

RESUMEN RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Los programas de prevención de caídas han demostrado una reducción del número de caídas y de lesiones derivadas de las mismas. En el CHUA, hemos incorporado algunas recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de caídas:

1. Valoración del riesgo de caídas al ingreso (primeras 24h). Escala J. H. Downton.

Asignación “**agrupación de cuidados**” en función del riesgo detectado:

- **Bajo riesgo:** Medidas preventivas generales.
 - Enseñanza sobre prevención de caídas c/ 24 h.
 - Asegurar el entorno c/ 8 h.
 - Entregar documento educativo al ingreso. Validar la entrega “ejecución no programada”.
 - Ronda de prevención de caídas c/8 h
- **Alto riesgo:** Medidas generales (las anteriores) + Medidas específicas alto riesgo (en función de los factores de riesgo presentes en cada paciente):
 - Ayudar en transferencias c/ 8 h.
 - Fomentar orientación en la persona c/ 8 h.
 - Revisar barandillas c/8 h. Retirarlas si no son necesarias.
 - Revisar uso de ayudas técnicas c/ 8 h.
 - Revisar la utilización de prótesis, gafas, audífonos c/ 8 h.

2. Educación del paciente y/o cuidador: Normas hospitalarias y recomendaciones para la prevención (folleto y cartel informativo).

3. Notificación de caídas. Registro de caídas (formulario en Mambrino). Notificar incidente a la supervisora de la Unidad.

4. Reevaluación del riesgo de caídas (Escala Downton) tras una caída, diariamente y si hay cambios clínicos significativos. Adoptar nuevas medidas preventivas. Revisar plan de cuidados. Revisión de la medicación relacionada con el riesgo de caídas.

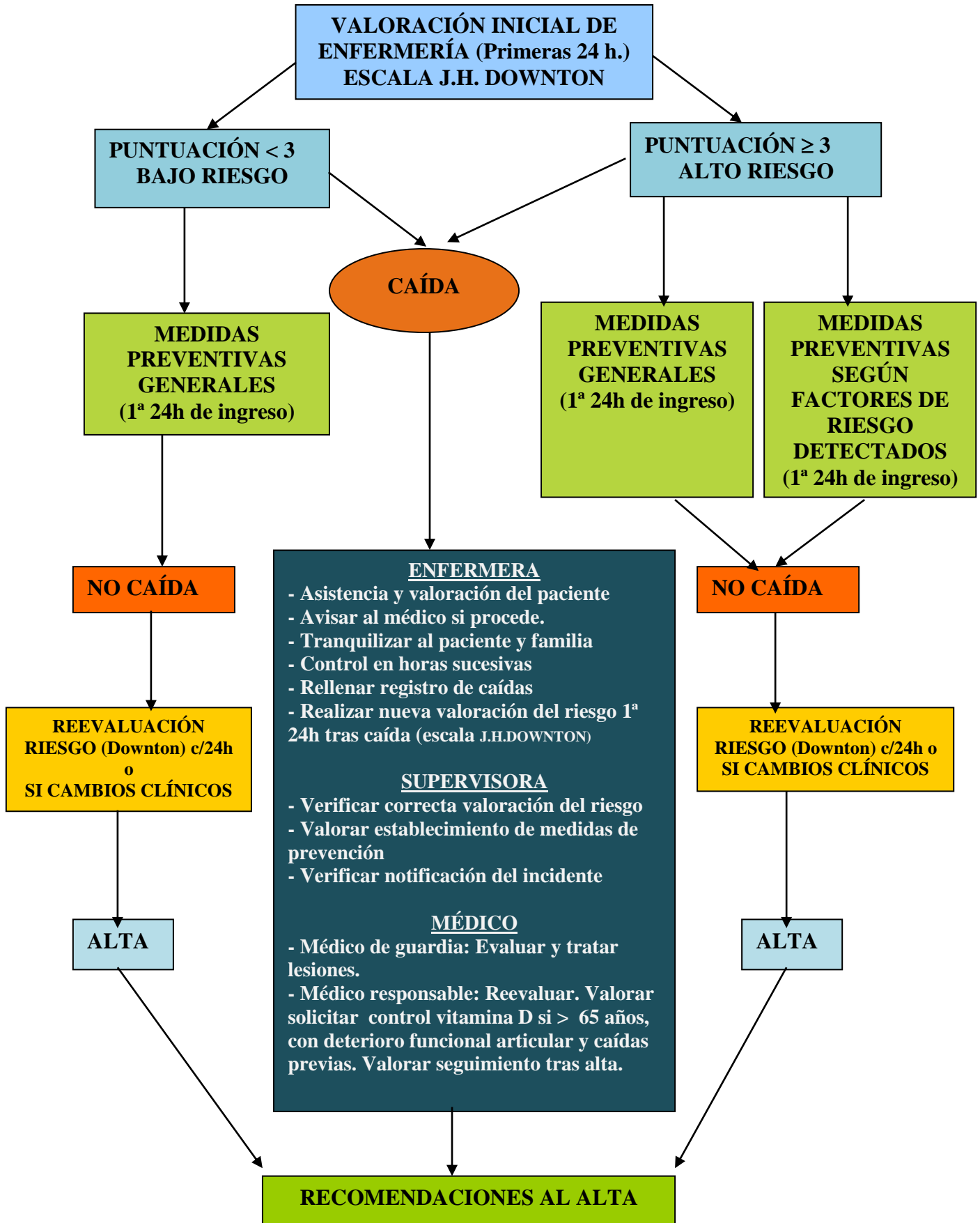
5. Uso mínimo de contenciones químicas y mecánicas.

- Contención mecánica, último recurso terapéutico. Alternativas: contención verbal, medidas ambientales/conductuales y contención farmacológica (Siempre bajo prescripción médica). En caso de urgencia, la enfermera puede iniciar el procedimiento.
 - No se debe inmovilizar un único miembro, riesgo de lesiones (Utilizar material homologado):
 - . Contención completa: tronco y/o 4 extremidades.
 - . Contención parcial: 2 extremidades, siempre en diagonal (brazo izquierdo y pierna derecha, o viceversa).
 - Registro de contenciones** (formulario “Inmovilización terapéutica”). La contención implica incrementar la atención y vigilancia del paciente:
 - Médico: Registro en HC y valoración dentro de la 1ª hora. Reevaluación c/12h.
 - Enfermería: Valoración y vigilancia continua. Registrar plan de cuidados específicos para pacientes inmovilizados, se encuentran en “Asignar cuidados del catálogo”
- Valorar uso de barandillas. No utilizar de forma sistemática para la prevención de caídas, valorar otros factores, beneficios y riesgos.

Más información en el protocolo “Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados” y “Protocolo de inmovilización y sujeción mecánica” www.chospab.es

iii EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS TÚ TIENES UN IMPORTANTE PAPEL!!!

RESUMEN RECOMENDACIONES. ALGORITMO DE DECISIONES



ANEXO I: ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS J. H. DOWNTON.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON 1993)

TRES O MÁS PUNTOS INDICAN ALTO RIESGO DE CAÍDA

★ Caídas previas	NO	0
	Si	1
Medicación	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	0



Caídas previas acontecidas en los últimos 12 meses