



**Mi Universidad**

## **Super Nota**

*Nombre del Alumno: Denisse Velázquez Morales*

*Nombre del tema: Riesgo de Caída*

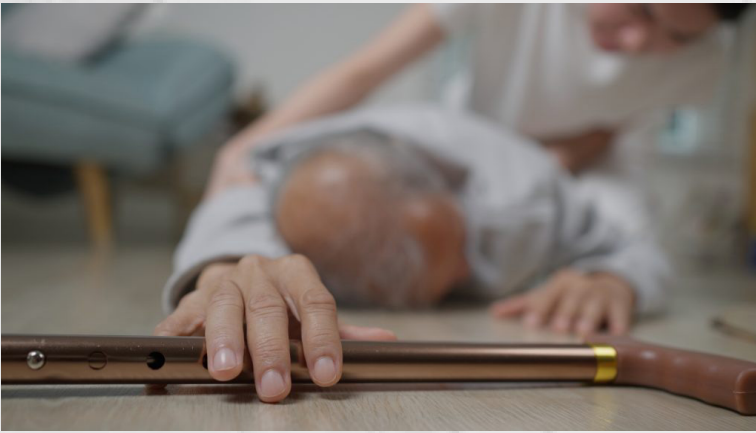
*Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería I*

*Nombre del profesor: Adriana Yasmin López Gómez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 6to. C*

*Pichucalco, Chiapas a 24 de Mayo 2024*



## ¿QUÉ ES UNA CAÍDA?

Caída se define como la consecuencia de un evento que lanza a la persona, al piso contra su voluntad.

Esta suele ser repentina e insospechada.

## ¿QUÉ ES EL RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN LA OMS?

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las caídas como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”.

Las personas adultas mayores consideran a las caídas como “pérdida del equilibrio”, los profesionales de la salud se refieren a la caída como “el evento que conduce a las lesiones y la mala salud”.



A causa de las caídas hay personas que fallece y debido a los traumas que se dan después de la caída y otros sobreviven con daños físicos y psicológicos, temporales o permanentes, como el miedo de realizar sus actividades cotidianas con confianza y presentan un mayor riesgo de sufrir nuevamente una caída.

## PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

Las caídas son uno de los riesgos que tienen los pacientes durante su estancia hospitalaria.

Al caerse un paciente se puede afectar la calidad de vida de las personas y provocar un aumento en la dependencia y necesidad de ayuda por parte del personal de salud y de los familiares.

Es de suma importancia que como enfermeros conozcamos las medidas de prevención en las que puede contribuir para reducir el riesgo de caídas de nuestros pacientes.





La mayoría de los accidentes que sufren las personas mayores se producen en el hogar, pero también en los hospitales se presentan estas situaciones derivadas del envejecimiento.

Las caídas durante la hospitalización son uno de los llamados “eventos adversos” que causan más daño.

### Aspectos físicos

- Complicaciones de su estado de salud, fracturas,
- Daño en tejidos blandos,
- Secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.

### Aspectos 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.



## ¿QUÉ PUEDE CAUSAR UNA CAÍDA?

Factores del paciente, por ejemplo:

**1. Disminución de la visión, menor agudeza visual, deterioro de las capacidades físicas (marcha, coordinación, etc.).**

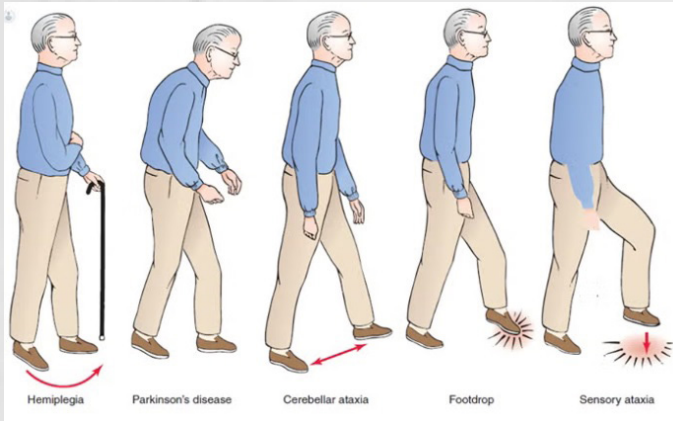


### Síntomas

- Distorsión visual
- Reducción de la vista
- Utilizar más luz de lo normal para poder leer o realizar algunas cosas
- Disminución en el brillo de los colores
- Dificultad para reconocer cualquier cosa

## 2. Alteraciones de la marcha y el equilibrio

### Las Alteraciones de la Marcha



Son alteraciones de la forma de caminar, generalmente debidas a lesiones o patologías de la Médula Espinal, del cerebro, de las piernas o de los pies.

Pueden afectar a la reducción de la velocidad de la marcha y la pérdida de la regularidad, la simetría o la sincronía de los movimientos corporales.

### 3. Debilidad muscular como falta fuerza o se siente debilidad en piernas o brazos



Las caídas en Adultos Mayores se generan a partir de la dificultad por mantener una posición adecuada estando sentado, acostado o de pie y traen como consecuencia un derrumbe y golpe en el suelo contra su voluntad.

las caídas ocurren cuando diversos factores de riesgo los cuales se dividen en cuatro grupos:

- **Factores conductuales:** relacionados con el comportamiento de las personas adultas mayores con detección de fármacos inapropiados.
- **Factores biológicos:** edad avanzada, tener enfermedades crónicas como: diabetes Mellitus, artritis, padecer incontinencia urinaria, limitación de las actividades básicas, una mala salud.
- **Factores socioeconómicos:** vivir en un lugar que no tenga acceso a los servicios de salud.
- **Factores ambientales:** buena iluminación, pisos o escaleras irregulares.

#### 4. Utilizar calzado inadecuado mientras camina



el calzado adecuado es esencial para asegurar la salud de los pies y el bienestar general del cuerpo



#### 5. Efectos secundarios de medicamentos o después de una sedación o anestesia



El uso de algunos medicamentos supone un riesgo importante de caídas para aquellas personas mayores que los toman.

Por ejemplo, las benzodiazepinas, los antidepresivos, los hipnóticos sedantes y los anticonvulsivos son los medicamentos que poseen mayor probabilidad de causar riesgo de caídas.

#### 6. Desorientación o confusión mental

La desorientación en ancianos es frecuente y no solo puede deberse a las enfermedades.

La persona que se ha extraviado o que se muestra desorientado en su propia casa, debe ser revisada por un médico.



## 7. Incontinencia urinaria o fecal



Debido a la pérdida involuntaria de orina, por las prisas pueden caerse por intentar llegar a el baño.



## 8. Se han sufrido caídas previas



Las caídas en Adultos Mayores ocurren cuando se les dificulta mantener una posición adecuada estando sentados, acostados o de pie.

Esto puede tener como consecuencia que al caer se golpeen y lastimen.

## 9. Deterioro cognitivo.

Se concluye que el deterioro cognitivo se relaciona de manera significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores, sobre todo en aquellos adultos que tienen mayor edad, con menor grado de instrucción, que presentan dos o más comorbilidades y en quienes consumen más de cinco fármacos.



## 10. Caídas, golpes, cortes, atropellos.

los adultos mayores, se les considera frágiles y esto los expone a un mayor riesgo de caídas debido, a la disminución en la percepción visual y auditiva, así como modificación del sistema del equilibrio corporal, la pérdida de fuerza, así como la disminución de la velocidad ambulatoria y de sus reflejos



### El riesgo de sufrir una caída aumenta cuando

Factores del entorno hospitalario

1. Altura de la cama, ausencia de frenos y barandales
2. Ausencia de timbres
3. Pisos mojados
4. Poca iluminación
5. Tripiés
6. Habitación desordenada
7. Ausencia de familiar o cuidador.



# Escalas Para la Valoración de las Caídas

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

### Valoración del riesgo de caídas

#### Escala de clasificación del riesgo de caídas

Escala de riesgo de caídas múltiples (de A.M. Tromp y colaboradores)

Item	Puntos
Problemas visuales (item presente cuando se ha sufrido caídas en los últimos 12 meses)	5
Incontinencia urinaria	3
Problemas visuales (item presente cuando la persona no puede reconocer un rostro más allá de los 4 metros de distancia, aunque utilice lentes correctores)	4
Limitación funcional (item presente cuando la persona sufre dificultades para subir escaleras, o utilizar vehículos propios o públicos, o no puede cortarse el solo las uñas de los pies)	3
Total	15

*La puntuación a partir de 7 puntos se considera que el riesgo de caídas múltiples es alto*

Es utilizada para población de 65 años o más.

Las escalas de riesgo de caídas consideran una serie de factores de riesgo para caerse, como debilidad muscular, alteración del equilibrio, problemas de visión, de movilidad, el uso de ciertos medicamentos, el histórico de caídas previas y otros factores que se relacionan con el entorno y la salud del individuo.

## Escala de funcionalidad de Crichton

### 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	1
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>

### RIESGO DE CAÍDA

ALTO	MEDIO	BAJO
4 a 10 puntos	2 a 3 puntos	0 a 1 puntos

Utilizada en la población adulta

Ésta permite:

- estimar la limitación física,
- el estado mental alterado,
- el tratamiento farmacológico que implica riesgo,
- los problemas de idioma o socioculturales,
- pacientes sin factores de riesgo evidentes



# Escalas Para la Valoración de las Caídas

## Escala de Macdem

DE 0 A 12 AÑOS		
VARIABLES	PUNTAJE	
1. EDAD	Recién Nacido	2
	Lactante Menor	2
	Lactante Mayor	3
	Pre - escolar	3
	Escolar	1
2. ANTECEDENTE DE CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	1
3. ANTECEDENTES	Hiperactividad	1
	Problemas neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0
4. COMPROMISO DE CONCIENCIA	No	0
	Si	1
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO <span style="float:right">→ <input type="text"/></span>		
Riesgo	Puntaje	Acción
↓ <b>Bajo</b>	0 a 1	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
↔ <b>Medio</b>	2 a 3	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
↑ <b>Alto</b>	4 a 6	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Para pacientes pediátricos

Permite Identificar factores para el riesgo de caídas y medidas preventivas para los pacientes.

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 St. Thomas- stratify

**¿Cuan? A les primeres 24h d'ingrés, després d'una caiguda o quan hi hagi canvis significatius**

RECORDA	MEDICACIÓ DE RISC: Es farà constar en la VALORACIÓ INICIAL del pacient															
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar als majors de 18 anys</li> <li>✓ Fer constar la HIPOACÚSIA en la VALORACIÓ INICIAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Polifarmàcia fàrmacs sistema cardiovascular: hipotensors, diürètics...</li> <li>- Alguns antiinfecciosos: amfotericina, B, aminoglicòsids, tetraciclines, macròlids, glucopèptids.</li> <li>- Benzodazepines - Psicotròpics - Antihistamínic 1ª generació</li> <li>- Vasodilatadors - Antidepressius ex. polaramine</li> </ul>															
STRATIFY																
HA CAIGUT EN ELS DARRERS DIES?	<p>SI → Inclou caigudes recents (últims tres mesos) produïdes a l'hospital o fora de l'entorn hospitalari Que el motiu d'ingrés sigui una caiguda</p> <p>NO → Quan la caiguda sigui en un context d'accident (tràfic), intent d'autòlisi, agressió</p>															
PRESENTA EPISODIS D'ALTERACIÓ DE L'ESTAT MENTAL?	<p>SI → Quan el pacient presenti:</p> <table border="0"> <tr> <td>Vertigen</td> <td>Agitació</td> <td>Bradicàrdia</td> </tr> <tr> <td>Hipotensió ortostàtica</td> <td>Síncope</td> <td>Hipercàpnia</td> </tr> <tr> <td>Deliri / Síndrome confusional</td> <td>Estupor</td> <td>Obnubilació</td> </tr> <tr> <td>Desorientació</td> <td>Al·lucinacions</td> <td>Convulsions</td> </tr> <tr> <td>Somnolència (inclou els estat de somnolència postoperatori)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Vertigen	Agitació	Bradicàrdia	Hipotensió ortostàtica	Síncope	Hipercàpnia	Deliri / Síndrome confusional	Estupor	Obnubilació	Desorientació	Al·lucinacions	Convulsions	Somnolència (inclou els estat de somnolència postoperatori)		
Vertigen	Agitació	Bradicàrdia														
Hipotensió ortostàtica	Síncope	Hipercàpnia														
Deliri / Síndrome confusional	Estupor	Obnubilació														
Desorientació	Al·lucinacions	Convulsions														
Somnolència (inclou els estat de somnolència postoperatori)																
PRESENTA TRASTORNS VISUALS SIGNIFICATIUS?	<p>SI → Quan el pacient presenti:</p> <table border="0"> <tr> <td>Ceguesa</td> <td>Cataractes</td> <td>Visió borrosa</td> <td>Diplopia</td> </tr> </table> <p>O sigui portador d'ulleres o lentilles correctores</p>	Ceguesa	Cataractes	Visió borrosa	Diplopia											
Ceguesa	Cataractes	Visió borrosa	Diplopia													
REQUEREIX AJUDA FREQUENT PER ANAR AL WC?	<p>SI → Quan el pacient presenti:</p> <table border="0"> <tr> <td>Dificultat lleu per l'ús del WC</td> <td>No disposi de cuidador per l'ús del WC</td> </tr> <tr> <td>Dificultat greu per l'ús del WC</td> <td>Diarrea</td> </tr> </table>	Dificultat lleu per l'ús del WC	No disposi de cuidador per l'ús del WC	Dificultat greu per l'ús del WC	Diarrea											
Dificultat lleu per l'ús del WC	No disposi de cuidador per l'ús del WC															
Dificultat greu per l'ús del WC	Diarrea															
MOBILITAT LIMITADA; AIXECAR-SE AMB MÍNIM AJUT	<p>SI → Quan el pacient presenti:</p> <p>Dispositiu d'ajuda: bastó, aparell ortopèdic, cadira de rodes, caminador, croses, pròtesis extraïble de membre i pròtesis ortopèdica.</p> <p>Precisa ajuda per a la mobilització d'una o més persones</p> <p>Amputació d'extremitats</p> <p>Descoordinació</p> <p>Contractures en EEII</p> <p>Dolor a la mobilització</p> <p>Impotència funcional</p> <p>Erlentiment de la marxa</p> <p>Maialts amb transferències: tetraplègics, paraplègics</p>															

Para todo tipo de población.

Esta 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.

# Escalas Para la Valoración de las Caídas

## Escala de Morse

1-	Antecedentes de caídas	No	0
		Si	25
2-	Diagnóstico secundario	No	0
		Si	15
3-	Ayuda para deambular		0
	Reposo en cama / Asistencia de enfermería		15
	Bastón / Muletas / Andador Se apoya en los muebles		30
4-	Vía venosa	No	0
		Si	20
5-	Marcha		0
	Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		15
	Débil Alterada requiere asistencia		30
6-	Conciencia / Estado mental		0
	Consiente de sus capacidades y limitación No consiente de sus limitaciones		15

Se utilizada en población hospitalizada en general, ayuda para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída.

**RIESGO BAJO**  
Hasta 24

**RIESGO MEDIO**  
25 de 44

**RIESGO ALTO**  
45 y mas

- Evalúa 5 items:
- caídas previas,
- medicamentos,
- déficits sensoriales,
- estado men- tal y deambulación

Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos, se considera que el paciente tiene un alto riesgo.

## Escala Humpty Dumpty

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

**EDAD**

4	3	2	1
< 3 años	de 3 - 7 años	de 7 - 13 años	>13 años

**GÉNERO**

2	1
HOMBRE	MUJER

**DIAGNÓSTICO**

4	3	2	1
Problemas neurológicos	Alteraciones de oxigenación, problemas respiratoria, anemia, deshidratación, anorexia, vómitos	Trastornos psiquiátricos o de conciencia	Otro diagnóstico

**DETERIORO COGNITIVO**

3	2	1
No conoce sus limitaciones	Se le olvidan sus limitaciones	Orientado en sus propias capacidades

**FACTORES AMBIENTALES**

4	3	2	1
Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	Paciente en la cama	Paciente que deambula

**CIRUGÍA O SEDACIÓN ANESTÉSICA**

3	2	1
Dentro de las 24 horas	Dentro de las 48 horas	Más de 48 horas/ninguna

**MEDICACIÓN**

3	2	1
Uso de múltiples medicamentos sedantes* hipnóticos, barbitúricos, fenotiazinas, anti-depresivos, laxantes/diuréticos, narcóticos	Uno de los medicamentos antes mencionados	Ninguno

\*Excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes

**RIESGO ALTO** >12 puntos  
**RIESGO BAJO** 7-11 puntos  
**SIN RIESGO** <7 puntos

Es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de caídas en niños.

El riesgo de caídas en pacientes pediátricos. Se debe tener en cuenta antes de diligenciarla, el estado del paciente.

Es importante realizar la suma de puntos en cada turno, puesto que el estado del paciente puede cambiar.

Debe incluir en sus notas de enfermería el puntaje de la escala Humpty Dumpty.

**EDAD:**  
4 puntos si el niño es menor de 3 años.  
3 puntos si la edad esta entre 3-7 años.  
2 puntos si la edad esta entre 7-13 años.  
1 punto si es mayor de 13 años.

**GENERO:**  
Se asignan 2 puntos si es hombre y un punto si es mujer.

## Escalas Para la Valoración de las Caídas

### Escala de CHAMPS

Tabla 1 Porcentajes obtenidos por dimensión

Variables	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

Valora los antecedentes de caídas, el tipo de medicamentos que consume el paciente, la presencia de déficits sensoriales, el estado mental y el equilibrio en función de la capacidad para deambular.

Evalúa caídas previas, medicamentos, déficits sensitivo-motores, estado mental, marcha, edad (< 65 años o > 65).

Asigna calificaciones de 0 y 1, con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo.

### Escala de J.H. Downton

Escala de Downton (J.H. Downton, 1993)

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
Déficit sensorial	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
Deambulación	Extremidades (ictus)	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
Estado mental	Imposible	1
	Orientado	0
	Confuso	1

#### Interpretación del puntaje

Valor igual o mayor a 3: alto riesgo

Valor de 1 a 2: mediano riesgo

Valor de 0 a 1: bajo riesgo

La escala de Downton es una herramienta que se utiliza para valorar el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones:

- caídas previas,
- déficits sensoriales,
- estado mental,
- deambulación y
- medicamentos.

Si la puntuación en la escala de Downton es menor o igual de 2 se considera que el paciente no requiere cuidados específicos relacionados con el riesgo de caídas.

Si la puntuación en la escala de Downton es mayor de 2 se considera que existe riesgo de caídas y por lo tanto mayor susceptibilidad para sufrir daño físico.

# Escalas Para la Valoración de las Caídas

## Escala de marcha y equilibrio de Tinetti

<b>Subescala de equilibrio:</b> el paciente está sentado en una silla firme y sin apoyabrazos. Se analizan las siguientes maniobras.		<b>Valor</b>
1. Equilibrio sentado	Se inclina o se desliza en la silla	0
	Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
	Capaz, sin usar los brazos	2
3. Intentos para levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero necesita más de un intento	1
	Capaz de levantarse en el primer intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos)	Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
	Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
	Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	Inestable	0
	Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte	1
	Apoyo estrecho sin soporte	2
6. Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos). El examinador empuja suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces	Empieza a caerse	0
	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (en la posición de 6)	Inestable	0
	Estable	1
8. Vuelta de 360 grados	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable (se tambalea, se agarra)	0
9. Sentarse	Estable	1
	Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
	Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
	Seguro, movimiento suave	2
<b>Puntuación de equilibrio</b>		<b>___/16</b>
<b>Subescala de marcha:</b> el paciente está de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 m) a paso normal, luego regresa a paso rápido pero seguro.		<b>Valor</b>
10. Inicio de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	Vacilación o múltiples intentos para iniciar	0
	No vacila	1
11. Longitud y altura del paso. a) Movimiento del pie derecho	Al dar el paso no sobrepasa al pie izquierdo	0
	Sobrepasa al pie izquierdo	1
	El pie derecho no se levanta completamente al dar el paso	0
11. Longitud y altura del paso. b) Movimiento del pie izquierdo	El pie derecho se levanta completamente al dar el paso	1
	Al dar el paso no sobrepasa al pie derecho	0
	Sobrepasa al pie derecho	1
12. Simetría del paso	El pie izquierdo no se levanta completamente al dar el paso	0
	El pie izquierdo se levanta completamente al dar el paso	1
	La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
13. Fluidez del paso	Los pasos parecen iguales	1
	Paradas entre los pasos	0
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)	Los pasos parecen continuos	1
	Desviación grave de la trayectoria	0
	Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
15. Tronco	Sin desviación o ayudas	2
	Balanceo marcado o usa ayudas	0
	Sin balanceo del tronco pero con flexión de rodillas o espalda o separa los brazos al caminar	1
16. Postura al caminar	Sin balanceo, ni flexión del tronco, no usa los brazos ni otras ayudas	2
	Talones separados	0
	Talones casi juntos al caminar	1
<b>Puntuación de equilibrio</b>		<b>___/12</b>
<b>Puntuación total</b>		<b>___/28</b>

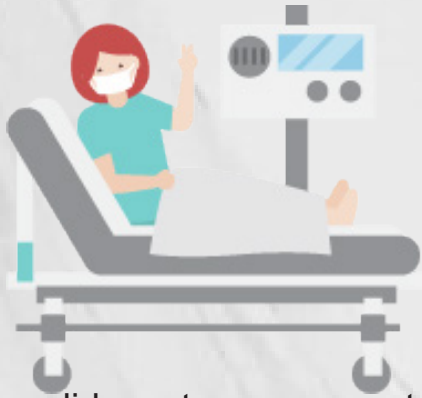
Se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante.

Esta escala es un desarrollo para evaluar la movilidad y el equilibrio de las personas mayores y conta de dos dimensiones: equilibrio y marcha.

En relación con la marcha, ayuda a detectar el riesgo de caídas en ancianos  
 Interpretación: a mayor puntuación mejor funcionamiento, la máxima puntuación de la subescala de marcha es de 12, para la del equilibrio 16.

La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas. (a mayor puntuación hay menor riesgo, 19 alto de riesgo de caídas).

Los valores bajos hasta 20 puntos son indicativos de un alto riesgo de caídas; y valores superiores a 40 indican un bajo riesgo de caídas.



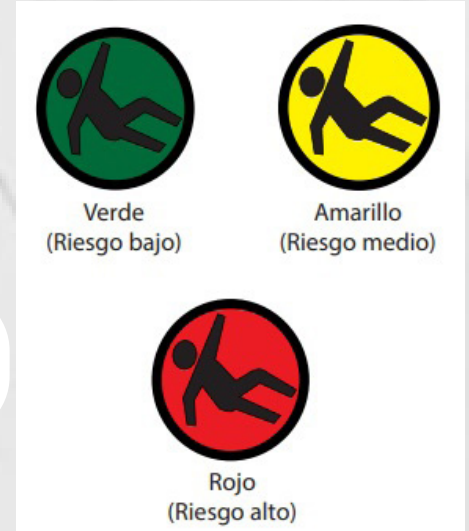
## para reducir el riesgo de caída en los pacientes

Conocer la señalización visual en la cabecera de su paciente, con los colores:

Las medidas a tomar por parte de usted como paciente, familiar o cuidador para reducir el riesgo de caída dependerán del color asignado

### RIESGO BAJO

1. la enfermera le informará sobre la importancia de la prevención de caídas.
2. Recibirá orientación sobre el espacio y ambiente físico de la unidad en la que se encuentre.
3. Se le solicitará zapato antiderrapante cerrado tipo mocasín o sandalia con adecuada sujeción.
4. Se solicitarán los dispositivos de ayuda (bastón, andadera, lentes o audífonos) para que estén al alcance del paciente.
5. Le sugerimos mantener ordenada la habitación, retirando todos los objetos que puedan producir caídas.
6. Si considera que la iluminación no es la adecuada, solicite que la mantengan de acuerdo a sus necesidades.
7. Verifique que la cama esté en posición baja y con el freno puesto.
8. Solicite la asistencia del personal de enfermería para apoyar al paciente.
9. Evite caminar mientras el piso este mojado.
10. Recuerde la importancia de solicitar ayuda.



## RIESGO MEDIO

### TENER PRESENTES TODAS LAS RECOMENDACIONES ANTERIORES, Y LE SUGERIMOS:

1. Solicite información acerca de las restricciones para la movilización del paciente.
2. Visite frecuentemente a su paciente, considere que tiene necesidad de estar acompañado.
3. Si es necesario poner de pie al paciente, manténgalo sentado unos minutos en la cama antes de levantarlo.
4. Mantenga los barandales en alto, mientras el paciente se encuentre en cama.
5. Apoye al paciente para asistir al sanitario o bien ofrézcale el orinal o cómodo con frecuencia
6. Acompañe al paciente al momento de bañarse o al trasladarse dentro y fuera de su unidad.



## RIESGO ALTO

### TENER PRESENTES TODAS LAS RECOMENDACIONES ANTERIORES Y SUGERIR:

1. Permanezca con el paciente las 24 horas para disminuir el riesgo de caída.
2. En caso de ser necesario, el personal responsable de la atención del paciente, solicitará a usted firme una Carta de Consentimiento Informado, en la cual autorice la aplicación de medicamentos y medidas de sujeción para mejorar la seguridad del paciente.



## Acciones de Enfermería

- Primera evaluación de riesgo, identificar las condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente, establecidas en el instrumento de evaluación del riesgo.
- Plan de cuidados e intervenciones correspondientes con la valoración del riesgo. Valida la calificación e informara al equipo asistencial el riesgo e indicara el plan de cuidados
- Educar al paciente y a su cuidador acerca de las medidas de prevención.
- Verificar que las barreras de seguridad estén establecidas
- Reportar las fallas, la falta de equipo o del material (barandales, timbres, camillas, antideslizantes, etc.)
- Hacer la evaluación correspondiente sobre las escalas.
- Actualizar la evaluación según sea el riesgo, bajo, medio, alto.



# Referencia Bibliográfica

1. DOWNTON), E. d. (s.f.). Obtenido de [https://campusvirtual.farmacoterapia-sanidadmadrid.org/CURSOS/logic/Consejeria\\_sanidad/osteoporosis/educacion\\_salud/pdf/EscaladeRiesgodecaidas.pdf](https://campusvirtual.farmacoterapia-sanidadmadrid.org/CURSOS/logic/Consejeria_sanidad/osteoporosis/educacion_salud/pdf/EscaladeRiesgodecaidas.pdf)
2. GOBIERNO DE MEXICO. (s.f.). Obtenido de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-debilidad-muscular-las-alteraciones-en-su-caminar-y-equilibrio-son-las-causas-mas-comunes-de-caidas-en-personas-mayores>
3. IMSS. (s.f.). Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/caidas#:~:text=Las%20ca%C3%ADdas%20en%20Adultos%20Mayores,el%20suelo%20contra%20su%20voluntad.&text=Son%20muy%20variables%20y%20dependen%20de%20la%20causa.>
4. MSD, M. (s.f.). Obtenido de [https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/geriatr%C3%ADa/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores#Evaluaci%C3%B3n\\_v1136815\\_es](https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/geriatr%C3%ADa/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores#Evaluaci%C3%B3n_v1136815_es)
5. Peru, S. (s.f.). Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172019000200006#:~:text=Se%20concluye%20que%20el%20deterioro,consumen%20m%C3%A1s%20de%20cinco%20f%C3%A1rmacos.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200006#:~:text=Se%20concluye%20que%20el%20deterioro,consumen%20m%C3%A1s%20de%20cinco%20f%C3%A1rmacos.)
6. servicios, A. (s.f.). Obtenido de <https://servicios.aiudo.es/podologia/como-escoger-calzado-adecuado-personas-mayores/>
7. Teknon, C. m. (s.f.). Obtenido de <https://www.teknon.es/blog/es/salud-az/10-recomendaciones-evitar-caidas-pacientes-hospitalizados.>
8. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (2015). Guía de consulta para el médico del primer nivel de atención. Prevención y Atención de las Caídas en el Adulto Mayor. México: [http://cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia\\_Caidas\\_2aa.pdf](http://cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_Caidas_2aa.pdf)
9. Tóbon, B (2016). Intervención para la prevención de caídas y sus consecuencias en personas mayores de 65 años: programa de ejercicio físico en grupo que incide en el equilibrio, fuerza de piernas y esquema de marcha. [https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118252/1/BTC\\_TESIS.pdf](https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118252/1/BTC_TESIS.pdf)
10. Álvarez L. (2015) Síndrome de Caídas en el adulto Mayor. Rev, Med. De Costa Rica y Centroamérica. 71(617): 807-810. : <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>