Mala graduación de las gafas o del audífono.

*El consumo de fármacos. Al consumir varios fármacos para diferentes enfermedades, pueden provocar efectos secundarios e interacciones (sobre todo los fármacos que hacen efecto sobre el sistema nervioso y los que actúan sobre el aparato cardiovascular).

**Determinadas enfermedades también pueden propiciar la caída (en especial las de la vista, del sistema nervioso y las cardiovasculares e infecciones urinarias, neumonías o hemorragias digestivas).

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:

1. Puertas:

Mejor que sean de 90cm de anchura. Mínimo de 80cm por si hiciera falta el uso de silla de ruedas.

2. Habitación:

Las habitaciones constan de la cama, mesilla, silla y un armario individual. Se intentan poner las menores cosas y objetos en las zonas en las que se puedan tropezar o resbalar, fundamentalmente.

Su habitación, para ellos, es el lugar en donde viven, es privado y ellos pueden tener su habitación como quieran. No pueden tenerla desordenada ni con objetos que les puedan molestar, para que la limpieza sea más fácil.

Figura nº 21



Fot. Olympus. Día 10/02/2012
Realizado por: Helena Casajús

3. Baño:

Consta de lavabo, retrete y ducha. Las duchas no tienen relieve en el suelo para facilitar la entrada y salida sin que se puedan resbalar o que se puedan tropezar porque tengan dificultad al levantar las piernas para poder entrar.

Tienen desagües para evacuar el agua y evitar así que se formen charcos, ya que son más peligrosos porque disminuyen la estabilidad de residente y aumentan los riesgos de caídas.

El suelo tiene que ser antideslizante y liso.

Figura nº 22



Fot. Olympus. Día 09/05/2012
Realizado por: Helena Casajús

4. Pasillo:

Siempre tiene que estar libre de objetos en las zonas por donde pasan los residentes, papeleras apartadas a los lados para evitar golpes, tropiezos,... y con barandillas en los laterales para que los residentes puedan sujetarse y mantener más la estabilidad, orientación.

En las zonas de giro, se aconseja que tenga más o menos 1.5m de ancho, para que no haya dificultad al girar completamente las sillas de ruedas.

5. Comedor:

No puede estar húmedo, tiene que estar limpio y las mesas y las sillas tienen que facilitar la comodidad de los residentes. No pueden ser sillas bajas, tienen que tener espacio para cada uno de ellos.

Entre unas mesas y otras, debe haber suficiente espacio para que se pueda andar sin molestar a otros o tropezarse. Tienen que ser zonas accesibles tanto para residentes como para trabajadores.

Figura nº 23



Fot. Olympus. Día 10/02/2012
Realizado por: Helena Casajús

6. Salón común y de televisión:

Debe tener zonas para que ellos estén más cómodos. En el caso de esta residencia, tienen una zona para la lectura y para poder tener conversaciones, y otra zona en la que se puede ver la televisión. Hay sillas con mesas y también hay sofás.

Ambas zonas se pueden separar por una corredera. En estos salones, hay unos servicios, los cuales tenemos que vigilar, frecuentemente, que estén limpios, secos,... para disminuir el riesgo de caídas. Tienen el suelo rugoso antideslizante.

7. Patio:

El patio tiene una zona de hierba y otra zona con techo cubierto y baldosas. Si se quiere pasar de una zona a la otra, hay que pasar por un escalón, el cual puede ser una zona de riesgo para los residentes que no tienen tanta estabilidad o movilidad.

En el resto de las zonas, se intenta facilitar el acceso a todas las zonas mediante suelos lisos o con baldosas y evitando escalones. En las zonas de desnivel hay pequeñas rampas pero no hay escalones.

Al fondo del patio, está la zona de la huerta, que tiene zonas con más desnivel, pero los accesos, que son por donde pasean los residentes, están adaptados con bancos, no tiene peldaños ni dificultad para pasear en estos lugares.

8. Escaleras:

Anchura entre 90 y 120 centímetros entre apoyos.

Dimensiones de la huella de los peldaños entre 28 y 36 centímetros, descontando la parte correspondiente a la proyección de la grada superior.

Altura de la contrahuella entre 13 y 18,50 centímetros.

El pavimento de la huella será antideslizante.

No tienen que existir resaltes ni discontinuidad entre huella y contrahuella.

El número de peldaños por tramo estará comprendido entre 3 y 16.

Los desniveles superiores a 60 centímetros deberán estar provistos de barandillas de apoyo.

En esta residencia, todas las escaleras están provistas de una luz lateral para que se puedan orientar y poder ver cuando la luz sea más tenue.

9. Cocina:

No tienen acceso a ellas. Hay riesgo de que esté el suelo mojado, o que se hayan caído objetos al suelo. Cualquier cosa que necesiten de la cocina, nos la tienen que pedir a las trabajadoras.

10. Gimnasio:

Tiene acceso por el patio pero tiene buenas comunicaciones. Está abierto todo el día.

Está junto a un aseo, en el que 3 residentes se han caído en el último año.

11. Salas de entretenimiento:

Cuando están abiertas, está con ellos la persona que se encarga de la terapia ocupacional. Ha coincidido que no se ha caído nadie. Esta sala, está habilitada desde hace medio año.

12. Ascensor:

Como mínimo, tienen que tener de:

Fondo: 1,20 metros.

Ancho: 0,90 metros.

Superficie: mínimo 1,20 metros cuadrados.

Las puertas, en recinto y cabina, serán automáticas, con un ancho libre mínimo de 0,80 metros.

En el caso de esta residencia, los dos ascensores de los que disponemos, tienen más amplitud y pueden entrar varias sillas a la vez.

Baremos de accesibilidad.

Figura nº 24

PUERTAS	<ul style="list-style-type: none">• Anchura mínima: 0,80m.
ASCENSORES	<ul style="list-style-type: none">• Profundidad mínima: 1,20m.• Superficie: superior a 1,20m².• Anchura de la cabina: 0,90m.• Anchura de las puertas: 0,80m.• Altura de la botonera: inferior a 1,20m.• Lectura de botonera: arábica y además otro método alternativo.• Señalización en planta: sistemas visuales y además otro método alternativo• Pasamanos a una altura de 0,90 m.
APARCAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• Reserva: 1 de cada 50 plazas o fracción.
ESCALERAS	<ul style="list-style-type: none">• Anchura mínima: 1,20m.• Pasamanos a ambos lados con doble pasamanos.
SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none">• Reserva: 1 servicio reservado como mínimo.• Puertas: 0,80 m de ancho mínimo.• Espacio libre de maniobra superior a 1,50m.• Mecanismos y accesorios a 0,90m. del suelo.• Mobiliario: borde inferior del espejo a menos de 80 centímetros del suelo.• Barras.
VESTUARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Reserva mínima: 1 ducha, 1 cabina de vestuario• Espacio libre de giro y maniobra: 1,50m• Colocación de mecanismos y accesorios a una altura inferior a 1,20m.
MOSTRADORES	<ul style="list-style-type: none">• Altura inferior a 1,00m.
TELÉFONOS PÚBLICOS	<ul style="list-style-type: none">• Altura inferior a 1,20 m.

Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia

<http://centros3.pntic.mec.es/cp.antonio.ramos.carratala/EducaRed/iguales/barreras.ht>

Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, sobre medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios. (BOE 23/05/89)

Artículo 1

En los edificios de nueva planta, cuyo uso implique concurrencia de público y en aquellos de uso privado en que sea obligatoria la instalación de un ascensor, deberán ser practicable por personas con movilidad reducida, al menos, los siguientes itinerarios:

- La comunicación entre el interior y el exterior del edificio.
- En los edificios cuyo uso implique concurrencia del público, la comunicación entre un acceso del edificio y las áreas y dependencias de uso público.
- En los edificios de uso privado, la comunicación entre un acceso del edificio y las dependencias interiores de los locales o viviendas servidos por ascensor.
- El acceso, al menos, a un aseo en cada vivienda, local o cualquier otra unidad de ocupación independiente.
- En los edificios cuyo uso implique concurrencia de público, este aseo estará, además, adaptado para su utilización por personas con movilidad reducida.

Artículo 2

Para que un itinerario sea considerado practicable por personas con movilidad reducida, tendrá que cumplir las siguientes condiciones mínimas:

- No incluir escaleras ni peldaños aislados.
- Los itinerarios tendrán una anchura libre mínima de 0,80 metros en interior de vivienda y de 0,90 metros en los restantes casos.
- La anchura libre mínima de un hueco de paso será de 0,70 metros.
- En los cambios de dirección, los itinerarios dispondrán del espacio libre necesario para efectuar los giros con silla de ruedas.
- La pendiente máxima para salvar un desnivel mediante una rampa será del 8 por 100.
- Se admite hasta un 10 por 100 en tramos de longitud inferior a 10 metros y se podrá aumentar esta pendiente hasta el límite del 12 por 100 en tramos de longitud inferior a 3 metros.
- Las rampas y planos inclinados tendrán pavimentos antideslizantes y estarán dotados de los elementos de protección y ayuda necesarios.
- El desnivel admisible para acceder sin rampa desde el espacio exterior al portal del itinerario practicable tendrá una altura máxima de 0,12 metros, salvada por un plano inclinado que no supere una pendiente del 60 por 100.
- A ambos lados de las puertas, excepto en interior de vivienda, deberá haber un espacio libre horizontal de 1,20 metros de profundidad, no barrido por las hojas de las puertas.

- La cabina del ascensor que sirva a un itinerario practicable tendrá, al menos, las siguientes dimensiones:

- Fondo, en el sentido de acceso: 1.20 metros.
- Ancho: 0,90 metros.
- Superficie: 1,20 metros cuadrados.
- Las puertas, en recinto y cabina, serán automáticas, con un ancho libre mínimo de 0,80 metros.
- Los mecanismos elevadores especiales para personas con movilidad reducida deberán justificar su idoneidad.

Artículo 3

Cuando las condiciones físicas del terreno o el plan especial lo exijan, podrán otorgarse excepcionalmente licencias de edificación, aunque no se ajusten plenamente a las condiciones contenidas en los artículos anteriores.

En estos casos, el otorgamiento de la licencia estará condicionado a la presentación de un proyecto que justifique dicha imposibilidad o que su realización es incompatible con el respeto de los valores histórico-artísticos, paisajísticos o de otra índole que contemple el plan especial.

¿CÓMO PREVENIR LAS CAÍDAS?

- La nutrición adecuada es muy importante, porque tienen que consumir productos lácteos para prevenir la osteoporosis. Es importante que tenga un aporte correcto de proteínas para evitar la atrofia muscular.
- Realizar ejercicio físico de forma regular, para fortalecer los músculos, evitar rigidez de las articulaciones, mejorar la coordinación y todo esto, mejora en el mantenimiento del equilibrio.
- Detectar enfermedades o alteraciones propias del envejecimiento que aumenten el riesgo de caídas para poder corregirlas (vista, oído,...).
- Control de las medicaciones.
- Uso de sistemas de ayuda:
 - Bastones: talla adecuada para la estatura. Una empuñadura de madera es mejor que una de metal, porque la segunda resbala más. Los tacos de goma tienen que estar en perfectas condiciones. El uso de los bastones se tiene que llevar en la mano de la pierna sana (la contraria a la pierna más débil) y siempre, andando erguido.
 - Andador: es para ancianos con dificultades en la marcha. Distribuir bien el peso entre el andador y las piernas.
- Iluminación correcta de la casa,... sobre todo en donde el anciano vaya a estar más y si es preciso, instalar luces nocturnas.
- Evitar suelos deslizantes: uso de cera antideslizante, alfombrillas antideslizantes en zonas que hay posibilidad de que haya agua, suelos lisos...
- Escaleras: bien iluminadas, con pasamanos en ambos lados y con interruptores para que pueda encender y apagar las luces sin riesgos, los escalones tienen que tener fondo y borde resaltados, estar en buen estado y no tener más altura de 16 centímetros.
- Mobiliario: debe ajustarse a las necesidades del anciano.
 - Camas anchas (no menores de 90 centímetros) y con altura adecuada (entre el colchón y el suelo 45 centímetros). Poner asidero junto a la cama para ayudar a levantarse.
 - Las sillas tienen que tener reposabrazos para sentarse y levantarse.

- Utensilios de uso diario deben estar a mano. Evitar las alturas. Los mejores armarios son los de puertas correderas.
- Cuarto de baño: es uno de los lugares en el que más prevenciones hay que tomar.
 - La puerta se debe que abrir hacia el exterior, para facilitar la entrada en caso de que un residente se haya caído en el interior.
 - Elevar el asiento del retrete y usar barras de sujeción en la pared próxima.
 - También se deben poner barras de sujeción dentro y alrededor de la bañera o ducha. Se puede usar un asiento en la ducha o silla de ducha, con apoyamanos, y una manguera flexible en los ancianos con alteración del equilibrio.
 - Alfombras antideslizantes.
 - Evitar bañeras o zonas en las que sea el acceso dificultoso para el anciano.
- Mantener temperatura del interior de la casa a unos 22°C en invierno.
- Colocar manivelas de gas seguras, para evitar que se queden abiertas.
- Calzado adecuado. Evitar tacones altos, andar sólo con calcetines. Se recomiendan suelas antideslizantes.

**PROTOCOLO DE
CAÍDAS
ORIENTADO A
TRABAJADORAS Y
ENFERMERAS DE
UNA RESIDENCIA
DE ANCIANOS**

ELABORADO POR:

HELENA CASAJÚS SOLA

Enfermera de la residencia de Ancianos

"San Vicente de Paúl" Junio 2012

INDICE DEL PROTOCOLO:

	<i>Págs.</i>
1. <i>Definición.....</i>	2
2. <i>Objetivos.....</i>	3
3. <i>Factores intrínsecos y extrínsecos.....</i>	5
4. <i>Plan de actuación.....</i>	6
• <i>Pasos para prevenir una caída.....</i>	8
• <i>Actuación tras una caída.....</i>	9
5. <i>Hoja de registro de caídas.....</i>	11
6. <i>Escala Downton.....</i>	12
7. <i>Medidas de prevención.....</i>	13
8. <i>Bibliografía.....</i>	15

DEFINICIÓN DE CAÍDA:

No es un tema que sea fácil de definir. Genera controversia. A continuación cito algunas de las definiciones que existen:

OMS, 2005:

“La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”.

PROGRAMA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE: Vol 29 Nº12, 2000

“Se ha definido caída como la ocurrencia de un evento que provoca inadvertidamente la llegada del paciente al suelo o a un nivel inferior al que se encontraba”.

BMC MEDICINE 2004

FALL: an individual involuntarily coming to rest on the ground or surface lower than their original station.

TRADUCCIÓN LITERAL “CAÍDA: un individuo va a desprenderse involuntariamente al suelo o a una superficie inferior a la de su estado original”.

OBJETIVOS:

- Objetivo general:
 1. Analizar las caídas ocurridas en los residentes de la Residencia de Ancianos.

- Objetivos específicos:
 1. Elaborar un plan de prevención orientado a las trabajadoras de la residencia.
 2. Identificar, trabajadoras y enfermeras, a los residentes con más riesgo de caída según los factores intrínsecos y extrínsecos de cada residente.

Este protocolo va orientado a la atención directa de los residentes del centro por parte del equipo de enfermería y del resto de los trabajadores/as.

El grupo diana van a ser todos los residentes que tengan un alto riesgo de sufrir una caída, según la escala de Downton.

FACTORES QUE PUEDEN AUMENTAR LOS RIESGOS DE CAÍDAS:

- Factores intrínsecos a la persona:
 - Edad superior a 65 años.
 - Historial de caídas previas.
 - Alteraciones del nivel de consciencia.
 - Pérdida de la estabilidad o de la percepción sensorial.
 - Desorientación, alteraciones cognitivas o mentales.
 - Reducción de la actividad.
 - Alteraciones de la marcha: movilidad, equilibrio, problemas en los pies...
 - Dificultad del control de los esfínteres.
 - Obesidad, alteración de la nutrición, alteración de la hidratación astenia,...
 - Enfermedades que puedan producir alteración del equilibrio, de la marcha: cardiovasculares, neurológicas, musculoesqueléticas, respiratorias...
 - Enfermedades agudas.
 - Dolor agudo.
 - Tratamiento con hipnóticos, antihipertensivos, analgésicos, betabloqueantes, antidiabéticos, relajantes musculares...

- Factores extrínsecos a la persona:
 - Riesgos en el entorno que le rodea como:
 - Iluminación inadecuada.
 - Suelos desnivelados, resbaladizos, mojados...
 - Cualquier tipo de barrera arquitectónica (explicadas más adelante).
 - Escaleras.
 - Entorno desconocido para la persona.
 - Meteorología (lluvia, nieve, hielo,...).
 - No frenar las sillas, las camas,...
 - Calzado que no cierre bien o que le venga grande, que sea resbaladizo.
 - La falta de dispositivos de apoyo como barandillas, bastón o muletas.
 - Mala graduación de las gafas o del audífono.

Plan de actuación:

1. Conocimiento previo del estado del residente: hacer test minimental, GDS (valora la depresión de un anciano,...). También debemos conocer sus problemas médicos y su tratamiento farmacológico, nivel de movilidad,...
2. Se debe tener en cuenta, si el residente ha tenido caídas previas. ¿cómo se han producido? ¿han tenido consecuencias? ¿cuántas caídas ha tenido?...
3. Cuando ocurre una caída le tenemos que hacer varios exámenes para evaluar la gravedad de la misma:
 - a. Avisar a la enfermera o responsable del centro. Cuando acuda, la trabajadora que está en esa zona, tiene que quedarse a ayudar en el caso de que se complique, y tenga diversas consecuencias graves, si hay más personas, va a resolverse mejor.
 - b. Cuando lleguemos al lugar donde se ha producido, lo primero, valorar el nivel de consciencia. (Se valoraría con la escala de Glasgow). Toma de constantes vitales.
 - c. Evaluar si tiene algún problema físico: fracturas, heridas, hematomas,...

O ver si tiene alguna lesión aguda para que valore el médico.

Si hay lesión grave, no movilizar, salvo que haya pérdida de consciencia que habría que ponerle posición lateral de seguridad y avisar al médico para que valore si es necesario trasladarle a un centro hospitalario.

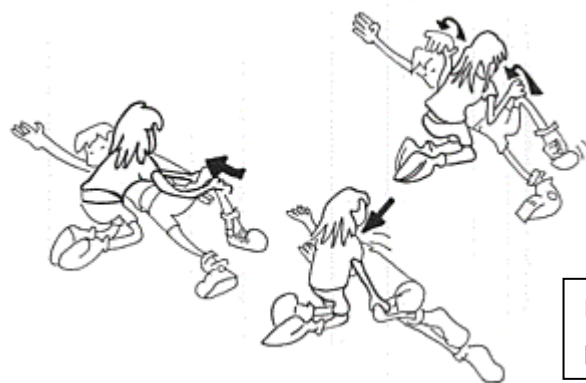


Figura nº 1

Fuente: Protocolo de primeros auxilios

4. Valorar en el paciente:
 - Tomar las constantes (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de Oxígeno).
 - Exploración física: fuerza, reflejos, función cognitiva,... Movilidad de las articulaciones, valoración de cómo están las pupilas,...
 - Exploración de los órganos de los sentidos:
 - Vista: valorar agudeza, cuánto campo abarca.
 - Oído: ¿es capaz de llevar a cabo una conversación? ¿responde si se le habla?
 - Control de estabilidad, equilibrio y marcha: ¿cómo mantiene el equilibrio? ¿es capaz de dar bien los pasos?
 - Valorar si la caída se ha producido por el entorno: suelo mojado o con desnivel, escaleras, objetos donde andaba el residente, iluminación insuficiente,...
5. Si fuera necesario, el médico valorará hacer :
 - Radiografías para descartar fractura
 - Electrocardiograma si hay sospecha de que ha sido por algún problema cardíaco
 - TAC
 - Electroencefalograma
 - Densitometría si hay fractura y puede ser debida a osteoporosis
 - Analítica para ver datos sobre su estado interno.
6. Valorar si han influido los factores intrínsecos y/o los extrínsecos al paciente (descritos anteriormente).

Figura nº 2

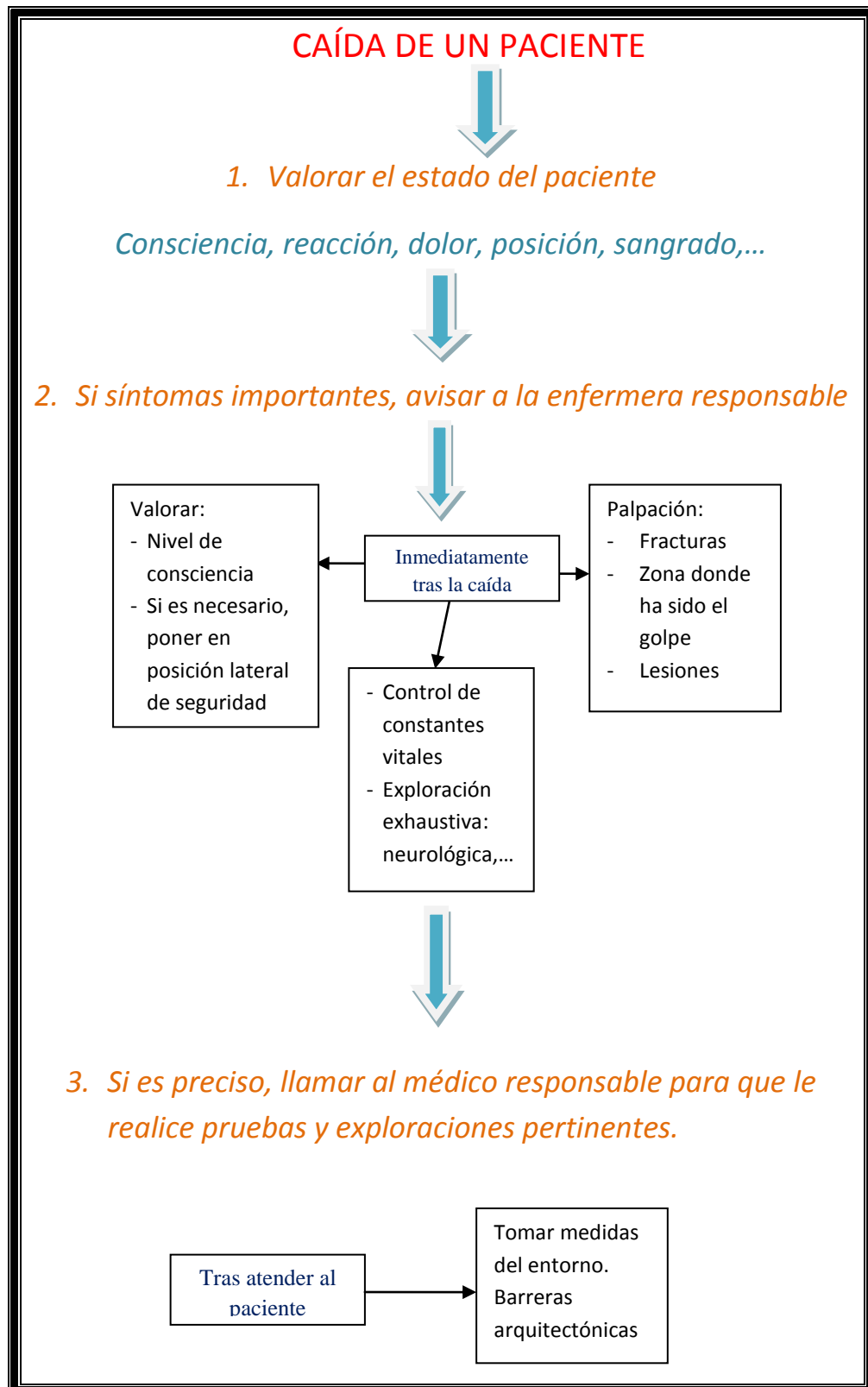
PASOS PARA PODER PREVENIR UNA CAÍDA:

1. Tener en cuenta historial de caídas previas/ lugar/ causa
2. Valoración de los factores intrínsecos/extrínsecos
3. Escala minimental, GDS, exploración física y exploraciones complementarias previas (analíticas, electrocardiograma,...)
4. Aplicación de la escala Downton
5. Control farmacológico continuo (cada tres meses)
6. Control del entorno y evaluar posibles causas

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ACTUACIÓN TRAS CAÍDA:

Figura nº 3



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Tras la revisión de la caída, tenemos que modificar cualquier factor de riesgo que haya podido influir en dicha caída. Informar a las trabajadoras de cómo ha sido actuación, como la debiéramos mejorar, cómo intentar solucionar los factores de riesgo...

Recoger datos a cerca de la caída y valorar cambios. Estos cambios, se deben de revisar futuramente y deben de estar en continua mejoría.

Los datos de la caída van a ser recogidos por las enfermeras o encargadas del centro. Se rellenará la hoja que se muestra a continuación:

REGISTRO DE CAÍDAS

(Fuente: Propia)

FECHA:

HORA DE LA CAÍDA:.....

NOMBRE DEL RESIDENTE:

Consecuencias de la caída:.....

Cómo se ha producido:.....

Cuánto tiempo ha estado en el suelo:.....

LUGAR DE LA CAÍDA:

En cuanto al residente:

Edad.....

Alteraciones de la movilidad/ precisión de ayuda.

	Nada	Poco	Bastante	Dependiente
AYUDA:	1	2	3	4

Estado sensorial, conciencia: INSPECCIÓN:

- Consciente Inconsciente Orientado
- Desorientado Convulsiones Sangrado
- Relajación de esfínteres Otros:.....
- Se levanta con ayuda Se levanta solo Sigue tumbado

Tratamiento farmacológico: sedantes,...

Qué tratamiento toma:

.....

Diagnóstico

médico:.....

Diagnóstico

enfermero:.....

Estado emocional del paciente:

- Tranquilo Ansioso Temor Disgustado

Dispositivos externos:

- Ninguno Andador Bastón/muleta Silla de ruedas

Número de caídas previas:.....

Consecuencias graves de las caídas previas:.....

Hay varias escalas para ver el riesgo del paciente de sufrir una caída. Por ejemplo Morse, pero se utiliza más en casos de pacientes que están hospitalizados.

La escala de Downton valora alto riesgo de caídas con tres o más puntos. Sumamos los puntos según tengan la puntuación a la derecha.

Figura nº 4

J.H. DOWNTON, 1993 ALTO RIESGO >3 PUNTOS		
<i>CAÍDAS PREVIAS</i>	No	0
	Si	1
<i>MEDICAMENTOS</i>	Ninguno	0
	Tranquilizantes - sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
<i>DÉFICITS SENSORIALES</i>	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
<i>ESTADO MENTAL</i>	Orientado	0
	Confuso	1
<i>DEAMBULACIÓN</i>	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

CUADRO Nº1 FUENTE PROTOCOLO GENERAL DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

En esta escala, cada uno de los factores que tenga el residente de la lista anterior, suma los puntos (cada condicionante, suma 1 punto). Si tiene 3 puntos o más, tiene un riesgo alto de sufrir una caída.

Estos residentes que tienen 3 puntos o más, son los que más vigilancia y apoyo deben de tener.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

1. Puertas:

Mejor que sean de 90cm de anchura. Mínimo de 80cm por si hiciera falta el uso de silla de ruedas.

2. Habitación:

Evitar muebles bajos, que interrumpan el paso a los residentes o incluso se suponga un obstáculo.

Camas, a poder ser, elevables. Siempre se dejarán en el punto más bajo para que cuando se quieran levantar tengan más facilidad. En el caso de que ocurra una caída, siempre será de un punto más bajo, por lo que las consecuencias deberían de ser menos graves.

3. Baño:

Las duchas tienen que ser sin relieve para facilitar la entrada y salida.

Evitar que se formen charcos.

El suelo tiene que ser antideslizante y liso.

4. Cocina:

No tienen que acceder a ellas. Hay riesgo de que esté el suelo mojado, o que se hayan caído objetos al suelo. Es un lugar peligroso porque puede haber aceite en el suelo, agua, alimentos que se han caído,...

Figura nº 5

PUERTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Anchura mínima: 0,80m.
ASCENSORES	<ul style="list-style-type: none"> • Profundidad mínima: 1,20m. • Superficie: superior a 1,20m². • Anchura de la cabina: 0,90m. • Anchura de las puertas: 0,80m. • Altura de la botonera: inferior a 1,20m. • Lectura de botonera: arábica y además otro método alternativo. • Señalización en planta: sistemas visuales y además otro método alternativo • Pasamanos a una altura de 0,90 m.
APARCAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Reserva: 1 de cada 50 plazas o fracción.
ESCALERAS	<ul style="list-style-type: none"> • Anchura mínima: 1,20m. • Pasamanos a ambos lados con doble pasamanos.
SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Reserva: 1 servicio reservado como mínimo. • Puertas: 0,80 m de ancho mínimo. • Espacio libre de maniobra superior a 1,50m. • Mecanismos y accesorios a 0,90m. del suelo. • Mobiliario: borde inferior del espejo a menos de 80 centímetros del suelo. • Barras.
VESTUARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Reserva mínima: 1 ducha, 1 cabina de vestuario • Espacio libre de giro y maniobra: 1,50m • Colocación de mecanismos y accesorios a una altura inferior a 1,20m.
MOSTRADORES	<ul style="list-style-type: none"> • Altura inferior a 1,00m.
TELÉFONOS PÚBLICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Altura inferior a 1,20 m.

Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia

<http://centros3.pntic.mec.es/cp.antonio.ramos.carratala/EducaRed/iguales/barreras.ht>

BIBLIOGRAFÍA DEL PROTOCOLO:

1. Papaioannou, A; Parkinson, W; Cook, R; Ferko, N; Coker, E and Adachi, J. Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting. Published: 21 January 2004, BMC Medicine 2004, 2:1
2. Varas-Fabra F., Castro Martín E., Pérula de Torres L.A., Fernández Fernández M.J., Ruiz Moral R., Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Aten Primaria. 2006;38(8):450-5.
3. Sattin R. W. Falls among older persons: a public health perspective. Annual Rev Public Health. 1992;13:489-508
4. Delgado, J. Protocolo de prevención de caídas en pacientes de UCI D. Hospital SAS de Jerez
5. Lázaro del Nogal M., González-Ramírez A, Palomo-Iloro A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):54-63.
6. Seguridad del paciente. Protocolo de prevención de caídas. CHRU Carlos Haya. Málaga 2011.
7. Protocolo de caídas del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Septiembre 2005.
8. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de Caídas en la atención Hospitalaria de Osakidetza. 2009.
9. Postura lateral de seguridad:
http://gimnasioayuntamientoalcuescal.over-blog.es/pages/PRIMEROS_AUXILIOS_EN_ARTES_MARCIALES-4253653.html

REEVALUACIÓN DEL PROTOCOLO:

La revisión de este proceso, nos va a ayudar a poder evaluar objetivamente si los planes de actuación llevados a cabo son correctos. Si disminuye la cantidad de caídas que podemos prevenir (las ocurridas dentro de la residencia de ancianos), los planes son correctos y valoramos si podemos mejorar en otras acciones; pero si no mejora, habrá que revisar de nuevo todo el plan para poder planificarlo de nuevo.

La revisión, según mi parecer se debiera realizar entre seis meses y un año tras llevar a cabo del plan de actuación.

Los resultados que yo valoraría como positivos, serían disminuir las caídas graves como máximo a dos caídas al año. Y serían considerados negativos, si ocurren más caídas.

Los resultados que yo valoraría como positivos en cuanto a las caídas en general, serían disminuir en un 15% las caídas producidas. Supondría disminuir alrededor de 6-8 caídas al año. Que las caídas que sucedan este próximo año, no superen las cuarenta.

ARTÍCULO

Métodos específicos para disminuir la incidencia de caídas en una residencia de ancianos

H. Casajús Sola¹ Rosa García-Orellán²

¹ Diplomada en Enfermería por la Universidad de Navarra

² Directora del proyecto, Dra. en Antropología Social y Cultural por la UPV/EHU profesora en Enfermería en UPNA

Resumen:

PALABRAS

CLAVE:

- Anciano
- Residencia de ancianos
- Caídas en ancianos
- Consecuencias
- Prevención
- Escala Downton

Objetivos: Este trabajo pretende realizar una revisión de los factores intrínsecos y extrínsecos al anciano y que pueden producirle una caída. Si se consiguen detectar correctamente, el objetivo es su disminución.

Antecedentes: Las caídas en un anciano pueden ser muy problemáticas porque pueden producirle un encamamiento o incluso una dependencia, que puede que no se pueda solventar. Las caídas, son causa muy importante en la mortalidad de los ancianos.

Emplazamiento: residencia Municipal de Ancianos "San Vicente de Paul" situada en Sangüesa, Navarra.

Método: revisión de los datos recogidos y aplicación de la escala Downton a todos los residentes para ver el riesgo de padecer una caída.

Estrategia de búsqueda: las bases de datos que accedemos son: pubmed, Cochrane library plus y otras plataformas electrónicas como elsevier. Las palabras clave son anciano Elder, fall, nursing home, prevention, impacts.

Criterios de inclusión y exclusión: evidencias publicadas desde el año 2005, en inglés o español, con disponibilidad de texto completo.

Conclusiones: este trabajo muestra que es necesaria la actuación para prevenir las caídas en los ancianos propongo la implementación de un protocolo de prevención de caídas.

* Autor para correspondencia. Correos electrónicos: helenacasajus@hotmail.com, casajus.69300@e.unavarra.es

Introducción

Las caídas en los ancianos son un problema importante, debido a que esta situación puede conllevar inmovilización y dependencia. Puede provocar daños físicos o psicológicos. Incluso puede llegar a la muerte (en el 70% de los casos por accidente en mayores de 75¹). Hay estudios epidemiológicos que muestran que una de cada tres personas mayores de 65 años, se cae al menos una vez al año. Esta incidencia de caídas, aumenta progresivamente con la edad del anciano.

Las caídas en los ancianos son un problema infradiagnosticado, debido a que salvo que tengan consecuencias importantes, no se contacta con los servicios sanitarios¹.

Las caídas son el primer motivo por el que los ancianos van a las consultas de urgencias y el tercero por el que van a las consultas de un hospital general².

Hay algunos estudios a cerca de que los tipos de ejercicios (marcha, equilibrio, coordinación y tareas funcionales; ejercicios de fortalecimiento; ejercicios 3D como el Tai Chi, el Qi Gong, el baile, el yoga y tipos de ejercicios múltiples)^{3,4}

El objetivo de este trabajo es ver la incidencia de caídas en La residencia de Ancianos San Vicente de Paul de Sangüesa, es saber cuáles son los ancianos de más riesgo y ver cómo estas se pueden prevenir.

Métodos

Revisión de los datos recogidos en la residencia municipal de ancianos "San Vicente de Paul" de Sangüesa sobre las caídas ocurridas a los residentes tanto en el interior como el exterior de la residencia. Se han recogido en los años 2009, 2010 y 2011.

Hay un total de 127 caídas divididas en 36 caídas en 2009, 45 caídas en 2010 y 46 caídas en 2011. Para este trabajo realizo una sistematización de datos contabilizando el universo de la muestra. Esta residencia cuenta con 67 residentes divididos en residentes válidos (residentes que ellos mismos se realizan cualquier tipo de cuidados.

Son no dependientes o con dependencia moderada del nivel I según la escala de Barthel); residentes semiasistidos (Son residentes a los que se le realicen cualquier tipo de cuidados, pero que no son tan dependientes como los asistidos ni tan independientes como los válidos. Tienen dependencia moderada nivel II y dependencia severa I) y residentes asistidos (residentes que necesitan que se les realice cualquier tipo de cuidados. Son dependientes de las trabajadoras para vestirse, o para comer, o para realizar cualquier tipo de AVD (actividades de la vida diaria). Tiene dependencia severa grado II y grandes dependientes).

Son 35 residentes de válidos, 10 de semiasistidos y 22 de asistidos.

Los datos han sido recogidos a lo largo de estos años, debido a que cada vez que ocurre una caída, tenemos una hoja de registro que recoge los datos a cerca de la caída.

Hoja de registro de caídas:

Recoge el nombre y edad del residente, la hora de la caída y hasta el día de la semana en que ha ocurrido la caída. Tipo de movilidad del residente (total, parcial o ninguna). En la hoja de registro, también destaca la importancia del lugar donde se ha producido la caída y cómo ha sido la caída. Pregunta la actividad que realizaba el residente: si deambulaba, si se levantaba, si se levantaba, si era en el aseo,... también pide que se describa cómo se ha producido (tropiezo, fallo de miembros...).

Características de la caída, hacia qué lado se ha caído.

Qué hemos detectado tras la caída: problemas físicos, orientación, tiempo en el suelo...

Qué factores intrínsecos han podido influir, qué medidas de sujeción tiene habitualmente y que medidas de apoyo tenía en ese momento. Y por último, quiénes han sido los testigos presenciales y quién le ha ayudado a levantar.

Análisis de los datos:

Una vez recogidos todos los datos de las caídas, se hace una evaluación exhaustiva de la hoja de registros y de este modo, podemos saber las características de los residentes con más caídas.

Se recogen todos los datos en una cuadrícula de Microsoft Word para poder realizar las comparaciones pertinentes.

Variables estudiadas:

- Edad
- Cómo ha ocurrido
- Dónde se ha caído
- Consecuencias
- Tiempo en el suelo
- Barreras que tiene habitualmente
- Tipo de movilidad

La segunda parte del trabajo consiste en la ayuda para poder valorar qué residentes tienen un alto riesgo de caídas y en función de estos resultados, podemos actuar en la prevención. Este riesgo lo vamos a ver según la escala Downton que puntúa las caídas previas, los medicamentos que toma, los déficits sensoriales, el estado mental y la capacidad de deambulación del residente.

Resultados

Se han estudiado 127 caídas ocurridas entre los años 2009, 2010, 2011.

- % de caídas según sea válidos, semiasistidos y asistidos:
 - Válidos: 31.49% (40 pers).
 - Semiasistidos: 25.19% (32 pers).
 - Asistidos: 43.32% (55 pers).
- % de caídas según el lugar donde se han producido:
 - Patio: 6.29% (8 pers)
 - Habitación: 33.85% (43 pers)=> la mayoría de estos residentes son válidos.
 - Baño: 8.66% (11 pers)

- Zona común: 17.32%(22pers)
 - Gimnasio: 2.36% (3 pers)
 - Pasillo: 16.53% (21 pers)
 - Escaleras: 2.36% (3 pers)
 - Exterior: 12.59% (16 pers)
- =>todos son válidos

- % de caídas según cómo se han producido:

- Resbalón: 29.13% (37 pers).
- Tropezón: 40.15% (51 pers).
- Al levantarse: 12.59% (16 pers).
- Mareos: 6.29% (8 pers).
- Darse la vuelta a la silla: 1.56% (2 pers).
- Fallo de miembros: 8.66% (11 pers).
- Por fractura de cadera: 0.78% (1 pers)
- Efecto intenso de pastilla de dormir: 0.78% (1 pers)

- % de caídas según la gravedad de las consecuencias producidas:

- Graves: 8.66% (11 pers).
- Leves: 40.15% (51 pers).
- Ninguna: 51.18% (65 pers).

- % de caídas el tiempo aproximado que estará el paciente en el suelo:

- 2 minutos: 65.76% (73 pers).
- 5 minutos: 16.21% (18 pers).
- >10 minutos: 18.01% (20 pers)
- Excluyo los 16 residentes que se caen fuera de la residencia, porque no sabemos cuánto tiempo están en el suelo.

- % de caídas según la movilidad del paciente:

- Total: 27.55% (35 pers).
- Parcial: 67.71% (86 pers)=> la mayoría son semiasistidos y asistidos.
- Ninguna: 4.72% (6 pers).

- Medidas de sujeción:

- Silla de ruedas: 32 pers (25.19%)
- Bastón: 43 pers (33.85%)
- Barras en la cama: 76 pers (59.84%)
- Andador: 8 pers (6.29%)
- Ninguna: 11 pers (8.66%)

APLICACIÓN de LA ESCALA DOWNTON:

- Válidos:

- Alto riesgo: 8 residentes.=> 22.85%
- Bajo riesgo: 27 residentes. => 77.14%

- Semiasistidos:

- Alto riesgo: 3 residentes => 33.33%
- Bajo riesgo: 6 residentes =>66.66%

- Asistidos:

- Alto riesgo: 13 residentes (4 de ellos no andan) =>61.90% (19.04% no andan)
- Bajo riesgo: 8 residentes (2 de ellos no andan) =>38.09% (9.52% no andan).

Discusión

1. Limitaciones del trabajo:
Una de las posibles limitaciones que tenemos es que las hojas de registro que se rellenaron años atrás, no se sabe si son completas o si se han dejado de rellenar alguna caída. Esto puede ser significativo porque denota una diferencia con las caídas ocurridas en el año 2011.

Otra limitación es que varían mucho los residentes por fallecimiento, o porque empeora el estado del residente y puede pasar del grupo de residentes válidos a semiasistidos o a asistidos; o incluso, que su estado mejore y pasen a otros grupos. De este modo, se hace algo más complicado poder ver cuáles son los motivos de las caídas,...

El perfil del residente que tiene más riesgo de caídas según la escala Downton es una persona que es del grupo de los asistidos por a su grado de dependencia, que tome más de cuatro medicamentos (entre ellos por ejemplo antidiabéticos orales, antihipertensivos, analgésicos, benzodiacepinas,...), con déficits sensoriales, pueden estar algo desorientados y al andar, necesita ayuda.

Según el estudio que se ha realizado de las caídas recogidas en esta residencia, la mayoría de ellas se producen en pacientes asistidos, con movilidad parcial, por tropiezos y son con consecuencias leves o ninguna. Un residente que tiene alto riesgo, normalmente ha tenido varias caídas previas. Las zonas más habituales de caídas son las zonas comunes, pasillos o habitación, y el tiempo que se tarda en levantarles es de unos 2 minutos.

La protección que tienen estos residentes para disminuir las caídas, en la gran mayoría tienen puestas por las noches barras en la cama y algunos de ellos está combinados con silla de ruedas o con bastón.

Revisando ambos perfiles de estas caídas, tanto el perfil de un residente con alto riesgo de caídas por la escala Downton y el perfil de caídas de esta residencia es muy similar.

Son residentes que necesitan bastante ayuda en las actividades de la vida diaria y que han tenido varias caídas previas.

En cuanto a la deambulación, o es con ayuda o prácticamente no pueden solos, y este es uno de los principales factores que aumentan el riesgo, debido a que si en algún momento se quieren levantar solos, es probable que las piernas no puedan aguantar todo el peso del residente y por fallo de miembros, se caigan. También, otro motivo es que consigan ponerse en pie, pero luego, a la hora de poder superar algún obstáculo, se tropiecen y se caigan.

Conclusión:

Lo que constatamos en este estudio es que las caídas constituyen un riesgo importante para los residentes, y en general para todos los ancianos. Esto es debido a que estas caídas, pueden producirles incapacidad o inmovilización durante un tiempo, y para las personas ancianas, este tiempo es muy importante, por lo que aumenta el grado de dependencia y su estado general empeora, y el residente es cada vez más dependiente. Como consecuencia, cada vez aumenta más el riesgo de repetir una nueva caída con el riesgo que conlleva.

Por este motivo, se debe realizar una buena prevención eficaz, sobretodo mejorando la estabilidad

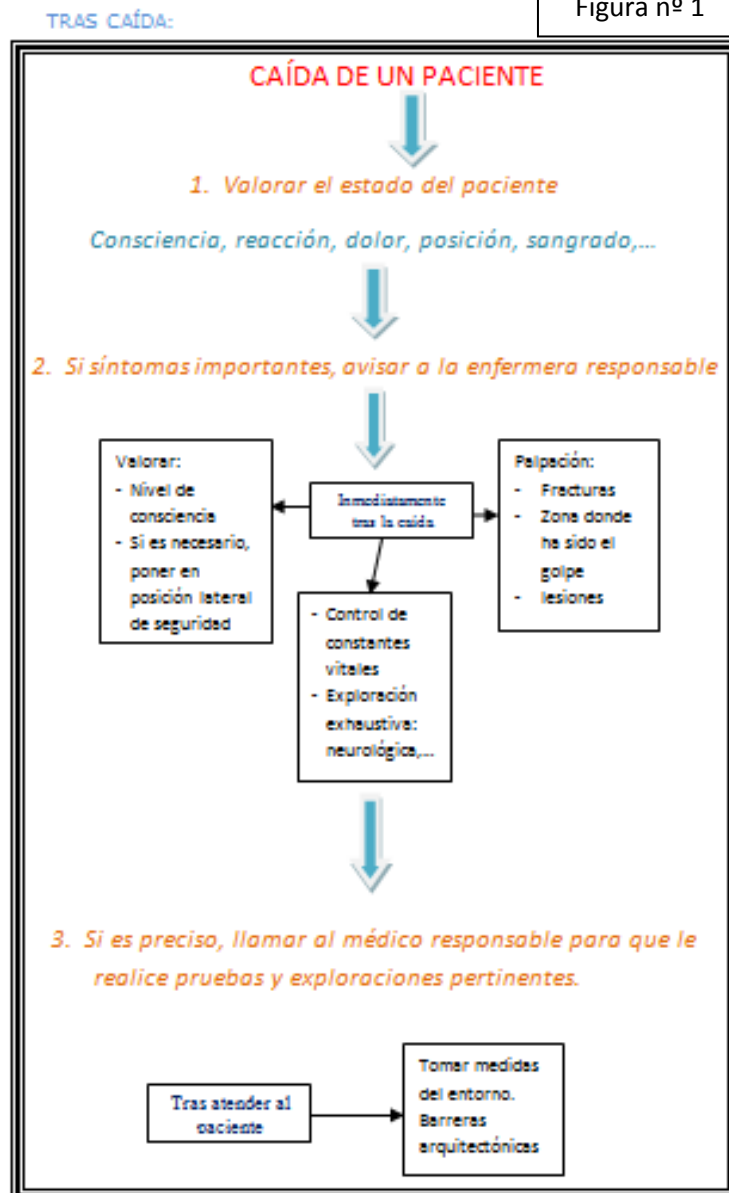
y la capacidad física del residente en la medida de lo posible.

De este modo, si el residente se levanta sólo, quizás pueda mantener mejor la estabilidad y las piernas tengan más fuerza para poder mantenerse en pie.

Para una buena prevención, se necesita poder identificar los residentes con más riesgo, favorecer la rehabilitación del

residente, se necesita una buena alimentación (para disminuir el riesgo de osteoporosis y para que los músculos no se atrofien). Tenemos que controlar su actividad física para mantener el tono musculoesquelético, control de los medicamentos, y control de los factores extrínsecos que pueden influir en los residentes.

Figura nº 1



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Bibliografía del artículo

- ¹ Varas-Fabra, F; Castro Martín, E; Pérula de Torre, L.A.; Fernández Fernández, M.J.; Ruiz Moral, R. y Enciso Berge, I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Aten Primaria. 2006;38(8):450-5

- ² Sattin R. W. Falls among older persons: a public health perspective. Annual Rev Public Health. 1992; 13:489-508.

- ³L.Z. Rubenstein, L.Z; Josephson, K.R. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):45-53

- ⁴Howe T, Rochester L, Neil F, Skelton D, Ballinger C. Ejercicios para mejorar el equilibrio en personas de edad avanzada. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 11. Art. No.: CD004963. DOI: 10.1002/14651858.CD004963

- Wang, J; L. Kane, R; E. Eberly, L; A. Virnig, B; Chang, L-H. The Effects of Resident and Nursing Home Characteristics on Activities of Daily Living. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES © Cite journal as: J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009. Vol. 64A, No. 4, 473–480.

- Papaioannou, A; Parkinson, W; Cook, R; Ferko, N; Coker, E and Adachi, J. Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting. Published: 21 January 2004, BMC Medicine 2004, 2:1

BIBLIOGRAFÍA DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

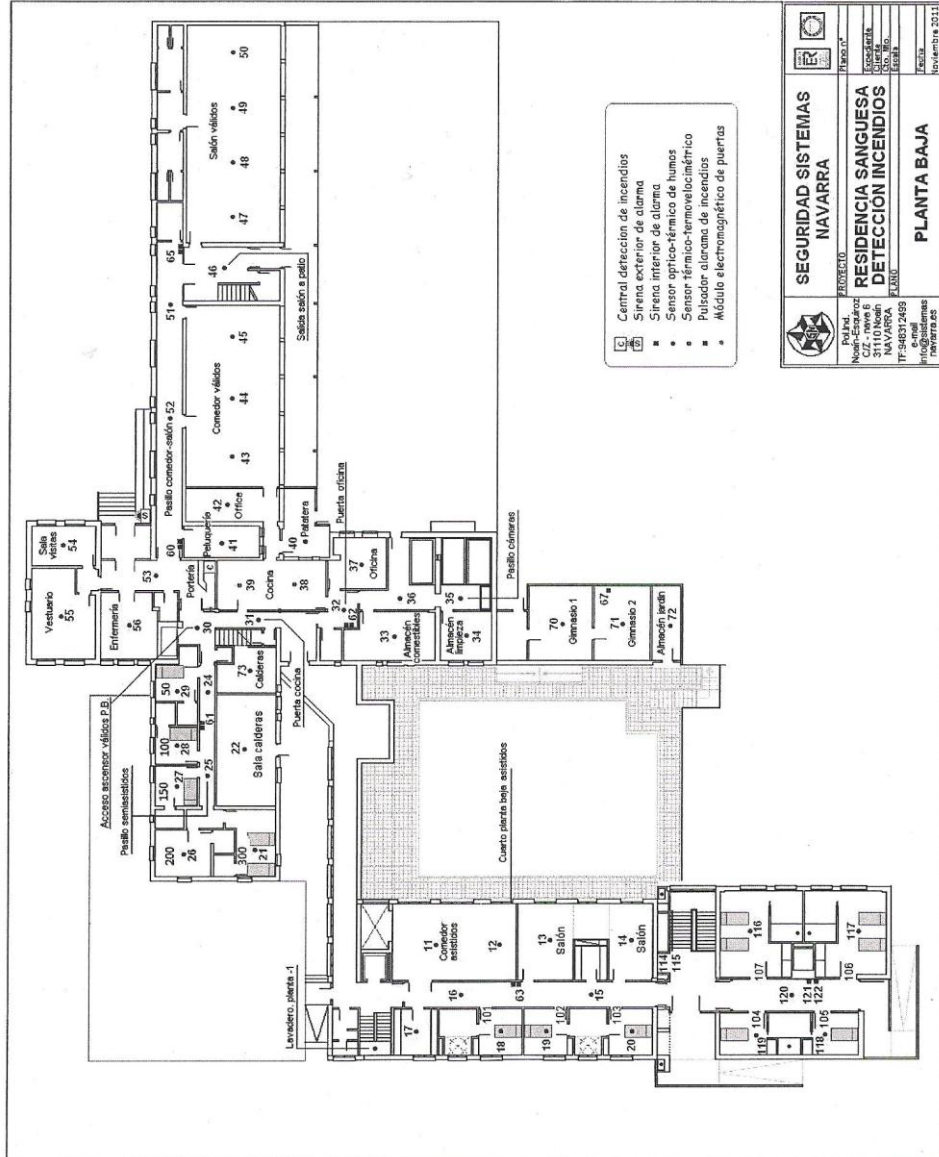
1. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. ISBN 978-84-96990-37-1
2. Guía médica familiar. La salud en la tercera edad. Aupper
3. Varas-Fabra F., Castro Martín E., Pérula de Torres L.A., Fernández Fernández M.J., Ruiz Moral R., Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006;38(8):450-5.
4. Howe T, Rochester L, Neil F, Skelton D, Ballinger C. Ejercicios para mejorar el equilibrio en personas de edad avanzada. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 11. Art. No.: CD004963. DOI: 10.1002/14651858.CD004963
5. Sattin R. W. Falls among older persons: a public health perspective. *Annual Rev Public Health*. 1992;13:489-508
6. L.Z. Rubenstein, L.Z; Josephson, K.R. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(Supl 2):45-53
7. Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es
8. Instituto de Estadística de Navarra:
http://www.cfnavarra.es/estadistica/confindex.asp?i=Informaci%F3n%2B Estad%EDstica&p=ie/indice2.asp?qry=01&d=ie/idx_izq.asp?qry=01&b=Informaci%F3n
9. RAE. www.rae.es
10. Blasón del escudo:
<http://www.sanguesa.es/es/lugarygente/historia/escudo/>
11. BOE: Real Decreto.
http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1989-11632
12. Papaioannou, A; Parkinson, W; Cook, R; Ferko, N; Coker, E and Adachi, J. Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting. Published: 21 January 2004, *BMC Medicine* 2004, 2:1
13. Delgado, J. Protocolo de prevención de caídas en pacientes de UCI D. Hospital SAS de Jerez
14. Lázaro del Nogal M., González-Ramírez A, Palomo-Iloro A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(Supl 2):54-63.

15. Seguridad del paciente. Protocolo de prevención de caídas. CHRU Carlos Haya. Málaga 2011.
16. Protocolo de caídas del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Septiembre 2005.
17. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de Caídas en la atención Hospitalaria de Osakidetza. 2009.
18. Pérez Díaz, J.El envejecimiento de la población en España. Envejecimiento y ciencia. Noviembre 2010.
19. Ham Chande, R. Envejecimiento demográfico. http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/ASSA/3.%20Demografia%20dinamica.pdf
20. Protocolo de primeros auxilios en artes marciales. Imagen posición lateral de seguridad. http://gimnasioayuntamientoalcucescar.over-blog.es/pages/PRIMEROS_AUXILIOS_EN_ARTES_MARCIALES-4253653.html

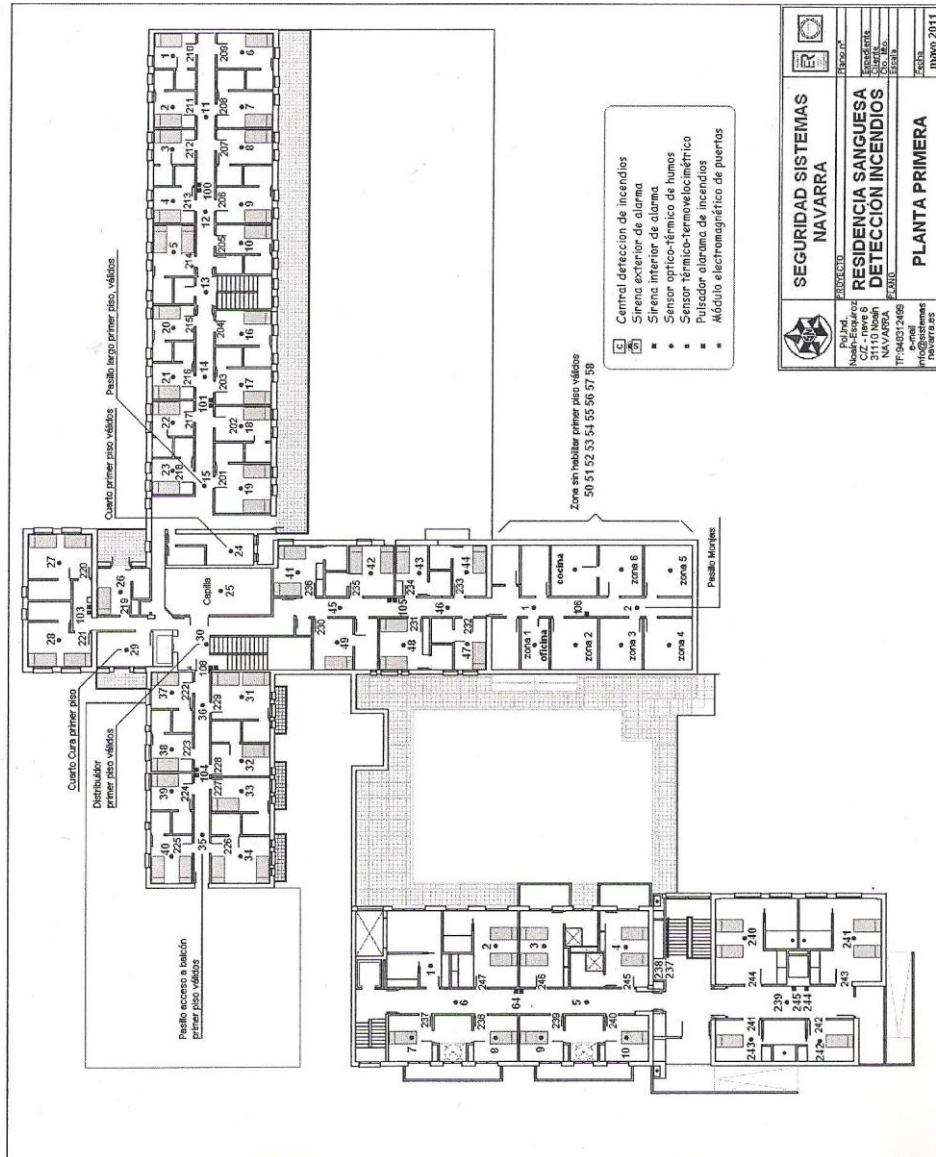
ANEXOS

ANEXO 1: PLANOS DE LA RESIDENCIA

7-11-2011



1-11-2011



SEGURIDAD SISTEMAS NAVARRA	
PROYECTO	Residencia
PROYECTADO POR	Navarra Sistemas
CLIENTE	Residencia Sanguesa
UBICACIÓN	31110 Noya, NAVARRA
TELÉFONO	94631908
EMAIL	info@sistemasnavarra.es
FECHA	mayo 2011
PLANTA PRIMERA	

ANEXO 2: ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

(10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

(5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

(0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

(5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

(10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

(5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

ARREGLARSE:

(5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.

(5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

(5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

(0) Incontinente.

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones.

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 ptos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

ANEXO 3: PROTOCOLO ACTUAL DE LA RESIDENCIA



PROTOCOLO DE CAIDAS

Destinatarios

Residentes de la Residencia.....

Objetivos

Identificar a los residentes con mayor probabilidad de sufrir una caída
Reducir el número de caídas
Identificar las causas de las caídas y valorar sus consecuencias

Profesionales implicados

Atención directa, enfermería y resto de trabajadores de la Residencia

Causas de las caídas

• **Intrínsecas**

- Mayor edad
- Reducción de la actividad física
- Antecedentes de caídas
- Enfermedades: Parkinson, incontinencia, demencias...
- Problemas en los pies
- Déficits sensoriales
- Dificultades en la marcha: equilibrio, balanceo, pérdida de fuerza en EEII
- Problemas cognitivos/psicológicos: desorientación, confusión...
- Medicaciones: psicotrópicos, sedantes, narcóticos...

• **Extrínsecas**

- Barreras arquitectónicas
- Tipo de calzado
- Suelos deslizantes, mojados...
- Iluminación insuficiente
- Puertas de acceso a las escaleras abiertas

Plan de actuación para prevenir las caídas

Dirigidas a aquellos residentes que tras la valoración son más susceptibles de sufrir caídas.

En primer lugar resulta primordial controlar en la medida de lo posible las causas de caídas anteriormente citadas.

Además se seguirán, siempre que sea posible, las siguientes medidas:

Rehabilitación prestando especial atención en ejercicios que mejoren el equilibrio y marcha.

Ejercicio y actividad física para fortalecer los músculos y aumentar la resistencia.

Tratamiento de deterioros neuromusculares, músculo-esqueléticos o sensoriales.

Control del sobrepeso.

Asesorar a los residentes para evitar prácticas peligrosas.

Disminuir el aporte de líquidos a partir de las 19:00 y administrar los diuréticos por las mañanas.

Control de la toma de fármacos, sus posibles interacciones y efectos secundarios.

Uso de barandillas laterales en las camas únicamente en los casos en que su uso de valore como imprescindible.

Uso de productos de apoyo: andadores, bastones, muletas...

Uso de ropa y zapatos adecuados a las instalaciones y capacidades de los residentes.

Evitar suelos resbaladizos o mojados.

Entorno ordenado.

Dejar al alcance de la mano de los residentes aquellas cosas que pueda precisar, sobre todo si se encuentra encamado.

Realizar las transferencias siempre con los frenos de las sillas de ruedas puestos.

Las camas deben permanecer siempre frenadas.

Supervisar siempre a los residentes cuando estos realizan la ducha.

Actuación ante una caída

Si aun habiendo tenido en cuenta las medidas de prevención se produjera una caída, se debe actuar rápidamente, disminuyendo el tiempo de espera en el suelo pues aumenta el riesgo de morbi-mortalidad.

Las medidas de actuación se citan a continuación:

Valorar el estado del residente y las consecuencias de la caída

En caso de la presencia del personal de enfermería avisar inmediatamente a enfermería (teléfono, megafonía,...).

No incorporar o movilizar al residente si se sospecha que puede presentar una fractura, hasta que no llegue el servicio de enfermería.

Si el residente ha perdido el conocimiento se colocará en posición lateral de seguridad, para evitar obstrucción de la vía aérea con broncoaspiraciones o con su propia lengua.



Posición lateral de seguridad

Acomodar colocando si su posición lo permite un cojín para apoyar la cabeza y tapar al residente si es necesario.

Podemos encontrarnos con que el paciente presente una fractura abierta con hemorragia o una herida sangrante en cualquier otra zona del cuerpo. En este caso, después de avisar a enfermería, la prioridad es taponar comprimiendo la herida con gasas o con lo primero que se tenga a mano (una prenda de vestir), utilizando guantes. En horarios fuera de trabajo del personal de enfermería se avisará al 112, para que el médico de guardia actúe convenientemente.

Al llegar enfermería la auxiliar colaborará en todo lo que se le solicite.

Si no ha sido necesario trasladar al residente al hospital, observaremos como va evolucionando, prestando atención a cualquier cambio durante las horas y días posteriores e informando a enfermería.

Siempre se debe salvaguardar la intimidad del residente, evitando que el resto de residentes o visitantes estén presentes o conozcan la existencia o consecuencias de la caída.

Todo quedará registrado en el seguimiento del residente y en controles de enfermería/ caídas rellenando todos los campos.

Aspectos relevantes

Son de debido cumplimiento las medidas descritas para corregir o eliminar factores extrínsecos que favorecen el riesgo de caída.

Las medidas de prevención deben ser individualizadas, adaptándolas en función de la necesidad de cada residente.

Todos los profesionales deben aplicar las medidas con continuidad.

La inactividad en residentes reduce el número de caídas a corto plazo, a expensas de favorecer la pérdida de condiciones físicas y la autoconfianza del residente, lo que a su vez conllevará un futuro aumento del riesgo de caídas.

Registro de caídas

En caso de producirse una caída es importante:

Cumplimentar la hoja de registro de caídas que está en la primera planta junto al libro de partes.

Anotar la caída en el historial del paciente.

Planificar intervenciones del tratamiento o vigilancia prescritas en función de las consecuencias de la caída.

ANEXO 4: APLICACIÓN DE LA ESCALA DOWNTON A TODOS LOS RESIDENTES DE LA RESIDENCIA “San Vicente de Paúl”

	caídas previas	medicamentos	def. sensoriales	estado mental	Deambulación	total	
residente 1	1	1	1	0	no anda	3	asistidos
residente 2	0	2	1	0	no anda	3	asistidos
residente 3	1	0	1	0	1	5	asistidos
residente 4	0	1	1	0	no anda	2	asistidos
residente 5	0	2	1	0	1	4	asistidos
residente 6	1	2	0	0	0	4	asistidos
residente 7	0	0	0	1	1	2	asistidos
residente 8	0	1	1	1	no anda	3	asistidos
residente 9	1	2	0	0	0	3	asistidos
residente 10	0	1	0	0	1	2	asistidos
residente 11	1	2	1	0	1	5	asistidos
residente 12	1	1	0	0	1	5	asistidos
residente 13	1	2	0	0	1	4	asistidos
residente 14	0	1	1	1	no anda	3	asistidos
residente 15	0	0	0	1	1	2	asistidos
residente 16	1	0	1	1	1	4	asistidos
residente 17	0	1	0	1	0	2	asistidos
residente 18	1	1	0	1	1	4	asistidos
residente 19	0	0	1	1	no anda	2	asistidos
residente 20	0	0	1	0	1	2	asistidos
residente 21	1	1	0	0	0	2	asistidos

	caídas previas	medicamentos	def. sensoriales	estado mental	Deambulación	total	
residente 22	1	2	0	1	0	4	semiasistidos
residente 23	1	1	0	1	0	3	semiasistidos
residente 24	1	1	0	0	0	2	semiasistidos
residente 25	0	1	0	1	0	2	semiasistidos
residente 26	0	1	1	0	0	2	semiasistidos
residente 27	0	0	1	0	0	1	semiasistidos
residente 28	0	2	0	0	1	3	semiasistidos
residente 29	0	2	0	0	0	2	semiasistidos
residente 30	0	1	0	1	0	2	semiasistidos

Métodos Específicos para Disminuir la Incidencia de Caídas en una Residencia de Ancianos

	caídas previas	medicamentos	def. sensoriales	estado mental	Deambulación	total	
residente 31	0	1	0	0	0	1	válidos
residente 32	0	2	1	0	0	3	válidos
residente 33	1	1	0	1	0	3	válidos
residente 34	0	1	0	0	0	1	válidos
residente 35	0	2	0	0	1	3	válidos
residente 36	0	2	0	0	0	2	válidos
residente 37	0	2	0	0	0	2	válidos
residente 38	0	2	1	0	0	3	válidos
residente 39	0	0	0	0	0	0	válidos
residente 40	0	0	1	0	0	1	válidos
residente 41	0	1	0	0	0	1	válidos
residente 42	0	1	0	0	0	1	válidos
residente 43	0	1	0	0	0	1	válidos
residente 44	0	2	0	0	0	2	válidos
residente 45	1	1	0	0	0	2	válidos
residente 46	0	2	0	0	0	1	válidos
residente 47	0	0	0	1	0	1	válidos
residente 48	0	2	0	0	0	2	válidos
residente 49	1	1	1	0	0	3	válidos
residente 50	0	1	0	0	0	1	válidos
residente 51	0	2	0	0	0	2	válidos
residente 52	0	0	0	0	0	0	válidos
residente 53	0	1	1	0	0	2	válidos
residente 54	1	1	1	0	0	3	válidos
residente 55	0	2	0	0	0	2	válidos
residente 56	1	1	0	0	0	2	válidos
residente 57	1	2	0	0	0	3	válidos
residente 58	0	3	0	0	0	3	válidos
residente 59	0	1	0	0	0	1	válidos
residente 60	0	2	0	0	0	2	válidos
residente 61	1	1	0	0	0	2	válidos
residente 62	0	1	0	0	0	1	válidos
residente 63	1	1	0	0	0	2	válidos
residente 64	1	1	0	0	0	2	válidos
residente 65	0	0	0	0	1	1	válidos

Fuente: elaboración propia

Anexo 5: Hoja de Prescripción Médica de Sujeciones



Organismo Autónomo
Residencia Municipal de Sangüesa/Zangoza
"San Vicente de Paúl"

Núm. _____

PRESCRIPCIÓN MÉDICA-SUJECIONES

D./Dña....., como médico de familia del
residente D/Dña., recomienda
la utilización del método de sujeción de:

- CINTURÓN**, que evita que se levante sólo, pudiéndose producir una caída, con consecuencias importantes, como fracturas, luxaciones, hematomas, etcétera.
- SUJECCIÓN DE MANOS**, que evita que se lleve a la boca deposiciones, trozos de pañal, se quite sondas, curas, etcétera.
- SÁBANA FANTASMA**, que evita que se levante de la cama, y se lleve a la boca deposiciones, trozos de pañal, etcétera.
- BARRAS DE SEGURIDAD EN LA CAMA**, que evitan que se levante de la cama y sufra caídas a distinto nivel.

para evitar lesiones por caídas o por movilización autónoma del propio residente.

Firmado:.....

En.....a dede

CRONOGRAMA DE REALIZACIÓN Y APLICACIÓN DE PROYECTO:

SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
PASOS																									
Recogida de información	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de las caídas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de barreras arquitectónicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busqueda de artículos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Presentación de propuesta												X													
Redactar																									
Hacer diapositivas																					X	X	X	X	X
Repaso																						X	X	X	X
Presentación oral																							X	X	X
Formación trabajadoras																								X	X
Implantación del protocolo																									X

PRESUPUESTO:

Implantación del protocolo

<i>PARTIDAS</i>	<i>Realización del trabajo</i>	<i>AÑO 2012 Implantación del Protocolo</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Recursos humanos</i> Investigador principal	<i>500 horas</i>		<i>0€</i>
<i>Recursos Materiales</i>	<i>Folios, bolígrafos, fotocopias,...</i>		<i>80€</i>
<i>Realización de diversos viajes</i> (Pamplona-Sangüesa 50km)	<i>1500km</i> X 6€/100km		<i>90€</i>
<i>Recursos humanos</i> - Formación trabajadoras		<i>2 horas por cada una de ellas</i> 25trabajadorasx2h= 50 horas Se harían varias reuniones conjuntas	
<i>Recursos materiales</i> - Fotocopias		<i>Impresión fotocopias:</i> <i>16 hojas x25 trabajadoras=400</i> 400*0.1€= 40€	<i>40€</i>

TOTAL: 210.0€

