



# VALORACIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Autora: Amanda Marrero Henríquez**

Tutora: Josefina Graciela Castañeda Suardfáz.

Co-tutor externo: Sergio Alexander Hernández Hernández

Facultad de Ciencias de La Salud: Sección de Enfermería

Sede La Laguna, Tenerife.

Universidad de La Laguna

Junio 2019

# AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

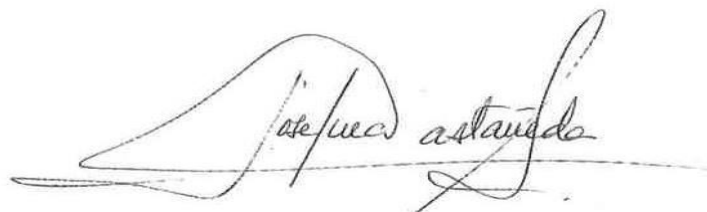
*VALORACIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR EN UN  
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA*

Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería

A handwritten signature in black ink, consisting of a circular scribble followed by a horizontal line extending to the right.

**Amanda Marrero Henríquez**

Firma de la alumna

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style, with the name 'Josefina Graciela Castañeda Suardíaz' clearly legible.

**Josefina Graciela Castañeda Suardíaz**

Vº Bº de la tutora

## “Valoración de caídas en el adulto mayor en un centro de Atención Primaria”

Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería

### RESUMEN

Las caídas se engloban dentro de los “Grandes Síndromes Geriátricos”, estas pueden causar problemas en la movilidad, deterioro de la funcionalidad en el anciano, e incluso la muerte. A lo largo de los años, la población ha ido siendo más longeva lo que aumenta el número de adultos mayores y con ello el riesgo de caídas. Debido a esto, la Organización Mundial de la Salud propone un envejecimiento saludable, donde se pretende fomentar la ayuda a la mejora de las capacidades funcionales del anciano. Por otro lado, la fragilidad como problema principal en este grupo de edad, puede ocasionar caídas, por ello la atención sanitaria tiene como labor descubrir los factores de riesgo que el paciente posee e incidir en la prevención.

El objetivo general de este trabajo de investigación es valorar en adultos mayores de un Centro de Atención Primaria la frecuencia de posibles caídas, determinando el género y la edad predominante, así como averiguar el conocimiento y la utilización de medidas preventivas por parte de los usuarios o pacientes. Se trata de un análisis descriptivo, observacional y transversal, donde se estudia una muestra aleatoria de 46 pacientes. Se realiza un cuestionario que recoge las variables de sexo, edad, percepción de salud, enfermedad, ingesta de fármacos, número de caídas en el último año, condiciones del suelo, tipo de caída, consecuencias y medidas preventivas, entre otros aspectos. Los datos obtenidos reflejan que significativamente las mujeres son el género predominante a la hora de sufrir caídas, siendo el domicilio el lugar donde se produce con mayor frecuencia las mismas. Y las complicaciones leves, como heridas y contusiones, constituyen las principales consecuencias.

Palabras claves: Riesgo de caídas, adulto mayor, tercera edad, hogar, envejecimiento.

## “Assessment of falls in the elderly in a Primary Attention Centre”

Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería

### **ABSTRACT**

The falls can be included into the “Great Geriatric Symptoms”, these may cause some problems related to mobility, deterioration of functionality in the elderly, and even death. Throughout the years, the population has been more long-lived, which increases the number of older adults and with it, the risk of falls. As a result of this, The World Health Organization encourages a healthy aging, in which it is pretended to foster the help to improve the functional capacities of the elderly. On the other hand, fragility as the main problem of this age group may cause falls, as a result of this, health care has the task of finding out the risk factors that patient has and to have an impact on prevention.

The general aim of this research project is to value in older adults of a Primary Attention Centre the frequency of possible falls, determining the gender and the predominant age, as well as to find out the knowledge and the use of prevent measures by users or patients. It is a descriptive analysis, observational and transversal, in which a random sample of 46 patients is analysed. A questionnaire which includes the variables of sex, age, health perception, illness, drug intake, number of falls in the last year, soil conditions, type of fall, consequences and preventive measures, among other aspects, is done. The information obtained shows that significantly women are the predominant genre of suffering falls, being the adress the place where it takes place most of them. About mild complications, such as wounds and bruises, constitute the main consequences.

Key words: Risk of falling, older adult, old age, home, ageing.

## Índice

1. PLANTEAMIENTO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS .....	1
1.1 Planteamiento y justificación .....	1
1.2 Objetivos .....	2
1.2.1 Objetivo general.....	2
1.2.2 Objetivos específicos.....	2
2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES.....	2
2.1 Anciano, envejecimiento y fragilidad.....	2
2.1.1 Tipología de adultos mayores.....	5
2.1.2 Criterios de fragilidad.....	5
2.2 Caídas en el adulto mayor.....	6
2.2.1 Tipos de caídas y factores de riesgo.....	6
2.2.2 Escalas de valoración de caídas.....	8
2.2.3 Diagnóstico de Enfermería “Riesgo de caídas”.....	12
2.2.4 Consecuencias de las caídas.....	13
2.3 Prevención de caídas.....	14
2.3.1 Protocolo de prevención de caídas en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.....	15
2.4 Intervención de Enfermería: papel fundamental para un envejecimiento saludable.....	16
3. METODOLOGÍA.....	17
3.1 Diseño.....	17
3.2 Población y muestra.....	17
3.3 Instrumentos.....	17
3.4 Consideraciones éticas.....	19
4. RESULTADOS.....	19

4.1 Género y edad.....	19
4.2 Caídas: lugar y frecuencia.....	21
4.3 Consecuencias de las caídas.....	23
4.4 Conocimiento y utilización de las medidas preventivas.....	23
4.5 Género y la frecuencia de las caídas.....	24
4.6 Edad y la frecuencia de caídas.....	25
5. DISCUSIÓN.....	28
6. CONCLUSIONES.....	29
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
8. ANEXOS.....	33
8.1 Anexo I: Escala de valoración de Downton.....	33
8.2 Anexo II: Escala de valoración de Tinetti.....	34
8.3 Anexo III: Protocolo de intervención en el CHUC.....	36
8.4 Anexo IV: Cuestionario Riesgo de caídas.....	37

# **1. PLANTEAMIENTO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

## **1.1 Planteamiento y justificación**

Las caídas constituyen un problema de salud grave y de importancia para toda la población. La definición de caída es clara y concisa. Como define la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(1)</sup>, son “aquellos acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”, y se deben a la interacción de los factores relacionados con el paciente, sus patologías (factores intrínsecos) y los que se relacionan con el entorno (factores extrínsecos).

El envejecimiento de la población ha ido aumentando a lo largo de los años en todo el mundo, aunque principalmente en los países en desarrollo. Es por ello que, debido a esto, dicha población está expuesta a caídas y a las diferentes consecuencias que esta trae consigo, consecuencias sociales, de salud e incluso económicas <sup>(2)</sup>. Aparte de las caídas, los adultos mayores sufren alteraciones fisiológicas, pluripatologías e incluso enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de las caídas dentro del hogar. Además, en este ámbito del envejecimiento, la fragilidad de la persona interacciona con el riesgo de caídas, este término tiene como definición: “estado dinámico que afecta a aquellos individuos que experimentan pérdidas en uno o más dominios del funcionamiento humano (físico, psicológico o social)” <sup>(3)</sup>.

Los accidentes por caídas en la tercera edad, tanto dentro del hogar como fuera de él, generan un alto coste sanitario, social y en la salud del paciente. Por tanto, se debe investigar de forma prioritaria cuales han sido las causas, las consecuencias, y los métodos de prevención por parte de todos los sectores implicados incluyendo y siendo el principal, los servicios sanitarios.

Este trabajo de investigación pretende resaltar aquello que tiene una incidencia elevada en las personas y sobre todo en el ámbito sanitario. Teniendo en cuenta que nuestra población es cada vez más longeva y que la existencia de enfermedades crónicas en personas adultas es cada vez más frecuente, se debe dar la atención necesaria a la tercera edad y ayudarlos a hacer frente al natural declive fisiológico para conseguir un envejecimiento saludable, como propone la OMS. Para que esto se cumpla, la atención primaria y todos los servicios sanitarios deben unirse para ayudar a disminuir el riesgo de caídas, explicando los factores que intervienen y además proponer las medidas preventivas que existen para evitar las caídas. De manera concreta, en este trabajo de investigación se pretende valorar el riesgo de caídas en el adulto mayor en un Centro de Atención

primaria, realizándose un cuestionario de elaboración propia. Los resultados obtenidos permitirán conocer la naturaleza de las caídas, así como la relación que tienen con la edad, el sexo, los antecedentes personales, las posibles patologías existentes o la aplicación de tratamiento domiciliario; además, procurará obtener información sobre el conocimiento de las medidas preventivas y su utilización.

## **1.2 Objetivos**

El objetivo general que se plantea en este trabajo es valorar el riesgo de caídas que se producen en el adulto mayor un Centro de Atención Primaria, concretamente en el centro de Salud de Icod de los Vinos en Santa Cruz de Tenerife.

Como objetivos específicos se han planteado inicialmente los siguientes:

- Establecer género y edad predominante ante el riesgo de caídas.
- Determinar la existencia, frecuencia y lugar de las caídas en el último año en el adulto mayor pertenecientes al censo del Centro de Salud de Icod de los Vinos.
- Verificar las consecuencias de las caídas.
- Averiguar el grado de conocimiento y utilización que las personas mayores poseen sobre las medidas preventivas que existen para disminuir el riesgo de caídas dentro de sus hogares.

## **2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES**

### **2.1 Anciano, envejecimiento y fragilidad**

A lo largo de los años, a nivel mundial, la esperanza de vida ha ido creciendo a medida que pasan los siglos, esto conlleva que el grupo de ancianos es aquel que presenta el crecimiento más rápido. El número de personas mayores de 65 años representan alrededor de un 7% de la población mundial <sup>(4)</sup>. Muchos entenderán esto como un logro o un objetivo conseguido, pero no nos hemos parado a pensar en lo que repercute dicho incremento.

El término de adulto mayor hace referencia a todas aquellas personas con edad comprendida entre los 60 y 99 años, siendo su clasificación:



- Adulto mayor o ancianos jóvenes: 60 a 74 años
- Adulto mayor o anciano viejo: 75 a 84 años
- Adulto mayor o anciano longevo: 85 a 99 años
- Centenarios: mayores de 100 años

Anciano, envejecimiento y fragilidad van ligadas, por ello no podemos hablar de cada una de ellas sin relacionarlas. Anciano se considera a aquella persona comprendida entre los 65 años en adelante, personas que se encuentran en lo que comúnmente llamamos “tercera edad”.

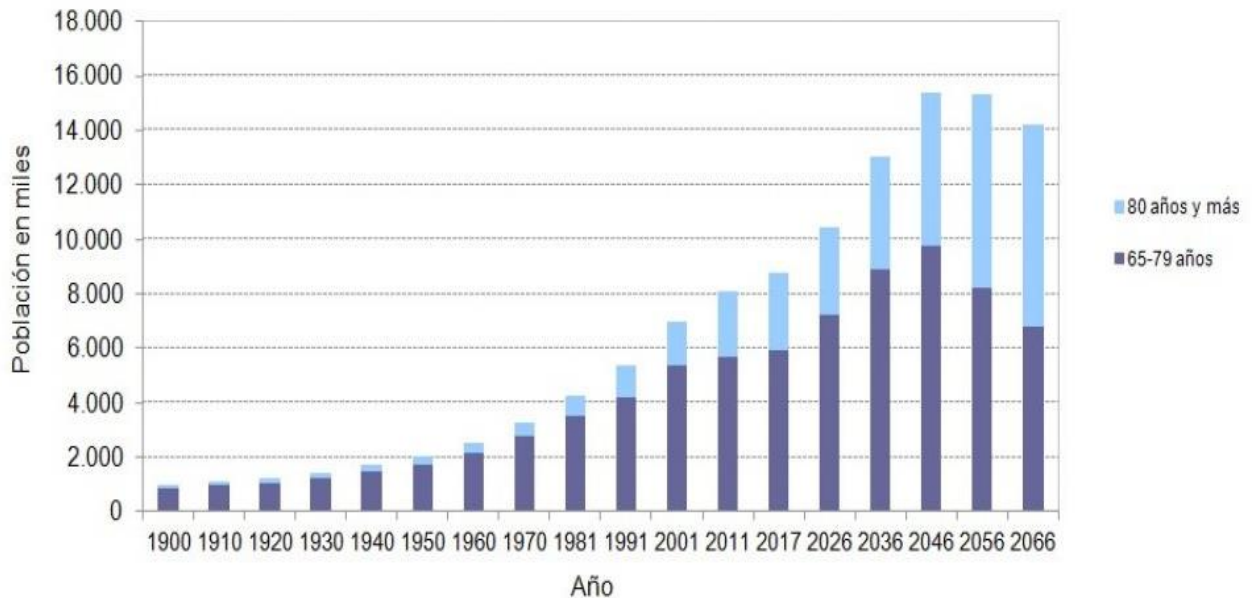
Como hemos dicho anteriormente, el envejecimiento es una situación con una gran repercusión a nivel mundial y de transcendencia social, y con ello repercusiones que encontramos tanto a nivel económico como a nivel sanitario, además seguirá creciendo esta circunstancia a lo largo de los próximos años.

Se define envejecimiento poblacional por el incremento del número de personas mayores, y con ello el crecimiento de la edad media de la población <sup>(5)</sup>. Los factores que llevan a cabo este hecho son tanto directos: la disminución de la mortalidad y por ello el aumento de la esperanza de vida; como indirectos: la disminución del número de nacimientos, y las migraciones, esto último también favorece al aumento de este envejecimiento. Se ha de recalcar que el envejecimiento es un proceso universal, intrínseco y paulatino <sup>(6)</sup> que poco a poco lo irá desarrollando a lo largo de la vida cada persona, debido al ciclo vital.

La vejez es un proceso natural parte de nuestra vida, la sociedad ha de tener un buen envejecimiento, lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina como envejecimiento saludable <sup>(7)</sup>. Lo definen como: “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. Esta definición está relacionada y ligada a conceptos que harán que se lleve a cabo este envejecimiento saludable. En primer lugar, la capacidad funcional, aquello que permite que una persona pueda ser y hacer; a su vez esto está relacionado con el entorno, esos factores externos, y también la capacidad intrínseca, aquellas cualidades físicas y mentales con las que el anciano cuenta. Este proceso no siempre se lleva a cabo; como dijimos anteriormente, hay factores que pueden cambiarlo como son aquellos problemas y/o alteraciones que se encuentran dentro de lo que se denominan “síndrome geriátrico” <sup>(8)</sup>, entendiendo como tal un conjunto de signos y síntomas que producen enfermedades y patologías que conlleva una pérdida de

autonomía, discapacidad o incluso la muerte. En la figura 1 se puede apreciar el aumento progresivo que sufrirá la población de la tercera edad a lo largo de los años

Figura 1. Evolución de la población mayor. España, 1900 - 2066



\* De 1900 a 2016 los datos son reales; de 2026 a 2066 se trata de proyecciones.

Fuente: INE: INEBASE: 1900-2011: Censos de Población y Vivienda. 2016: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta enero 2018; 2026-2066: Proyecciones de población. Consulta en enero 2018

Además del envejecimiento saludable, a lo largo de los últimos años se han propuestos otros modelos de envejecimiento para dar una mirada positiva a este término (9):

- **Envejecimiento exitoso:** hace referencia a la habilidad de la persona para mantener un bajo riesgo de enfermar, debido a un desarrollo de la actividad física y mental y por medio de un mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en diferentes actividades.
- **Envejecimiento activo:** propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, lo define como “la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida”.

Otra de las características que está relacionada con el envejecimiento y por lo tanto con el riesgo de caídas en personas de la tercera edad, es la condición física de fragilidad. Este es uno de los mayores problemas de la población envejecida ya que, como refiere su definición: “es un estado dinámico que afecta a aquellos individuos que experimentan pérdidas en uno o más dominios del funcionamiento humano (físico, psicológico o social)”

<sup>(3)</sup> como, por ejemplo: enfermedades agudas, pérdida de independencia funcional, institucionalización, así como caídas <sup>(6)</sup>.

### **2.1.1 Adultos mayores: clasificación**

La situación de dependencia de las personas mayores, como se ha mencionado anteriormente, se establece de manera progresiva. Por ello la relación de fragilidad y funcionalidad en aquellas personas, queda reflejada en una clasificación <sup>(10)</sup>:

- Personas mayores sanas: no poseen ningún tipo de enfermedad, ni deterioro a nivel funcional, mental o social.
- Personas mayores con enfermedad crónica: aquellas personas que si presentan alguna enfermedad crónica, pero no tiene ningún deterioro a nivel funcional, mental o social.
- Personas mayores en riesgo de deterioro funcional: esta tipología se refiere a aquellos adultos mayores que poseen su independencia con ciertos problemas que la hacen inestable, y por ello persona de riesgo de pérdida funcional. Esta tipología engloba a aquellos ancianos frágiles. Estos son más vulnerables para tener una caída debido a ese progreso de envejecimiento y fragilidad.
- Personas mayores en situación de dependencia de carácter transitorio o permanente: el anciano ya no depende de el para hacer las actividades de la vida diaria, ya necesita ayuda para ello.
- Persona mayor en situación de final de vida: aquella que presenta una enfermedad en fase terminal.

### **2.1.2 Criterios de fragilidad**

La fragilidad actualmente se explica relacionando dos modelos: uno de ellos es el modelo de fenotipo, donde se estudian diferentes variables para definir al anciano frágil, y en segundo lugar está el modelo de déficit acumulativo, donde se valora esencialmente la graduación del déficit <sup>(3)</sup> <sup>(11)</sup>.

El modelo de fenotipo utiliza cinco criterios para caracterizar la fragilidad. Un adulto mayor se considera frágil cuando, según este modelo, se cumplen al menos tres de los criterios siguientes:

- Pérdida voluntaria de peso

- Baja energía o agotamiento
- Lentitud en la movilidad
- Debilidad muscular
- Baja actividad física

En segundo lugar, el modelo de déficit acumulativo permite considerar la fragilidad como aquello que hemos nombrado anteriormente, “como graduable más que como presencia o ausencia”. Algo recalable de este modelo es que cuanto más déficit tenga la persona sin tener en cuenta la dimensión, mayor es el riesgo de poseer resultados adversos en la salud.

## **2.2 Caídas en el adulto mayor**

Las caídas se definen según la OMS <sup>(1)</sup> como “aquellos acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”. Las caídas, por otro lado, son un determinante importante para causar restricción de movilidad, deterioro funcional, institucionalización e incluso la muerte <sup>(6)</sup>. Por ello, constituyen un problema de salud pública, englobándose en uno de los denominados “Grandes Síndromes Geriátricos” no solo debido a su frecuencia y la morbilidad, sino también al coste sanitario elevado que estas caídas pueden proporcionar.

Debido al acelerado envejecimiento de la población mundial se preve que <sup>(12)</sup> las personas mayores de 65 años se caigan una vez al año y además se aumentaría hasta un 50% a medida que nos acercamos a los 80 años de edad.

Cabe destacar que no solo las caídas afectan a nivel funcional o social sino también a nivel emocional, psicológico, dando lugar al denominado síndrome post-caída.

### **2.2.1 Tipos de caídas y factores de riesgo**

El envejecimiento conlleva un proceso de cambios físicos y psicológicos que, como mencionamos anteriormente, hacen que en la persona se produzca una disminución a nivel funcional, lo que le hace más propensa a sufrir caídas.

Cada adulto mayor posee sus propios factores de riesgo, al igual que a cada uno le repercute de diferente manera, debido a que el proceso de envejecimiento es individual e intransferible. Las enfermedades, los problemas que padecen a nivel funcional y ambiental,

influyen en mayor o menor medida propiciando que reacciones y consecuencias de la caída sean distintas para cada anciano <sup>(4)</sup>.

Una buena labor de investigación conjunta a una labor preventiva, puede reducir las graves consecuencias de las caídas y con ello prevenir las caídas en su totalidad. El profesional sanitario, especialmente la enfermera, debe realizar una investigación de los posibles factores de riesgos de cada caso particular, con lo que se adelanta una posible prevención.

Las caídas se producen por la interacción de diferentes factores, individuales para cada individuo. Podemos clasificar los factores de riesgos y con ello el tipo de caída. Accidental si la caída interviene con los factores de riesgo extrínsecos, y no accidental si lo hace con los factores intrínsecos <sup>(13)</sup>:

- Factores extrínsecos: Ligados al entorno y al ambiente de la persona, aquellos lugares donde desarrolla su vida cotidiana y aquellas actividades de la vida diaria. Dentro de este grupo de factores de riesgo encontramos otros factores tales como <sup>(14)</sup>:
  - ✓ *Factores socioeconómicos*: aquellos relacionados con las condiciones sociales de la persona, incluyendo vivienda inadecuada, bajo nivel económico, y acceso limitado a los recursos sanitarios.
  - ✓ *Factores ambientales*: en este tipo de factores interactúan las condiciones físicas de los individuos con el medio que le rodea. Suelos resbaladizos, iluminación inadecuada, falta de barreras arquitectónicas en los baños y pasillos, así como la presencia de obstáculos que hacen del riesgo una acción.
  - ✓ *Factores comportamentales*: se relacionan con aquellas acciones humanas o elecciones diarias. Ingestas de fármacos, alcohol y tabaco.
- Factores intrínsecos: propios de la persona <sup>(4)</sup>. A este factor intrínseco se añaden los factores biológicos, aquellas características de cada individuo como el sexo, la edad, aquellos cambios morfo-funcionales relacionados con el envejecimiento y también aquellas enfermedades o patologías crónicas de cada paciente, ya sean el déficit cognitivo, la debilidad muscular, o aquellas alteraciones de la marcha y el equilibrio (fragilidad).

Por otro lado, la ingesta de fármacos <sup>(4) (8)</sup> es uno de los factores que tienen especial importancia para aumentar el riesgo de caídas en adultos mayores, debido a sus efectos

adversos o también la interacción entre los diferentes fármacos que el paciente toma <sup>(4)</sup> <sup>(8)</sup>. Se debe recalcar que las personas de la tercera edad poseen en sus recetas una media de 6 fármacos que deben de tomarse al día y es frecuente que dentro de esta receta se encuentren algún psicofármaco, los cuales afectan al sistema nervioso central.

### 2.2.2 Escalas para la valoración del riesgo de caídas

La prevención de caídas lleva consigo una valoración integral de la persona, para ello se debe de realizar una entrevista donde se recalque los antecedentes de caídas, además, si la respuesta es afirmativa y sí que se ha caído alguna vez, debemos de indagar en aquellos aspectos que respondan a las preguntas ¿Cómo? ¿Dónde? ¿Por qué? y aquellas repercusiones que tuvo la caída.

La valoración geriátrica integral permite valorar y detectar los problemas y necesidades del adulto mayor. Por ello, es un método eficaz y útil para lograr una mayor independencia de la persona y con ello una calidad de vida <sup>(5)</sup>. Esta valoración no solo ayuda a este ámbito, sino también a dar respuesta a aquellos problemas y necesidades que el paciente necesita. Se compone de diferentes esferas que cada paciente y persona posee <sup>(4)</sup> <sup>(5)</sup>:

- **Esfera clínica o médica:** dentro de esta esfera el personal sanitario debe entrevistar al paciente abarcando todo aquello que es de interés: movilidad, nutrición, antecedentes personales y familiares, patologías, medicación domiciliaria y los hábitos tóxicos.
- **Esfera funcional y física:** en esta valoraremos el aspecto general del paciente, su aspecto, y cuidado. Además, las constantes vitales como son la frecuencia cardiaca, la temperatura, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria. Recalcaremos la importancia de aquellas actividades de la vida diaria que el paciente puede o no puede realizar. Por ello la realización de aquellas escalas como la de Barthel, permiten valorar el grado de dependencia de cada persona debido a que una mayor dependencia trae consigo un aumento de las caídas.
- **Esfera mental:** la valoración de esta esfera permite llevar a cabo aquellos descubrimientos que ni la familia del paciente ha descubierto. Con esto nos referimos al deterioro cognitivo, aquellas acciones de pérdida de memoria “achacado a la edad”. Realizando test como el Minimental podemos ver si el/la paciente posee un deterioro cognitivo. También, con esta esfera podemos evaluar el estado de depresión y un aumento de la probabilidad de caerse.

- Esfera social: por último, esta valoración incluye también el entorno del paciente, el apoyo familiar y social que posee y también el aspecto del domicilio del anciano. También será necesario valorar el entorno con el objetivo de reducir y prevenir las caídas, como por ejemplo la falta de iluminación, barreras arquitectónicas etc.

La hipotensión, la enfermedad de Párkinson, la debilidad muscular, y la agudeza visual son algunos entre muchos de los problemas que los pacientes sufren a nivel neurológico, cardiovascular y locomotor que pueden producir riesgo de caídas en personas mayores.

Para llevar a cabo una valoración más completa y exacta, existen herramientas de valoración como las que se expone a continuación:

- Escala Downton <sup>(5) (8) (15)</sup>: esta escala se utiliza para la valoración del riesgo de caídas teniendo en cuenta los parámetros de: medicamentos (tranquilizantes, sedantes, hipotensión, antidepresivos, ninguno), deficiencia sensorial (ninguno, alteración visual, audición, extremidades), estado mental (orientado, confuso), deambulación (normal, segura, insegura, con o sin ayuda). En esta escala se le otorga entre 0 y 1 a cada uno de los ítems; para considerar al paciente con un elevado riesgo de caídas debe de obtener entre 3 o más puntos. (Anexo I).
- Timed up and go <sup>(5) (8) (14)</sup>: en esta escala se evaluará la marcha y el equilibrio de la persona mayor. Se evaluará por medio de un test, medido en segundos, el tiempo que el paciente tarde en hacer las diferentes actividades que se evalúan. Dentro de estas actividades se encuentran: lo que tarda el paciente en levantarse de una silla, caminar tres metros y volver, etc. Un tiempo de menos de 10 segundos se considera normal, entre los 10 y los 20 segundos el sujeto presenta una fragilidad y más de 20 segundos se considera que el paciente posee un riesgo elevado de caídas.

Un ejemplo práctico de esta escala es:

Mantener el equilibrio corporal el mayor tiempo posible apoyado en una extremidad inferior. La persona a evaluar deberá estar con:

- Calzado cómodo (zapatilla, zapato cerrado, zapato c/tacón de altura fisiológica 2 a 3 cm. de altura máxima).
- En posición de pie.
- Los brazos cruzados delante del tórax y apoyados en los hombros.

- Sin usar ningún tipo de ayuda técnica.

El evaluador deberá:

- Demostrar previamente a la persona mayor como se ejecuta esta prueba, luego; ubicarse a un costado de ella y estar atento a posibles pérdidas de equilibrio.
- Registrar el mejor tiempo de ejecución de la prueba con un cronómetro.

Registro de la prueba:

A la orden del evaluador, la persona deberá levantar una extremidad inferior hasta lograr una posición de 90° en cadera y rodilla. En ese momento se inicia el registro del tiempo (cronómetro) en que la persona es capaz de mantener esta posición. Es necesario que la persona repita la prueba tres veces en cada lado, registrando el mejor tiempo obtenido. Luego, se debe repetir en el lado contrario.

Criterios de suspensión de la prueba:

- Descruzar los brazos y buscar apoyo.
- Las extremidades inferiores se tocan entre sí.
- Cuando el pie elevado toca el suelo.
- Pierde el equilibrio.

Timed Up and Go (Levántate y camina): Consiste en caminar, lo más rápido que pueda, sobre una pista previamente trazada. Al inicio de la prueba la persona debe estar sentada, con la espalda apoyada contra el respaldo de la silla, con los brazos colgando a ambos costados sin tocar los muslos, y los pies colocados justo detrás de la línea de partida.

El evaluador se ubica de pie, a un costado de la trayectoria de la persona, a media distancia entre la línea de partida y la marcación a tres metros de ésta. A la orden de partida, se pide que se levante de la silla y, camine lo más rápido que pueda en dirección al cono, dé la vuelta, y regrese a la silla, volviendo a retomar la posición. El evaluador cronometra el tiempo desde que se da la orden de partida y despega la espalda de la silla, hasta que el sujeto tras caminar los seis metros y retornar, apoya su espalda contra el respaldo de



la silla. Un ejemplo de esta escala con respecto a su medición la podemos observar en la tabla 1.

Tabla 1. Valoración de fragilidad por escala “timed up and go”

	GÉNERO		EDAD		Total (%)
	Mujeres (%)	Varones (%)	<80 a (%)	≥80 a (%)	
Frágiles	32(13,7)	7 (3,7)	14 (6,2)	25 (11,2)	39 (17,4)
Pre-frágiles	100 (44,8)	38 (17,0)	110 (49,3)	28 (12,5)	138 (61,8)
Robustos	26 (11,6)	20 (9,2)	42 (18,8)	4 (2,0)	46 (20,8)
Total	158 (70,1)	65 (29,9)	166 (74,3)	57 (25,7)	223

Fuente: Revista técnica Herediana. Perfil Clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general.

- **Test de Tinetti** <sup>(5)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(16)</sup>: escala desarrollada en 1986 por la Dra. Mary Tinetti en la Universidad de Yale, donde se exploran y evalúan tanto los factores intrínsecos como extrínsecos que desencadenan una caída en personas de la tercera edad. Dicho test se divide en dos sub-escalas donde se evalúan el equilibrio (estático y dinámico) y la marcha.

La escala de Tinetti consta de nueve ítems de equilibrio y siete sobre la marcha. Cada ítem se enumera de 0 a 2, donde 0 es la carencia de estabilidad o la marcha está alterada, 1 que tiene una marcha adaptativa y la estabilidad para cambios de posición, y por último 2 donde la persona mayor puede llevar a cabo aquellas tareas que se han evaluado sin ningún problema o patrón alterado. La puntuación normal que determina que el paciente tiene un riesgo mínimo para el riesgo de caídas es entre 19 y 24 puntos; si es inferior a 19 significa que su riesgo es alto y que tiene probabilidades de sufrir una caída (Anexo II).

### **2.2.3 Diagnóstico de Enfermería: “Riesgo de Caídas”**

El Diagnóstico Enfermero comenzó a plantearse en los años 50, pero fue en la década de los 70 cuando se convirtió en un proceso importante de la Enfermería. En 1973 se lleva a cabo la primera reunión de National Group for the Classification of Nursing Diagnosis <sup>(6)</sup>.

La Enfermería se caracteriza por brindar aquella posición y predisposición que ofertan a los pacientes para proporcionarles los cuidados que necesiten. En este caso adentrándonos en el cuidado a personas con riesgo de caídas, se les debe facilitar un cuidado continuado e intervenir en el riesgo de caídas que aquellas personas frágiles pueden padecer.

La enfermería es el responsable del cuidado <sup>(6)</sup>, este se lleva a cabo por medio de modelos conceptuales y teorías que permiten su desarrollo. La prevención de caídas en personas de la tercera edad “ha de hacerse desde una perspectiva holística de la persona, siendo esta y su familia el centro de atención de esos cuidados” <sup>(17)</sup>.

La metodología enfermera se basa en prestar cuidados a través del “Proceso de Atención de Enfermería” con el uso de las taxonomías NANDA, NOC, NIC. Esta metodología consta de cinco variables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación <sup>(6)</sup> y, además, se fundamenta en tres componentes claves para realizar un buen diagnóstico de enfermería: problemas de salud, factores relacionados, y los signos y síntomas que presenta el paciente (características definitorias).

Continuando con el “Riesgo de Caídas”, la enfermera debe realizar una evaluación de aquella probabilidad que tiene el paciente de caerse debido a sus factores de riesgo (historial de caídas, medicación, prótesis, dificultades auditivas, visuales, dificultad en la marcha). Una vez se ha descubierto los factores asociados a este riesgo, se proponen los diferentes objetivos que deben alcanzarse de forma que el paciente lo acepte para el cuidado de su salud, como son: la prevención de caídas, la conducta para dicha prevención, etc. Para que los objetivos que hemos descrito se lleven a cabo, el personal de enfermería pone en marcha intervenciones realistas y adecuadas para el paciente, y así ayudarlo a obtener los resultados previstos. En este sentido, tomando como referencia las taxonomías NANDA, NOC y NIC en el diagnóstico de riesgo de caídas, mostramos el siguiente ejemplo concreto con sus objetivos, indicadores e intervenciones <sup>(17)</sup>:

- Diagnóstico NANDA: “Riesgo de caídas” (00155)

Factores de riesgo asociados: uso de dispositivo de ayuda, dificultad en la marcha, medicación y deterioro de la movilidad física.

- NOC: “prevención de caídas” (1828)

Indicadores: descripción del uso correcto de los dispositivos de ayuda, uso correcto de aquella medicación que aumentan el riesgo de caídas, uso correcto de la iluminación y uso y propósito de los mecanismos de seguridad.

- NIC: “prevención de caídas” (6490)

Intervenciones: ayudar a la deambulación con bastón, colocar al paciente los objetos personales a su alcance, utilizar barandillas y proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda.

En consecuencia, una adecuada intervención de enfermería provoca la obtención del objetivo necesario para evitar o disminuir el riesgo de caídas en personas mayores. Cada intervención es personal, esto es, los pacientes no son iguales ni poseen los mismos factores de riesgo, ni necesitan el mismo objetivo para prevenir las caídas.

## 2.2.4 Consecuencias de las caídas

Ante una caída las consecuencias son una parte importante para el progreso de los pacientes. Su coste es elevado, tanto en el ámbito económico como sanitario y social.

Las consecuencias se pueden clasificar en físicas, psicológicas y sociales. Así:

Dentro de las *consecuencias físicas* encontramos <sup>(6)</sup> <sup>(17)</sup>:

- Las complicaciones inmediatas son: fracturas, traumatismos craneoencefálicos (debido a la ineficacia del mecanismo de defensa ante las caídas), contusiones y heridas. Las fracturas más frecuentes son las de cadera, fémur, radio, tibia, entre otras. Por otro lado, las contusiones y heridas superficiales suelen pasar desapercibidas debido a que no son complicaciones exactamente inmediatas, aunque tampoco tardías. No obstante, estas heridas pueden provocar complicaciones potenciales al paciente.
- Complicaciones tardías: la inmovilidad, junto con sus consecuencias como pueden ser la trombosis venosa, la insuficiencia cardíaca, las úlceras por presión, o el estreñimiento. Es el apartado dentro de las caídas más importante y el profesional enfermero debe hacer hincapié en resolverlo.

Dentro de las *consecuencias psicológicas* encontramos el “Síndrome post-caídas”. Se define como “la falta de confianza del paciente por miedo a volver a caerse y por ello la restricción de la deambulación; ya sea por el mismo o por sus cuidadores” <sup>(17)</sup>. Esta consecuencia se ve reflejado en el cambio de comportamiento de la persona, y con ello se reduce el realizar aquellas actividades básicas de la vida diaria, por un lado, por el dolor que sufren al realizarlas y, por otro, por el miedo y la ansiedad que sienten a volver a caerse. <sup>(6)</sup> Con respecto a los familiares, estos actúan sobreprotegiendo al paciente y con ello se aumenta la dependencia del anciano para aquellas actividades. Los pacientes que poseen este síndrome tienen características en su comportamiento para diagnosticarlos: marcha lenta, sujeción constante, postura triple flexión, etc. <sup>(17)</sup>

Finalmente, dentro de las *consecuencias sociales*, los pacientes que han sufrido una caída llevarán a cabo cambios en los hábitos del día a día, no se socializarán y además, debido a la dependencia que sufren por lo anteriormente dicho, tendrán la necesidad de cuidadores e incluso la institucionalización <sup>(6)</sup>.

## 2.3 Prevención de caídas

La Enfermería juega un papel muy importante dentro de la prevención del riesgo de caídas en personas de la tercera edad. Este tipo de problema que repercute cada vez más a este entorno tiene una ventaja significativa y es que se conocen aquellos factores de riesgo asociados a las caídas y por lo tanto “el síndrome geriátrico por excelencia, prevenible” <sup>(8)</sup>. La valoración irá enfocada a interactuar con la persona, con la familia y con su entorno para valorar los riesgos y así procurar la prevención <sup>(18)</sup>, promocionando a la vez un estilo de vida saludable.

Dividiremos la prevención del riesgo de caídas en tres niveles principales <sup>(5) (8)</sup>:

- Prevención primaria: tiene como objetivo evitar la aparición de caídas, llevando a cabo una potenciación de la autonomía y la independencia del anciano. Dentro de este nivel se promocionará la actividad física, la educación para una vida saludable, además de enfocar la atención en la seguridad del paciente en su propio entorno determinando aquellos factores extrínsecos para minimizarlos. De esta forma le proporcionaremos al paciente una mayor seguridad y una adecuada prevención.
- Prevención secundaria: dicha prevención va dirigida a aquellos pacientes que ya han sufrido una caída. Se llevará a cabo una adecuada “investigación” para poder averiguar cuáles fueron los motivos de dicha

caída para así enfocar nuestra atención en ello y llevar a cabo medidas para corregirlo.

- Prevención terciaria: en este caso nos centraremos en las consecuencias de la caída, para así minimizarlas. Entre ellos: enseñar al anciano a levantarse, reeducar la marcha y la estabilidad, tratar la parte psicológica como el Síndrome Post-caída, etc.

### 2.3.1 Protocolo de caídas en el CHUC

En el Hospital Universitario de Canarias la seguridad del paciente es lo primordial en cada una de las plantas de hospitalización, así como en las actividades ambulatorias. Para disminuir el número de pacientes que se caen a lo largo de su estancia en el complejo hospitalario, como profesional enfermero se debe realizar una correcta valoración integral e inicial donde se descubrirán los factores de riesgo que tengan relación con las caídas. Además, en el CHUC se ha optado por la escala de Downton. Siempre que se produzca una caída dentro del complejo hospitalario, la enfermera responsable del paciente y la supervisora de enfermería tendrán que llevar a cabo una serie de pasos, para dejar registrado este incidente <sup>(19)</sup>:

#### Enfermera responsable:

- Valorar el estado del paciente.
- Levantar al paciente con las medidas de seguridad adecuadas para su movilización.
- Tranquilizar al paciente y a la familia.
- Valorar las consecuencias de la caída.
- Avisar al personal médico del paciente.
- Registrar los datos del paciente, sobre el acontecimiento y las medidas adoptadas.
- Notificar al SiNASP (sistema de notificación y registros de incidencias) o al servicio de Formación, Investigación y Calidad de Enfermería, para llevar un registro en el Hospital, para así analizar y proponer acciones de mejoras.
- Realizar el registro de notificación de caídas y entregarlo a la supervisora de enfermería.

Supervisora de enfermería:

- Verificar si se llevaron a cabo las recomendaciones del protocolo de prevención de caídas.
- Valorar si se establecieron las medidas preventivas.
- Entregar el registro de caídas al Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería o realizar la notificación, en caso de que la enfermera responsable no lo realizara. (Anexo IV).

## **2.4 Intervención de enfermería: papel clave para un envejecimiento saludable**

El envejecimiento saludable, como se ha dicho anteriormente, se basa en llevar a cabo una vida plena y fomentar una estabilidad funcional, lo que ayuda a mantener un bienestar en la vejez. Es cierto que este proceso se debe de considerar un periodo normal, que forma parte del ciclo vital<sup>(18)</sup> de cada persona y que con ello van de la mano fortalezas y debilidades, además de oportunidades que se encontrarán dentro de él, para disfrutar de ese bienestar y satisfacción.

La intervención de Enfermería es vital para que se lleve a cabo este proceso de envejecimiento fisiológico de la mejor manera, y así poder ayudar a aquellas personas a adaptarse a este nuevo ciclo y con ello darle normalidad a la vejez. Entendemos que el camino del envejecimiento conlleva cambios no sólo físicos, también psicosociales y espirituales, por lo que se precisa un proceso de adaptación que facilite la natural evolución del ciclo vital y que en modo alguno entre en lucha o entorpezca la transformación de la propia senectud.

La enfermería ayudará al paciente a recibir todos aquellos cuidados que necesite, los controles necesarios para las patologías que presentan (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc.), además de lo más importante: asegurar la independencia del adulto mayor; como decía Virginia Henderson “la meta de la profesión de enfermería es conservar o restablecer la independencia del cliente”. La calidad de vida es otro de los puntos importantes que se debe resaltar dentro de la intervención de enfermería, como decía Callistar Roy. Por otro lado, no puede faltar el autocuidado relacionado con la independencia, donde la enfermería tiene como referente a Orem quien lo definió como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”<sup>(20)</sup>.

La intervención de enfermería es importante para el envejecimiento saludable. Con la riqueza de propuestas que antepasados de la enfermería y referentes importantes en el mundo sanitario, se puede contribuir a un cuidado completo, no solo físico si no también espiritual, ético y social que esté basado en el cuidado humanizado y donde se promueva la gestión, la funcionalidad y la educación para un bienestar en la vejez <sup>(20)</sup>. Tal y como aporta Z. E Leiton Espinoza “el adulto mayor es un ser único, total, complejo, infinito, inacabado y trascendente”.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño**

El diseño de este trabajo de investigación se caracteriza por ser de tipo descriptivo y observacional debido a que se basa en analizar las causas y consecuencias del riesgo de caídas donde se lleva a cabo una observación, una medición y un análisis de las diferentes variables.

Además, se trata de un estudio transversal donde se relaciona el riesgo de caídas con los factores de riesgo que posee el paciente, tanto extrínseco como intrínseco.

#### **3.2 Población y muestra**

La población de esta investigación son los adultos mayores de 65 años de edad usuarios del Centro de Salud de Atención Primaria de Icod de los Vinos. Dicho centro posee diez consultas de atención de primaria en su totalidad; no obstante, el estudio se centra en la obtención de la muestra en tres de esas diez consultas. En la consulta nº 2 presenta 520 personas mayores de 65 años; la consulta nº4 consta de 256 personas y en la nº5 existen 230 personas. Se obtiene una muestra aleatoria de 46 personas en el total de las tres consultas.

El cuestionario utilizado para esta investigación es de elaboración propia basado en un cuestionario realizado por la OMS para el análisis del riesgo de caídas, en 1989.

#### **3.3 Instrumentos y procedimiento**

El cuestionario de elaboración propia incluye diferentes variables (Anexo V). Consta en primer lugar las variables de tipo demográfico, como es el sexo y la edad; se continúa con la percepción individual que cada paciente tiene sobre su salud actual, y otro tipo de

cuestiones sobre las causas, naturaleza y consecuencias de la caída; por último, el cuestionario incluye preguntas referentes a las medidas preventivas.

Por lo tanto, el cuestionario consta de doce preguntas que se dividen de esta manera:

- Dos preguntas descriptivas, donde responden sobre su sexo y edad.
- Una pregunta abierta, que corresponde a la enfermedad que padece el paciente, ya sea crónica o no.
- Cinco preguntas dicotómicas, donde el paciente debe contestar si o no referentes a preguntas como: tratamiento domiciliario, conocimiento y utilización de las medidas preventivas, percepción de salud y si ha sufrido alguna caída a lo largo del año estudiado.
- Cuatro preguntas de respuesta múltiple. El encuestado puede elegir más de una opción presentada en el cuestionario a modo de preguntas como: lugar de la caída sufrida, condiciones del suelo, tipo de caída (accidental, sorpresa, intencionada etc.) y consecuencias de dicha caída (herida, contusión, fractura etc.).

Las encuestas han sido recogidas durante el mes de febrero del 2019 a personas mayores de 65 años en tres consultas (nº2, 4, 5) diferentes del Centro de Salud de Icod de los Vinos. La entrevista ha sido de carácter anónimo y voluntaria. Debido a que el cuestionario utilizado no necesita el nombre ni la historia clínica del paciente, no ha sido precisa la autorización expresa por parte del Centro de Salud ni de la Gerencia de Atención Primaria; no obstante, la información sobre el proyecto y procedimiento ha sido debidamente comunicada tanto al Centro y sus profesionales de enfermería como a los usuarios entrevistados, manifestando en todo momento su interés y colaboración.

El instrumento tipo encuesta se realiza para la obtención de la prevalencia del riesgo de caídas que las personas de la tercera edad sufren en un plazo de un año. Se pretende conocer los factores extrínsecos e intrínsecos que más incidencia tienen en la persona, así como averiguar las diferentes causas de las caídas, ayudando a los propios pacientes a mejorar su calidad de vida. Además, este cuestionario aporta las consecuencias que han sufrido los diferentes pacientes que se han caído en el último año y con ello el conocimiento de las diferentes medidas preventivas y su utilidad en el domicilio.



El tratamiento estadístico de los datos recogidos se analiza en una primera fase descriptivamente, con la idea de ordenar y reunir toda la información en tablas de frecuencia y de contingencia. Además de representar este resumen en tablas se realizan diagramas de sectores y de barras con el fin de ilustrar de una forma más clara dicha información. Para esta tarea se elige una aplicación para hojas de cálculo del paquete de Microsoft Office Professional 2016, por ser accesible y de un manejo simple para esta fase.

En una segunda fase, se efectúa un análisis de los datos para responder a las cuestiones que se plantean en los objetivos y si estas podían considerarse observaciones trasladables a la población, es decir, sean significativas. En esta fase se recurre al paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25, para realizar la prueba  $\chi^2$  y estudiar las diferencias significativas ( $\alpha=0.05$ ) entre los grupos de sexo y edad respecto a su frecuencia de caídas.

### **3.4 Consideraciones éticas**

Para llevar a cabo este trabajo de investigación con el mayor éxito posible, se han tenido en cuenta diferentes consideraciones éticas y legales.

Durante el periodo de tiempo en el que se ha realizado dicha investigación, junto con la recogida de los datos utilizados para su análisis, se ha tenido en cuenta el código deontológico de la enfermería, así como los derechos y la privacidad de los pacientes. Por ello se ha adaptado a los principios de la Declaración de Helsinki por la 18ª Asamblea Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002) y Brasil (2013); además de las leyes y reglamentos vigentes en Europa y España.

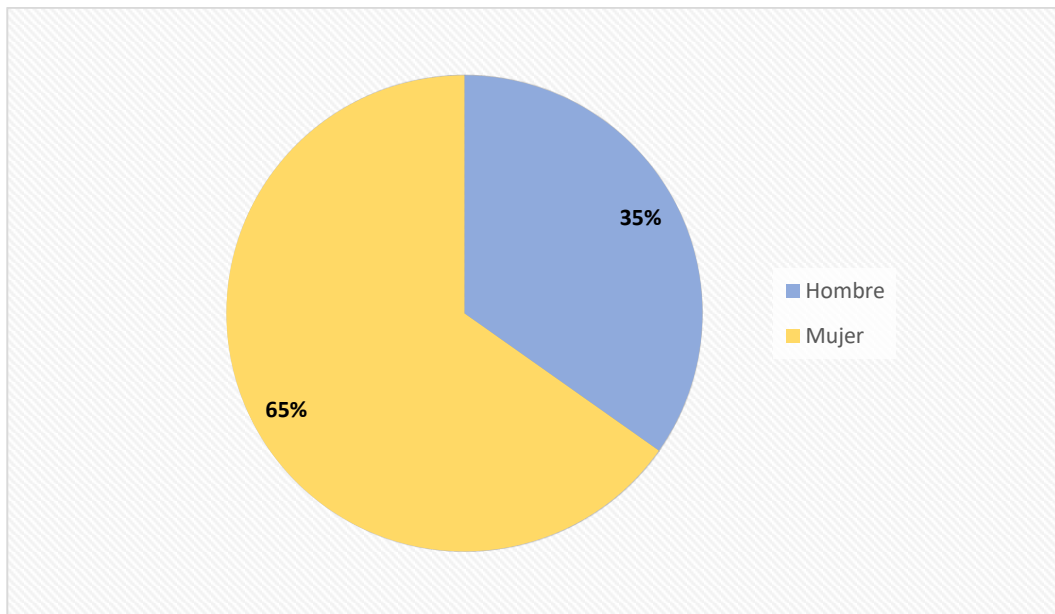
Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos de los pacientes que han participado en el estudio, solo tienen acceso el investigador y sus colaboradores. Aquellos datos personales obtenidos para este estudio se rigen por la Ley Orgánica de Protección de datos de Carácter Personal 15/1999.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Género y Edad**

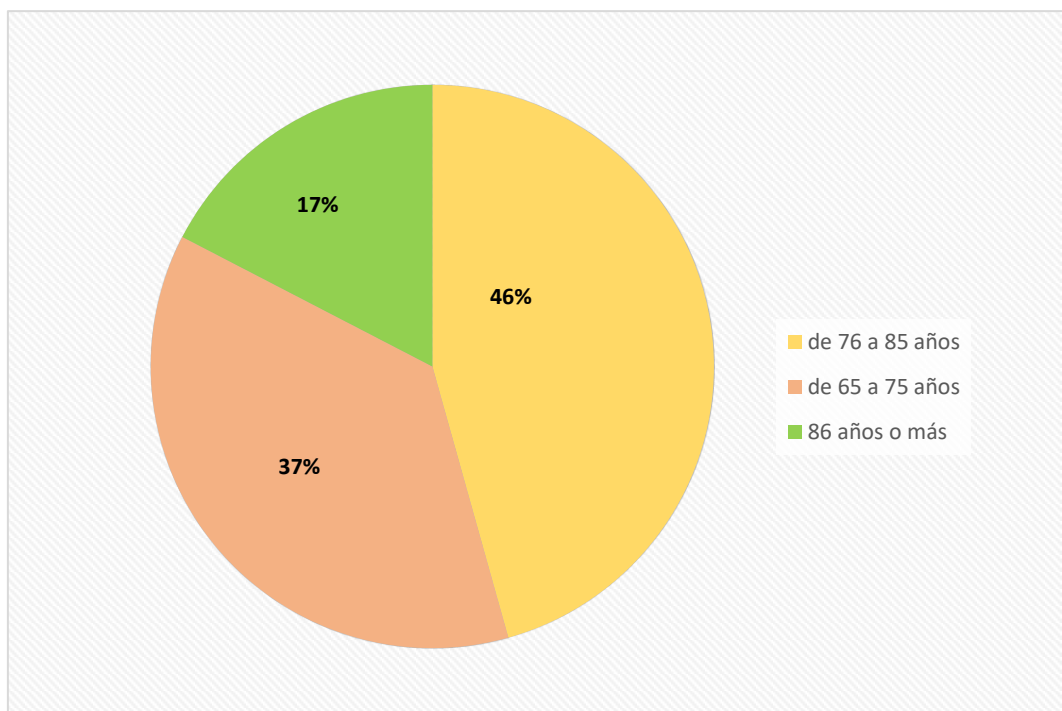
Los resultados obtenidos en la encuesta realizada a los adultos mayores de 65 años de edad (46 personas) en el Centro de Atención Primaria de Icod de los Vinos, se ha establecido en cuanto al género, que de las 46 personas que realizaron la encuesta 16 son de género masculino (35%) frente a las 30 personas de género femenino (65%), esto se observa en la figura 2.

Figura 2. Género



En el total de personas entrevistadas existe un rango de edad desde 65 a 93 años. Se ha establecido un rango de edad: de 65 a 75 años, donde 17 personas respondieron al cuestionario (37%); de 76 a 85 años de edad, donde 21 personas contestaron al cuestionario (46%) y, por último, rango de 86 años o más que corresponde a 8 personas (17%), como se observa en la figura 3.

Figura 3. Rango de edades.

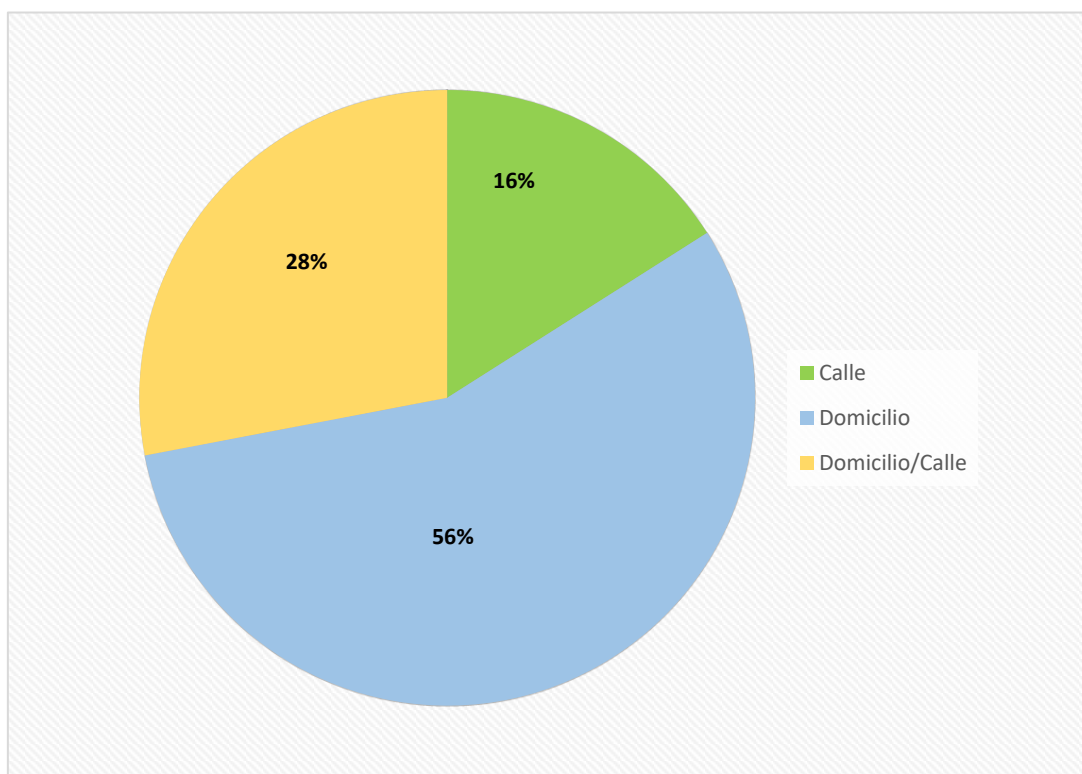


Las personas encuestadas han referido que poseen diferentes patologías. La hipertensión arterial junto con la diabetes mellitus tipo 2 son las patologías más resaltadas entre los encuestados. No obstante, también refieren otras como: esclerosis lateral amiotrófica, linfedema, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, diplopía, hipercolesterolemia, insuficiencia venosa, osteoporosis, marcapasos, enfermedad de Alzheimer, artritis, enfermedad de Párkinson y cáncer de huesos. Por otro lado, se ha constatado uso de polifarmacia ya que los encuestados ingieren tratamiento domiciliario que oscila entre las 5-7 pastillas diarias.

## 4.2 Caídas: lugar y frecuencia

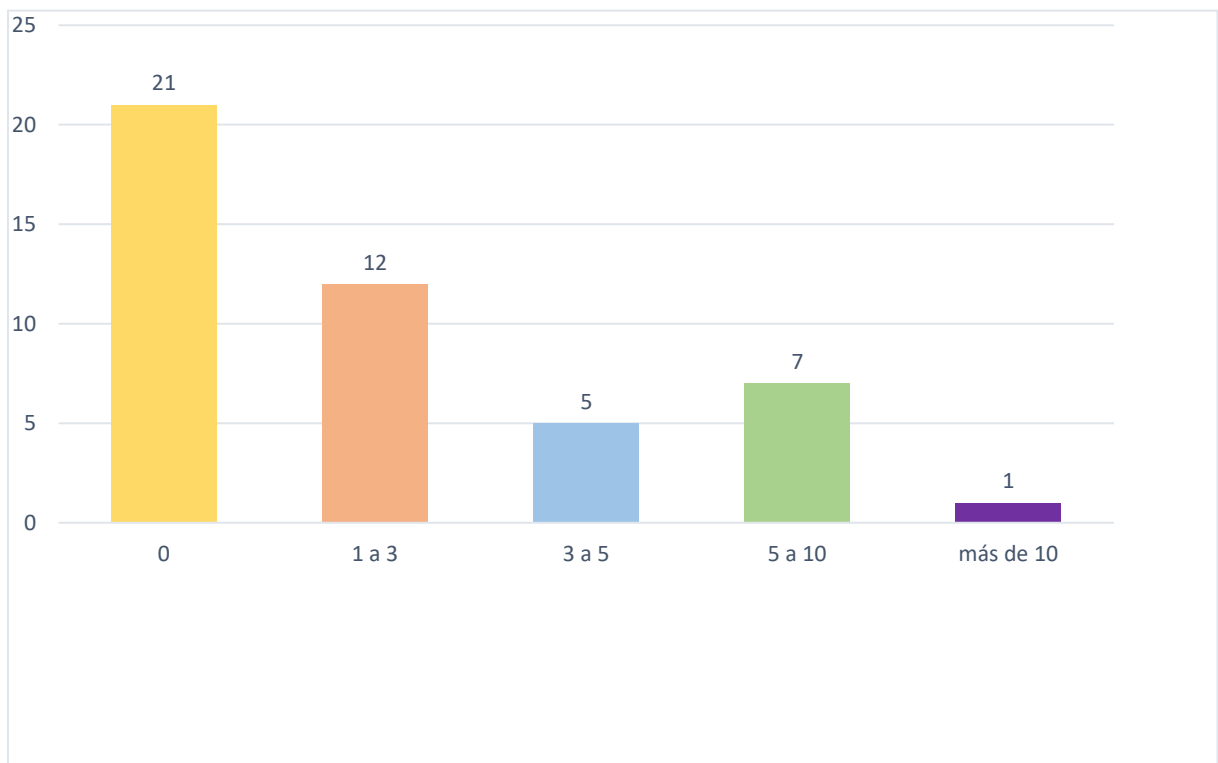
Se ha comprobado que, de 46 personas entrevistadas en el mes de febrero del 2019, 25 han sufrido alguna caída en el último año. En cuanto al lugar de la caída el domicilio es el lugar predominante con un total de 14 caídas (56%), seguidamente la calle con 4 personas que han sufrido alguna caída en dicha ubicación (16%) y por último ambas opciones con 7 personas que se han caído alguna vez o en el domicilio o en la calle (28%), como se puede observar en la figura 4.

Figura 4. Lugar predominante de las caídas en el adulto mayor



La frecuencia de las caídas se ha agrupado en ninguna, de 1 a 3 caídas, de 3 a 5 caídas, de 5 a 10 y más de 10 caídas producidas en el último año. De las 46 personas que realizaron la encuesta 21 no han sufrido ninguna caída en el último año (45,7%) y de las 25 personas que si se han caído alguna vez en el último año: 12 personas han sufrido entre 1 a 3 caídas en el año (26.1%), 5 personas se han caído de 3 a 5 veces (10,9%), 7 personas han sufrido entre 5 a 10 caídas (15,2%) y por último 1 persona ha tenido más de 10 caídas en el último año (2,2%), como se señala en la figura 5.

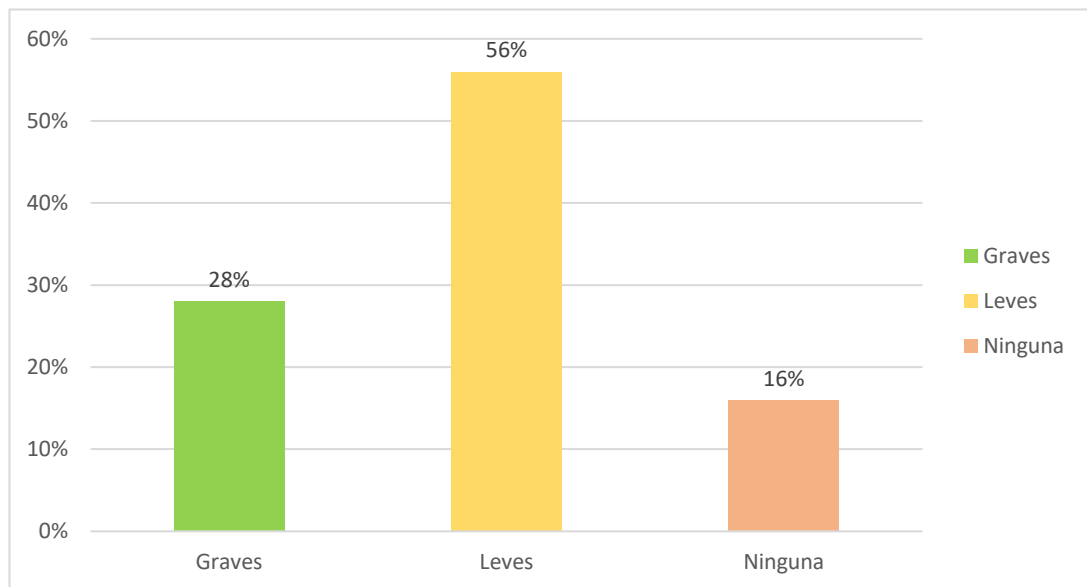
Figura 5.Frecuencia de caídas en el adulto mayor



### 4.3 Consecuencias de las caídas

Las consecuencias de las caídas se han clasificado según el nivel de gravedad: grave (fisura y fracturas), leve (heridas) y sin consecuencias. Las consecuencias graves han tenido lugar en un 28 % (7 caídas), las consecuencias leves en un 56% (14 caídas) y por último no ha habido ninguna consecuencia un 16% (4 caídas), como se observa en la figura 6.

Figura 6. Consecuencias de las caídas



### 4.4 Medidas preventivas: conocimiento y utilización

En medidas preventivas, de las 46 personas entrevistadas, 1 persona (2,1%) desconoce las medidas preventivas para evitar el riesgo de caídas frente a las 45 personas (97,8%) que conocen los diferentes métodos de prevención que existen como, por ejemplo: las barandillas en la ducha, utilizar plato de ducha en lugar de bañera, vivir en un piso con ascensor, suelo antirresbaladizo etc.

En cuanto a la utilización de las medidas preventivas dentro de sus hogares 5 personas (10.8%) no poseen en sus hogares ni utilizan ninguna medida preventiva, frente a las 41 personas (89,1%) que si utilizan dichas medidas preventivas. Respecto a estos datos es de interés resaltar que de las 5 personas que no utilizan medidas preventivas, 3 de ellas han sufrido alguna caída en el último año, y 1 de ellas se ha caído más de 10 veces en un año.

## 4.5 Género y la frecuencia de caídas

Tabla 2. Tabla cruzada caída\*sexo

		Sexo		Total	
		Hombre	Mujer		
Caída	No	Recuento	12	9	21
		% dentro de Sexo	75,0%	30,0%	45,7%
	Si	Recuento	4	21	25
		% dentro de Sexo	25,0%	70,0%	54,3%
Total		Recuento	16	30	46
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos muestran que la incidencia de las caídas en hombre y mujeres es diferente. De las 46 personas que contestaron al cuestionario, el 54,3% indican que han sufrido una caída en el último año, en tanto que 21 personas (45,7%) no refieren caída (tabla 2). Cuando se estratifica esta información por sexos, se obtiene que las diferencias son significativas ( $p=0.005$ ), con un 70% de mujeres que había sufrido una caída frente al 25% de los hombres, como se observa en las tablas 2 y 3.

Tabla 3. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,517 <sup>a</sup>	1	,004		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	6,799	1	,009		
Razón de verosimilitud	8,775	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				<b>,005</b>	,004
N de casos válidos	46				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,30.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## 4.6 Edad y la frecuencia de caídas

Una variable que se estudia como un posible factor de riesgo relacionado con el número de caídas ha sido la edad de los individuos. Los datos han mostrado que la incidencia de las caídas aumentaba al aumentar la edad. Siendo del 35,3%, 57,1% y 87,5% para los grupos de 65 a 75 años, de 76 a 85 años y de 86 o más años, respectivamente, tal y como se advierte en la tabla 4. Estas diferencias entre grupos de edad fueron significativas ( $p=0,047$ ) respecto al hecho de caerse o no (tabla5), pero no se pueden considerar significativas las diferencias ( $p=0.119$ ) cuando se comparan los grupos respecto a la frecuencia de caídas como se puede observar en la tabla 6. El tamaño de la muestra no es suficiente para relacionar los tres grupos de edad con los 5 grupos de frecuencia, como se observa en las tablas 7 y 8 donde se muestra el porcentaje y número de caídas según grupo de edad y frecuencia de las caídas.

Tabla 4. Tabla cruzada Grupo edad\*Caída

% dentro de GRUPO EDAD

		Caída		Total
		No	Si	
GRUPO EDAD	de 65 a 75 años	64,7%	35,3%	100,0%
	de 76 a 85 años	42,9%	57,1%	100,0%
	86 años o más	12,5%	87,5%	100,0%
Total		45,7%	54,3%	100,0%

Tabla 5. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,097 <sup>a</sup>	2	,047
Razón de verosimilitud	6,636	2	,036
N de casos válidos	46		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,65.

Tabla 6. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,800 <sup>a</sup>	8	,119
Razón de verosimilitud	12,239	8	,141
N de casos válidos	46		

a. 12 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.



Tabla 7. Tabla cruzada Grupo Edad\*Número

% dentro de GRUPO EDAD

		Número					Total
		0	1 a 3	3 a 5	5 a 10	más de 10	
GRUPO EDAD	86 años o más	12,5%	37,5%	25,0%	12,5%	12,5%	100%
	de 65 a 75 años	64,7%	11,8%	11,8%	11,8%		100%
	de 76 a 85 años	42,9%	33,3%	4,8%	19,0%		100%
Total		45,7%	26,1%	10,9%	15,2%	2,2%	100%

Tabla 8. Tabla cruzada Grupo Edad\*Número

			Número					
			0	1 a 3	3 a 5	5 a 10	más de 10	
GRUPO EDAD	86 años o más	Recuento	1	3	2	1	1	8
	de 65 a 75 años	Recuento	11	2	2	2	0	17
	de 76 a 85 años	Recuento	9	7	1	4	0	21
Total		Recuento	21	12	5	7	1	46

## **5. DISCUSIÓN**

En nuestro caso la valoración de caídas se ha llevado a cabo en el domicilio y en la calle; no obstante, también ha habido autores <sup>(21)</sup> que han valorado dichas caídas en centros institucionalizados, siendo las mujeres las que han sufrido más caídas, al igual que en nuestro estudio de investigación.

En un estudio <sup>(22)</sup> realizado a ancianos españoles, el 28,4% de los participantes sufrieron una o más caídas a lo largo de un año; en nuestro caso, posiblemente debido a una muestra más reducida, un 54,4% de nuestros entrevistados sufrieron una o más caídas a lo largo del año estudiado.

En cuanto a la edad, en este estudio se refleja que el riesgo de caídas aumenta significativamente con el incremento de la edad, de manera similar a lo descrito por otros estudios <sup>(21)</sup>, con una edad que oscilaba entre los 79 a 82 años.

Respecto al lugar en el que se producen las caídas, coincidiendo con el estudio de la autora M<sup>a</sup> Jose Calero <sup>(6)</sup>; se produce mayoritariamente en el domicilio habitual del anciano. En cualquier caso, en estudios sobre caídas de pacientes institucionalizados <sup>(21)</sup>, de las 100 personas institucionalizadas 32 residentes sufrieron alguna caída en el periodo de tiempo estudiado, la mayoría presentaba buena movilidad y autonomía a la hora de realizar actividades de la vida diaria.

Las consecuencias más habituales en esta investigación son las leves, como son heridas o contusiones; esto coincide con otro estudio donde en un 50% de las caídas no se producen consecuencias físicas de importancia <sup>(21)</sup>. En comparación y de acuerdo a otro estudio realizado por Rodriguez-Molinero y colaboradores <sup>(22)</sup>, las consecuencias graves, como son las fracturas poseen un 9,3% mientras que es el 28% en nuestro caso.

Nuestra investigación resalta la polifarmacia como un posible factor de riesgo de caídas, de las 46 personas entrevistadas únicamente dos (una mujer de 74 años de edad y un hombre de 77 años) no toman tratamiento en su domicilio, de acuerdo con estudios observados <sup>(21)</sup> <sup>(22)</sup> el 93,7% de la población también muestran niveles altos de polifarmacia junto con un consumo medio de 8-9 pastillas por anciano.

Finalmente, en lo referente a patologías de los pacientes estudiados destaca en nuestro caso la hipertensión arterial, lo cual está en similitud con los hallazgos señalados por otros autores como Casas y colaboradores <sup>(23)</sup>, donde muestran un 55,5% de los casos.

## 6. CONCLUSIONES

1. El género femenino es el predominante a la hora de evaluar caídas accidentales en el año estudiado. Por otro lado, el mayor riesgo de caídas se produce en el rango de edad de 86 o más años.
2. La existencia de las caídas en personas de la tercera edad constituye un problema fundamental actual en nuestra sociedad. Además, las viviendas de dicha población resultan ser el lugar donde con más frecuencia se producen caídas. La valoración del hogar debe ser prioritaria en todas aquellas personas con riesgo de caídas.
3. Las consecuencias leves, como son las heridas y/o contusiones, son las más frecuentes. Aunque puede ser un problema menor, se ha de tener cuidado ya que con el paso del tiempo se puede condicionar problemas de mayor gravedad, como son las úlceras por presión o el miedo a volverse a caer (“Síndrome post-caída”) y el mayor grado de dependencia.
4. Tanto el conocimiento como la utilización de medidas preventivas debe tenerse en cuenta a la hora de evitar el riesgo de caídas. En este estudio la mayoría de los usuarios del Centro de Atención Primaria conocen y utilizan dichas medidas. Es de resaltar como el mayor número de caídas ha tenido lugar en un caso que no utilizaba ningún tipo de medida preventiva.
5. El conocimiento de las medidas preventivas debe de ir unido a la utilización de las mismas. En esta investigación se verifica que la mayoría de las personas encuestadas conocen y utilizan las medidas preventivas y aquellas personas que no las utilizan poseen un mayor riesgo de caídas. Es de resaltar en este estudio una persona que se ha caído en torno a diez veces en el último año y refiere no utilizar las medidas preventivas.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Caídas*. [Internet] [Consultado 20 Mar. 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Programa de prevención de caídas de personas mayores en el domicilio. (2019). *Seguridad y medio ambiente*, [Internet] (IV), pp.36-59. [Consultado 20 de marzo] Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/seguridad/n136/es/articulo4.html>
3. Benabarre Ciria S, Rodríguez Torrente M, Olivera Pueyo J, Lorente Aznar T, Lorés Casanova S, Pelegrín Valero C et al. Protocolo de estudio sobre condicionantes de desestabilización física y psicosocial en los mayores [Internet]. Science Direct. 2019 [consultado 20 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300565?via%3Dihub>
4. Balde Y. Intervención educativa para minimizar el riesgo de caídas en las personas mayores de la comunidad [Grado]. Universidad de Lleida; 2017.[Consultado 20 de marzo 2019] Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/59944/ybalde.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Romero Rizo L, Martín Sebastián E, Navarro López J, Luengo Márquez C. Tratado de Geriatria. 2007. [Consultado 20 de marzo 2019] Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
6. García Martínez C. Caídas, factores asociados y de riesgo en una población de personas mayores frágiles [Doctorado]. Universidad de Coruña; 2017. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=114204>
7. Beard J, Officer A, Cassels A. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Ginebra; 2015; [282 p] [Consultado 23 marzo 2019] Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=2B187868A5A0F4E8301AC220E9679A33?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=2B187868A5A0F4E8301AC220E9679A33?sequence=1)
8. Díaz Acosta J. Visión de enfermería sobre el riesgo de caídas de los ancianos institucionalizados [Grado]. Universidad de La Laguna; 2018. [Consultado 26 marzo 2019] Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/9112>
9. Alvarado García A.M, Salazar Maya A.M. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun [citado 16 abril 2019]; 25(2): 57-62. Disponible en:

- [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es).
10. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés J.J. EL anciano frágil. Detección y tratamiento en Atención Primaria. El Sevier [Internet] 2010 Jun [citado 16 abril 2019]; 42: 388-393. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0212656709005666>
  11. Jürschik Giménez P, Escobar Bravo M, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Atención Primaria [Internet]. El Sevier. 2011 abril [Citado 27 marzo 2019]. 43:190-196 Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0212656710002064>
  12. Gama Zenewton André da Silva, Gómez-Conesa Antonia. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2008 Oct [Citado 28 abril 2019]; 42(5): 946-956. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500022&lng=en).
  13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo sobre prevención y actuación ante una caída. 2015 [consultado 30 marzo 2019] p.1-9. Disponible en: [http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/im\\_089257.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/im_089257.pdf)
  14. Terra Jonas L, Vitorelli Dinis Lima K, Inácio Soares M, Mendes M, Vitor da Silva J, Ribeiro P. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? Gerokomos [Internet] marzo 2014 [Citado 30 abril 2019]; 25 (1): 13-16. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?frbrVersion=4&script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000100004&lng=en&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?frbrVersion=4&script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100004&lng=en&tlng=en)
  15. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo General: Caídas. Septiembre 2005; [consultado 2 abril 2019] p.1-8. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3Dprt\\_Caidas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3Dprt_Caidas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true)
  16. Gonzalez Oliveras. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Escala de Tinetti. 2015 [consultado 30 marzo 2019] p.1-3. Disponible en: [www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2015/07/Escala de Tinetti.doc](http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2015/07/Escala_de_Tinetti.doc)

17. Balbás Liaño V.M, Gómez Laso A.F. Curso: Proceso de Atención de Enfermería en los Síndromes Geriátricos. Módulo 2. [consultado 2 abril 2019] p.1-110. Disponible en: [http://www2.enfermeriacantabria.com/web\\_cursosenfermeria/docs/MO-DULO\\_2.pdf](http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MO-DULO_2.pdf)
18. 10. Hernández Herrera D, Ferrer Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervención de enfermería. Medigraphic [Internet]. 2007 [consultado 2 abril 2019];(15 (1):47-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071h.pdf>
19. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Practicas seguras relacionadas con cuidados de enfermería: Prevención de caídas en edificio actividades ambulatorias (EAA). Sep 2018. [consultado 10 diciembre 2018]
20. Leiton Espinoza Z.E. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enferm. univ [revista Internet]. 2016 Sep [consultado 2 abril 2019]; 13(3):139-141. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000300139&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300139&lng=es).
21. Carballo-Rodríguez Adelina, Gómez-Salgado Juan, Casado-Verdejo Inés, Ordás Beatriz, Fernández Daniel. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Gerokomos [Internet]. 2018 [consultado 2 abril 2019]; 29 (3): 110-116. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000300110&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000300110&lng=es).
22. Rodriguez Molinero A, Narvaiza L, Gálvez Barrón C, De la Cruz. J.J, Ruiz J, Gonzalo N, Valldosera E, Yuste A. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. El Sevier. [Revista Internet] 2015 Jul [consultado 2 abril 2019] 50(6): 274-280. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15000931>
23. Casas Paola, Varela Luis, Tello Tania, Ortiz Pedro, Chávez Helver. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. Rev Med Hered [Internet]. 2012 Oct [consultado 2 abril 2019]; 23(4):229-234. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2012000400003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000400003&lng=es).

## 8. ANEXOS

### Anexo I:

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
MEDICAMENTOS	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
DÉFICITS SENSORIALES	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

## Anexo II: Valoración test Tinetti

El test se divide en dos partes, la valoración del **equilibrio** por un lado y la de la **marcha** por otro. Para ello vamos solicitando al paciente distintos movimientos y actividades que iremos puntuando de 0 a 2, según el apartado, siendo la puntuación máxima en el equilibrio 16 puntos y en la marcha 12 puntos.

### Evaluación del equilibrio

El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos.

1. Equilibrio sentado:  
0 = Se inclina o se desliza en la silla  
1 = Se mantiene seguro
2. Levantarse:  
0 = Imposible sin ayuda  
1 = Capaz, pero usa los brazos para ayudarse  
2 = Capaz sin usar los brazos
3. Intentos para levantarse:  
0 = Incapaz sin ayuda  
1 = Capaz, pero necesita más de un intento  
2 = Capaz de levantarse con un solo intento
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 sg):  
0 = Inestable (se tambalea, mueve los pies) marcado balanceo de tronco  
1 = Estable, pero usa andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse  
2 = Estable sin andador, bastón u otros soportes
5. Equilibrio en bipedestación:  
0 = Inestable  
1 = Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte  
2 = Apoyo estrecho y sin soporte
6. Empujar (el paciente en bipedestación, con el tronco erecto, con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano 3 veces):  
0 = Empieza a caerse  
1 = Se tambalea, se agarra, pero se mantiene  
2 = Estable
7. Ojos cerrados (en la misma posición que en empujar):  
0 = Inestable  
1 = Estable
8. Vuelta de 360 grados:  
0 = Pasos discontinuos  
1 = Pasos continuos  
0 = Inestable (se tambalea, se agarra )  
1 = Estable
9. Sentarse:  
0 = Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla  
1 = Usa los brazos o el movimiento es brusco  
2 = Seguro, movimiento suave



**Evaluación de la marcha**

El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a “paso normal”, luego regresa a “paso rápido” pero seguro.

1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande):  
0 = Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar  
1 = No vacila
2. Longitud y altura de paso (movimiento del pie derecho):  
0 = El pie derecho NO sobrepasa al pie izquierdo  
1 = El pie derecho sobrepasa al pie izquierdo  
0 = El pie derecho NO se separa completamente del suelo con el paso  
1 = El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso
3. Longitud y altura de paso (movimiento del pie izquierdo):  
0 = El pie izquierdo NO sobrepasa al pie derecho  
1 = El pie izquierdo sobrepasa al pie derecho  
0 = El pie izquierdo NO se levanta completamente del suelo con el paso  
1 = El pie izquierdo se levanta completamente del suelo con el paso
4. Simetría del paso:  
0 = La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual  
1 = La longitud parece igual
5. Fluidez del paso:  
0 = Paradas entre los pasos  
1 = Los pasos parecen continuos
6. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros):  
0 = Desviación grave de la trayectoria  
1 = Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria  
2 = Sin desviación o ayudas
7. Tronco:  
0 = Balanceo marcado o usa ayudas  
1 = No balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar  
2 = No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas
8. Postura al caminar:  
0 = Talones separados  
1 = Talones casi juntos al caminar

Anexo III: Hoja de registro de caídas en el CHUC






CONSULTA/SERVICIO \_\_\_\_\_

ETIQUETA Lugar caída \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA \_\_\_\_\_

Nº CAÍDAS ANTERIORES S/PROCEDE \_\_\_\_\_

**Factores del entorno (extrínsecos)**

Freno de cama/camilla puesto	Suelo mojado deslizante
Uso de barandillas	Desorden, obstáculos
Iluminación adecuada	Ropa, calzado inadecuado
Otros	

**Factores del paciente (intrínsecos)**

Atercción de:	Medicación	Dispositivos
La marcha	Sedantes	Drenajes
Sensitivas	Diuréticos	Oxigenoterapia
Oculares	Hipoglucemiantes	Sondas
Auditivas	Anestesia	Sueroterapia
No procede	Hipotensiones	Otros

Nivel Dependencia	Deambulación	Dispositivo
Independiente	Ayuda de otra persona	Muletas
Parcialmente dependiente	Solo	Silla ruedas
Dependiente		Andador
No se conoce		Bastón

Incontinencia \_\_\_\_\_ Postoperatorio \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**Circunstancias de la Caída**

En cama	Sentado	Resbalón
Camilla	En el baño	Tropiezo
Otros		





**Descripción de lo ocurrido**

\_\_\_\_\_

**Causa/s probable/s de la caída**

\_\_\_\_\_

Prevención de caídas 7

**Atención Inmediata tras la caída**

Sin lesiones	Herida contusa	Desconexión/pérdida de dispositivo
Pérdida de conciencia	Fractura	Vía venosa
Hematoma	Abrasión	Drenaje
Herida lacer	Erosión	Otros, especificar
<b>Cuidados</b>		
Cura simple	Aviso a médico/enfermera	Derivación Urgencias
Otros		

**Anexo IV:****Cuestionario para el estudio de caídas en personas de la tercera edad:**

Estimado señor/a: Me llamo Amanda Marrero Henríquez alumna del cuarto curso del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna. La presente entrevista se realiza para recoger datos para mi trabajo de fin de grado sobre el riesgo de caídas. Por lo que a continuación se adjuntan una serie de cuestiones que servirán para estudiar todas las variables de nuestro estudio. Este cuestionario es de carácter anónimo y voluntario y los resultados obtenidos se utilizarán sólo con fines de investigación. Agradezco su participación, muchas gracias.

**1. Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

**2. ¿Pudiera decir los años que usted tiene cumplidos? \_\_\_\_\_**

**3. ¿Cómo usted percibe o considera su estado de salud?**

Supuestamente sano (Saludable) \_\_\_\_\_ Aparentemente enfermo (No saludable).  
\_\_\_\_\_

**4. ¿Padece usted alguna enfermedad? \_\_\_\_\_**

**5. ¿Toma usted algún tratamiento en su casa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**6. ¿Se ha caído alguna vez? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_** (Si es afirmativa su respuesta, escriba el número de veces aproximadamente que se ha caído)

**7. Lugar de la caída (puede señalar ambas) Domicilio \_\_\_\_ En la calle \_\_\_\_**

**8. Condiciones del suelo:**

- Liso Otro: \_\_\_\_\_
- Resbaladizo
- Pendiente
- Escaleras

**9. Tipo de caída:**

- Mareo
- Aparentemente accidental
- Totalmente sorpresa
- Provocada por terceros (animal, empujado por otra persona...)
- No puede decirlo

Otros (precisar): \_\_\_\_\_

**10. Consecuencias de la caída:**

- Ninguna
- Herida superficial
- Fractura de rodilla, cadera etc
- Otra: \_\_\_\_\_

**11. ¿Usted sabe qué existen medidas preventivas para evitar dichas caídas tanto dentro como fuera de su hogar?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**12. ¿Posee en su casa alguna medida preventiva para evitar dichas caídas?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_