



**Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: Nancy del Carmen Perez Garcia*

*Nombre del tema: Riesgos De Caída*

*Parcial: I*

*Nombre de la Materia: Práctica Clínica De Enfermería*

*Nombre del profesor: Adriana Yazmin Lopez Gomez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 6*

# RIESGO DE CAIDAS

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.

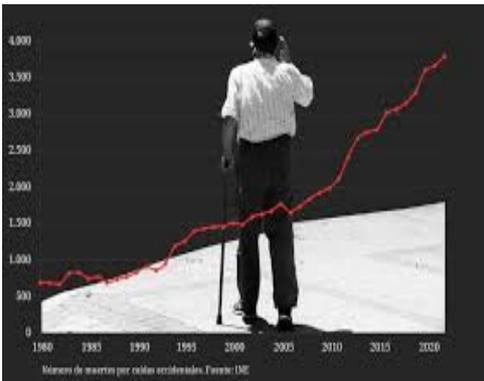


## LAS CAÍDAS DE LOS PACIENTES

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 TIENE DIFERENTES REPERCUSIONES COMO:

- ❖ Aspectos físicos
- ❖ Aspectos psicológicos
- ❖ Aspectos sociales



Las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte.



**Caídas**



**Menor agudeza visual**



**Deterioro cognitivo**

La mayoría de los accidentes que sufren las personas mayores se producen en el hogar, generalmente por una falta de adecuación de las instalaciones a sus condiciones físicas derivadas del envejecimiento:

**Golpes**



**Atropello**



**Intoxicaciones**



**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.



**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.



**Dormitorio:** incorporarse lentamente y permanecer sentado en la cama durante unos instantes antes de levantarse. El acceso a la cama debe ser amplio y permanecer libre de objetos.

**Fumar:** lo mejor es dejar de fumar. Pero si no se hace no debe hacerse nunca estando en la cama y no hay que dejar que el cigarrillo se consuma en la mano, sino que debe depositarse en un cenicero.



**Medicamentos:** deben conservarse en su envase original, junto con el prospecto. Hay que respetar las pautas de administración indicadas por el médico

# Técnica para valoración de riesgos de caídas

La evaluación del riesgo de caídas se usa para determinar si usted tiene un riesgo bajo, moderado o alto. Si evaluación indica que su riesgo es mayor, el profesional de la salud o el proveedor de cuidados le puede recomendar estrategias para prevenir las caídas y reducir el riesgo de lesiones.

Algunas de las escalas de valoración de riesgo de caídas más conocidas son:

## ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MULTIPLES

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

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

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 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, comunicación, cooperación, vestido, alimentación, agitación, incontinencia, sueño y estado de ánimo. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.

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	
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>	
<b>NIVEL DE RIESGO:</b>	<b>BAJO</b> 0 a 1	<b>MEDIANO</b> 2 a 3	<b>ALTO</b> 4 a 10

## 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 – Riesgo de Caída		
(0 a 12 años)		
Indicadores	Opción de Respuesta	Puntuación
• Edad	Recién nacido	0
	1 a 3 años Menor	1
	3 a 5 años Mayor	1
	Pre - Escolar	1
	Escolar	1
• Antecedente de caída	NO	0
	SI	1
• Antecedentes	Neuroactividad	1
	Problemas Renal-musculares	1
	Síndrome Convulsivo	1
	Daño Cerebral Central	1
	Otro	1
	Sin Antecedentes	0
• Compromiso de conciencia	No	1
	Si	1
<b>PUNTUACION TOTAL</b>		
Riesgo	Puntuación	Acción
• Bajo	0 a 1 punto	Observación de enfermería
• Medio	2 a 3 puntos	Reserva Hospitalaria
• Alto	4 a 6 puntos	Reserva Hospitalaria

## Escala St. Thomas- stratify

Aplica 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.

### 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?		

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 Morse

Utilizada en población hospitalizada en general

Consta de 6 ítems: antecedentes de caídas recientes o en los últimos 3 meses, diagnóstico secundario, ayuda para la deambulaci3n, cat6teres IV heparinizados, equilibrio/traslado, estado mental.

Su rango total va de 0 a 125. Y la calificaci3n asignada es; sin riesgo (< 24), riesgo bajo (25-50) y riesgo alto (> 50).

1	ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES O EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	-NO..... 0	-SÍ..... 15	
2	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	-NO..... 0	-SÍ..... 15	
3	AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN	-REPOSO EN CAMA..... 0	-BASTÓN / MULETAS / ANDADOR..... 15	-SE APOYA EN MUEBLES..... 30
4	CATÉTERES IV / VÍA HEPARINIZADA	-NO..... 0	-SÍ..... 20	
5	EQUILIBRIO / TRASLADO	-NORMAL / INMOVILIZACIÓN / REPOSO EN CAMA..... 0	-DÉBIL..... 15	-ALTERADA REQUIERE ASISTENCIA..... 30
6	ESTADO MENTAL	-CONSCIENTE..... 0	-NO CONSCIENTE..... 15	

## Escala Humpty Dumpty

Específica de pediatría

Valora rangos de edad (a menor edad mayor puntaje), género, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirugía o sedaci3n anestésica, medicaci3n.

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.

**ESCALA HUMPTY DUMPTY**  
Riesgo de caídas en el paciente pediátrico hospitalizado

EDAD	4 ≤ 3 años	3 de 3 - 7 años	2 de 7 - 13 años	1 ≥ 13 años
GÉNERO	2 ICMPE		1 PROSE	
DIAGNÓSTICO	4 Problemas neurológicos	3 Alteraciones de coagulaci3n, problemas respiratorios, anemia, deshidrataci3n, anorexia, v6rtigo	2 Trastornos psiquiátricos e de conducta	1 OPV diagnóstico
DETERIORO COGNITIVO	3 No conoce sus limitaciones	2 De lo olvidado sus limitaciones	1 Orientado en su propia capacidad	
FACTORES AMBIENTALES	4 Sistema de caído de bebés + otras peligrosas dentro la c3rta	3 Otros dispositivos de ayuda en la c3rta, barreras, moquitos	2 Paciente en la c3rta	1 Paciente que deambula
CIRUGÍA O SEDACI3N ANESTÉSICA	3 Menos de las 24 horas	2 Menos de las 48 horas	1 M3s de 48 horas / cirugía	
MEDICACI3N	3 Uso de múltiples medicamentos analgésicos* Alprazolam, Lorazepam, Zolpidem, antidepresivos, laxantes/duréticos, narcóticos	2 Uso de los medicamentos antes mencionados	1 Ninguno	
<p>*No incluyen pacientes de ICSP con sedantes + relajantes</p>				
<p>&gt;12 puntos Riesgo ALTO</p>		<p>7-11 puntos Riesgo BAJO</p>		<p>&lt;7 puntos SIN RIESGO</p>

Fonte: 30/04/2018, Madrid, 48.00. © The Humpty Dumpty Risk Scale. A Case-Control Study. Journal for Geriatric Psychiatry and Neurology, 31, 152-158, enero de 2018. doi: 10.1097/JGP.0000000000000212

## 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. Si alguno de los factores fue positivo, el paciente se consideró con alto riesgo de una caída. En base en estos datos sus autores consideran que este instrumento se puede categorizar como moderado a fuerte en la predicción de caídas pediátricas.

Tabla 1 Porcentajes obtenidos por dimensión

Variablos	Downton modificada n=411	F	%
Edad	Menor de 6 años	(185)	45.0
	Mayor de 6 años	(226)	55.0
Caídas previas	Si	(2)	0.5
	No	(409)	99.5
Medicamentos	Si	(117)	28.5
	No	(294)	71.5
Déficit sensorial	Si	(45)	10.9
	No	(366)	89.1
Estado mental	Normal	(318)	77.4
	Alterado	(93)	22.6
Marcha y equilibrio	Normal	(185)	45.0
	Alterada	(226)	55.0
Estado clínico	Sin limitante	(63)	15.3
	Con limitante	(348)	84.7
Medidas de prevención	Si	(409)	99.5
	No	(2)	0.5

## 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, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65). Asigna calificaciones de 0 y 1, con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

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.

## **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

**1-.<https://file:///home/chronos/u-53a5e53128fe5b65c54161a39457d5bbc402e390/MyFiles/Downloads/c1bc8b0372e9f952a4e5124f6adf8659-LC-L EN601%20PRACTICA%20CLINICA%20DE%20ENFERMERIA%20I.pdf>**

**2-.<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/evaluacion-del-riesgo-de-caidas/>**