



M. Gonzano Rubio\*  
R. Martínez Sellarés\*\*

\* Enfermera y coordinadora asistencial de la  
Fundación Sta. Eulalia.

\*\* Enfermera y supervisora de la Fundación Sta.  
Eulalia.

Correspondencia:  
Rosa Martínez Sellarés  
Fundación Sta. Eulalia  
C/ Jacinto Verdaguer, 32  
08902-L'Hospitalet (Barcelona)

## Las caídas geriátricas y su prevención en la Residencia Asistida Fundación Santa Eulalia

### *Geriatric falls and their prevention in the Santa Eulalia Assisted Foundation Residence*

#### RESUMEN

El motivo de nuestro trabajo es el estudio de las caídas en los ancianos institucionalizados para poder establecer un protocolo de prevención de las mismas. El equipo de enfermería tiene en su poder la capacidad de valoración del riesgo de producirse caídas, así como la responsabilidad de prevenirlas.

En nuestra institución se encuentran un grupo de 73 residentes con discapacidades físicas y psíquicas y con alto grado de dependencias que comportan un riesgo de lesión por caídas. En ocasiones dicho riesgo se materializaba y quedaba registrado a través del parte escrito y en otras ocasiones las consecuencias eran tan irrelevantes que ni siquiera figuraba en el mismo. A partir de aquí nos planteamos la necesidad de crear un registro escrito estandarizado que nos permita detectar las causas, las consecuencias y demás parámetros de valoración de las caídas. Tras evaluar las caídas ocurridas en el período comprendido entre junio de 1998 y enero de 1999, nos proponemos elaborar un protocolo de prevención para disminuir la incidencia de las caídas y como resultado las consecuencias de las mismas.

#### SUMMARY

*The aim of our work is to study the falls of the institutionalized elderly in order to be able to establish a prevention protocol. The nursing staff has the responsibility of assessing the risks of falling, as well as the responsibility to prevent them.*

*Our institution is composed of a group of 73 residents with physical and psychical handicaps with high-grade dependencies leading to high lesion risks due to falls. In some occasions such risks do happen and is registered in writing, and in other cases the consequences were too irrelevant that were not registered at all. At this point we stated the need to create a standardized written register that would allow us to detect the causes and consequences, and other parameters in assessing the falls.*

*After evaluating the falls occurred in the established period of June 1998 to Jan 1999, we proposed to elaborate a prevention protocol to lessen the fall incidents and as a result, the consequences of such fall.*

*To be able to commence our study we had to know all predisposing causes that may have lead to the fall. In this way, the consulted bibliography made us keep in mind three key factors:*

- 26 Para poder iniciar nuestro estudio fue preciso conocer todos aquellas causas que predisponían a que tuviera lugar la caída. De este modo, la bibliografía consultada nos condujo a tener en cuenta tres factores claves:
- a.- el propio proceso de envejecimiento,
  - b.- las características de nuestra propia institución, y
  - c.- las características del registro de la caída llevado a cabo por el propio personal.

### PALABRAS CLAVE

Caída en geriatría, protocolo de caídas.

### INTRODUCCIÓN

El motivo de nuestro trabajo es el estudio de las caídas en los ancianos institucionalizados para poder establecer un protocolo de prevención de las mismas. El equipo de enfermería tiene en su poder la capacidad de valoración del riesgo de producirse caídas, así como la responsabilidad de prevenirlas.

Las caídas son frecuentes en los ancianos tanto en el domicilio como en las instituciones geriátricas. A medida que se envejece, las caídas y los trastornos de la marcha constituyen una de las principales preocupaciones del anciano. Las caídas pueden ser graves, por el propio traumatismo directo, pero también por el miedo a volver a caer que generan (5). Los ancianos institucionalizados sufren, hasta la mitad de ellos, una caída cada año; entre el 10 y el 25% tiene consecuencias graves. Los accidentes son la quinta causa de muerte en personas mayores de 65 años y las caídas representan las dos terceras partes de estas muertes accidentales. Pese a estos datos, la bibliografía consultada respecto a los estudios de investigación acerca del registro y control de las caídas es escaso. Es significativo que en los últimos seis años en los congresos y jornadas organizados por la SEEGG, solo un 2,3% (10 sobre 430) de las comunicaciones presentadas hacían referencia al registro de las caídas y/o prevención de las mismas.

- 81
- a. *the aging process itself,*
  - b. *the characteristics of our institution, and*
  - c. *the register characteristics of the fall that had taken place noted down by the staff.*

### KEY WORDS

*Geriatric falls, protocol of falls.*

Como posibles complicaciones de las caídas, nos encontramos con las fracturas de cadera, fémur, húmero, muñeca y costillas, así como las lesiones de tejidos blandos, que son las complicaciones físicas más frecuentes. Muchas de estas lesiones darán lugar a un ingreso en el hospital, con los riesgos concomitantes de inmovilización y enfermedades iatrogénicas. Las fracturas de la cadera y extremidades inferiores por lo general producen una discapacidad prolongada por el daño de la inmovilidad. Una lesión menos frecuente, pero importante, es el hematoma subdural. Los signos y síntomas neurológicos que se desarrollan días o semanas después de una caída obligan a considerar este problema como susceptible de tratamiento. Incluso cuando la caída no produce una lesión grave, puede ocasionar una discapacidad sustancial por el temor a caer, la pérdida de confianza personal y la capacidad limitada de movimiento (ya sea impuesta por la misma persona o por quienes la atienden)(2).

Muchas veces, las caídas y las complicaciones concomitantes son previsibles. Por lo tanto, la comprensión de las causas y el mecanismo práctico para la evaluación y tratamiento de los pacientes con inestabilidad y caídas son componentes importantes de la atención geriátrica.

En nuestra institución se encuentran un grupo de 73 residentes con discapacidades físicas y psíquicas y con alto grado de dependencias que comportan un riesgo de lesión por caídas. En ocasiones



82 dicho riesgo se materializaba y quedaba registrado a través del parte escrito y en otras ocasiones las consecuencias eran tan irrelevantes que ni siquiera figuraba en el mismo. A partir de aquí nos planteamos la necesidad de crear un registro escrito estandarizado que nos permita detectar las causas, las consecuencias y demás parámetros de valoración de las caídas.

Tras evaluar las caídas ocurridas en el período comprendido entre junio de 1998 y enero de 1999, nos proponemos elaborar un protocolo de prevención para disminuir la incidencia de las caídas y como resultado las consecuencias de las mismas.

Para poder iniciar nuestro estudio fue preciso conocer todas aquellas causas que predisponían a que tuviera lugar la caída. De este modo, la bibliografía consultada nos condujo a tener en cuenta tres factores claves:

- a.- el propio proceso de envejecimiento,
- b.- las características de nuestra propia institución, y
- c.- las características del registro de la caída llevado a cabo por el propio personal.

#### a.- Proceso de envejecimiento (3)

Los efectos del proceso de envejecimiento en el organismo (aparatos y sistemas) son importantes. Dentro del aparato músculo-esquelético los cambios que tienen lugar en los músculos, huesos y articulaciones están relacionados con algunos de los problemas de salud más frecuentes en ancianos. El impacto de estos cambios sobre el estilo de vida de la persona de edad avanzada engloba diversas molestias, como dolor fastidioso, y reducción de la capacidad para realizar actividad física, dolor constante y grave e inmovilidad completa. La fuerza, rapidez, postura, imagen corporal, independencia y seguridad se ven todas afectadas.

Si bien algunos signos y síntomas que ocurren anuncian los cambios normales del envejecimiento, otros son antecesores de trastornos tratables, en que la incapacidad puede modificarse, postergarse o prevenirse por diagnóstico diferencial capaz y tratamiento médico apropiado.

Los trastornos de alto riesgo en ancianos, que afectan al aparato músculo-esquelético incluyen caídas y fracturas, osteoporosis, artritis, enfermedad degenerativa y gota. Los cambios normales del envejecimiento, en combinación con los trastornos que ocurren, acrean consecuencias graves para los ancianos. 27

La capacidad del adulto de edad avanzada para conservar su independencia en un medio conocido se fundamenta, en gran medida en el rendimiento de la locomoción. El trastorno de esta función de importancia crítica puede reducir gravemente los recursos esenciales para enfrentar los problemas, la confianza personal y la iniciativa.

Si bien la postura y movimiento en ancianos sanos engloba una amplia gama de lo normal, tienden a surgir características bastante típicas. En la ancianidad, la postura tiende a la flexión general. Este aspecto jorobado se debe a la deformidad en cuña de las vértebras, en especial en la zona dorsal, y cambios degenerativos que causan adelgazamiento de los discos intervertebrales. Se observará cifosis de la columna dorsal, de gravedad variable; flexión anterior de cabeza y nuca y una flexión ligera de codos, muñecas, caderas y rodillas.

Debido a las modificaciones de la postura, se desplaza el centro de gravedad. Este desplazamiento conduce a un aumento de la energía gastada para conservar el equilibrio y marcha normal. A la vez, hay una pérdida normal de la masa muscular, que se acompaña de disminución de la regeneración tisular, lo que contribuye no solo al aspecto modificado (adelgazamiento y flaccidez de los músculos) sino también a la fuerza menor para enfrentar las demandas mayores creadas por el desplazamiento del centro de gravedad.

La alteración en el modo de andar se debe a factores múltiples, entre los cuales se encuentran, además del trastorno músculo-esquelético:

- a.- *El concepto de seguridad aplicado a los adultos mayores (4).*

La seguridad, por lo general, se refiere a la protección del bienestar físico o psicológico frente a una lesión o daño no intencionado. La seguridad, a pesar de las múltiples definiciones, es una necesidad humana conocida universalmente. Maslow (1954) incluyó la seguri-

28 dad como necesidad humana justo después de las necesidades fisiológicas más básicas, como la comida, el aire o el agua. En este contexto, las importantes necesidades sociales de amor y pertenencia solo pueden obtenerse cuando están satisfechas las fisiológicas y también la seguridad. La seguridad proporciona una sensación de estabilidad y maleabilidad del propio mundo.

El riesgo real de lesión o daño varía en un momento concreto para un individuo determinado. La susceptibilidad de la persona a los daños o las lesiones se ve afectada por sus propias características personales, así como por el agente lesivo y por el entorno. Los modelos epidemiológicos que consideran la interrelación entre el agente amenazador, el huésped (persona) y el entorno son útiles, ya que proporcionan un esquema integrador para examinar las amenazas a la seguridad.

Así pues, los factores implicados en la seguridad son:

- Agente lesivo: fuerza cinética, energía térmica, energía eléctrica, fuerza de gravedad, radiación, químicos, y microbios.

- Persona: conciencia, estado emocional y cognoscitivo, estudio del desarrollo, conocimiento, estado fisiológico, estado de salud, estado nutricional, mecanismos de defensa biológicos, actitud.

- Entorno: espacio, ventilación, limpieza, sanidad, iluminación, temperatura, tiempo atmosférico, protección, mobiliario, animales de compañía, otras personas.

*b.- Los cambios relacionados con la edad del sistema sensorial, que incrementan el riesgo de caída (5)*

- La presbiopía reduce la capacidad para ver los objetos de cerca con claridad.

- El aumento del tiempo de acomodación hace que el anciano sea incapaz de ver cuándo acaba de entrar en una habitación oscura.

- La esclerosis de las pupilas hace que entre menos luz en el ojo, provocando una reducción de la agudeza visual.

- Las opacidades del cristalino crean un resplandor cegador cuando hay luz brillante.

- La incapacidad para distinguir entre los azules, los azules verdosos, los violetas y los colores monotonaes provoca accidentes en escaleras y en puertas de entrada y salida.

- La alteración en la profundidad de percepción hace que el anciano no juzgue bien las distancias, provocando posibles caídas en escaleras y bordillos.

*c.- Los problemas cardíacos y vasculares incrementan el riesgo que tiene el anciano de caerse y lesionarse*

- Hipotensión ortostática causada por cambios vasculares relacionados con la edad o con medicación antihipertensora.

- Ataques isquémicos transitorios.

- Vértigo, síncope, mareos.

- Caídas bruscas.

- Arritmias.

## **b.- Funcionamiento y organización de la institución**

La entidad en que se desarrolló nuestro estudio fue la Fundación Santa Eulalia, un centro privado sin ánimo de lucro. Tiene una totalidad de 73 plazas de residencia asistida. Además, de disponer de un centro de día con capacidad para 60 usuarios.

Existen un total de 5 plantas (incluida la planta baja): el centro de día ocupa la planta baja y el semi-sótano y la residencia las tres plantas restantes. En todas y cada una de ellas se encuentran innumerables dependencias (salas de ocio, comedores, WC adaptados,...). La intercomunicación entre residentes y usuarios del centro de día es absoluta, participando todos (en la medida de lo posible) de todas las actividades estimulativas y/o servicios complementarios que tienen lugar en la entidad (musicoterapia, bingo, podología, cine, lectura, peluquería/barbería, psicomotricidad, etc.).

La residencia asistida comprende tres plantas:

- Primera planta: se encuentran 27 camas ocupadas por ancianos en su mayoría con grandes dependencias, tanto físicas como psíquicas.

- Segunda planta: se encuentran 29 camas ocupadas por ancianos que presentan un más amplio espec-



84 tro en cuanto a sus dependencias, tanto físicas como psíquicas.

• Tercera planta: se encuentran 18 camas ocupadas por ancianos en su mayoría con dependencias leves o totalmente autónomos; siendo tres de ellos personas con diagnóstico de demencia en fase inicial.

En la residencia existen baños y WC adaptados, barandas en los pasillos, suelo no encerado. El 90% de las habitaciones son dobles, exteriores, con un balcón o ventana que da a la calle, y en ninguna de ellas se encuentra el WC, solo hay la pila de lavarse las manos. La iluminación de los pasillos es básicamente con fluorescentes. Existe un único ascensor, y las escaleras fijas presentan cintas antideslizantes en cada uno de sus peldaños. La cocina principal y la lavandería se encuentran en una planta independiente de la residencia pero sí que existen una pequeña cocina por planta para la preparación de los desayunos y meriendas.

En toda la institución están protocolizadas una serie de actividades estimulativas (6) que incluyen

desde terapias dentro del ámbito de la psicomotricidad, cognición, afectividad y valores y creencias desarrolladas en la propia planta donde reside el individuo anciano, hasta actividades que engloban a todos los usuarios del centro de día y la residencia (cine, excursiones, celebraciones,...). Hay que tener presente los servicios complementarios, incluidos en el propio centro: podología, peluquería, barbería, biblioteca. 29

### c.- Las características del registro de la caída llevado a cabo por el propio personal

Para llevar a cabo este estudio entendimos que era muy importante la implicación de todo el personal que participa en el cuidado del anciano. Por este motivo creímos fundamental conocer las características del perfil del personal de atención directa de la institución:

- Un médico.
- Cinco Diplomadas en Enfermería.
- Veintiuna cuidadoras. El perfil de estas cuidadoras: mujer (100%) de una edad media alrededor de los 39 años de edad con formación como Auxiliar de Geriatria (76%), como Auxiliar de Clínica (14%) y como Trabajadora Familiar (8%).

Antes del inicio de este estudio, la recogida de datos por parte del personal cuidador respecto a las caídas que tenían lugar en nuestra institución se reflejaba únicamente en el parte escrito, siempre y cuando ésta tuviera unas consecuencias tangibles y, en algunos casos, aunque no las tuviera; pero, en todo caso, sin seguir ninguna pauta preestablecida. Es decir, hasta ese momento no se utilizaba ningún instrumento de registro de caídas. Lo que nos llevó a reflexionar sobre la falta de conocimientos al respecto.

A partir de este momento, en junio de 1998, elaboramos una hoja de registro de caídas y se informa al personal de atención directa de su utilización en una de las sesiones habituales de formación continuada llevada a cabo en el centro. De todos modos, dada lo novedad de la hoja de registro y en espera de la adecuación de la misma a las características de la pobla-



**Tabla 1**

Patologías	0	1	2	3
Respiratoria	No Patología	crónica	aguda	
Cardíaca	No patología	crónica	aguda	
Endocrina	No patología	diabetes	hipercolesterolemia	otras
HTA	Sí	no	—	
Circulatoria	No patología	crónica	aguda	
Digestiva	No patología	crónica	aguda	
Cutánea	No patología	úlceras presión	ulc. vascular	otras
Musculo-esquel.	No patología	crónica	aguda	hemiplejias
Neurológica	No patología	demencia	otras	
Psíquica	No patología	depresión	Parkinson	otras
Renal	No patología	crónica	aguda	

ción de la institución la cumplimentación será llevada a cabo, en cualquier caso, por la enfermera.

## OBJETIVOS

- Establecer un registro de las caídas que permita detectar las causas, posibles consecuencias y responsabilidad entre el personal cuidador.

- Crear un protocolo de prevención de caídas dentro de nuestra institución.

## METODOLOGÍA

### Residentes incluidos en el estudio

Los ancianos incluidos en este estudio fueron todos aquellos individuos mayores que se encontraban en la Residencia Asistida Fundación Santa Eulalia y que sufrieron alguna caída durante la fase de recogida de datos (junio '98 a enero '99).

Las características de estos individuos determinaron un 16,43% hombres y 83,57% de mujeres, con una media de edad de 83,7 años, y con una estancia media de 38 meses.

Entre las características respecto al grado de autonomía según índice de Barthel resaltaron: 15% dependencia total, 6% dependencia severa, 10%

dependencia moderada, 45% dependencia leve y 25% autónomos.

Además, según valoración Mini Mental Test: 60% presentaron puntuación inferior a 24 puntos y el 40% puntuación igual o superior a 24 puntos.

Según la escala de Norton, el 62% presentaban riesgos de ulceraciones, destacando las causas de movilidad (63%) y la incontinencia (78%).

### Diseño

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo en el período comprendido entre junio '98 y enero '99.

### Variables

Las variables que tuvimos en cuenta para elaborar la hoja de registro de caídas acontecidas en la institución fueron:

- Fecha y hora en que tuvo lugar la caída.
- Antecedentes patológicos diferenciados en los grupos siguientes: respiratorio, cardíaco, endocrino, circulatorio, digestivo, cutáneo, músculo-esquelético, neurológico, psíquico, renal, HTA. Con el fin de agilizar la tabulación posterior de los datos, se subdividirán cada uno de los grupos patológicos tal y como se corresponde en la Tabla 1.



**Tabla 2**

Lugar caída	Presencia de personal	Uso dispositivos de sujeción física	Consecuencias	Derivación urgencias	Piso caída
1 Habitación	solo	nada	nada	sí	1º
2 WC	cuidador	cinturón	equimosis	no	2º
3 Comedor	familia	barandas	herida	—	3º
4 Sala estar	residentes	cint. pélvico	frac./fisur.	—	otros
5 Escaleras	enfermera	otros	esguince	—	otros
6 Calle	otros	—	otros	—	—
7 Pasillo	—	—	—	—	—
8 Otros	—	—	—	—	—

Las variables de la hoja de recogida de datos han sido tabuladas según la Tabla 2.

- Lugar en el que se produce la caída y piso; distinguimos: la habitación, el WC, la sala de estar, el comedor, escaleras, calle, pasillo y otros.

- Actividad llevada a cabo durante la caída; distinguimos: la higiene personal, nada, eliminación urinaria y/o fecal, actividad estimulativa, paseo, alimentación, transferencia y otros.

- Personas que se encontraban en el lugar de la caída: solo, cuidadores, residentes, familiares, enfermera y otros.

- Utilización de un dispositivo de prevención; distinguimos: nada, barandillas en la cama, cinturones de sujeción, otros.

- Tratamiento farmacológico habitual del accidentado.

- Consecuencias de la caída: nada, equimosis, herida, fractura/fisura, esguince, otros. Y posible derivación a centro de urgencias.

Estas variables se estructuran en la que denominamos “Ficha de recogida de datos de la caída” (Anexo I).

#### Recursos necesarios

Para llevar a cabo la recogida de datos acerca de la caída tuvimos en cuenta los siguientes recursos:

- Humanos: personal que detecta y/o describe la caída y personal que efectúa la recogida de datos y la plasma en la ficha elaborada al efecto.

**Sexo: han sufrido caídas un 81,81% de mujeres y un 18,18% de hombres**

	2	3	4	5	6	7	8
Hombres	2	0	0	0	0	0	0
Mujeres	2	2	0	1	0	0	1

#### Fecha en que tiene lugar la caída

junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	totales
2	8	8	2	5	6	13	0	44
4,54%	18,18%	18,18%	4,54%	11,36%	13,63%	29,54%	0	100%

#### Distribución en cuanto a los días de la semana

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	totales
4	5	11	4	9	4	7	44
9,09%	11,36%	25%	9,09%	20,45%	9,09%	15,9%	100%

**Distribución de las caídas respecto  
a los intervalos horarios preestablecidos**

7 a 14:30 h.	14:30 a 22 h.	22 a 7 h.
14	15	15

**Antecedentes patológicos**

Patologías	0	1	2	3
Respiratoria	39/88,63%	5/11,36%	0	—
Cardíaca	23/52,27%	21/47,72%	0	—
Endocrina	37/84,09%	7/15,9%	0	0
HTA	30 (sí)/68,18%	14 (no)/31,81%	—	—
Circulatoria	37/84,09%	7/15,9%	0	—
Digestiva	38/86,36%	6/13,63%	0	—
Cutánea	43/97,72%	1/2,27%	0	0
Músculo-esquel.	13/29,54%	26/59,09%	0	5/11,36 %
Neurológica	16/36,36%	28/63,63%	0	—
Psíquica	20/45,45%	21/47,72%	1/2,27 %	2/4,54%
Renal	33/75%	9/20,45%	2/4,54%	—

• Materiales: fichas de recogida de datos, libretas de partes personal cuidador y de enfermería, material de oficina, etc.

caída”, “Utilización de un dispositivo de prevención” y “Consecuencias de la caída y posible derivación a centro de urgencias” se detallan en la Tabla 3.

**ANÁLISIS DE DATOS**

**Relación de variables**

Se llevó a cabo una valoración estadística entre variables cualitativas y cuantitativas.

Según los datos obtenidos es evidente que los antecedentes mórbidos de demencia son un factor importante a tener en cuenta frente a la prevención de las caídas: de los 44 residentes que han caído, el 63,63% corresponde a personas con alteraciones cognitivas tipo demencia.

**Resultados por variables**

Es importante resaltar que la persona que más veces se ha caído durante el período de estudio (ocho veces) presenta una patología músculo-esquelética con un brote de agudización pero sin diagnóstico de demencia; si bien es cierto, se mantiene la proporción de hombres/mujeres residentes respecto a hombres/mujeres que se caen.

El número de caídas producidas durante el período de estudio, junio '98 y enero '99 fue de 44 caídas de entre los 73 residentes.

Se da la circunstancia de que existen 9 personas que sufren 29 de las 44 caídas registradas. La distribución por sexos y número de caídas sufridas en más de una ocasión es por sexo, fecha y hora de la caída.

Respecto a las patologías sufridas por las personas que han caído en nuestra institución durante el período de estudio cabe resaltar que un 66% del total corresponde a las patologías de HTA, demencias, depresión y patología músculo-esquelética crónica (artrosis).

Los datos respecto a “Lugar en el que se produce la caída y piso”, “Actividad llevada a cabo durante la caída”, “Personas que se encontraban en el lugar de la





Tabla 3

Lugar caída	Presencia de personal	Uso dispositivos de sujeción física	Consecuencias	Derivación urgencias	Piso caída
1 22/50%	21/47,72%	34/77,27%	21/47,72%	4 (sí)/9,09 %	17/38,67%
2 7/15,9%	8/18,18%	0	13/29,54%	40 (no)/90,9%	16/36,36%
3 4/9,09%	1/2,27%	7/15,9%	7/15,9%	—	10/22,72%
4 3/6,81%	14/31,81%	0	2/4,54%	—	1/2,27%
5 3/6,81%	0	3/6,81%	1/2,27%	—	1/2,27%
6 1/2,27%	0	—	0	—	—
7 4/9,09%	—	—	—	—	—
8 0	—	—	—	—	—

Conviene tener en cuenta, que en el 77,27% de las caídas no se utilizaba ningún dispositivo de prevención y en un 16% existían barandas en la cama.

En la mayoría de los casos, el residente cae en la habitación y sin presencia de ninguna otra persona que le atienda en ese momento. Predominan las caídas en la primera y segunda planta de la residencia sin diferencias significativas (38 y 36%, respectivamente), aunque en la tercera planta también se dan casi un 23% de las mismas. Las caídas en otras plantas es casi imperceptible (2%).

### PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

Tras valorar los datos obtenidos en este estudio podemos establecer los puntos a considerar ante la prevención de las caídas en nuestra institución:

- Capacidad de movimiento físico independiente, estabilidad de la marcha, uso de dispositivos de ayuda para la movilización.
- Nivel de conciencia, orientación temporo-espacial.
- Antecedentes patológicos y tratamiento farmacológico asociado.
- Características del entorno.
- Objetivo: “El anciano que reside en la institución Sta. Eulalia no sufrirá ninguna caída”.
- Intervenciones:
  - Necesidades de la vida diaria: valoración de la marcha, presencia de déficit motores, senso-perceptivos; valoración

de antecedentes mórbidos, tratamientos farmacológicos y posibles reacciones adversas. Adecuación de la satisfacción de las necesidades básicas a las características personales: uso de dispositivos/prótesis necesarias (caminadores, bastones, audífonos, gafas,...).

Para ello observaremos las características de la deambulación, la sedestación y la bipedestación (detección de deficiencias, espasticidades, temblores o limitaciones más o menos severas de la movilidad en cualquier parte de su cuerpo). Siempre que sea posible consultaremos con el fisioterapeuta intervenciones específicas a seguir en cada caso.

- Educación sanitaria dirigida hacia todo el personal profesional de la entidad, el propio usuario, la familia y los voluntarios: encaminada a explicar y demostrar la importancia de una vigilancia continuada a los individuos con un claro potencial de caerse (dementes, deprimidos, personas con dependencias físicas y/o psíquicas relevantes); importancia de detección de cambios de conducta agudos.

- Medio ambiente terapéutico: mantenimiento de un entorno limpio, ventilado y ordenado; adecuación del entorno tanto personal como espacios comunes evitando las barreras arquitectónicas (se evitarán los objetos innecesarios). Debemos tener muy en cuenta los déficits visuales y auditivos (asegurarnos de que el anciano use los audífonos y/o gafas que tiene recomendados por su especialista), readaptación del entorno a las necesidades del propio residente (uso de barandas de protección en la cama, sistemas de sujeción individualizados). Respetar las normativas respecto a supresión de barreras

34 arquitectónicas: agarraderos en los WC y baños y con suelos antideslizantes, pasamanos en los pasillos, evitar el uso de alfombras (habitación, espacios comunes,...).

- Revisión farmacológica: detección de efectos secundarios de los fármacos que toma el anciano. Valoración del tipo de fármacos prescritos y detección de estados manifiestos de somnolencia, agitación, confusión, mareos, mal estar general..., para buscar con el médico otras alternativas menos lesivas.

- En caso de que, pese a todas las medidas preventivas establecidas, se produzca una caída, ésta debe ser registrada inmediatamente en la hoja de registro de caídas preparada para tal efecto por el personal profesional que haya sido testigo más directo del suceso (los apartados de antecedentes patológicos, tratamiento farmacológico habitual y consecuencias de la caída será cumplimentado por la enfermera de planta).

## CONCLUSIONES

Las caídas y los trastornos de la movilidad constituyen un problema de salud grave e importante en los ancianos. Los datos revisados aquí destacan tanto la relevancia como el valor de la utilización de protocolos de prevención para tratar el problema de las caídas y los trastornos de movilidad. Identificar factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos de caídas (mediante una historia, observación del rendimiento neuromuscular, examen físico y valoración ambiental) y diseñar estrategias de prevención creemos que hará posible reducir las consecuencias de las caídas.

La prevención de caídas en los ancianos es una labor compleja. Tratar las enfermedades agudas específicas y las enfermedades crónicas auto-limitantes, eliminar los medicamentos con efectos secundarios relevantes o proporcionar aparatos de ayuda para facilitar la deambulación constituyen métodos fáciles de aplicar. Sin embargo, la mayoría de pacientes de edad avanzada, particularmente los que presentan múltiples enfermedades crónicas requieren una combinación de intervenciones de enfermería, rehabilitadoras y ambientales. Cada una de estas intervenciones debe ser ajustada para cubrir las necesidades del individuo y modificadas si, por ejemplo, resultan inefectivas o si se produce un cambio en el estado del residente.

## ANEXO I

### FICHA DE RECOGIDA DE DATOS DE LA CAÍDA

\*NOMBRE Y APELLIDOS: .....

\*FECHA Y HORA EN QUE TIENE LUGAR LA CAÍDA

\*ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

\*LUGAR DE LA CAÍDA (habitación, sala de estar, lavabo,...) y piso:

\*ACTIVIDAD LLEVADA A CABO DURANTE LA CAÍDA (higiene personal, eliminación urinaria y/o fecal, actividad estimulativa, paseo, alimentación, transferencia,...): .....

\*PERSONA/S QUE SE ENCONTRABAN EN EL LUGAR DE LA CAÍDA (cuidadores, residentes, familiares,...): .....

\*UTILIZACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE PREVENCIÓN:  
(sí/no y tipo): .....

\*TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO HABITUAL DEL ACCIDENTADO: .....

\*CONSECUENCIAS DE LA CAÍDA (fracturas, heridas, equimosis, y posible derivación a centro de urgencias,...)

La falta de conocimientos acerca de las caídas, sus causas y consecuencias son un factor importante a tener en cuenta entre el personal que atiende a individuos ancianos, a fin y efecto de poder establecer las pautas de prevención adecuadas.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Geriatria Clínica. McGraw-Hill Interamericana. Méjico, septiembre de 1997.
2. Hogstel MO. Enfermería Geriátrica. Cuidado de personas ancianas. Editorial Paraninfo. Madrid, 1998: 568-71.
3. Doris L. Carnevali, Maxime Patrick: "Tratado de Enfermería Geriátrica". 2ª Edición. Interamericana- McGraw- Hill. México, 1986.
4. Burke MM, Walsh MB. Enfermería Gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor. 2ª Ed. Harcourt Brace de España, S.A. Madrid, 1998. Capítulo 18.
5. Frances F. Rogers-Seidl. Planes de cuidados en enfermería geriátrica. Ed. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, 1995: 62-5.
6. Mañós Q. Animació estimulativa per a gent gran discapacitada. Ed. Pleniluni. Barcelona, 1996.
7. Libro resumen de comunicaciones de las "III Jornadas Nacionales de la S.E.E.G.G.". Sevilla 5-7 de mayo de 1994.
8. Programa sobre el "VI Congreso Nacional de la S.E.E.G.G.". Santander 27-29 de abril de 1995.
9. Libro resumen de comunicaciones de las "IV Jornadas Nacionales de la S.E.E.G.G.". Puerto de la Cruz (Tenerife) 22-24 de abril de 1996.
10. Libro resumen de comunicaciones del "I Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica". Barcelona 28-31 de mayo de 1997. S.E.E.G.G.
11. Libro resumen de comunicaciones de las "V Jornadas Nacionales de la S.E.E.G.G.". Aguadulce (Almería) 26-28 de marzo de 1998.
12. Libro resumen de comunicaciones del "VIII Congreso Nacional de la S.E.E.G.G.". Bilbao 22-24 de abril de 1999.
13. Vellas B, Lafont C y cols. Trastornos de la postura y riesgos de caída. Del envejecimiento satisfactorio a la pérdida de autonomía. Ed. Glosa. Barcelona, 1995.