

**HOSPITAL C.Q. HERMANOS AMEIJERAS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

***Autores:***

**Dr.C. Carlos A. León Román.** Licenciado en Enfermería. Máster en Ciencia de Enfermería. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor e Investigador Titular.

**MSc. Caridad Cairo Soler.** Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencia de la Comunicación. Profesora Consultante y Auxiliar.

Servicio: Departamento de Enfermería.

Correo: vdedoc@hha.sld.cu Teléfono: 78761605

## **INTRODUCCIÓN**

Las caídas de los pacientes durante su hospitalización, se perfila como uno de los eventos adversos que más daño causan a la persona de manera directa, como pueden ser secuelas y discapacidades. (Mijares Olavarría A, 2014) En este sentido, el protocolo para prevenir las caídas, se encuentra dentro de los más relacionados con la seguridad del paciente. (León Román CA, Cairo Soler C, 2018a)

La mayoría de las caídas pueden ser valoradas como un evento adverso evitable en el contexto hospitalario, por lo que su prevención y control es un tema de absoluta actualidad, que responde a una de las metas abordadas en la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, 2015), retomado entre los estándares de calidad y seguridad del paciente por la *Joint Commission International*, (*Joint Commission International*, 2017) e incorporados en el sistema de salud cubano, en los estándares que conforman en el Manual de Acreditación Hospitalaria. (Colectivo de autores, 2016)

Para alcanzar este estándar de calidad y seguridad del paciente, es necesario que las instituciones hospitalarias cuente con un protocolo de actuación (PA) que oriente la asistencia de enfermería para evitar y minimizar las caídas de los pacientes, y sus posibles riesgos o daños. (Colectivo de autores, 2017)

Para elaborar el PA de enfermería en la prevención de caídas en el paciente hospitalizado, los autores se apoyaron en revisiones bibliográficas, en la mejor evidencia científica disponible sobre el tema, en sus experiencias profesionales en relación a la gestión de este evento adverso en instituciones prestadoras de servicios de salud y en el consenso de expertos. (León Román CA, Cairo Soler C, 2018a)

Para el diseño del PA, se utilizó la propuesta realizada por la Comisión de Protocolización del Hospital Hermanos Ameijeiras. (Negrín Villavicencio JA, Rodríguez Silva H, Galego Pimentel D, Pérez Caballero D, Castellanos Gutiérrez R, 2014). Su contenido, se estructuró mediante la lógica del Proceso de Atención de Enfermería, por ser el método científico de actuación profesional. (León Román CA, Caballero Muñoz E y Becerra Salas R, 2010)

La aplicación del PA, fomentará la visión del riesgo en la práctica clínica y se convertirá en una herramienta que ayude a la toma de decisiones clínicas del profesional de enfermería en la prevención y control del evento adverso, que normalice el quehacer profesional, al reducir la variabilidad de la práctica clínica y al mismo tiempo, se convertirá en una fuente poderosa de Información para el personal de nueva incorporación. (León Román CA, Cairo Soler C, 2018a)

## **OBJETIVOS**

### **General:**

- Establecer la actuación de enfermería en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

### **Específicos:**

1. Determinar los pasos a seguir para la prevención de caídas.
2. Determinar los elementos valorativos y la escala para identificar el riesgo de caídas.
3. Generalizar las medidas e intervenciones para la prevención de caídas.

## **DESARROLLO**

### **PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO**

A partir de ese momento, se muestra la metodología en seis momentos o pasos en un diagrama de flujo que se explica a continuación:

## **Valorar los factores de riesgo de caída (valoración inicial) (ver anexo 1)**

El profesional de enfermería debe tener siempre presente la visión de riesgo en su práctica asistencial. En este sentido, al realizar la valoración inicial al paciente hospitalizado, además de los aspectos generales y específicos relacionados con el problema de salud, debe incorporar elementos que le permitan identificar los riesgos que pueda presentar el paciente y dentro de ellos, el riesgo de caídas.

La posibilidad de que una persona experimente una caída, está directamente relacionado con la presencia de factores de riesgos extrínsecos e intrínsecos; éstos primeros, hacen que todos los pacientes sean vulnerables, por lo que estos elementos valorativos, debe ser generalizados a todos los pacientes desde la recepción y posteriormente en cada turno.

*Factores extrínsecos:* está centrado principalmente en reconocer la seguridad del entorno. (Mijares Olavarría A, 2014), (NANDA, 2021)

- Infraestructura y distribución del entorno:

- Luz del cuarto, pasillo, baño (que facilite la visión).
- Suelo húmedo o mojado.
- Accesibilidad y espacio físico del baño.
- Presencia y condiciones de los dispositivos para ayudar al paciente a la deambulación.

- Nivel de información del paciente y familiares sobre el riesgo y las medidas preventivas.

- Necesidad de ayuda para el traslado (cama/camilla, cama/sillón, deambulación, al baño/ducha).

- Medicación:

- Administración y valoración de los efectos adversos en el uso de (antiarrítmicos, antidepresivos tricíclicos, antihipertensivos, los betabloqueadores, benzodiazepinas, diuréticos, neurolépticos y antipsicóticos).

*Factores intrínsecos:* (Mijares Olavarría A, 2014), (NANDA, 2021)

- Edad: cambios fisiológicos propios del envejecimiento, disminución de los reflejos, deterioro de los sentidos.

- Historial previo de caídas.

- Estado de conciencia: cuadro de agitación psicomotriz, cambios en el estado cognitivo, confusión, desorientación.

- Problemas de movilidad:

- Deterioro de auditivo, de la movilidad o la marcha.
- Presencia de parkinson, artrosis avanzada, discapacidad derivada de eventos cerebrovasculares.
- Necesidad de dispositivos de ayuda (bastones, muletas, andadores) o prótesis en miembros inferiores.
- Necesidad de ayuda o supervisión se otra persona para la movilización o deambulaci3n.
- Manifestaciones de vértigos, lipotimias o síncope.

- Uso constante de baño: necesidad de acudir en numerosas ocasiones al baño, especialmente durante la noche (ej. presencia de diarreas, urgencia miccional, nicturia).

- Diagn3stico m3dico: presencia de insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasia, anemia, accidente cerebrovascular. Pacientes con problemas de rehabilitaci3n y geriátricos.

### **Determinar el grado del riesgo (escala valorativa) (ver anexo 1)**

Una de las principales herramientas que se puede utilizar en la pr3ctica clínica para determinar el riesgo de caídas en los pacientes, son las escalas valorativas que evalúan el grado del riesgo de caídas que el paciente tiene en un momento determinado.

En la actualidad existen diferentes escalas valorativas para el riesgo, correctamente validadas. Dentro de ellas, se encuentra la escala de J.H. Downton (Mijares Olavarría A, 2014), que es una de las más utilizadas en la pr3ctica clínica, caracterizada por incluir en su registro, algunos de los factores de riesgo que tienen mayor incidencia en los pacientes. (Ver anexo 2)

La escala valorativa para el riesgo puede no constituir un documento más dentro de la historia clínica, ésta puede estar impresa en la estaci3n de enfermería para guiar la valoraci3n del riesgo, los resultados que emanen de su aplicaci3n, son los que se plasman en las observaciones de enfermería.

Es pertinente resaltar que la escala por sí sola no contempla todos los aspectos que enfermería debe valorar, por lo que se recomienda completar su valoraci3n con los factores extrínsecos e intrínsecos anteriormente abordados.

Cada uno de los tópicos que la conforman, posee una puntuación que oscila entre cero (ausencia del factor de riesgo) y uno (factor de riesgo presente). La sumatoria del total de puntuación alcanzada, permitirá realizar la clasificación de riesgo bajo, medio o alto.

### **Reevaluar modificación del estado del paciente** (ver anexo 1)

Si el paciente no presenta riesgo de caídas, se debe reevaluar la modificación de su estado clínico, terapéutico o del entorno, en cada turno, lo que permitirá el monitoreo del riesgo de manera permanente.

Si el paciente presenta riesgo de caídas (medio o alto), se debe pasar al siguiente paso (diagnosticar).

### **Diagnosticar** (Ver anexo 1)

Si el paciente presenta el riesgo, se debe reflejar en la observación de enfermería el **DE: Riesgo de caídas en el adulto**. (NANDA, 2021)

*Definición:* Juicio clínico en relación a la vulnerabilidad de una persona a un aumento de la susceptibilidad a la caída, que puede causar daño físico y comprometer la salud. (NANDA, 2021)

Entre los *factores relacionados* a este diagnóstico se encuentran:

- Alteración de la movilidad / marcha / equilibrio.
- Trastornos cognitivos.
- Efectos de la medicación.
- Deterioro de la visión.
- Intolerancia a la actividad.

Es pertinente destacar este diagnóstico de enfermería, aparece con el código de registro [00303] que se encuentra dentro de la Taxonomía II de la NANDA, en el Dominio 11: Protección/ Seguridad, Clase 2: Lesión física. (NANDA, 2021)

## **Planificar / ejecutar medidas e intervenciones preventivas (Ver anexo 1)**

Las intervenciones de enfermería para la prevención y control de las caídas en el paciente hospitalizado, están enfocadas hacia los factores de riesgos identificados en la valoración. Las acciones que las conforman, están encaminadas a la prevención de caídas, la promoción de la salud y el fomento de la calidad de vida del paciente. (Mijares Olavarría A, 2014), (León Román CA, Cairo Soler C, 2018a)

Las actividades o acciones de enfermería a desarrollar, se agrupan en la intervención propuesta en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC [6490]: Prevención de caídas. (Bulechek GM, Butcher H K y McCloskey Duchterman J, 2018)

*Intervención:* NIC [6490]: Prevención de caídas. Definición: establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas. (Bulechek GM, Butcher H K y McCloskey Duchterman J, 2018)

El personal de enfermería debe seleccionar de las actividades o acciones que se listan a continuación, las que se adecuen a la situación existente, tanto del propio paciente como del entorno, para conformar el plan de cuidados individualizado que se planificará y ejecutará.

### *Actividades (acciones de enfermería)*

- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene riesgo de caídas. Identificación que se coloca en la unidad del paciente y en la historia clínica.
- De ser posible, colocar manillas para la rápida identificación del paciente y del riesgo (según existencia a nivel institucional), lo que permitirá incorporar el códigos de colores en ella; de esa manera, todo el personal involucrado en el proceso asistencial (clínico y no clínico), en cualquier área de la institución que se encuentre el paciente, identifique de manera inmediata el riesgo de caídas que tiene el paciente y pueda aplicar medidas oportunas de prevención. (\*)
- Utilizar códigos de colores en la identificación que se coloca en la unidad del paciente, en la historia clínica y la manilla de identificación, según resultado de la escala (Riesgo Alto: Rojo; Riesgo Medio: Amarillo).
- Identificar déficit cognitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda.
- Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento.
- Sugerir al paciente cambios en la marcha.
- Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la marcha.
- Ayudar a la deambulación de las personas inestables.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
- Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador, según corresponda.
- Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador, según corresponda.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado para su uso.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo.
- Utilizar barandas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda cuando el familiar/cuidador primario esté ausente.
- Retirar los muebles bajos que supongan un riesgo de tropiezo. (Ejemplo: escabel)
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Disponer luz nocturna en la habitación.
- Disponer barandas y pasamanos visibles.

- Disponer muebles firmes que no caigan o rueden si se utilizan como apoyo.
- Orientar al paciente sobre el orden físico de la habitación.
- Evitar reorganizaciones innecesarias del ambiente físico.
- Sugerir el uso de calzado seguro.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Instruir al paciente para que lleve los espejuelos o lentes prescritos, según corresponda, al salir de la cama.
- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y marcha inestable).
- Mantener los dispositivos de traslado en buen estado para su uso (sillones de ruedas, camillas). (\*)
- Verificar que el personal de limpieza coloque la señal de "suelo mojado" durante el tiempo que dure la limpieza. (\*)

(\*) Actividad incorporada por los autores del protocolo. (León Román CA, Cairo Soler C, 2018a)

### **Evaluar presencia de caídas** (Ver anexo 1)

Al finalizar cada turno, el personal de enfermería reflejará en la evolución del paciente las notas de resumen, donde se realizará una evaluación de las respuestas en relación con los resultados esperados en el paciente, la presencia o ausencia de caídas durante el turno, cambios en la evolución o complicaciones, lo que permitirá poner en evidencia la efectividad de las intervenciones de enfermería planificadas y ejecutadas.

De no experimentar el paciente caídas, se continúa realizando las actividades a partir de Diagnosticar, como aparece en el algoritmo (diagrama de flujo) del presente PA.

Si el paciente experimentó caída, aplicar el protocolo asistencial correspondiente al tipo de lesión y el algoritmo establecido en el Sistema de Registro y Notificación de Caídas en Pacientes Hospitalizados. (León Román CA, Cairo Soler C, 2018b)

## EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROTOCOLO ASISTENCIAL

Para la evaluación y control del PA, se proponen los siguientes indicadores, organizados mediante la clasificación propuesta por A. Donabedian, para evaluar la calidad de la atención en salud. (León Román CA, 2008). Estos responden a indicadores de estructura, proceso y resultado. (León Román CA, Cairo Soler C, 2018a). No obstante, se desea esclarecer que, para la evaluación integral del presente PA de enfermería relacionado con las caídas de pacientes hospitalizados, se deben incorporar otros indicadores que se derivan del Sistema de Registro y Notificación de Caídas en Pacientes Hospitalizados, elaborados por estos autores. (León Román CA, Cairo Soler C, 2018b)

<i>INDICADORES DE ESTRUCTURA</i>		Estándar %
Recursos humanos	% de personal de enfermería capacitado para aplicar el PA	≥95 %
Recursos materiales	% de disponibilidad del PA en las salas de hospitalización y departamentos asistenciales	100 %
	% de disponibilidad de la escala valorativa según el PA para su utilización en las salas de hospitalización y departamentos asistenciales	100 %
Recursos organizativos	Disponibilidad del diseño organizativo para aplicar el PA	100 %
	% de modelos de Registro de Caídas en Pacientes Hospitalizados, con datos completos y correctos	100 %
	% de modelos de Notificación de Caídas en Pacientes Hospitalizados, ingresados en la base de datos	100 %
<i>INDICADORES DE PROCESO</i>		Estándar %
% de pacientes ingresado que se le realizó la valoración inicial del riesgo de caídas		≥95 %
% de pacientes con riesgo de caída identificado en la historia clínica		≥95 %
% de HC de pacientes con riesgo de caídas con planificación y ejecución de medidas e intervenciones preventivas		≥95 %
<i>INDICADORES DE RESULTADO</i>		Estándar %
% de pacientes que presentaron caídas		< 1 %
% de pacientes clasificados con riesgo que presentaron caídas		< 15 %
% de pacientes que presentaron complicaciones derivadas de la caída		< 10 %

*Fuente:* Elaboración propia

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acha Sánchez, Y. (2009). Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema público de Andalucía. Andalucía: Consejería de salud. Junta de Andalucía. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas seguras/procedimiento caidas.pdf>
- Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. (2019). Metas para la seguridad del paciente. OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., y McCloskey Duchterman, J. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ma ed. Barcelona: Elsevier, pp. 684.
- Colectivo de autores. (2016). Manual de acreditación hospitalaria. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, pp. 19.
- Colectivo de autores. (2017). Manual de administración y gestión en enfermería. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 198-215.
- Negrín Villavicencio, J. A., Rodríguez Silva, H., Galego Pimentel, D., Pérez Caballero, D., Castellanos Gutiérrez, R. (2014). Asistencia médica basada en protocolos asistenciales aplicada en el Hospital Hermanos Ameijeiras. En: Colectivo de Autores. Manual de prácticas médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras. V edición [CD-ROM]. Editorial Ciencias Médicas, pp. 513-21. ISBN: 978-959-212-861-3.
- Joint Commission International. (2017). Estándares de acreditación de la Joint Commission International para Hospitales. 6a ed. Illinois: Oakbrook Terrace, pp. 31-2.
- León Román, C. A. (2008). Calidad en los servicios de urgencia. En: León Román, C. A. (Ed.). Enfermería en urgencias. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 19-26.
- León Román, C. A. (2010). Valoración de la Enfermería sobre la base de los modelos conceptuales. En: Caballero Muñoz, E., Becerra Salas, R., y Hullin Lucay-Cossio, C. (Eds.). Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago de Chile: Editorial mediterráneo, pp. 158-184.
- León Román, C. A., Caballero Muñoz, E., y Becerra Salas, R. (2010). Conceptualización del Proceso de Enfermería. En: Caballero Muñoz, E., Becerra Salas, R., y Hullin Lucay-Cossio C. (Eds.). Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago de Chile: Editorial mediterráneo, pp. 139-157.
- León Román, C.A., Cairo Soler, C. (2018a). Metodología para la protocolización de enfermería en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Cubana Enferm [Internet].

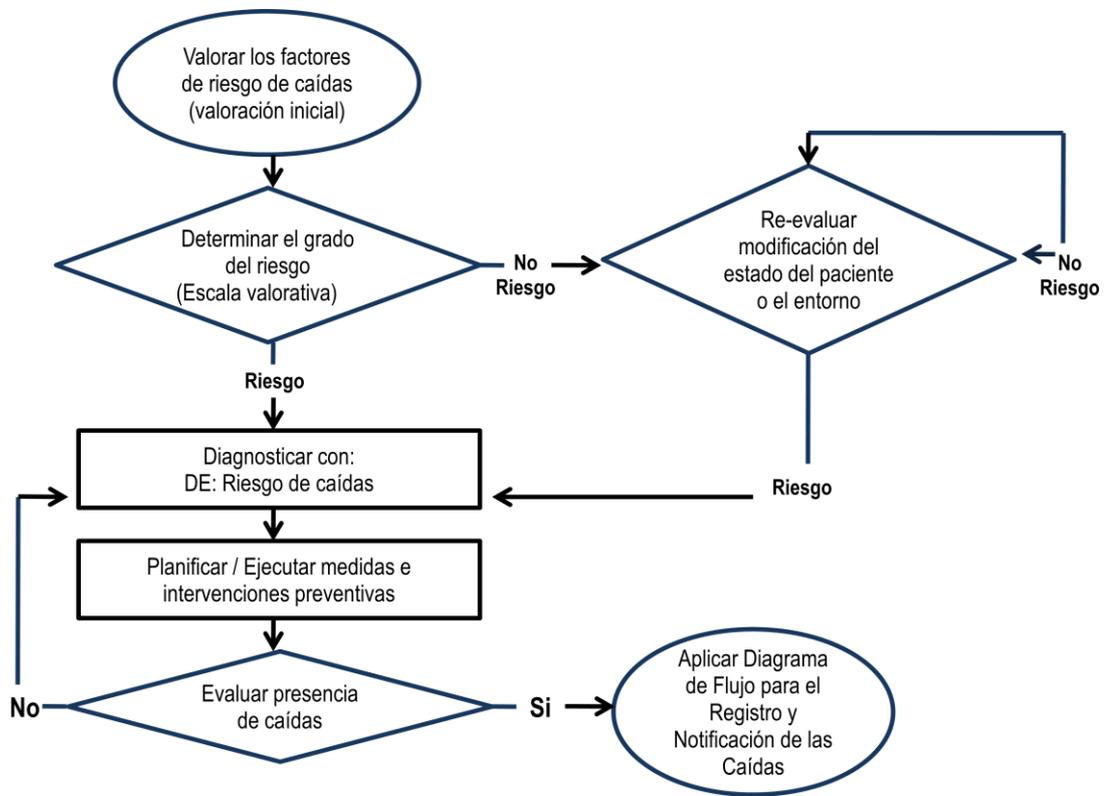
2018;34(3): [aprox. 8 p.]. Recuperado de:  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2570>

- León Román, C.A., Cairo Soler, C. (2018b). Metodología para la protocolización de enfermería en el registro y notificación de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019;35(2):[aprox. 8 p.]. Recuperado de:  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2571>

- Mijares Olavarría, A. (2014). Caídas en pacientes hospitalizados: Un evento adverso evitable. Universidad de Cantabria, Departamento de Enfermería. Recuperado de:  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5228/MiyaresOlavarríaA.pdf?sequence=1>

- NANDA. (2021). Nursing Diagnoses. Definitions and classification. 2021-2023. 12th ed. New York: Thieme Publishers, pp. 476-7.

**Anexo 1.** Diagrama de flujo para la prevención de caídas del paciente en el contexto hospitalario.



*Fuente:* Elaboración propia

**Anexo 2.** Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON).

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON)		
Caídas previas	NO	0
	Sí	1
Medicación	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
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	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

*Fuente: Acha Sánchez Y. (2009)*

**Legenda:** NA = No Aplica.

**Clasificaci3n:**

Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos

Riesgo Medio: 3 a 4 puntos

Riesgo Alto: 5 a 9 puntos