

# EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO «PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS» EN ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE

Willian Jesús Martín-Dorta\*, Pedro Ruymán Brito-Brito\*\*, Janet Núñez-Marrero\*, Domingo Ángel Fernández-Gutiérrez\*\*\*, Irene Clara Parrilla-Suárez<sup>◊</sup>, Eneida Palmer-Tomé<sup>◊</sup>, Haridian Galdona-Luis<sup>◊</sup>, Victoria Plasencia-Delgado<sup>◊</sup>, Lorenzo Rubén Lorenzo-León<sup>◊◊</sup>, Alfonso Miguel García-Hernández<sup>◊◊◊</sup>

## RESUMEN

Las caídas son un problema de salud pública con relevancia a nivel mundial considerándose la segunda causa de defunción por traumatismos involuntarios. Las enfermeras desempeñan un papel central en la prevención de las caídas mediante la implantación de recomendaciones basadas en la evidencia. Las guías de buenas prácticas (GBP) permiten proporcionar cuidados basados en la mejor y más actual evidencia. La Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) desarrolla GBP que difunden a nivel mundial gracias al Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados<sup>®</sup> BPSO<sup>®</sup>, en el que participa, como centro candidato, la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife implantando la Guía «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas». Los objetivos de este estudio fueron describir el perfil del paciente atendido en domicilio por Enfermería de Enlace en las ZBS del Área de Salud de Tenerife donde se implanta la GBP.

**PALABRAS CLAVE:** práctica basada en pruebas, evaluación de programas, guía de práctica clínica, caídas accidentales, prevención primaria, atención primaria de salud.

EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF THE RNAO GOOD PRACTICES GUIDE  
«PREVENTING FALLS AND REDUCING INJURY RESULTING FROM FALLS»  
IN PRIMARY CARE OF TENERIFE

## ABSTRACT

Falls are a public health problem with worldwide relevance and are considered the second cause of death due to involuntary trauma. Nurses have a central role in preventing falls by implementing evidence-based recommendations. Good practice guidelines (GBP) allow care to be provided based on the best and most current evidence. The Nurses Association of Ontario (RNAO) develops GBP that it expands worldwide thanks to the Program of Centers Committed to Excellence in Care, BPSO<sup>®</sup>, in which the Primary Care Management of Tenerife participates, as a candidate center, implementing the Guide «Preventing falls and reducing injury resulting from falls». The objectives of this study were to describe the profile of the patient included in «Home Health Care Service» in the ZBS of the Tenerife Health Area where the GBP is implemented.

**KEYWORDS:** evidence-based practice abstract, program evaluation, practice guideline, accidental falls, primary prevention, primary health care



## INTRODUCCIÓN

La práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) se ha convertido en una herramienta esencial para mejorar la toma de decisiones en la atención sanitaria (Sackett *et al.*, 1996; de Pedro-Gómez *et al.*, 2011). Numerosos estudios han demostrado que la integración de la mejor y más actual evidencia científica en la práctica clínica se asocia a una mayor calidad de la asistencia sanitaria (Melnik *et al.*, 2012). La relevancia actual de la PCBE queda de manifiesto al considerarse una competencia esencial en la formación y evaluación profesional (Skela-Savič *et al.*, 2017).

Sin embargo, a pesar de la amplia aceptación de este paradigma para guiar y facilitar la toma de decisiones de práctica clínica, alrededor del 35% de la misma no se ajusta a la mejor evidencia disponible (Grol, 2001). La falta de consenso y la elevada variabilidad de la práctica clínica aumenta el riesgo de cometer errores, incrementa el uso ineficiente de recursos y favorece la continuación de prácticas sin suficiente respaldo científico o incluso potencialmente dañinas (Sackett *et al.*, 1996; Squires *et al.*, 2011).

La brecha entre los resultados de la investigación y su traslación a la práctica clínica plantea una preocupación creciente exigiendo la necesidad de encontrar modelos que sustenten con suficiente capacidad explicativa los fenómenos que guían la transferencia y la adherencia a los nuevos conocimientos disponibles (Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Kreindler, 2016). Aunque los modelos que respaldan la guía en la toma de decisiones clínicas no están exentos de críticas, se postulan como una respuesta válida al aumento de la complejidad de las organizaciones sanitarias y a la necesidad de mejorar la atención en términos de costo-efectividad, costo-beneficio, coste-utilidad y satisfacción a nivel de desarrollo profesional (Morales Asencio *et al.*, 2003; Wallis, 2012).

Entre los instrumentos implementados para facilitar las decisiones de la práctica en base a la evidencia figuran las guías de práctica clínica (GPC), las cuales requieren de una adecuada elaboración, evaluación e implementación para que se conviertan en motores de mejora de la calidad de los cuidados. Las GPC constituyen un tipo de síntesis de la mejor y más actual evidencia disponible, combinando todos los aspectos y valores que determinan una decisión clínica (riesgo, pronóstico, edad, costos, valores del paciente, alcances de la institución, entre otros) para formular recomendaciones de cuidado que guíen la toma de decisiones de los profesio-

---

\* Enfermera. Atención Primaria. Servicio Canario de Salud, Tenerife. España.

\*\* Profesor contratado doctor vinculado. Universidad de la Laguna- SCS, España.

\*\*\* Profesor asociado de Enfermería. Universidad de La Laguna. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Canario de Salud, Tenerife. España.

◊ Enfermera de enlace. Atención Primaria GAPTF. Servicio Canario de Salud, Tenerife. España.

◊◊ Enfermero responsable de imagen. Servicio Canario de Salud, Tenerife. España.

◊◊◊ Profesor titular de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, España.

nales de la salud sobre situaciones de cuidado específicas (Brunt & Morris, 2023). Las GPC refinan preguntas clínicas y mantienen un equilibrio entre los beneficios y el riesgo de una recomendación. El proceso metodológico para la realización de una GPC se basa en el consenso de un grupo de investigadores, expertos, profesionales clínicos y pacientes, quienes examinan la evidencia cuidadosamente y deciden sobre la base de sus implicaciones (DiCenso *et al.*, 2002).

Las GPC de mayor calidad son desarrolladas por organizaciones cuyo interés se centra en la mejora de la calidad de los cuidados y en la creación de centros comprometidos con la excelencia en la prestación de los mismos. Este es el caso de la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), una de las pocas organizaciones en el mundo que desarrolla guías que incluyen recomendaciones para la práctica adaptadas específicamente a intervenciones de enfermería, así como recomendaciones de tipo educativo y orientadas a las políticas sanitarias. Además, la RNAO está especialmente centrada en la implantación y evaluación de las guías a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® BPSO®.

Según la propia RNAO, las GPC son desarrolladas e implantadas para facilitar el cumplimiento de uno o más de los siguientes objetivos (RNAO, 2012):

- Proporcionar un cuidado efectivo basado en la evidencia actual.
- Resolver un problema determinado en el ámbito clínico.
- Conseguir la excelencia en el cuidado proporcionado alcanzando o sobrepasando los estándares de calidad.
- Dar a conocer la innovación.
- Eliminar el uso de intervenciones no reconocidas como buenas prácticas.
- Crear entornos laborales que permitan la excelencia clínica.

El Programa BPSO® llega a España en 2011 gracias al convenio firmado entre RNAO, la Unidad de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (Investén-ISCI) y el Centro Coordinador Español del Instituto Joanna Briggs de Investigación Basada en la Evidencia, fundado por Investén-ISCI y 16 comunidades autónomas. Su propósito es establecer un marco de referencia para promover la toma de decisiones en enfermería de acuerdo con la mejor evidencia disponible y en diferentes niveles del sistema social y sanitario a través de la implementación y evaluación de las guías de buenas prácticas (GBP).

En 2019, la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF) solicita la candidatura para participar en el Programa BPSO® comprometiéndose a la implementación y evaluación de tres GBP en Zonas Básicas de Salud (ZBS) seleccionadas de acuerdo con un diagnóstico previo de necesidad y en base a un estudio de factibilidad y adaptabilidad, analizando barreras y facilitadores para el desarrollo del proyecto. Las tres GBP seleccionadas para su implantación fueron Disminución de complicaciones del pie en personas diabéticas; Prevención Primaria de la obesidad infantil; y Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas. La fase de candidatura culmina en enero de 2024 según el compromiso firmado.



El presente estudio centra su interés en el proceso de implantación de la Guía «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas» en las ZBS de San Benito, La Universidad, Laguna-Mercedes y Güímar, dependientes de la GAPTF.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como «sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga». Las caídas son un problema importante para la salud pública en todo el mundo. Se calcula que anualmente se producen 684 000 caídas mortales, lo que convierte a este problema en la segunda causa de defunción por traumatismos involuntarios, por detrás de los accidentes de tráfico (OMS, 2021).

Los factores de riesgo de las caídas son diversos y de origen habitualmente multifactorial e interrelacionados. Dichos factores de riesgo se describen y clasifican de distintas formas, por ejemplo, modificables y no modificables, o clasificándolos como de origen biológico (intrínseco), ambiental (extrínseco), conductual, social o económico (Degelau, *et al.*, 2012; Tsai *et al.*, 2020).

Un concepto íntimamente relacionado con el riesgo de sufrir caídas es el de fragilidad, el cual se define como el deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, provocando una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés que aumenta el riesgo de presentar una serie de resultados sanitarios adversos (OMS, 2015). La edad, por tanto, es uno de los principales factores de riesgo de sufrir caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de morir y de sufrir lesiones derivadas de las caídas, y el riesgo en este grupo aumenta a medida que aumenta la edad. En España aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año. Así mismo, la incidencia de caídas en personas institucionalizadas se sitúa alrededor del 40% anual (Tsai *et al.*, 2020). En cuanto al sexo, las mujeres tienen un mayor riesgo de caídas que los hombres y también sufren las consecuencias más graves, con un mayor porcentaje de fracturas de cadera, tres veces mayor al de los hombres (Silva-Gama *et al.*, 2008). La edad y el sexo son factores de riesgo no modificables; sin embargo, otros factores, como los trastornos del equilibrio, una marcha inestable, la debilidad muscular, la polimedicación y las barreras del entorno, son factores de riesgo potencialmente modificables. A medida que aumenta el número de factores de riesgo se incrementa drásticamente la probabilidad de sufrir una caída, por tanto, su identificación precoz permite elaborar y aplicar estrategias de prevención actuando sobre ellos.

Otro concepto relevante que se relaciona, tanto con la fragilidad como con el riesgo de caídas es el de «paciente crónico en situación de complejidad». Aunque no siempre una situación de fragilidad está asociada a un proceso de cronicidad con complejidad clínica, la presencia de enfermedades crónicas sí supone un factor de peso que puede romper el equilibrio que da lugar a la fragilidad. Entre sus características diferenciales más prevalentes estarían la presencia concurrente de varias enfermedades crónicas, la disminución de la autonomía, la frecuente utilización de servicios de urgencia, un mayor número de ingresos hospitalarios y la presencia de polimedicación (Knickman *et al.*, 2010). El riesgo de caídas se presenta como uno de los factores asociados a este perfil de pacientes (Contel *et al.*, 2012).



En este sentido, las enfermeras junto con otros profesionales de la salud desempeñan un papel central en la prevención de las caídas y de las lesiones derivadas de las mismas mediante la implantación y la evaluación de recomendaciones basadas en la evidencia (Simón *et al.*, 2010). Los resultados obtenidos de la revisión de la literatura científica y el hecho de contar en la GAPTF con un equipo de Enfermería Comunitaria de Enlace (ECE) encargado de la continuidad de cuidados en domicilio y especializado en la gestión de casos conducen a la selección de la GBP de RNAO «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas» para su implantación, con una mayor probabilidad de obtener resultados positivos. Una vez aprobada la candidatura al Programa BPSO, se inician los pasos para desarrollar el proceso de implantación de las recomendaciones de la guía. Se crea un equipo de coordinación del proceso de implantación conformado, entre otros, por personas líderes del proyecto y responsables de dirección en la GAPTF. Este equipo, a su vez, selecciona a las responsables y corresponsables de guía. En este caso se seleccionan cuatro ECE que representan a cada una de las ZBS en las que se implanta la misma. Las responsables de guía tuvieron como principales funciones la revisión, análisis y selección de recomendaciones de la guía; análisis de indicadores de contenido y resultados; viabilidad de registros en historia clínica electrónica (HCE) Drago-AP; liderazgo en las actividades formativas y difusión de recomendaciones de la guía; y evaluación de los profesionales candidatos para participar como impulsores y colaboradores desde el inicio de la implantación en su ZBS. Actualmente la guía se encuentra en fase de implantación, la cual incluye, además, la comunicación y difusión de los resultados, intercambio de conocimiento, trabajo en red y la realización del plan de monitorización y evaluación de los resultados.

La GBP de RNAO «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas» en su cuarta edición (2017) incluye 13 recomendaciones para la práctica, dos recomendaciones para la formación y tres recomendaciones para la organización y directrices, 18 en total (RNAO, 2017). De estas, se seleccionan 11 (61%) de acuerdo con criterios de operatividad y adaptabilidad respecto al contexto de implantación. Las recomendaciones seleccionadas fueron las 1.1, 1.2a, 1.2b, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1 y 4.2. (Anexo 1).

Como objetivos de este estudio se plantean:

1. Describir el perfil del paciente atendido en domicilio por ECE en las ZBS del Área de Salud de Tenerife donde se implanta la GBP «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas».
2. Identificar los factores asociados al riesgo de caídas en ese perfil de pacientes.
3. Describir los cuidados planificados para prevenir las caídas en los pacientes en los que se ha identificado el riesgo de caídas.
4. Analizar el grado de implantación de recomendaciones de la GBP en función de sus indicadores de evaluación.



## MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal, de corte analítico.

Población y muestra: La población adscrita a las cuatro ZBS a estudio que cumple criterios para su consideración como pacientes crónicos de alta complejidad de acuerdo con los registros en HCE Drago-AP la conforman un total de 6478 usuarios. De esta, los pacientes incluidos en el programa «Atención Domiciliaria al Paciente Inmovilizado» de la cartera de servicios la conforman 1087 usuarios (16,8%). Este número total de pacientes, distribuidos en las ZBS de San Benito, Güímar, Laguna-Mercedes y La Universidad, conforma la muestra de nuestro estudio. Como criterios de exclusión se encuentran aquellos casos que no dispongan de la información necesaria en HCE, que se recoge en forma de variables.

Procedimiento de recogida de datos: La investigación incluye información registrada en HCE Drago-AP al inicio del proceso de implantación de la GBP (septiembre de 2020). Además, para responder al objetivo 4, se extraen datos relacionados con los indicadores propios de evaluación de la GBP de RNAO, alojados en una base de datos de alcance nacional, denominada CarEvID. Esta información se extrae en diferentes momentos, según el calendario de evaluación programado: durante la fase previa (medidas basales), a lo largo del propio proceso y tras finalizar el mismo.

Variables: Las variables que configuran la base de datos para la realización de este estudio se agrupan entre aquellas extraídas de HCE Drago-AP y las recogidas desde la plataforma de datos de CarEvID.

Extraídas de HCE Drago-AP.

- Sociodemográficas: sexo, edad, ZBS de pertenencia.
- Clínicas: clasificación como persona mayor, nivel de complejidad, ingreso hospitalario previo, tipo de alimentación, hábito de ejercicio físico, abuso de sustancias, patologías y prescripciones farmacológicas.
- De funcionalidad: información recogida de la valoración enfermera, realizada en HCE bajo el marco de Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Gordon (Gordon, 1994).
- Del plan de cuidados: diagnósticos enfermeros de NANDA-I (Herdman *et al.*, 2021), criterios de resultado NOC (Moorhead *et al.*, 2019) e intervenciones NIC (Butcher *et al.*, 2019).

Extraídas de CarEvID.

- Pacientes que se han caído.
- Número total de caídas y tipo de lesiones derivadas. Porcentajes que producen lesión.
- Número de visitas.
- Tasa de caídas.
- Daños psicológicos tras caídas.
- Caídas previas.
- Cribados de riesgo, valoraciones realizadas y planes de cuidados registrados.
- Contenciones. Tipos.

Análisis estadístico: Se crea una base de datos anonimizada en archivo Excel© con la información requerida para ejecutar las pruebas necesarias de acuerdo a los objetivos del estudio. Cada HCE se codifica numéricamente para mantener la confidencialidad, anonimizando los casos. La base de datos se exporta al programa estadístico SPSS© v.25.0 para depuración y análisis. Las variables nominales se resumen utilizando la frecuencia absoluta de sus categorías, mientras que para las de escala se emplea la media y desviación estándar (DE) o mediana y percentiles 5-95, en función de la normalidad de su distribución. El análisis bivalente, realizado al objeto de comprobar asociaciones y diferencias, se lleva a cabo con las pruebas de Chi-Cuadrado, T de Student o U de Mann-Whitney, ANOVA de un factor o Kruskal-Wallis, y las pruebas de correlación de Pearson o la de Spearman-Brown, según proceda conforme al tipo de variables a asociar y la normalidad de su distribución cuando estas son de escala. Todas las pruebas son bilaterales, de dos colas, a un nivel de significación  $\alpha < 0,050$  y se realizan con ayuda del paquete estadístico SPSS© v.25.0.

Consideraciones éticas: El estudio siguió las pautas marcadas en la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Tenerife, Islas Canarias, España) antes de su puesta en marcha. Este estudio se realizó en cumplimiento de la Ley Orgánica 41/2002, de 14 de noviembre, por la que se regula la autonomía, los derechos y obligaciones del paciente en materia de información y documentación clínica, así como el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, sobre la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales. Se observaron los principios éticos de la investigación biomédica y se preservó en todo momento la confidencialidad de los datos.

## RESULTADOS

Por género, el 57,9% de la muestra es femenina y, respecto a la edad, la media es de 73,9 (12,2%) años. Por ZBS, 456 (42,0%) pacientes corresponden a la ZBS de San Benito; 338 (31,1%) a la ZBS de Güímar; 150 (13,8%) a Laguna-Mercedes y 143 (13,2%) a La Universidad. Las características de la muestra de acuerdo con las variables registradas en HCE-Drago AP se resumen en la tabla 1.

Las diez patologías con mayor prevalencia registradas en HCE Drago-AP fueron hipertensión (87,6%), hiperlipidemia (77,1%), artrosis (67,1%), diabetes mellitus (55,3%), disritmia (42,8%), obesidad (40,2%), depresión (34,8%), ansiedad (33,4%), trastorno tiroideo (30,5%) y asma (29,5%). El porcentaje de polimedicación encontrado fue del 86,1% con una mediana de 10 prescripciones por paciente. En cuanto a la indicación de fármacos por grupos terapéuticos de interés en relación con el riesgo de caídas, los antidepresivos estuvieron prescritos en un 33,9% de pacientes; los ansiolíticos, en el 22,7%; los opioides, en un 21,3% y los hipnóticos/sedantes, en el 12,1%.

La mediana de PFS valorados fue de 4 (1-7). En el 14,8% de la muestra no existe registro de valoración por PFS. Los que mayor porcentaje de cumplimentación



TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA PARTICIPANTE

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA Y CATEGORÍAS DE RESPUESTA		n	%
Sexo	Mujer	629	57,9
	Hombre	458	42,1
Edad	<65 años	247	22,7
	Entre 65-79 años	429	39,5
	≥80 años	411	37,8
Clasificación persona mayor	Autónomo	337	31,0
	Frágil	192	17,7
	Dependiente	127	11,7
Nivel de complejidad	Alta complejidad	982	90,3
	Muy alta complejidad	105	9,7
Ingreso hospitalario en el último año	Sí	107	9,8
	No	980	90,2
Tipo de alimentación	Adecuada	41	3,8
	Parcialmente adecuada	5	0,5
	Inadecuada	5	0,5
Ejercicio físico	Activo	22	2,0
	Parcialmente activo	35	3,2
	Inactivo	49	4,5
Abuso de sustancias	Sí	39	3,6
	No	1048	96,4

obtuvieron fueron el Patrón 1, Percepción-Manejo de la salud, valorado en un 14% de casos; seguido del Patrón 11, Valores-Creencias, con un 12,3%; el Patrón 3, Eliminación, con un porcentaje de valoración del 12%; y el Patrón 4, Actividad-Ejercicio, valorado en el 10,2% de la muestra. Los porcentajes de alteración o riesgo de alteración de los PFS se describen en la tabla 2.

Se registraron 125 diagnósticos de enfermería de NANDA-I con una mediana de 5 (6-8) por usuario. Los 20 diagnósticos de NANDA-I con mayor prevalencia, según su registro en HCE, se muestran en la tabla 3. El diagnóstico enfermero Riesgo de caídas se registró en 235 HCE (21,6%), siendo el sexto en orden de prevalencia para este perfil de pacientes.

Los porcentajes de registro del diagnóstico de NANDA-I Riesgo de caídas no presentan diferencias significativas entre las cuatro ZBS analizadas: Güímar (24,3%); San Benito (18,0%); Laguna-Mercedes (23,3%); La Universidad (25,2%),  $\chi^2=6,28$  ( $p=0,09$ ).

Sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de edad de los pacientes que tienen registro de Riesgo de caídas frente a los que no lo tienen, 81,3 (10,1%) años frente a 71,9 (12,0%) ( $p<0,001$ ). Así mismo, se encontraron diferencias en los rangos promedio de citas de enfermería; PFS valorados

TABLA 2. NIVELES DE DISFUNCIONALIDAD SEGÚN RESULTADOS DE LA VALORACIÓN POR PATRONES DE SALUD DE GORDON

PATRONES DE SALUD DEL MARCO DE VALORACIÓN DE GORDON	DISFUNCIONALIDAD (ALTERACIÓN O RIESGO DE ALTERACIÓN)	
	<i>n</i>	%
1. Percepción-Manejo de la salud	423	38,9
2. Nutricional-Metabólico	398	36,6
4. Actividad-Ejercicio	327	30,1
6. Cognitivo-Perceptivo	289	26,6
3. Eliminación	234	21,5
5. Sueño-Descanso	231	21,3
8. Rol-Relaciones	130	12,0
7. Autopercepción-Autoconcepto	120	11,3
10. Adaptación-Tolerancia al estrés	93	8,6
11. Valores-Creencias	15	1,4
9. Sexualidad-Reproducción	12	1,1

TABLA 3. NECESIDADES DE CUIDADO PREVALENTES, REGISTRADAS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE NANDA-I

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS FRECUENTES (NANDA-I)	<i>n</i>	%
Disposición para mejorar la gestión de la salud	772	71,0
Disposición para mejorar el estado de la inmunización	456	42,0
Dolor agudo	354	32,6
Deterioro de la integridad cutánea	352	32,4
Disconfort	283	26,0
Riesgo de caídas	235	21,6
Patrón respiratorio ineficaz	174	16,0
Riesgo de nivel de glucemia inestable	172	15,8
Mantenimiento ineficaz de la salud	154	14,2
Deterioro de la eliminación urinaria	149	13,7
Protección ineficaz	145	13,3
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	129	11,9
Riesgo de infección	112	10,3
Déficit de autocuidado: baño	109	10,0
Trastorno de la percepción sensorial: (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa)	109	10,0
Riesgo de sangrado	108	9,9
Dolor crónico	105	9,7
Riesgo de lesión	103	9,5
Deterioro de la deambulación	95	8,7
Ansiedad	95	8,7



TABLA 4. PRUEBAS DE DIFERENCIA DE PORCENTAJE DE DISFUNCIONALIDAD, POR PATRONES DE SALUD DE GORDON, EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO RIESGO DE CAÍDAS

PATRONES DE SALUD DEL MARCO DE VALORACIÓN DE GORDON		RIESGO DE CAÍDAS %		CHI-CUADRADO	p-VALOR
		No	Sí		
P1. Percepción-Manejo de la salud	Funcional	86,2	13,5	45,33	<0,001
	Disfuncional	65,7	34,3		
P2. Nutricional-Metabólico	Funcional	81,5	18,5	17,87	<0,001
	Disfuncional	67,3	32,7		
P3. Eliminación	Funcional	80,9	19,1	44,11	<0,001
	Disfuncional	53,0	47,0		
P4. Actividad-Ejercicio	Funcional	91,6	8,4	122,55	<0,001
	Disfuncional	51,7	48,3		
P5. Sueño-Descanso	Funcional	66,4	33,6	1,41	0,24
	Disfuncional	71,4	28,6		
P6. Cognitivo-Perceptivo	Funcional	82,1	17,9	27,37	<0,001
	Disfuncional	57,4	42,6		
P7. Autopercepción-Autoconcepto	Funcional	64,2	35,8	5,62	0,02
	Disfuncional	49,2	50,8		
P8. Rol-Relaciones	Funcional	65,5	34,5	8,70	0,003
	Disfuncional	49,2	50,8		
P9. Sexualidad-Reproducción	Funcional	65,2	34,8	0,23	0,63
	Disfuncional	58,3	41,7		
P10. Adaptación-Tolerancia al estrés	Funcional	62,6	37,4	6,69	0,01
	Disfuncional	45,2	54,8		
P11. Valores-Creencias	Funcional	52,0	48,0	0,15	0,69
	Disfuncional	46,7	53,3		

y el total de diagnósticos de NANDA-I registrados entre estos dos grupos (U de Mann-Whitney=85124,500; 60151,000 y 24415,000 respectivamente,  $p < 0,001$ ). Dichos rangos fueron mayores en el grupo con Riesgo de caídas.

Con respecto a la identificación en la muestra de los factores asociados al riesgo de caídas, se observa una correlación significativa entre la presencia de este problema y la disfuncionalidad de los siguientes PFS: 1. Percepción-Manejo de la salud; 2. Nutricional-Metabólico; 3. Eliminación; 4. Actividad-Ejercicio; 6. Cognitivo-Perceptivo; 7. Autopercepción-Autoconcepto; 8. Rol-Relaciones y 10. Adaptación-Tolerancia al estrés (tabla 4).

La tabla 5 resume la relación entre el registro en HCE del diagnóstico de NANDA-I *Riesgo de caídas* y las variables identificadas como factores relacionados siguiendo la estructura propuesta en Makic y Martínez-Kratz (2023).

TABLA 5. PRUEBAS DE DIFERENCIA SEGÚN VARIABLES REGISTRADAS EN HCE RESPECTO A LA PREVALENCIA DEL PROBLEMA RIESGO DE CAÍDAS

PREVALENCIA DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN VARIABLES			
POBLACIÓN DE RIESGO	%	CHI-CUADRADO	p-VALOR
Sexo	Mujer (69,4) Hombre (30,6)	16,25	<0,001
Edad	<65 años (8,1) Entre 65-79 años (23,8) ≥80 años (68,1)	119,52	<0,001
Ingresos último año	Sí (21,3) No (24,3)	0,50	0,48
Nivel de estudios	Sin estudios (42,2) Con estudios (23,0)	11,02	0,001
Vivir solo/a	Sí (48,2) No (36,9)	3,40	0,06
Aislamiento social (NANDA-I)	Sí (55,6) No (21,3)	6,17	0,02
Riesgo de soledad (NANDA-I)	Sí (66,7) No (20,7)	25,64	<0,001
Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD)	Sí (56,8) No (38,1)	8,45	0,004
Tiene persona cuidadora principal	Sí (63,5) No (23,4)	44,55	<0,001
Factores de riesgo social	Sí (61,5) No (31,6)	12,37	<0,001
Caídas previas, últimos 6 meses	Sí (62,0) No (28,1)	39,40	<0,001
FACTORES FISIOLÓGICOS	%	CHI-CUADRADO	p-VALOR
Síndrome de fragilidad del anciano (NANDA-I)	Sí (71,9) No (16,8)	156,95	<0,001
Dolor crónico (NANDA-I)	Sí (56,2) No (17,9)	81,98	<0,001
Alteración del sueño	Sí (30,1) No (31,0)	0,04	0,84
Insomnio (NANDA-I)	Sí (46,3) No (20,3)	20,42	<0,001
Trastorno del patrón del sueño (NANDA-I)	Sí (52,9) No (21,1)	1,00	0,004
Nivel de movilidad	Normal (13,9) Alterada (64,9)	167,07	<0,001
Deterioro de la movilidad física (NANDA-I)	Sí (67,5) No (18,0)	103,09	<0,001
Deterioro de la ambulación. (NANDA-I)	Sí (86,3) No (15,4)	257,13	<0,001
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (NANDA-I)	Sí (100) No (21,3)	18,21	<0,001



FACTORES FISIOLÓGICOS (CONT.)	%	CHI-CUADRADO	p-VALOR
Deterioro de la habilidad para la traslación (NANDA-I)	Sí (90,9%) No (20,9%)	31,49	<0,001
Deterioro de la movilidad en la cama (NANDA-I)	Sí (72,7) No (21,1)	17,13	<0,001
Intolerancia a la actividad. (NANDA-I)	Sí (77,8) No (20,7)	34,07	<0,001
Fatiga (NANDA-I)	Sí (50,0) No (21,3)	5,77	0,02
Estilo de vida sedentario (NANDA-I)	Sí (33,3) No (21,5)	0,74	0,32
Obesidad	Sí (21,5) No (21,7%)	0,01	0,94
Obesidad (NANDA-I)	Sí (11,1%) No (21,6)	1,19	0,39
Sobrepeso (NANDA-I)	Sí (20,0) No (21,8)	0,008	1,00
Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades (NANDA-I)	Sí (17,4) No (21,7)	0,50	0,48
Diarrea (NANDA-I)	Sí (75,0) No (21,2)	0,25	0,80
Incontinencia urinaria de esfuerzo. (NANDA-I)	Sí (75,0) No (21,2)	13,55	0,002
Incontinencia urinaria de urgencia. (NANDA-I)	Sí (54,2) No (20,9)	15,34	<0,001
Incontinencia urinaria funcional. (NANDA-I)	Sí (82,3) No (18,0)	142,68	<0,001
Déficit del volumen de líquidos. (NANDA-I)	Sí (0,0) No (21,7)	0,83	1,00
Riesgo de nivel de glucemia inestable (NANDA-I)	Sí (32,0) No (19,7)	12,94	<0,001
FACTORES AMBIENTALES	%	CHI-CUADRADO	p-VALOR
Barreras arquitectónicas externas	Sí (45,0) No (61,8)	2,87	0,09
Barreras arquitectónicas internas	Sí (61,8) No (45,0)	2,87	0,09
FACTORES PSICONEUROLÓGICOS	%	CHI-CUADRADO	p-VALOR
Ansiedad	Sí (23,1) No (20,9)	0,74	0,39
Ansiedad (NANDA-I)	Sí (31,6) No (20,7)	6,09	0,01
Depresión	Sí (25,4) No (19,6)	4,89	0,03
Demencia	Sí (47,0) No (20,0)	26,65	<0,001

FACTORES PSICONEUROLÓGICOS (CONT.)	%	CHI-CUADRADO	p-VALOR
Deterioro de la memoria (NANDA-I)	Sí (63,5) No (18,6)	82,25	<0,001
Epilepsia	Sí (42,9) No (20,8)	11,63	0,001
Confusión crónica (NANDA-I)	Sí (84,0) No (20,2)	58,76	<0,001
Temor (NANDA-I)	Sí (58,8) No (21,0)	14,11	0,001
OTROS FACTORES	%	CHI-CUADRADO	p-VALOR
Conocimientos deficientes. (NANDA-I)	Sí (39,1) No (21,2)	4,25	0,07
Gestión ineficaz de la salud (NANDA-I)	Sí (40,2) No (20,1)	18,16	<0,001
Mantenimiento ineficaz de la salud (NANDA-I)	Sí (40,3) No (18,5)	36,79	<0,001
Dependiente para ABVD	Sí (70,9) No (24,1)	69,40	<0,001
Dependiente para AIVD	Sí (70,4) No (20,1)	84,22	<0,001
PROBLEMAS ASOCIADOS	%	CHI-CUADRADO	p-VALOR
Anemia	Sí (30,8) No (19,5)	12,39	<0,001
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (NANDA-I)	Sí (68,4) No (19,9)	50,90	<0,001
Enfermedad de Parkinson	Sí (33,3) No (21,2)	3,02	0,08
Esquizofrenia	Sí (27,3) No (21,5)	0,42	0,60
Osteoporosis	Sí (37,8) No (20,4)	20,18	<0,001
Artrosis	Sí (24,4) No (20,9)	1,27	0,26
Artritis	Sí (24,0) No (23,1)	0,04	0,83
Insuficiencia cardiaca	Sí (34,1) No (19,9)	17,83	<0,001
Accidente cerebrovascular	Sí (26,1) No (22,7)	0,74	0,39

Los 20 resultados NOC establecidos con mayor frecuencia en los planes de cuidados de los pacientes en los que se ha identificado el Riesgo de caídas (n=235) se muestran en la siguiente tabla (tabla 6). De los tres resultados NOC sugeridos para





TABLA 6. RESULTADOS NOC CON MAYOR FRECUENCIA DE REGISTRO EN HCE EN LA MUESTRA

RESULTADOS DE ENFERMERÍA DE LA CLASIFICACIÓN NOC	n	%
Conducta de prevención de caídas	138	58,7
Autocuidado: actividades de la vida diaria (AVD)	93	39,6
Conducta de vacunación	85	36,2
Control del riesgo	70	29,8
Eliminación urinaria	61	26,0
Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar	57	24,3
Ambular	55	23,4
Soporte social	53	22,6
Conducta de cumplimiento	53	22,6
Caídas	49	20,9
Control del dolor	45	19,1
Nivel de dolor	40	17,0
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	39	16,6
Curación de la herida: por primera intención	38	16,2
Curación de la herida: por segunda intención	37	15,7
Estado nutricional	34	14,5
Autocontrol: diabetes	34	14,5
Bienestar personal	33	14,0
Memoria	32	13,6
Eliminación intestinal	30	12,8

este diagnóstico NANDA-I según Makic y Martínez-Kratz (2023) (Conducta de prevención de caídas; Conocimiento: Prevención de caídas; y Control del riesgo: caídas) se obtienen porcentajes de registro diferentes para dos de ellos: Conducta de prevención de caídas (58,7%), correspondiendo al resultado NOC con mayor porcentaje del total registrados en esta muestra y Conocimiento: Prevención de caídas (8,1%).

Las 20 intervenciones de la clasificación NIC con mayor frecuencia de registro en los planes de cuidados de los pacientes en los que se ha identificado el Riesgo de caídas se presentan en la tabla 7.

Con respecto a las intervenciones NIC sugeridas por Ackley y Ladwig para el diagnóstico Riesgo de caídas (Makic y Martínez-Kratz, 2023), se obtienen los siguientes porcentajes: Prevención de caídas (57,4%); Ayuda con el autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (17,5%); Vigilancia (13,6%); Manejo de

TABLA 7. INTERVENCIONES NIC CON MAYOR FRECUENCIA DE REGISTRO EN LA HCE DE LA MUESTRA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE LA CLASIFICACIÓN NIC	<i>n</i>	%
Prevención de caídas	135	57,4
Manejo ambiental: seguridad	104	44,3
Manejo de la inmunización/vacunación	98	41,7
Identificación de riesgos	90	38,3
Eliminación urinaria	61	26,0
Ayuda con el autocuidado	89	37,9
Monitorización de signos vitales	89	37,9
Educación para la salud	80	34,0
Administración de medicación: intramuscular	79	33,6
Asistencia en el mantenimiento del hogar	78	33,2
Aumentar los sistemas de apoyo	72	30,6
Manejo de la nutrición	72	30,6
Manejo de la medicación	71	30,2
Ayuda con el autocuidado: baño/higiene	71	30,2
Análisis de la situación sanitaria	56	23,8
Cuidado de las heridas	55	23,4
Escucha activa	54	23,0
Manejo del dolor	52	22,1
Cuidados de la incontinencia urinaria	48	20,4
Acuerdo con el paciente	48	20,4
Apoyo emocional	47	20,0
Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal	46	19,6

la demencia (5,1%); y Terapia de ejercicio: equilibrio (1,7%). Otras intervenciones relacionadas con el Riesgo de caídas se resumen en la siguiente tabla 8.

Para valorar el grado de implantación de las recomendaciones de la GBP «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas» en las cuatro ZBS de interés para este estudio, se analiza el registro de los indicadores de evaluación volcados en CarEVID<sup>®</sup> y NQuIRE<sup>®</sup> que contempla la GBP. Para las cuatro ZBS estudiadas se obtienen datos correspondientes, al menos, a 12 meses de evaluación incluidos en el calendario del Programa de Centros Comprometidos con Excelencia en Cuidados<sup>®</sup> BPSO<sup>®</sup>. El número total de indicadores evaluados fue de 32. La mayoría de los resultados se presentan agrupados por rango de porcentajes debido a que estos se han obtenido en diferentes momentos temporales del periodo de implantación (tabla 9).



TABLA 8. FRECUENCIA DE INTERVENCIONES NIC SUGERIDAS Y RELACIONADAS CON EL RIESGO DE CAÍDAS REGISTRADAS EN LA HCE DE LA MUESTRA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) RELACIONADAS CON EL RIESGO DE CAÍDAS REGISTRADAS EN PLANES DE CUIDADOS DE HCE	n	%
Prevención de caídas*	135	57,4
Manejo ambiental: seguridad	104	44,3
Identificación de riesgos	90	38,3
Ayuda con el autocuidado	89	37,9
Educación para la salud	80	34,0
Ayuda con el autocuidado: transferencia	79	33,6
Asistencia en el mantenimiento del hogar	78	33,2
Aumentar los sistemas de apoyo	72	30,6
Manejo de la nutrición	72	30,6
Manejo de la medicación	71	30,2
Ayuda con el autocuidado: baño/higiene	71	30,2
Análisis de la situación sanitaria	56	23,8
Acuerdo con el paciente	48	20,4
Acuerdo con el paciente	48	20,4
Apoyo emocional	47	20,0
Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal	46	19,6
Apoyo al cuidador principal	46	19,6
Gestión de casos	42	17,9
Ayuda con el autocuidado: AIVD*	41	17,4
Enseñanza: ejercicio prescrito	38	16,2
Fomento del ejercicio	38	16,2
Fomento de la mecánica corporal	33	14,0
Vigilancia*	32	13,6
Apoyo a la familia	32	13,6
Manejo ambiental	28	11,9
Enseñanza: medicamentos prescritos	27	11,5
Estimulación cognitiva	22	9,4
Vigilancia: seguridad	21	8,9
Terapia de actividad	19	8,1
Fomentar la implicación familiar	19	8,1
Potenciación de la seguridad	19	8,1
Disminución de la ansiedad	18	7,7
Terapia de ejercicio: movilidad articular	15	6,4
Manejo de la hipoglucemia	15	6,4

Manejo del peso	13	5,5
Manejo de la demencia*	12	5,1
Consejo: ejercicio	12	5,1
Consejo: alimentación	9	3,8
Terapia de entrenamiento	5	2,1
Terapia de ejercicio: equilibrio*	4	1,7
Manejo del riesgo cardiaco	3	1,3
Educación sanitaria	2	0,9

\* NIC sugeridas por Ackley y Ladwig (Makic y Martínez-Kratz, 2023).

TABLA 9. RESULTADOS DEL REGISTRO EN CAREVID* Y NQUIRE* DE LOS INDICADORES DE LA GBP «PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS» PARA LAS CUATRO ZBS				
VARIABLES DE MEDIDA/INDICADORES	ZBS LAGUNA-MERCEDES	ZBS SAN BENITO	ZBS UNIVERSIDAD	ZBS GÜÍMAR
Rango de edad en años, Media (DE)	72,7 (23,3) – 80,8 (2,8)	70,0 (15,6) – 86,0 (11,4)	70,0 (0,0) – 88,3 (5,3)	62,3 (22,2) – 87,4 (6,3)
Género, rango de porcentajes	En el 60% de los momentos temporales registrados la prevalencia de mujeres fue mayor a la de los hombres (66,7%-100%). En el 33,3% fue mayor la frecuencia de hombres (66,7%) y en el 16,6% fueron equivalentes las proporciones en ambos sexos (50%-50%)	En el 81,8% de los momentos temporales registrados, la proporción de mujeres es mayor a la de los hombres (54,6%-100%)	En el 88,8% de los momentos temporales registrados la frecuencia de mujeres fue mayor a la de hombres (55%-100%)	En el 75,0% de los momentos temporales la prevalencia de mujeres fue mayor a la de hombres (64,3%-83,3%)
Pacientes que se han caído, rango de porcentajes	En el 66,7% de los momentos temporales a estudio, no se había caído ningún paciente de los valorados. El porcentaje de caídas cuando este hecho sí había sucedido osciló entre un 33,33% y un 66,67%	En el 38,1% de las evaluaciones, ningún paciente sufrió caídas en esta zona de salud. Por otro lado, cuando sí hubo caídas este porcentaje varió entre el 25% y el 100%	Únicamente en el 18,2% de valoraciones realizadas no se registraron caídas. En el resto, la frecuencia de caídas estuvo entre el 7,14% y el 100% de los casos evaluados	El porcentaje de pacientes que se han caído oscila entre el 12,50% y el 100%. En el 47,1% de los momentos valorados no se había caído ningún paciente
Número total de caídas con lesión física o psicológica	5	14	12	8





VARIABLES DE MEDIDA/INDICADORES (CONT.)	ZBS LAGUNA-MERCEDES	ZBS SAN BENITO	ZBS UNIVERSIDAD	ZBS GÜFMAR
Número total de caídas sin lesión	5	20	9	15
Número total de caídas con o sin lesión	10	34	21	23
Número total de días (estancias). Indicador no aplicable (NA) al tratarse de pacientes en domicilio	Indicador no aplicable al contexto de Atención Primaria			
Número medio de total de visitas, rango	1,2 - 3,6	1,0	1,0 - 13,3	1,0 - 2,0
Tasa de caídas por 1000 días de estancia domiciliaria, rango	0,0	157,9 - 30 00,0	181,8 - 6000,0	76,9 - 1000,0
Tasa de caídas por 1000 días-visita de cuidados, rango	76,9 - 1250,0	166,7 - 1000,0	8,33 - 6000,0	76,92 - 1000,0
Porcentaje de caídas que producen lesión, rango	50% - 60%	25% - 100%	33,3% - 100%	33,3% - 100%
Porcentaje de caídas que no producen lesión, rango	40% - 100%	33,3% - 100%	50% - 66,7%	50% - 100%
Número total de caídas con lesión leve	2	11	4	6
Porcentaje de caídas que producen lesión leve, rango	20% - 25%	25% - 100%	16,7% - 100%	33% - 100%
Número total de caídas con lesión moderada	2	7	4	0
Porcentaje de caídas que producen lesión moderada, rango	40%	20% - 67,7%	33,3% 100%	0%
Número total de caídas con lesión grave	1	1	2	2
Porcentaje de caídas que producen lesión grave, rango	0%-25%	0% - 33,3%	0% - 100%	100%
Número total de caídas con resultado de muerte	0	0	0	0
Porcentaje de caídas con resultado de muerte	0%	0%	0%	0%

VARIABLES DE MEDIDA/INDICADORES (CONT.)	ZBS LAGUNA-MERCEDES	ZBS SAN BENITO	ZBS UNIVERSIDAD	ZBS GÜÍMAR
Daños psicológicos tras caídas, porcentaje	En el 83,3% de momentos evaluados no se recogieron daños psicológicos tras la caída. En 16,6% se recogió como daños psicológicos «el miedo a caer» y «miedo a caer y otros»	En 38,1% de los momentos evaluados se recogió como daños psicológicos «el miedo a caer» y «miedo a caer y otros»	En 72,7% de los momentos evaluados se recogió como daños psicológicos «el miedo a caer» y «miedo a caer y otros»	En el 76,5% de momentos evaluados no se recogieron daños psicológicos tras la caída. En el 23,5% se recogió como daños psicológicos «el miedo a caer» y «miedo a caer y otros»
Porcentaje de personas adultas que se han caído en los 30 días previos, rango de porcentaje	En los periodos en los que se ha dado el indicador (25%), la frecuencia osciló entre el 20% y 100%	Se encontraron registros del indicador en el 42,9% de los periodos evaluados, con una frecuencia que osciló entre 16,7% y el 60%	Se encontraron registros del indicador en el 45,5% de los periodos evaluados, con una frecuencia que osciló entre 6,7% y el 100%	El indicador se registró en el 58,9% de los periodos evaluados con una frecuencia entre el 12,5% y 33,3%
Cribado del riesgo de caídas, rango de porcentajes	100%	36,4% - 100%	68,8% - 100%	75% - 100%
Valoración del riesgo de caídas en personas adultas, rango de porcentajes	100%	36,4% - 100%	62,5% - 100%	60% - 100%
Valoración del riesgo de caídas en personas mayores (>=65 años), rangos de porcentajes	100%	100%	80% - 100%	75% - 100%
Porcentaje de personas con caídas recurrentes, múltiples factores de riesgo y/o necesidades complejas, rango	Existen registros en el 33,3% de los periodos evaluados con una frecuencia entre el 25% y el 60%	Existen registros en el 66,6% de los periodos evaluados con una frecuencia entre el 60% y el 100%	El indicador se registra en el 81,1% de los periodos evaluados con frecuencias entre el 87,5% y 100%	El indicador se registra en el 70,6% de los periodos evaluados con frecuencias entre el 85,7% y 100%
Número de personas con caídas recurrentes, múltiples factores de riesgo y/o necesidades complejas que han sido derivadas, rango de porcentajes	El indicador solo se registró en el 16,6% de los periodos evaluados con una frecuencia entre el 33,3% y el 100%	El indicador se registra en el 61,9% de los periodos evaluados con frecuencias entre el 55,6% y 100%	Existen registros en el 81,1% de los periodos evaluados con una frecuencia entre el 77,8% y el 100%	El indicador se registra en el 70,6% de los periodos evaluados con frecuencias entre el 16,7% y 100%
Valoración del riesgo de caídas tras caída en personas adultas, rango de porcentajes	66,7% - 100%	0% - 100%	50% - 100%	0% - 100%
Personas en riesgo de caídas, rango de porcentajes	100%	80% - 100%	90,9% - 100%	100%



VARIABLES DE MEDIDA/INDICADORES (CONT.)	ZBS LAGUNA-MERCEDES	ZBS SAN BENITO	ZBS UNIVERSIDAD	ZBS GÜÍMAR
Plan de cuidados para prevenir las caídas o las lesiones derivadas de caídas en personas adultas en riesgo de caídas, rango porcentajes	100%	66,7 – 100%	81,8% - 100%	100%
Contenciones físicas, de entorno, o químicas, rango de porcentaje	El indicador se registra en el 41,7% de los periodos evaluados con frecuencias entre el 40% y 100%	El indicador se registra en el 66,7% de los periodos evaluados con frecuencias entre el 33,3% y 100%	Indicador registrado en el 81,8% de los periodos evaluados con una frecuencia entre el 12,5% y el 100%	Existe registros del indicador en el 70,6% de los periodos evaluados con una frecuencia que oscila entre el 80% y el 100%
Tipo de contenciones, rango de porcentajes				
Barandillas	12,5% - 40%	11,1% - 100%	6,3% - 16,7%	5% - 33,3%
Otras contenciones físicas	16,7% - 37,5%	20% - 66,7%	6,3% 100%	20% - 83,3%
Contención química	0%	9,1% - 100%	18,8% - 20%	0%
Contención del entorno	16,7% - 100%	20% - 100%	6,7% -100%	9,1% - 83,3%

DE: Desviación estándar.

## DISCUSIÓN

El presente estudio centra su interés en la población en situación de cronicidad de alta complejidad incluida en el servicio de «Atención domiciliar al paciente inmovilizado». Es esta la población diana a la que se dirigen las recomendaciones de la guía «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas» según se ha planificado en la estrategia de implantación para la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Los datos del presente estudio muestran un perfil de HCCP similar al que reportan otros autores. Este viene representado por un mayor porcentaje de mujeres, alrededor del 65%; un porcentaje de polimedicación que oscila entre el 75% y el 85%; y unos porcentajes de comorbilidad que sitúan a la hipertensión, la dislipemia, la diabetes, la obesidad, las disritmias y otras enfermedades cardiovasculares, la artrosis, la depresión y la ansiedad entre aquellas con mayor prevalencia (García-Montero *et al.*, 2019; Sanz Almazán *et al.*, 2019; Barrio Cortes *et al.*, 2020; Barrena-Urieta *et al.*, 2022).

En nuestro estudio se encuentran porcentajes mayores de diabetes y obesidad que en otras investigaciones que incluyen muestras de otras regiones, resultados congruentes con los aportados por otros trabajos que señalan prevalencias más altas para estas patologías en la población canaria (Cabrera De León *et al.*, 2008; Menén-

dez Torre *et al.*, 2021). Tanto la obesidad (Öztürk *et al.*, 2018; Lockhart *et al.*, 2019; Lv *et al.*, 2022) como la diabetes (Palma Hernández *et al.*, 2018; Rinkel *et al.*, 2019; Rashedi *et al.*, 2019) son condiciones de salud crónicas consideradas como factores de riesgo de caídas con fuerte apoyo de la evidencia disponible. Así mismo, la relación entre patología osteoarticular y el riesgo de caídas ha sido ampliamente estudiada y demostrada desde múltiples perspectivas (Knox *et al.*, 2021; Yılmaz & Bağcier, 2022; Alenazi *et al.*, 2023). La depresión y la ansiedad, presentes casi en un tercio de la muestra, son trastornos prevalentes en la comunidad canaria (Consejería de Sanidad, 2015), sobre todo en mujeres. Ambas condiciones se relacionan con el riesgo de sufrir caídas y con el síndrome postcaídas (Serrano-Checa *et al.*, 2020; Gambaro *et al.*, 2022).

El 90,3% de la muestra presentó criterios de alta complejidad y el 9,7% de muy alta complejidad, mientras que el porcentaje de fragilidad se sitúa en el 17,7%. Teniendo en cuenta que la clasificación del adulto como autónomo, frágil y dependiente solo está disponible para el 60,3% de la muestra, el porcentaje de fragilidad no se aleja de los datos de prevalencia que, sobre este síndrome, reportan estudios epidemiológicos españoles, los cuales la sitúan entre el 9,6% y el 20,1%, en función de las características de las cohortes estudiadas (Castell Alcalá *et al.*, 2010; Abizanda Soler *et al.*, 2011; Martínez-Reig *et al.*, 2016). Con la misma salvedad, el 31% de los participantes se clasifican como autónomos, dato que sugiere que son capaces de asumir la responsabilidad de su propio cuidado, con el objetivo de permanecer independientes en su vida diaria, su calidad de vida y su toma de decisiones.

En cuanto a la valoración por PFS, destaca el grado de registro del patrón 11 (valores-creencias), que ocupa el segundo lugar en cuanto a porcentaje de valoración (12,3%). Este dato llama la atención cuando se compara con la frecuencia de registro para el área de salud, no limitada a la población en atención domiciliaria. En este segundo caso, el grado de registro es mucho menor (Brito-Brito *et al.*, 2022). Para el resto de PFS destaca una mayor frecuencia de registro en los patrones del 1 al 5: percepción-manejo de la salud (14%), eliminación (12%), actividad física/ejercicio (10,2%), sueño/descanso (9,1%) y nutricional-metabólico (8,3%). En general, la valoración del estado funcional se centra en la identificación de problemas relacionados con áreas biológicas y funcionales en detrimento de la identificación de problemas psicosociales, cuestión particularmente problemática teniendo en cuenta la especial vulnerabilidad de esta población. Esta tendencia ya había sido identificada y discutida en estudios previos con población de esta área de salud (Brito-Brito *et al.*, 2009; Brito-Brito *et al.*, 2022). El porcentaje más elevado de registro del patrón 11 en la muestra incluida en el servicio de atención domiciliaria versus el total del área puede relacionarse con un mayor porcentaje de valoraciones realizadas por parte de la enfermera comunitaria de enlace (ECE), probablemente más habituada al abordaje de los problemas psicosociales. Aun así, los patrones 6 al 10 son notablemente menos valorados y en el 14,8% de la muestra no existe valoración para alguno de los PFS. Esta falta de información representa un área de mejora que debe ser abordada para evitar la discontinuidad de los cuidados y asegurar una mayor calidad de la atención general a esta población.

Los PFS con mayor grado de disfuncionalidad fueron Percepción-Manejo de la salud, nutricional-metabólico, actividad-ejercicio, cognitivo-perceptivo, elimi-



nación y sueño-descanso describiendo un perfil similar al descrito para la totalidad de la población crónica compleja del área de salud (Brito-Brito, 2022) y que permite identificar las áreas con mayor necesidad de atención e intervenciones.

Con respecto al número de diagnósticos de enfermería registrados, la mediana se sitúa en 5, un número de problemas razonable de acuerdo con la complejidad y diversidad de necesidades de la población a estudio. Si agrupamos los 20 diagnósticos de NANDA-I más prevalente por dominios, el dominio Seguridad/Protección es el que reúne mayor número de diagnósticos (30%), seguido de los dominios Confort; Actividad/reposo y Promoción de la salud, que agrupan un 15% de los 20 diagnósticos más prevalentes respectivamente. Si bien este predominio de dominios se asemeja al reportado por otros estudios similares (Marcilla-Feliz, 2022), el dominio Seguridad/protección parece tener una relevancia mayor cuando la muestra se limita a los pacientes crónicos complejos incluidos en atención domiciliaria (Rubio *et al.*, 2008).

Se incluye en este dominio el diagnóstico de NANDA-I Riesgo de caídas, el cual fue identificado en el 21,6% de la muestra, sexto diagnóstico más detectado, sin diferencias significativas entre las cuatro ZBS a estudio. Este porcentaje fue superior al reportado por Silvano-Arranz *et al.* (2006), que en un estudio observacional retrospectivo multicéntrico registró un porcentaje del 16,1% en una muestra de 806 pacientes incluidos en atención domiciliaria entre enero de 2003 y 2004. Este mayor porcentaje en su identificación puede relacionarse, igualmente, con el predominio de valoraciones realizadas por parte de la ECE, la cual hace una valoración integral del paciente domiciliario centrada en la detección e intervención de los problemas de salud de manera precoz para facilitar la continuidad de cuidados.

La relevancia y frecuencia de registro del diagnóstico Riesgo de caídas ya ha quedado de manifiesto por parte de las propias ECE (Hernández *et al.*, 2018). Aun así, este resultado parece subestimar la frecuencia del riesgo de caídas, puesto que la prevalencia de caídas en España para población mayor de 65 años no institucionalizada se sitúa entre el 25% y el 30% (Rodríguez-Molinero *et al.*, 2015; Lavedán Santamaría *et al.*, 2015). Un porcentaje ligeramente superior fue identificado para el total de población crónica compleja en la comunidad canaria. En 2022 se publicó un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal, desarrollado en el ámbito de Atención Primaria, en el que se incluyó a toda la población de la comunidad autónoma de Canarias que, de acuerdo con el sistema de estratificación por grupos de morbilidad ajustada, se clasificaba como población crónica de muy alta complejidad. Para esta población, tres etiquetas diagnósticas fueron registradas en uno de cada cuatro pacientes: disposición para mejorar la gestión de la salud, deterioro de la integridad cutánea y riesgo de caídas, esta última etiqueta con un porcentaje de registro del 24,7% (Rodríguez-Álvaro *et al.*, 2022). Ya los autores hacían referencia en este trabajo al infradiagnóstico del problema en relación con la prevalencia de caídas en España y llamaban la atención sobre la necesidad de identificar su factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo.

La relación entre el diagnóstico Riesgo de caídas y la disfuncionalidad de los PFS representa la multifactorialidad, la interrelacionalidad y la representatividad que dicho diagnóstico tiene en el conjunto de necesidades de cuidados de la pobla-



ción crónica compleja incluida en el servicio de atención domiciliaria. De los 11 PFS, únicamente en tres (sueño-descanso, sexualidad-reproducción, valores-creencias) no se encuentra relación estadísticamente significativa entre su disfuncionalidad y el registro de este diagnóstico de NANDA-I.

El Riesgo de caídas se asoció significativamente con el sexo femenino, con una edad igual o superior a los 65 años; con la falta de estudios; con la dependencia para las actividades diarias; con la prestación de servicios de atención domiciliaria y con el hecho de haber sufrido una caída en los últimos 6 meses. Estos resultados son congruentes con los que aporta la evidencia actual disponible (Makic y Martínez-Kratz, 2023). Cabe destacar que algunos factores de riesgo se relacionan con mayor consistencia cuando se identifican a través del registro de diagnósticos de NANDA-I que cuando se identifican como resultado de los registros de la valoración de los PFS. Así, por ejemplo, la respuesta afirmativa al ítem «¿Vive solo/a?» se relaciona con el riesgo de caídas de manera no significativa ( $p=0,06$ ), mientras que la identificación de los diagnósticos Aislamiento social y Riesgo de soledad sí se relacionan significativamente ( $p<0,001$ ). Mismo hallazgo se da para los ítems que preguntan por la presencia de «Alteración del sueño» ( $p=0,84$ ) y por la presencia «Ansiedad» ( $p=0,74$ ), factores que sí obtienen valores de relación significativos registrados como diagnósticos enfermeros: Insomnio ( $p<0,001$ ) y Ansiedad ( $p=0,010$ ). La falta de ingresos económicos, pese a ser considerado un factor de riesgo (Makic y Martínez-Kratz, 2023), no obtiene significación en nuestro estudio. Esta relación tampoco fue estadísticamente significativa en el estudio de Lavedán Santamaría *et al.* (2015), quienes categorizaron los ingresos mensuales en  $>900$  euros y  $\leq 900$  euros. Estos resultados podrían relacionarse con la dificultad para preguntar por el nivel de ingresos económicos por parte de la enfermera, hecho que puede deducirse del porcentaje infraregistro para este ítem, superior al 60% para ambos estudios.

Cabe destacar que aquellas etiquetas diagnósticas que se han relacionado de manera estadísticamente significativa con la de Riesgo de caídas describen con notable adecuación el perfil del HCCP en atención domiciliaria con riesgo de sufrir caídas. Esto apoya la utilidad de los lenguajes estandarizados de cuidados (LEE) para describir perfiles de riesgo y pone de manifiesto la capacidad de la enfermera para identificar problemas interrelacionados.

En su conjunto, el registro, entre otras, de etiquetas diagnósticas como Aislamiento social, riesgo de soledad, síndrome de fragilidad del anciano, deterioro de la movilidad física, deterioro de la ambulación, fatiga, incontinencia urinaria, deterioro de la memoria, ansiedad, gestión ineficaz de la salud, mantenimiento ineficaz de la salud; sumado a los resultados obtenidos de la valoración de los PFS, representa un perfil de riesgo de caídas que coincide mayoritariamente al descrito por otros trabajos que incluyen a población de similar perfil (Gama & Gómez-Conesa, 2008; Sousa *et al.*, 2017; Jehu *et al.*, 2021). Aun así, los resultados de este estudio hacen evidentes limitaciones de registro como, por ejemplo, una falta de cumplimiento del ítem que evalúa la existencia de barreras arquitectónicas superior al 85%, o pérdidas en el registro para los ítems de actividad física o tipo de alimentación como hábitos de salud, superiores al 90%.



Los resultados NOC más prevalentes en la muestra reflejan la relevancia que el riesgo de caídas representa en la planificación de cuidados enfermeros para este perfil de pacientes. Destaca como más prevalente en la muestra el resultado Conducta de prevención de caídas. Existe un predominio de resultados pertenecientes a al dominio 4 (Conocimiento y conducta de salud) y al dominio 2 (Salud Fisiológica). Esta tendencia apunta a una planificación centrada en objetivos que, por un lado, buscan incrementar las actitudes, conocimiento y acciones de la persona para promover o restaurar su salud y, por otro, orientados a describir la función de órganos y sistemas. Dominios como Salud psicosocial, Salud familiar o Salud percibida no se encuentran representados por los resultados planificados con mayor frecuencia. Tal y como apuntan Brito-Brito, *et al.* (2022), la poca representatividad de estos dominios denota carencias que deben ser analizadas desde el ámbitos de la atención familiar y comunitaria.

Un número moderado de intervenciones NIC planificadas con mayor frecuencia para el perfil del paciente estudiado incluye a aquellas con mayor grado de evidencia en cuanto a su efectividad para abordar el riesgo de caídas (RNAO, 2017; Ong *et al.*, 2021; Sun *et al.*, 2021; Makic y Martínez-Kratz, 2023). Así, por ejemplo, la intervención Prevención de caídas se planificó en un 57,4% de la muestra. Otras como Manejo ambiental: seguridad o Manejo de la medicación se registraron en un 44,3% y en un 30,2%, respectivamente. Sin embargo, destaca el bajo porcentaje de registro para otras intervenciones NIC sugeridas por la evidencia disponible (Makic y Martínez-Kratz, 2023) como Vigilancia, Manejo de la demencia, Terapia de ejercicios: equilibrio o Ayuda al autocuidado: AIVB, que no superó el 14%.

En cuanto al registro de los indicadores de evaluación volcados en CarEVID<sup>®</sup> y NQuIRE<sup>®</sup> que contempla la GBP «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas», su análisis está fuertemente condicionado por el reducido número de casos disponibles. Esta información se extrae en diferentes momentos, según el calendario de evaluación programado: durante la fase previa (medidas basales), a lo largo del propio proceso y tras finalizar el mismo. Cuando se limita la población a aquella incluida en el servicio de atención domiciliaria atendida por ECE, el número de casos se reduce considerablemente, necesiándose períodos más extensos de registro para obtener resultados concluyentes en cuanto al grado de implementación de recomendaciones y en relación con el impacto que dicha implantación produce en los resultados de salud de la población. A grandes rasgos, se observa un perfil de paciente predominantemente de género femenino, con un rango de edad que oscila entre los 62 y los 88 años, sin diferencias destacables entre las cuatro ZBS. La valoración del riesgo de caídas en personas con edad igual o superior a 65 años se realizó en el 100% de los casos en dos ZBS, mientras que, en el resto, la valoración fue superior al 75%. El porcentaje de riesgo de caídas fue identificado en el 100% de casos para dos ZBS, y al menos en un 80% para las otras dos zonas. La realización de cribado de caídas parece relativamente elevado en, al menos, tres ZBS (entre el 75% y el 100%). Con respecto al tipo de caídas, la frecuencia de caídas con resultado de lesión leve fue más frecuente que aquellas que produjeron lesiones moderadas y graves. Con respecto a las consecuencias psicológicas derivadas de las caídas, el miedo a sufrir nuevas caídas fue la más detectada. El indicador sobre uso de contenciones físicas para evitar



TABLA 10. MAPEADO DE RECOMENDACIONES DE LA GBP DE RNAO «PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS» FRENTE A LA CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES ENFERMERAS NIC

RECOMENDACIONES DE LA GBP DE RNAO «PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS» SELECCIONADAS PARA SU IMPLANTACIÓN EN LA GAPTF	INTERVENCIONES NIC RELACIONADAS CON LA RECOMENDACIÓN DE LA GUÍA
<p>Recomendación 1.1                      Evaluar a todos los adultos para identificar a los que están en riesgo de caídas. Realizar un cribado como parte del procedimiento de ingreso, tras cualquier cambio significativo en el estado de salud del paciente o al menos anualmente. El cribado debe considerar los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Historia de caídas previas.</li> <li>– Identificación de la deambulación, el equilibrio y/o las dificultades de movilidad.</li> <li>– Usar el juicio clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prevención de caídas (6490)*</li> <li>– Identificación del riesgo (6610)</li> <li>– Vigilancia (6650)*</li> <li>– Vigilancia: seguridad (6654)</li> <li>– Monitorización nutricional (1160)</li> <li>– Análisis de la situación sanitaria (6520)</li> <li>– Gestión de casos (7320)</li> <li>– Documentación (7920)</li> <li>– Desarrollo de un programa (8700)</li> </ul>
<p>Recomendación 1.2a                      Para adultos en riesgo de caídas, realizar una valoración integral para identificar los factores que pueden contribuir al riesgo y definir las intervenciones adecuadas. Emplear un enfoque y/o una herramienta adecuados para la persona y el contexto sanitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prevención de caídas (6490)*</li> <li>– Identificación de riesgos (6610)</li> <li>– Muestra de sangre capilar (4035)</li> <li>– Análisis de la situación sanitaria (6520)</li> <li>– Monitorización de signos vitales (6680)</li> <li>– Desarrollo de un programa (8700)</li> </ul>
<p>Recomendación 1.2b                      Derivar a los adultos con caídas recurrentes, múltiples factores de riesgo o necesidades complejas a los especialistas correspondientes o al equipo interprofesional para una evaluación más detallada y para identificar las intervenciones más adecuadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Colaboración con el médico (7820)</li> <li>– Intercambio de información de cuidados de salud (7960)</li> <li>– Derivación (8100)</li> <li>– Derivación a otros profesionales (9166)</li> </ul>
<p>Recomendación 2.1                      Lograr la implicación de los adultos en riesgo de sufrir caídas y lesiones derivadas de caídas mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La exploración de sus conocimientos y percepciones, y su nivel de motivación para abordar dichos riesgos.</li> <li>– La comunicación, de manera cuidadosa, sobre los riesgos y el empleo de mensajes positivos.</li> <li>– La discusión de opciones de intervención y el fomento del automanejo.</li> <li>– El desarrollo de un plan de cuidados individualizado en colaboración con la persona.</li> <li>– La implicación de la familia (si procede) y el fomento del apoyo del entorno social para las intervenciones.</li> <li>– La evaluación del plan de cuidados junto con la persona (y la familia) y su revisión según sea necesario .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Establecimiento de objetivos comunes (4410)</li> <li>– Acuerdo con el paciente (4420)</li> <li>– Facilitar la autorresponsabilidad (4480)</li> <li>– Escucha activa (4920)</li> <li>– Apoyo en la toma de decisiones (5250)</li> <li>– Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</li> <li>– Apoyo al cuidador principal (7040)</li> <li>– Fomentar la implicación familiar (7110)</li> <li>– Apoyo a la familiar (7140)</li> </ul>
<p>Recomendación 2.2                      Ofrecer formación a la persona en riesgo de sufrir caídas y lesiones derivadas de las caídas y a su familia (si procede) junto con otras intervenciones de prevención de las caídas. Incluye, entre otras cosas, información sobre caídas, prevención de las caídas e intervenciones. Asegurarse de facilitar la información en distintos formatos y en el idioma adecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asesoramiento (5240)</li> <li>– Educación para la salud (5510)</li> <li>– Facilitar el aprendizaje (5520)</li> <li>– Enseñanza: individual (5606)</li> <li>– Enseñanza: ejercicio prescrito (5612)</li> <li>– Enseñanza: dieta prescrita (5618)</li> <li>– Enseñanza: ejercicio prescrito (5612)</li> </ul>
<p>Recomendación 2.3                      Informar a la persona del riesgo de caídas que tiene y del plan de cuidados/las intervenciones relacionadas con el siguiente profesional de la salud y/o equipo interprofesional en todas las transiciones de cuidados, para garantizar la continuidad de los cuidados y prevenir caídas o lesiones por caídas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asesoramiento (5240)</li> <li>– Educación para la salud (5510,</li> <li>– Intercambio de información de cuidados de salud (7960)</li> <li>– Documentación (7920)</li> </ul>





#### Recomendación 2.4

Implantar una combinación de intervenciones adaptada a la persona y al entorno asistencial para prevenir las caídas o las lesiones derivadas de caídas.

- Prevención de caídas (6490)\*
- Manejo de la diarrea (0460)
- Manejo de la eliminación urinaria (0590)
- Cuidados de la incontinencia urinaria (0610)
- Cuidados de la incontinencia intestinal (0410)
- Cuidados del paciente encamado (0740)
- Inmovilización (0910)
- Manejo de la nutrición (1100)
- Manejo del peso (1260)
- Manejo del dolor crónico (1415)
- Ayuda con el autocuidado (1800)
- Ayuda con el autocuidado: baño/higiene (1801)
- Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal (1802)
- Ayuda con el autocuidado: alimentación (1803)
- Ayuda con el autocuidado: micción/defecación (1804)
- Ayuda con el autocuidado (AIVD) (1805)\*
- Ayuda con el autocuidado: transferencia (1805)
- Ayuda con el autocuidado: aseo (1840)
- Manejo del sueño (1850)
- Manejo de la hipoglucemia (2130)
- Manejo del riesgo cardiaco (4050)
- Estimulación cognitiva (4760)
- Apoyo emocional (5270)
- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Manejo de la demencia (6460)\*
- Manejo ambiental (6480)
- Manejo ambiental: seguridad (6486)
- Vigilancia (6650)\*
- Vigilancia: electrónica por control remoto (6658)\*
- Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180)

#### Recomendación 2.5

Recomendar intervenciones de ejercicio y entrenamiento físico para adultos en riesgo de caídas para que mejoren la fuerza y equilibrio. Promover programas/actividades individualizadas y multicomponente que se correspondan con las habilidades y la situación funcional actuales de la persona.

- Fomentar la mecánica corporal (0140)
- Fomento del ejercicio (0200)
- Mejora de la capacidad funcional (1665)\*
- Terapia de ejercicios: equilibrio (0222)\*
- Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza (0201)
- Terapia de ejercicios: ambulación (0221)
- Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224)
- Terapia de ejercicios: control muscular (0226)
- Terapia de actividad (4310)
- Terapia de entrenamiento (5360)
- Potenciación de la seguridad (5380)
- Enseñanza: ejercicio prescrito (5612)
- Aconsejar realizar ejercicio físico (9028)

#### Recomendación: 2.6

Colaborar con la persona en riesgo de caídas y con quien sea responsable de sus prescripciones para reducir y quitar gradualmente o suspender la medicación que se asocie con las caídas cuando lo permita el estado de salud del paciente o cualquier cambio en el mismo. Para ello es preciso:

- Identificar la polifarmacia y los medicamentos que incrementan el riesgo de caída.
- Realizar una revisión de la medicación o derivar al paciente al profesional de la salud o prescriptor que corresponda.
- Monitorizar la posible aparición de efectos secundarios de los medicamentos que reconocidamente contribuyen al riesgo de caídas.

- Manejo de la mediación (2380)
- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
- Control de la medicación (2395)
- Vigilancia (6650)\*

#### Recomendación 3.1

Después de una caída, realizar las siguientes intervenciones:

- Realizar un reconocimiento físico para evaluar la lesión y determinar la gravedad de cualquier lesión derivada de la caída.
- Ofrecer el tratamiento y los cuidados necesarios.
- Monitorizar que no haya lesiones que no sean inmediatamente evidentes.
- Realizar una valoración postcaída para determinar los factores que contribuyeron a la misma.
- Colaborar con la persona y con el equipo interprofesional para realizar las valoraciones adicionales que sean necesarias y definir las intervenciones apropiadas.
- Derivar a la persona a los profesionales de la salud correspondientes para realizar rehabilitación física y/o reforzar el bienestar psicológico (si fuera necesario).

- Derivación a otros profesionales (9166)
- Colaboración con el médico (7820)
- Intercambio de información de cuidados de salud (7960)
- Derivación (8100)
- Identificación del riesgo (6610)
- Análisis de la situación sanitaria (6520)

#### Recomendación 4.2

Las instituciones sanitarias deben ofrecer formación continuada de forma trasversal a toda su plantilla, junto con otras actividades, para ayudar a prevenir las caídas y reducir las lesiones derivadas en las personas a su cuidado.

- Gestión de casos (7320)
- Desarrollo de un programa (8700)
- Desarrollo del personal (7850)

\* NIC sugeridas por Ackley y Ladwig para el diagnóstico de NANDA-I Riesgo de caídas (Makic y Martínez-Kratz, 2023).



las caídas presenta rangos de frecuencia difícilmente interpretables; sin embargo, se observa un mayor uso de contenciones físicas y del entorno en detrimento de aquellas de tipo químico o farmacológico.

Este estudio ha permitido realizar un mapeo de las recomendaciones de la GBP de RNAO «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas» relacionando estas con las intervenciones de la NIC sugeridas por Ackley y Ladwig para el diagnóstico de NANDA-I Riesgo de caídas (Makic y Martínez-Kratz, 2023) (tabla 10). La asociación entre ambas herramientas basadas en la evidencia puede facilitar a la enfermera la elección de posibles intervenciones orientadas a cubrir las recomendaciones incluidas en la GBP.

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, aquellas derivadas del propio diseño del estudio. La metodología observacional, descriptiva, transversal

no permite confirmar relaciones causa-efecto; sin embargo, el carácter epidemiológico de este estudio aporta un valor descriptivo de gran valor, permitiendo explorar características específicas de una población de elevada vulnerabilidad y complejidad clínica y, por ende, de elevado interés en cuanto al abordaje de sus necesidades de cuidados. Otra limitación relevante se relaciona con el número de pérdidas en cuanto al registro de determinados factores de riesgo, variable que actúa como sesgo a la hora de realizar análisis de relación y poder extraer conclusiones generalizables. Esta falta de registro representa un área de mejora que debe ser abordada y analizada para mejorar la calidad de los cuidados y evitar la discontinuidad en la atención general del paciente.

Como ya se ha mencionado, una relevante limitación del estudio tiene que ver con el tamaño reducido de los casos evaluados según los indicadores de CarE-VID<sup>®</sup> y NQuIRE<sup>®</sup>, así como la dificultad que plantea la búsqueda de correlaciones entre dichos indicadores y los datos registrados en la HCE-Drago. Los resultados de esta evaluación expresados en rangos de porcentajes son difícilmente interpretables cuando la muestra es tan limitada. Debe considerarse el incremento necesario de casos incluidos en las fases de evaluación, así como facilitar la identificación de indicadores en los registros de la HCE.

## CONCLUSIÓN

Este estudio tuvo como principales objetivos describir el perfil del paciente atendido en domicilio por la enfermera comunitaria de enlace en las ZBS del Área de Salud de Tenerife donde se implanta la GBP «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas»; identificar los factores de riesgo de caídas en dicha muestra; describir aquellos cuidados planificados para intervenir sobre dicho problema y analizar el grado de implantación de recomendaciones de la GBP.

Los datos obtenidos no permiten conocer cómo el grado de implantación de las recomendaciones de la GBP ha generado cambios en los resultados de salud de la población a la que va dirigida. Sin embargo, los datos reportados sí permiten identificar el perfil de paciente HCCP en riesgo de sufrir caídas ofreciendo una interesante interrelación con otros problemas de salud, así como con resultados de cuidados e intervenciones de enfermería prevalentes en el ámbito de la atención domiciliar para esta población. Además, los resultados obtenidos apoyan el uso de los LEE para describir perfiles de riesgo que orienten hacia la identificación y planificación de necesidad de cuidados específicos. También, este estudio ha permitido explorar relaciones entre las recomendaciones incluidas en esta GBP y las intervenciones NIC sugeridas. Trabajar en esta línea puede facilitar la elección de intervenciones enfermeras con garantía de estar basadas en la mejor evidencia disponible, así como propiciar otras intervenciones de carácter multidisciplinar.

RECIBIDO: 14-05-2023; ACEPTADO: 15-08-2023

## BIBLIOGRAFÍA

- ABIZANDA SOLER, P., LÓPEZ-TORRES HIDALGO, J., ROMERO RIZOS, L., LÓPEZ JIMÉNEZ, M., SÁNCHEZ JURADO, P.M., ATIENZAR NÚÑEZ, P., ESQUINAS REQUENA, J.L., GARCÍA NOGUERAS, I., HERNÁNDEZ ZEGARRA, P., BARDALES MAS, Y., CAMPOS ROSA, R., MARTÍNEZ PEÑALVER, M., DE LA OSA NIETO, E., CARIÓN GONZÁLEZ, M., RUIZ GÓMEZ, Á., AGUILAR CANTOS, C., MAÑUECO DELICADO, P. y OLIVER CARBONELL, J.L. (2011). Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): Razonamiento, diseño y metodología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(2), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.10.004>.
- ALENAZI, A.M., ALHOWIMEL, A.S., ALSHEHRI, M.M., ALQAHTANI, B.A., ALHWOAIMEL, N.A., WAITMAN, L.R. y KLUDING, P.M. (2023). Generalized and localized osteoarthritis and risk of fall among older adults: The role of chronic diseases and medications using real world data from a single center. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 27(9), 3957-3966. [https://doi.org/10.26355/eur-rev\\_202305\\_32302](https://doi.org/10.26355/eur-rev_202305_32302).
- BARRENA-URIETA, I., RODRÍGUEZ-ROCHA, A.J., WANG-GAO, Y., ROL-HOYAS, C.M., AIRA-FERRER, P., DOMÍNGUEZ-LORENZO, C., BARRENA-URIETA, I., RODRÍGUEZ-ROCHA, A.J., WANG-GAO, Y., ROL-HOYAS, C.M., AIRA-FERRER, P. y DOMÍNGUEZ-LORENZO, C. (2022). Perfil de pacientes con cronicidad avanzada y necesidades paliativas: Un cambio que no llega. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 85-92.
- BARRIO CORTES, J., SUÁREZ FERNÁNDEZ, C., BANDEIRA DE OLIVEIRA, M., BECA MARTÍNEZ, M.T., LOZANO HERNÁNDEZ, C. y CURA GONZÁLEZ, I. del (2020). Utilización de los servicios de salud de Atención Primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201909082.
- BRITO BRITO, P.R., RODRÍGUEZ ÁLVARO, M., GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. y TOLEDO ROSELL, C. (2009). Identificación en consultas de Atención Primaria de las características definitorias de los diagnósticos NANDA psicosociales. *revisión. Artículo presentado a la Revista Iberoamericana de Enfermería comunitaria*.
- BRITO-BRITO, P.-R., RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M., FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ, D.-Á., MARTÍNEZ-ALBERTO, C.-E., CABEZA-MORA, A. y GARCÍA-HERNÁNDEZ, A.-M. (2022). Nursing Diagnoses, Planned Outcomes and Associated Interventions with Highly Complex Chronic Patients in Primary Care Settings: An Observational Study. *Healthcare*, 10(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122512>.
- BRUNT, B.A. y MORRIS, M.M. (2023). Nursing Professional Development Evidence-Based Practice. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589676/>.
- BUTCHER, H.K., BULECHEK, G.M., DOCHTERMAN, J.M. y WAGNER, C.M. *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)* (7th ed.). (2019). Elsevier: Barcelona, Spain.
- CABRERA DE LEÓN, A., RODRÍGUEZ PÉREZ, M.D.C., ALMEIDA GONZÁLEZ, D., DOMÍNGUEZ



COELLO, S., AGUIRRE JAIME, A., BRITO DÍAZ, B., GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A. y PÉREZ MÉNDEZ, L.I. (2008). Presentación de la cohorte «CDC de Canarias»: Objetivos, diseño y resultados preliminares. *Revista Española de Salud Pública*, 82(5), 519-534. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272008000500007>.

CASTELL ALCALÁ, M.V., OTERO PUIME, Á., SÁNCHEZ SANTOS, M.T., GARRIDO BARRAL, A. y GONZÁLEZ MONTALVO, J.I. (2010). Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 42(10), 520-527.

CONSEJERÍA DE SANIDAD, Gobierno de Canarias (2005). Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. *Dirección General de Programas Asistenciales, Gobierno de Canarias*. Entheos. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>.

CONTEL, J.C., MUNTANÉ, B. y CAMP, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: El reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 44(2), 107-113.

DAVIS, D.A. y TAYLOR-VAISEY, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal- Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 157(4), 408-416.

DEGELAU, J., BELZ, M., BUNGUM, L., FLAVIN, P.L., HARPER, C., LUNDQUIST, L. y WEBB, B. (2012) Prevention of Falls (Acute Care). *Institute for Clinical Systems Improvement*. [https://mtpin.org/wpcontent/uploads/2019/12/Res\\_PtSafe\\_AcuteCareFallPreventionProtocol\\_0412.pdf](https://mtpin.org/wpcontent/uploads/2019/12/Res_PtSafe_AcuteCareFallPreventionProtocol_0412.pdf).

DE PEDRO-GÓMEZ, J., MORALES-ASENCIO, J. M., SESÉ ABAD, A., BENNASAR VENY, M., ARTIGUES VIVES, G. y PERELLÓ CAMPANER, C. (2011). [Nursing practice settings and competence to incorporate evidence into decisions: Analysis of the situation in the Balearic Islands (Spain)]. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.11.007>.

DI CENSO, A., VIRANI, T., BAJNOK, I., BORYCKI, E., DAVIES, B., GRAHAM, I., HARRISON, M., LOGAN, J., MCCLEARY, L., POWER, M. y SCOTT, J. (2002). A toolkit to facilitate the implementation of clinical practice guidelines in healthcare settings. *Hospital Quarterly*, 5(3), 55-60. <https://doi.org/10.12927/hcq.16515>.

GAMA, Z.A. da S. y GÓMEZ-CONESA, A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: Revisión sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 42, 946-956. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500022>.

GAMBARO, E., GRAMAGLIA, C., AZZOLINA, D., CAMPANI, D., MOLIN, A.D. y ZEPPEGNO, P. (2022). The complex associations between late life depression, fear of falling and



risk of falls. A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 73, 101532. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101532>.

GARCÍA-MONTERO, A., ANARTE RUIZ, C., MASOLIVER FORÉS, Á. y MARTÍNEZ CALDERÓN, A. (2019). Evaluación del perfil de morbilidad y características sociodemográficas de pacientes domiciliarios crónicos. *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(3), 6-17.

GORDON, M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application* (3<sup>rd</sup> ed.). Mosby: Philadelphia, United States.

GROL, R. (2001). Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice. *Medical Care*, 39(8), II46-II54.

HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. y NANDA INTERNATIONAL (eds.) (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación; 2020-2023* (12.<sup>a</sup> edición). Elsevier: Barcelona, España.

INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>.

HERNÁNDEZ PÉREZ, R.S., HERNÁNDEZ DELGADO, C.R., ROJAS GONZÁLEZ, Y., MONTESINOS SÁNCHEZ, N., PARRILLA SUAREZ, I., GARCÍA CABRERA, C.L., HERNÁNDEZ PÉREZ, R.S., HERNÁNDEZ DELGADO, C.R., ROJAS GONZÁLEZ, Y., MONTESINOS SÁNCHEZ, N., PARRILLA SUAREZ, I. y GARCÍA CABRERA, C.L. (2018). Análisis de la gestión de casos de enfermería comunitaria de enlace de Tenerife desde la perspectiva del uso de la taxonomía NANDA-NOC-NIC: Consenso de expertos. *Ene*, 12(2). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1988-348X2018000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2018000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es).

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (2010). Es mentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en les del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.

JEHU, D.A., DAVIS, J.C., FALCK, R.S., BENNETT, K.J., TAI, D., SOUZA, M.F., CAVALCANTE, B.R., ZHAO, M. y LIU-AMBROSE, T. (2021). Risk factors for recurrent falls in older adults: A systematic review with meta-analysis. *Maturitas*, 144, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.10.021>.

KNICKMAN, J.R., JUNG, M., SCHEAR, S., ANDERSON, G., HORVATH, J. y COLBY, D.C. (2010). *Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care*. <https://policycommons.net/artifacts/1174992/chronic-conditions/1728121/>.

KNOX, P.J., COYLE, P.C., PUGLIESE, J.M., POHLIG, R.T., SIONS, J.M. y HICKS, G.E. (2021). Hip osteoarthritis signs and symptoms are associated with increased fall risk among community-dwelling older adults with chronic low back pain: A prospective study. *Arthritis Research & Therapy*, 23(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s13075-021-02455-5>.

KREINDLER, S.A. (2016). What if implementation is not the problem? Exploring the missing links between knowledge and action. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(2), 208-226. <https://doi.org/10.1002/hpm.2277>.



- LAVEDÁN SANTAMARÍA, A., JÜRSCHIK GIMÉNEZ, P., BOTIGUÉ SATORRA, T., NUIN ORRIO, C. y VILADROSA MONTOY, M. (2015). Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Atencion Primaria*, 47(6), 367-375. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.012>.
- LOCKHART, T.E., FRAMES, C.W., SOANGRA, R. y LIEBERMAN, A. (2019). Effects of Obesity and Fall Risk on Gait and Posture of Community-Dwelling Older Adults. *International Journal of Prognostics and Health Management*, 10(1), 019.
- LV, D., SHEN, S. y CHEN, X. (2022). Association Between Dynapenic Abdominal Obesity and Fall Risk in Older Adults. *Clinical Interventions in Aging*, 17, 439-445. <https://doi.org/10.2147/CIA.S347053>.
- MAKIC, M.B.F. y MARTÍNEZ-KRATZ, M.R. (2023). *Ackley y Ladwig. Manual de Diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de cuidados*. Elsevier Health Sciences.
- MARCILLA FELIZ, A. (2022). *Plan de cuidados de enfermería con las taxonomías: NANDA NOC y NIC como propuesta de mejora en los registros enfermeros en el Centro Medico Naval-Callao 2022*. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7567>.
- MELNYK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E., GALLAGHER-FORD, L. y KAPLAN, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664e0a>.
- MENÉNDEZ TORRE, E.L., ARES BLANCO, J., CONDE BARREIRO, S., ROJO MARTÍNEZ, G. y DELGADO ALVAREZ, E. (2021). Prevalencia de diabetes mellitus en 2016 en España según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 68(2), 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.12.004>.
- MOORHEAD, S., SWANSON, E., JOHNSON, M. y MAAS, M.L. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)* (6<sup>th</sup> ed.). (2019). Elsevier: Barcelona, Spain.
- MORALES ASENCIO, J.M., GONZALO JIMÉNEZ, E., MARTÍN SANTOS, F., MORILLA HERRERA, J.C., TEROL FERNÁNDEZ, J. y RUIZ BARBOSA, C. (2003). Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados? *Enfermería Clínica*, 13(1), 41-47. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73780-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73780-2).
- NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). *Nurses, Association of Ontario* RNAO; 73(8):1910-23. <https://rnao.ca/leading-change-toolkit>.
- NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) (2017). Prevención de caídas y lesiones derivadas (4nd ed.). *Nurses, Association of Ontario* RNAO. <https://rnao.ca/media/3518/download>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2021). *Caidas*. Recuperado 7 de noviembre de



2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

- PALMA HERNÁNDEZ, J., EUÁN PAZ, A., HUCHIM-LARA, O. y MÉNDEZ-DOMÍNGUEZ, N. (2018). Riesgo de caídas y de sensibilidad periférica entre adultos mayores con diabetes. *Fisioterapia*, 40(5), 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2018.06.002>.
- ONG, M.F., SOH, K.L., SAIMON, R., WAI, M.W., MORTELL, M. y SOH, K.G. (2021). Fall prevention education to reduce fall risk among community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2674-2688. <https://doi.org/10.1111/jonm.13434>.
- ÖZTÜRK, Z.A., TÜRKBEYLER, İ.H., ABIYEV, A., KUL, S., EDIZER, B., YAKARYILMAZ, F.D. y SOYLU, G. (2018). Health-related quality of life and fall risk associated with age-related body composition changes; sarcopenia, obesity and sarcopenic obesity. *Internal Medicine Journal*, 48(8), 973-981. <https://doi.org/10.1111/imj.13935>.
- RASHEDI, V., IRANPOUR, A., MOHSENI, M. y BORHANINEJAD, V. (2019). Risk factors for fall in elderly with diabetes mellitus type 2. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 13(4), 2347-2351. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.06.001>.
- RINKEL, W.D., VAN NIEUWKASTEELE, S., CASTRO CABEZAS, M., VAN NECK, J. W., BIRNIE, E. y COERT, J.H. (2019). Balance, risk of falls, risk factors and fall-related costs in individuals with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 158, 107930. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107930>.
- RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M., FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ, D.Á., CABEZA-MORA, A., BARRIOS-TORRES, R. y BRITO-BRITO, P.R. (2022). Care Needs of Highly Complex Chronic Patients in the Canary Islands: An Observational Study. *Nursing Reports*, 13(1), 1-16. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010001>.
- RODRÍGUEZ-MOLINERO, A., NARVAIZA, L., GÁLVEZ-BARRÓN, C., DE LA CRUZ, J.J., RUÍZ, J., GONZALO, N., VÁLDOSERA, E. y YUSTE, A. (2015). Caídas en la población anciana española: Incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(6), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.05.005>.
- RUBIO, M.B., ESPAÑOL, L.B., CARRILLO, G.C., VIAN, B.H., GALCERAN, G.P. y RODRÍGUEZ, J.P. (2008). Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès. *Nure Investigación*. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/366/357>.
- SACKETT, D.L., ROSENBERG, W.M., GRAY, J.A., HAYNES, R.B. y RICHARDSON, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ : British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- SANZ ALMAZÁN, M., ARNAO RODRÍGUEZ, J., LÓPEZ NOGALES, T. y SÁNCHEZ PEINADOR, C. (2019). Perfil de los pacientes atendidos a domicilio por un Servicio de Atención Continuada en el medio rural. *Medicina general*, 8(3), 2.
- SERRANO-CHECA, R., HITA-CONTRERAS, F., JIMÉNEZ-GARCÍA, J.D., ACHALANDABASO-OCHOA, A., AIBAR-ÁLMAZÁN, A. y MARTÍNEZ-AMAT, A. (2020). Sleep Quality,



Anxiety, and Depression Are Associated with Fall Risk Factors in Older Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4043. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114043>.

- SILVA GAMA, Z.A. da, GÓMEZ CONESA, A. y SOBRAL FERREIRA, M. (2008). Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82(1), 43-55.
- SILVANO-ARRANZ, A., FERNÁNDEZ-LAO, I., OLEA-MARTÍNEZ, C., MARTÍNEZ-LORENZO, A., TORRES-ALEGRE, P., LÓPEZ-GONZÁLEZ, M. (2006). Resultados e intervenciones enfermeras en el riesgo de caídas. En: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). *VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería AENTDE. «Resultados, gestión y liderazgo»* (pp.191-197). Granada. AENTDE. 2006.
- SIMÓN, L., THUISSARD, I.J. y GOGORCENA, M. (2010). *La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS. Año 2010. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas*.
- SKELA-SAVIČ, B., HVALIČ-TOUZERY, S. y PESJAK, K. (2017). Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1910-1923. <https://doi.org/10.1111/jan.13280>.
- SQUIRES, J.E., ESTABROOKS, C.A., GUSTAVSSON, P. y WALLIN, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-1>.
- SOUSA, L.M.M., MARQUES-VIEIRA, C.M.A., CALDEVILLA, M.N.G.N. de, HENRIQUES, C.M.A.D., SEVERINO, S.S.P. y CALDEIRA, S.M.A. (2017). Risk for falls among community-dwelling older people: Systematic literature review. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 37(4), e55030. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>.
- SUN, M., MIN, L., XU, N., HUANG, L. y LI, X. (2021). The Effect of Exercise Intervention on Reducing the Fall Risk in Older Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12562. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312562>.
- TSAI, Y.-J., YANG, P.-Y., YANG, Y.-C., LIN, M.-R. y WANG, Y.-W. (2020). Prevalence and risk factors of falls among community-dwelling older people: Results from three consecutive waves of the national health interview survey in Taiwan. *BMC Geriatrics*, 20(1), 529. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01922-z>.
- YILMAZ, N. y BAĞCIER, F. (2022). The Evaluation of Postural Stability and Fall Risk in Patients with Primary Hip Osteoarthritis. *Indian Journal of Orthopaedics*, 56(2), 263-270. <https://doi.org/10.1007/s43465-021-00464-9>.
- WALLIS, L. (2012). Barriers to Implementing Evidence-Based Practice Remain High for U.S. Nurses. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(12), 15. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000423491.98489.70>.



# ANEXO 1



RNAO  
BEST PRACTICE  
SPOTLIGHT  
ORGANIZATION

## Prevención de Caídas y Disminución de Lesiones Derivadas de las Caídas



### Recomendación

1.1

Nivel de  
evidencia  
Ia, V

**Evaluar a todos los adultos para identificar a los que están en riesgo de caídas.** Realizar un cribado como parte del procedimiento de ingreso, tras cualquier cambio significativo en el estado de salud del paciente o al menos anualmente. El **cribado** debe considerar los siguientes puntos:

- **historia de caídas previas;**
- **identificación de la deambulación, el equilibrio y/o las dificultades de movilidad; y**
- **usar el juicio clínico.**



### Recomendación

1.2a

Nivel de  
evidencia  
III

Para **adultos en riesgo de caídas**, realizar una **valoración integral para identificar los factores que pueden contribuir al riesgo y definir las intervenciones adecuadas.** Emplear un enfoque y/o una herramienta adecuados para la persona y el contexto sanitario.



### Recomendación

1.2b

Nivel de  
evidencia  
V

**Derivar a los adultos con caídas recurrentes, múltiples factores de riesgo o necesidades complejas a los especialistas correspondientes o al equipo interprofesional** para una evaluación más detallada y para identificar las intervenciones más adecuadas.



Lograr **la implicación de los adultos en riesgo de sufrir caídas y lesiones derivadas de caídas** mediante:

### Recomendación

2.1

Nivel de  
evidencia  
IIa, III, IV

- la **exploración de sus conocimientos y percepciones, y su nivel de motivación** para abordar dichos riesgos;
- la **comunicación, de manera cuidadosa**, sobre los riesgos, y el **empleo de mensajes positivos**;
- la **discusión de opciones de intervención y el fomento del automanejo**;
- el **desarrollo de un plan de cuidados individualizado en colaboración con la persona**;
- la **implicación de la familia** (si procede) y el **fomento del apoyo del entorno social** para las intervenciones; y
- la **evaluación del plan de cuidados junto con la persona** (y la familia) y su revisión según sea necesario.



### Recomendación

2.2

Nivel de  
evidencia  
Ia, V

**Ofrecer formación a la persona en riesgo de sufrir caídas y lesiones derivadas de las caídas y a su familia (si procede) junto con otras intervenciones de prevención de las caídas.** Incluye, entre otras cosas, información sobre caídas, prevención de las caídas e intervenciones.



Asegurarse de facilitar la información en distintos formatos y en el idioma adecuado.

### Recomendación

2.3

Nivel de  
evidencia  
V

**Informar a la persona del riesgo de caídas que tiene y del plan de cuidados/las intervenciones relacionadas al siguiente profesional de la salud y/o equipo interprofesional en todas las transiciones de cuidados**, para garantizar la continuidad de los cuidados y prevenir caídas o lesiones por caídas.



### Recomendación

2.4

Nivel de  
evidencia  
IIa

**Implantar una combinación de intervenciones adaptada a la persona y al entorno asistencial** para prevenir las caídas o las lesiones derivadas de caídas.



Recomendación

2.5

Nivel de  
evidencia  
Ia

**Recomendar intervenciones de ejercicio y entrenamiento físico para adultos en riesgo de caídas para que mejoren la fuerza y equilibrio.** Promover programas/actividades individualizados y multicomponente que se correspondan con las habilidades y la situación funcional actuales de la persona.



Recomendación

2.6

Nivel de  
evidencia  
IaV

**Colaborar con la persona en riesgo de caídas y con quien sea responsable de sus prescripciones para reducir y quitar gradualmente o suspender la medicación que se asocie con las caídas** cuando lo permita el estado de salud del paciente o cualquier cambio en el mismo. Para ello es preciso:

- identificar la polifarmacia y los medicamentos que incrementan el riesgo de caídas;
- realizar una revisión de la medicación o derivar al paciente al profesional de la salud o prescriptor que corresponda; y
- monitorizar la posible aparición de efectos secundarios de los medicamentos que reconocidamente contribuyen al riesgo de caídas.



Recomendación

3.1

Nivel de  
evidencia  
IIIIV

**Después de una caída, realizar las siguientes intervenciones:**

- realizar un reconocimiento físico para evaluar la lesión y determinar la gravedad de cualquier lesión derivada de la caída;
- ofrecer el tratamiento y los cuidados necesarios;
- monitorizar que no haya lesiones que no sean inmediatamente evidentes;
- realizar una valoración post-caída para determinar los factores que contribuyeron a la misma;
- colaborar con la persona y con el equipo interprofesional para realizar las valoraciones adicionales que sean necesarias y definir las intervenciones apropiadas; y
- derivar a la persona a los profesionales de la salud correspondientes para realizar rehabilitación física y/o reforzar el bienestar psicológico (si fuera necesario).



Recomendación

4.2

Nivel de  
evidencia  
Ia

**Las instituciones sanitarias deben ofrecer formación continuada de forma trasversal** a toda su plantilla, junto con otras actividades, para ayudar a prevenir las caídas y reducir las lesiones derivadas en las personas a su cuidado.

