



*Nombre del Alumno: ARACELI LOPEZ PEREZ*

*Nombre del tema: RIESGO DE CAIDA*

*Parcial: I I*

*Nombre de la Materia: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I*

*Nombre del profesor: ADRIANA YASMIN LOPEZ GOMEZ*

*Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA*

*Cuatrimestre: 6to CUATRIMESTRE*

# RIESGO DE CAIDA

## Prevención de la salud:

La organización mundial de la salud, OMS, define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud.

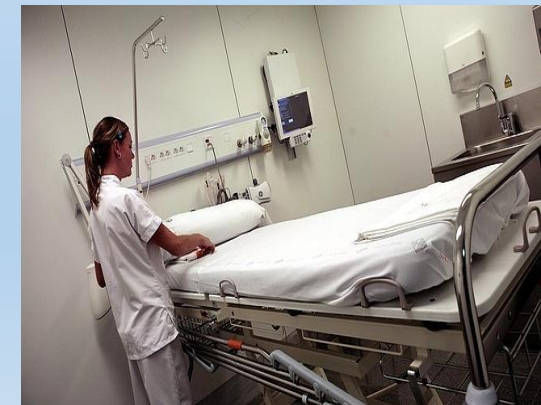


Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte. Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras.

Para prevenir cualquier tipo de accidente de las personas mayores es importante seguir las

## siguientes recomendaciones:

- ❑ **Iluminación:** cambiar las luces tenues por otras intensas que permitan una correcta visibilidad de muebles y otros obstáculos que puedan encontrarse en el camino.
- ❑ **Suelos:** cambiar los suelos que puedan ser resbaladizos, eliminando o fijando las alfombras y retirando cualquier objeto que pueda haber en ellos que suponga un obstáculo al caminar. Sentarse cuando se acaba de fregar el suelo y esperar a que esté completamente seco. Es preferible no encerarlos ni abrillantarlos.
- ❑ **Escaleras:** instalar pasamanos y bandas antideslizantes en los bordes de cada escalón.
- ❑ **Calzado:** debe ser cómodo, ajustado y con suela de goma (antideslizante). Preferiblemente, nunca utilizar zapatos de tacón alto. No caminar sin zapatos o zapatillas.
- ❑ **Deambulación:** mirar bien por donde se camina y hacerlo despacio, comprobando que no hay obstáculos ni irregularidades (especialmente en la calle, como es el caso de agujeros y los desniveles inesperados) en el suelo. En casa encender siempre la luz de todas las habitaciones en las que se entra y asegurarse de que se iluminan correctamente todos los rincones. Si se desplazan pesos, hacerlo valiéndose de bolsas y dejando siempre una mano libre para poder agarrarse en caso de tropiezo



## Técnica para valoración de riesgos de caídas (escala de Norton modificada)

La definición de una caída según la Real Academia Española, es aquel movimiento de un cuerpo de arriba hacia abajo por la acción de su peso debido a la atracción que sobre él ejerce la tierra. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004, declaró que es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad, que le hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. El Nacional Center for Patient Safety la define como un movimiento descendente, repentino, no intencionado, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie, durante el proceso de hospitalización. Este suceso tiene elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su tratamiento.

### a. Escala de riesgo de caídas múltiples de A. M. Tromp

et al., la cual es utilizada para población de 65 años o más

Este instrumento valora la presencia de caída en los últimos 12 meses, el puntaje máximo asignado en esta variable es de 5. Se evalúan también los problemas visuales, aquí el puntaje mayor es 4; la presencia de incontinencia urinaria o limitación funcional para lo cual se asignan 3 puntos a cada una. El puntaje total varía entre 0 y 15 puntos; el corte está establecido en 7 a partir del cual se considera que el riesgo de caídas es alto

## ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMAD O	URINARIA Y FECAL	1

### CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.  
PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO  
PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.  
PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

## ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MULTIPLES

<b>CAIDAS PREVIAS</b>	<b>5</b>
<b>INCONTINENCIA URINARIA</b>	<b>3</b>
<b>PROBLEMAS VISUALES</b>	<b>4</b>
<b>LIMITACION FUNCIONAL</b>	<b>3</b>
<b>RIESGO ALTO DE CAIDA</b>	<b>&gt;7</b>

**Escala de funcionalidad de Crichton**, empleada en población adulta. Ésta permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes. Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación,

ESCALA DE CRICHTON			
VALORACIÓN DEL RIESGO		PUNTUACIÓN	
Limitación física		2	
Estado mental alterado		3	
Tratamiento farmacológico que implica riesgo		2	
Problemas de idioma o socioculturales		2	
Problemas sin factores de riesgo evidentes		2	
TOTAL		10	
NIVEL DE RIESGO:	BAJO	MEDIANO	ALTO
	0 a 1	2 a 3	4 a 10

### c. Escala de Macdems aplicada en pacientes pediátricos

Las variables que incluye son edad, antecedentes de caídas, de daño orgánico a nivel neurológico y compromiso de conciencia. El puntaje asignado va de 0 a 3, y califica de bajo riesgo a puntajes entre 0 y 1, mediano riesgo de 2 a 3 puntos y alto riesgo de 4 a 6 puntos



## Escala de Macdems

### ESCALA ST. THOMAS MODIFICADA (STRATIFY)

ESCALA PARA LA VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS	SI	NO
1 ¿Tiene historia de caídas previas o ha ingresado por una caída?		
2 ¿Está agitado, confuso, desorientado?		
3 ¿Oye o ve mal?		
4 ¿Necesita acudir con frecuencia al aseo, o es incontinente?		
5 ¿Tiene dificultades para caminar y/o incorporarse?		

### d. Escala St. Thomas- stratify- para todo tipo de población. Ésta valora los siguientes rubros:

1. El paciente ha ingresado como consecuencia de una caída o se ha caído durante el ingreso. 2. Está agitado. 3. Presenta deterioro visual que limita su actividad cotidiana. 4. Necesita ir al retrete con frecuencia. 5. La puntuación en los apartados de transferencia y deambulación del índice de Barthel es 15 o 20 (rango 0-30).

Si la respuesta es "sí" se asigna valor 1, si la respuesta es "no", se puntúa con valor 0. Se considera paciente de riesgo el valor > 2, acorde a los creadores de esta escala, un resultado final de 2 o más puntos, tiene una sensibilidad del 93% y una especificidad del 88% en la aplicación en el hospital donde se estudió.

### Escala de Macdems – Riesgo de Caída

Escala de Macdems – Riesgo de Caída (0 a 12 años)		
Indicadores	Opción de Respuesta	Puntuación
• Edad	Recién Nacido	2
	Lactante Menor	2
	Lactante Mayor	3
	Pre - Escolar	3
	Escolar	1
• Antecedente de caída	NO	0
	SI	1
• Antecedentes	Hiperactividad	1
	Problemas Neuro-musculares	1
	Síndrome Convulsivo	1
	Daño Orgánico Cerebral	1
	Otros	1
• Compromiso de conciencia	Sin Antecedentes	0
	No	1
	SI	0
PUNTUACION TOTAL		
Riesgo	Puntuación	Acción
• Bajo	0 a 1 punto	Cuidados bajos de Enfermería <input type="radio"/>
• Medio	2 a 3 puntos	Requiere Plan de Intervención <input type="radio"/>
• Alto	4 a 6 puntos	Requiere medidas especiales <input type="radio"/>



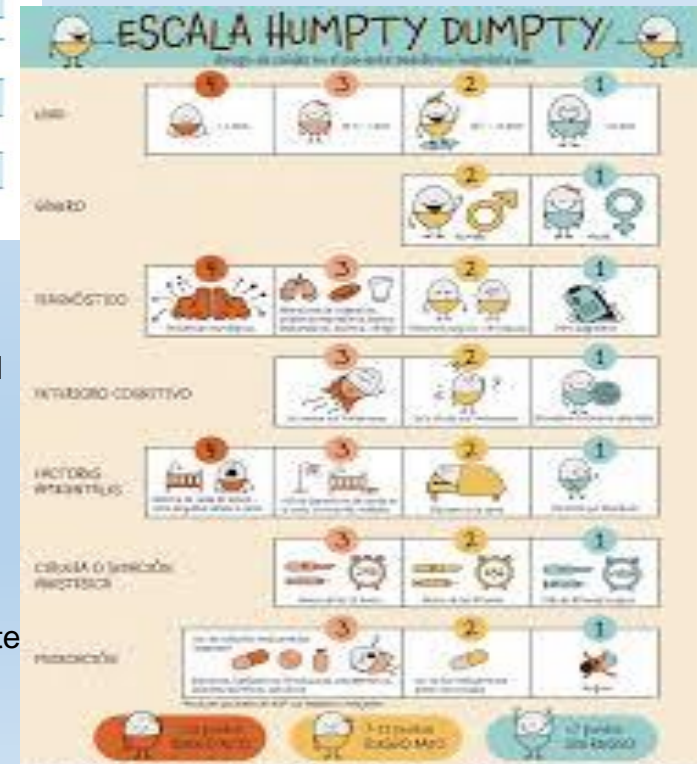
# Escala de Morse

Escala de Morse – Riesgo de Caída (13 años, 18 años y adultos)		
Indicadores	Opción de Respuesta	Puntuación
• Caída Previa	NO	0
	SI	25
• Comorbilidades	NO	0
	SI	15
• Ayuda para Deambular	Ninguna/Reposo en cama/Asistencia	0
	Bastón/Muleta/Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
• Venoclisis	NO	0
	SI	20
• Marcha	Normal/Reposo en cama/Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
• Estado Mental	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobreestimas u olvida sus limitaciones	15
<b>PUNTUACION TOTAL</b>		

Riesgo	Puntuación	Acción	
• Bajo	0 a 25 puntos	Cuidados bajos de Enfermería	<input type="radio"/>
• Medio	25 a 50 puntos	Requiere Plan de Intervención	<input type="radio"/>
• Alto	Mayor a 50 puntos	Requiere medidas especiales	<input type="radio"/>

**g. Escala de CHAMPS**, utilizada en población pediátrica Esta escala fue validada por medio de un estudio de cohorte, con niños hospitalizados de 3 o más años de edad, al ingreso fueron evaluados para establecer el alto o bajo riesgo de caídas, los factores de riesgo asociados con caídas fueron el cambio o alteración del estado mental, incluyendo episodios de desorientación; historia de caídas, edad inferior a 3 años; y la movilidad alterada. Participación de los padres y de seguridad. Si alguno de los factores fue positivo, el paciente se consideró con alto riesgo de una caída. Se obtuvo una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 0.79, con base en estos datos sus autores consideran que este instrumento se puede categorizar como moderado a fuerte en la predicción de caídas pediátricas.

**f. Escala Humpty Dumpty**, específica de **pediatría Valora rangos de edad (a menor edad mayor puntaje)**, género, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirugía o sedación y medicación. Los puntajes en cada variable pueden ir de 1 a 4 o de 1 a 3. Considera sin riesgo con puntaje menor a 7, bajo riesgo de 7 a 11 y, alto riesgo de 12 o más puntos. Es una escala cuya sensibilidad reportada fue de 0.85, la especificidad fue del 0.24 con valor predictivo positivo y valor predictivo negativo 0.53 a 0.63, respectivamente, el porcentaje general de pacientes clasificados correctamente en cuanto a su riesgo de caída fue de 59.3%.



**h. Escala de J.H. Downton** utilizada para valorar riesgo de caídas en adultos mayores. Evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos, antidepresivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental (orientado,

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

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
OTROS MEDICAMENTOS	1	
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS...)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0-14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

Cabe mencionar que esta escala fue la que se tomó como base para el paciente pediátrico, ya que mostró tener más similitudes con las características de la población que es atendida en la Unidad Hospitalaria, donde se aplicó el instrumento de valoración de riesgo. Con base en la información revisada es posible apreciar que en estas escalas los factores de riesgo considerados con más frecuencia son: la inestabilidad en la marcha, confusión/agitación, incontinencia/frecuencia urinaria, historia de caídas y la prescripción de medicamentos (especialmente sedantes o anestésicos). En una revisión sistemática en la que se evalúan este tipo de instrumentos, se identificó que las escalas construidas en forma similar con estos factores tienen sensibilidad y especificidad superior al 70%, aunque se carece de validación en entornos diversos y en el uso clínico de rutina. Otro estudio de este tipo señala que los instrumentos son confiables aunque imprecisos, pues son limitados para identificar qué pacientes no tienen alto riesgo de caídas.



# Técnica de sujeción y utilización de instrumentos para prevenir caídas

**OBJETIVO** Brindar seguridad a los pacientes especiales, como máximo beneficio mediante medidas de contención, para prevenir riesgos, mejorando la calidad de atención del personal de enfermería respetando la normatividad que se encuentra vigente.

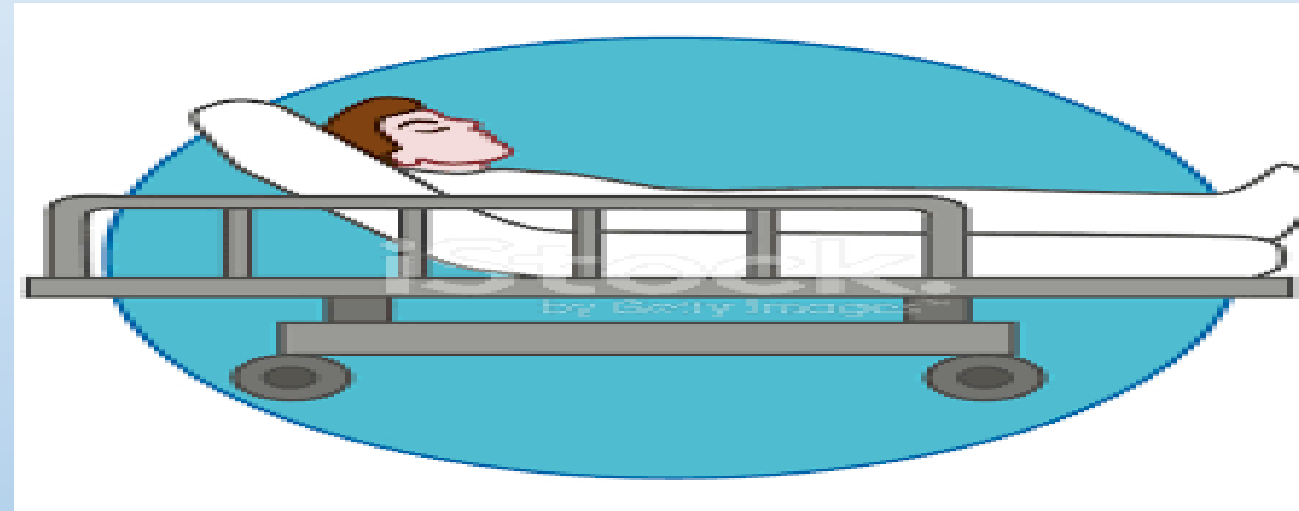
**ALCANCE.** Aplica a todo el personal de Enfermería que labora en las unidades médicas del ISEM.

**INSUMOS.** Notas de Evolución.



**CRITERIOS DE OPERACIÓN PARA LA CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES ESPECIALES**

- 1 Enfermera/Servicio Entrega- Recepción de la Nota de Evolución, el paciente se Valora con la Escala de Downton la necesidad de sujeción al paciente e Informa al médico.
- 1 Médico/Servicio Valora y cuantifica el riesgo caída que tiene el paciente y determina: ¿Es necesaria la contención al paciente?
- 3 Médico/Servicio No es necesaria la contención Registra el plan terapéutico y la no contención del paciente en las Notas de Evolución.
- 4 Enfermera/Servicio Verifica las indicaciones médicas y se da por enterada.
- 5 Médico/Servicio Si es necesaria la contención: Registra el plan terapéutico y la contención del paciente en las Notas de Evolución y corrobora el llenado correcto del formato de Consentimiento Informado con las firmas correspondientes e informa a la enfermera.
- 6 Enfermera/Servicio Verifica que las indicaciones médicas contengan la fecha de prescripción, en el formato de consentimiento informado y selecciona el tipo de sujeción de acuerdo a las condiciones del paciente. Prepara el equipo y material necesario.



### SUJECION TIPO CODO

Se usan para lactantes o niños pequeños flexión en los codos para tocarse la cara o la cabeza, en especial de una intervención quirúrgica



### SUJECIÓN DE RED DE CUNA

Es un dispositivo colocado sobre la parte superior de una cuna para evitar que un niño pequeño trepe por ella, al mismo tiempo permite libertad de moverse en la cuna.



### INMOVILIZACION

Es común que durante la toma de muestra el niño sea retenido en alguna posición esto para asegurar el éxito del procedimiento y proteger al niño de lesiones con la aguja o lancetas.



### SUJECIONES TIPO CHALECO

Estas sujeciones corporales se usan para asegurar la seguridad del paciente sedado o confuso en la cama o silla de ruedas.



### SUJECIONES TIPO CINTURON O CINTA

Se utilizan para garantizar la seguridad de los pacientes a los que se ha de movilizar en camillas o sillas de ruedas, para evitar que la persona se hunda hacia adelante, el profesional de enfermería une entonces una cinta de hombro a la barra y por encima de los hombros del paciente hacia los mangos traseros.



### SUJECIONES TIPO MANOPLA O MANO

Se usa para evitar que pacientes confusos usen las manos para arañarse o lesionarse. Permiten al paciente andar o mover el brazo libremente en lugar de confinarse a una cama o una silla.





## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-c1bc8b0372e9f952a4e5124f6adf8659-LC-LEN601%20PRACTICA%20CLINICA%20DE%20ENFERMERIA%20I%20(5).pdf

2.-

[https://www.google.com/search?q=SUJECIONES+TIPO+MANOPLA+O+MANO+%0D%0A&sca\\_esv=00e485a4403845c8&sca\\_upv=1&udm=2&biw=911&bih=405&ei=8odPZuurHf\\_ikPIP25ehKA&](https://www.google.com/search?q=SUJECIONES+TIPO+MANOPLA+O+MANO+%0D%0A&sca_esv=00e485a4403845c8&sca_upv=1&udm=2&biw=911&bih=405&ei=8odPZuurHf_ikPIP25ehKA&)

3.-

[https://www.google.com/search?q=SUJECION+TIPO+CHALECO&sca\\_esv=00e485a4403845c8&sca\\_upv=1&udm=2&biw=911&bih=405&ei=\\_4ZPZoykFOzO](https://www.google.com/search?q=SUJECION+TIPO+CHALECO&sca_esv=00e485a4403845c8&sca_upv=1&udm=2&biw=911&bih=405&ei=_4ZPZoykFOzO)

4.-

[https://www.google.com/search?q=INMOVILIZACION&sca\\_esv=00e485a4403845c8&sca\\_upv=1&udm=2&biw=911&bih=405&ei=koZPZr2wMaGqur8PuermAE&ved=0ahUKEwi9wba5r6SGAxUhle4BHbLzChMQ4dUDCBA&uact=5&oq=INMOVILIZACION&gs\\_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiDklOTU9WSUxJWkFDSU9OMgUQABiABDIFEAAygAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAygAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAygAQyBRAAGIAEMgUQABiABEjpNVC5CFjoMnABeACQAQCYAc8BoAGmEaoBBjAuMTluMrgBA8gBAPgBAZgCDqAC4hKoAgDCAggQABiABBixA8ICChAAGIAEGEMYigWYAwOSBwYwLjEwLjSgB-xl&sclient=gws-wiz-serp](https://www.google.com/search?q=INMOVILIZACION&sca_esv=00e485a4403845c8&sca_upv=1&udm=2&biw=911&bih=405&ei=koZPZr2wMaGqur8PuermAE&ved=0ahUKEwi9wba5r6SGAxUhle4BHbLzChMQ4dUDCBA&uact=5&oq=INMOVILIZACION&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiDklOTU9WSUxJWkFDSU9OMgUQABiABDIFEAAygAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAygAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAygAQyBRAAGIAEMgUQABiABEjpNVC5CFjoMnABeACQAQCYAc8BoAGmEaoBBjAuMTluMrgBA8gBAPgBAZgCDqAC4hKoAgDCAggQABiABBixA8ICChAAGIAEGEMYigWYAwOSBwYwLjEwLjSgB-xl&sclient=gws-wiz-serp)