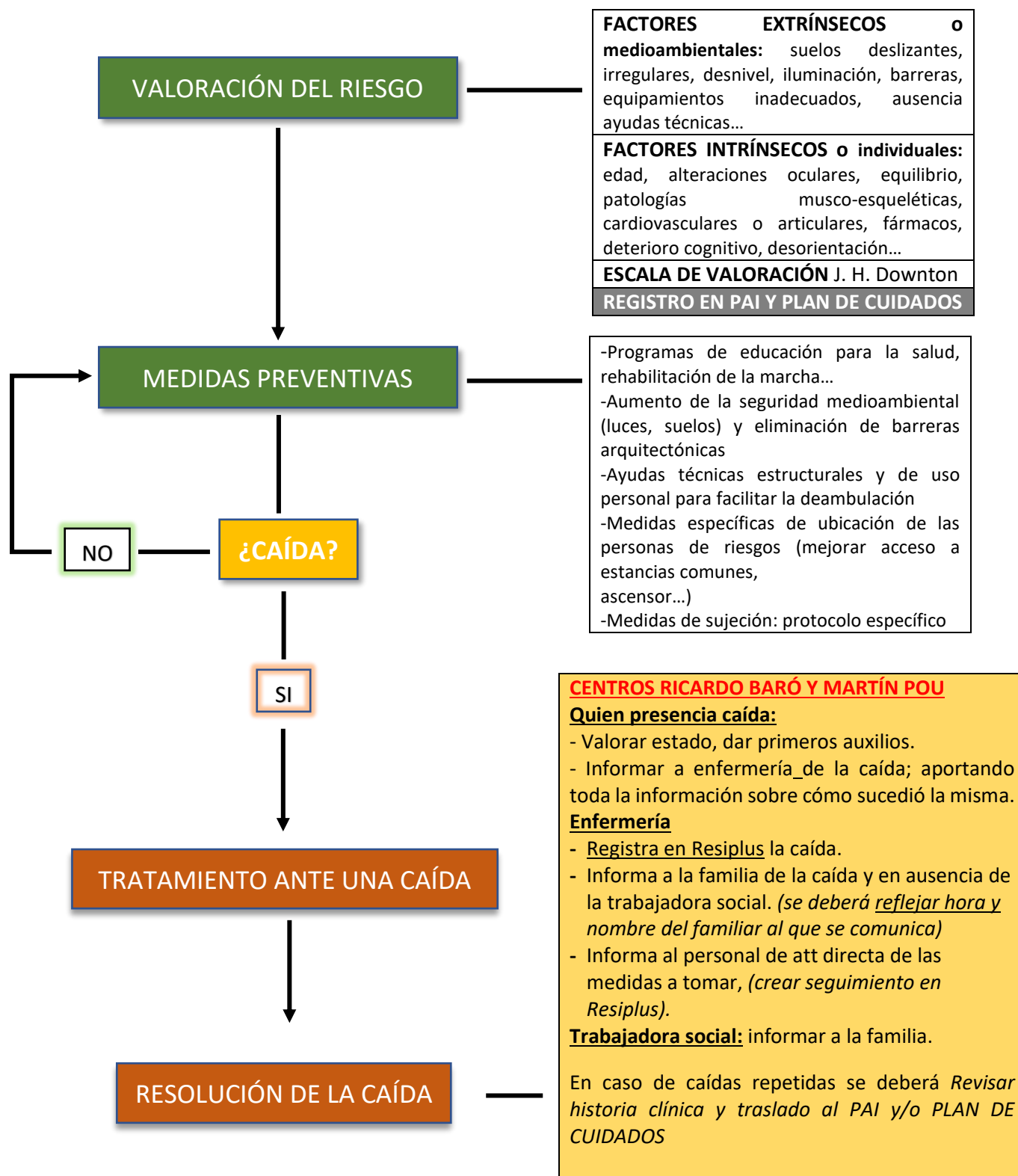




ESQUEMA DEL PROTOCOLO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS





PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS

NOMBRE	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS				
PROCESOS ASOCIADOS	ATENCIÓN A LA SALUD	CÓDIGO	CRB4—D-10	EDICIÓN:	3

DENOMINACIÓN

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS

DEFINICIÓN

En el presente protocolo se establecen las medidas de seguridad a adoptar para prevenir caídas.

Toda caída es considerada como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. Puede clasificarse como:

- Accidental, debida a un factor extrínseco.
- No accidental, por factor intrínseco. (Pérdida de la conciencia, alteración de la conciencia, discapacidad para la deambulación...)

OBJETIVOS

- Identificar a las personas usuarias con mayor riesgo de caídas.
- Prevenir las caídas actuando sobre factores favorecedores.
- Atender a las personas usuarias que han sufrido una caída.
- Establecer las medidas terapéuticas y técnicas necesarias para evitar nuevas caídas.
- Fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales y las propias personas usuarias.

ALCANCE

Este protocolo tiene como objeto a las personas usuarias de las Residencias Martín Pou y Ricardo Baró de ASPRONAGA, más concretamente a las personas valoradas y registradas con riesgo de padecer caídas y a aquellas que las han padecido.

Se extiende al personal que lleva a cabo las actuaciones contempladas en este protocolo.

RESPONSABLES DEL PROTOCOLO Y PERSONAS IMPLICADAS

Responsables del protocolo: Servicio Médico, Enfermería y Fisioterapia.

Personas implicadas: Profesionales de atención directa, técnicos, servicios domésticos y/o en prácticas o voluntariado.



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS

1. ACTUACIONES PARA PREVENIR LAS CAÍDAS

1.1 VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA

Al ingreso

- Se realizará una *valoración inicial* del riesgo de caídas.
- Se utilizará la escala de valoración de **J. H. Downton (Anexo 1)**, dicha escala recoge algunos de los factores tanto extrínsecos (ambientales) como intrínsecos (de las personas), con mayor incidencia en el riesgo de caídas.

Seguimiento y reevaluación del riesgo de caídas

- tras una caída
- tras cualquier cambio significativo en el estado de salud del residente
- reevaluación anual en revisión del PAI

Responsable

- La valoración del riesgo la hará el Servicio Médico de ASPRONAGA y/o fisioterapeuta al ingreso, (primeras 24 horas).
- Se informará al resto del equipo interdisciplinar si el resultado indica que la persona es de riesgo.

1.2 PLANIFICACION DE LAS INTERVENCIONES

A. Para los residentes que NO presentan RIESGO de caídas o con una puntuación menor de 3 en la aplicación de la escala J. H. Downton, se aplicarán **intervenciones generales** como:

- Eliminación de barreras
- Formación de los profesionales...

B. Para aquellos residentes con RIESGO de caídas, valoración del riesgo en la escala de 3 o superior se aplicarán intervenciones más específicas para las que se tendrá en cuenta:

- La aplicación de las intervenciones generales (A)
- Aplicar un plan de prevención de caídas adaptado a la persona y a su entorno en el centro
- Contenidos del plan:
 - Programas de ejercicio físico
 - Rehabilitación de la marcha y equilibrio
 - Tratamiento de patologías causales
 - Revisión de fármacos...

Responsables del Plan

Este plan lo elaborará el equipo multidisciplinar y se registrará en el plan de cuidados de la persona usuaria, su seguimiento se realizará a través de la “ResiPlus”



1.2.1 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS CAÍDAS Y MEDIDAS PARA PREVENIRLOS

a) FACTORES EXTRÍNSECOS

Relacionado con...

Cómo prevenir...

Cama

Ausencia o mal estado de las barandillas de la cama, del freno o altura.

- Mantener la cama en la posición más baja posible, excepto cuando se realice algún tipo de cuidado.
- Colocar barandillas, extremando la vigilancia. Cubrir laterales de estas con protectores si se considera conveniente.
- En caso de disponer de ruedas, asegurarse de que estén correctamente frenadas.
- Antes de incorporar al residente, mantenerlo incorporado en la cama durante 10 minutos y asegurarse de que no siente mareos.
- En determinadas situaciones, se valorará la presencia permanente de un acompañante.

Habitación

- Iluminación deficiente
- Timbre de llamada (mal funcionamiento o alejado)
- Falta de pasamanos en la habitación.
- Mobiliario inadecuado
- Desorden físico de la habitación.
- Limitación del espacio físico, demasiados obstáculos.

- Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo de la habitación (mobiliario en su sitio, carros, sacos de ropa, cableado, alargaderas).
- Retirar muebles bajos que supongan un riesgo para la deambulación (tropiezos).
- Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas, mesillas).
- Seleccionar sillas/sillones adecuados con reposabrazos y una altura apropiada para poder levantarse y sentarse.
- Disponer de una iluminación adecuada para facilitar la visibilidad.
- Mantener la luz de emergencia de la habitación (o del baño) encendida durante la noche.
- Facilitar a los pacientes el acceso a timbres y luces. Comprobar siempre antes de abandonar la habitación que el paciente tiene a su alcance el timbre y los utensilios básicos que pueda necesitar (vaso para beber, botella para orinar).
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos, especialmente en los desplazamientos y transferencias de pacientes.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.

Baños

Servicio con mala accesibilidad, sin asideros y con limitación del espacio físico.

- Adoptar las medidas necesarias para evitar que el residente resbale (alfombrillas antideslizantes, asideros, sillas de ducha...)
- Preparar previamente todos los elementos a utilizar para el aseo.
- Si el residente realiza el aseo de forma autónoma o semi debe tener a mano el timbre de llamada, evitar que se cierre por dentro; el cuidador debe estar pendiente de cualquier imprevisto.



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS

Continuación factores extrínsecos y medidas de prevención...

<i>Relacionado con...</i>	<i>Cómo prevenir...</i>
Utensilios personales • Ropa y calzado inadecuado	• Establecer revisiones periódicas del estado de los andadores, bastones y sillas de ruedas de la residencia. • Orientar a los residentes en el uso de zapatillas cerradas y suela antideslizante.
Infraestructuras • Suelo mojado deslizante. • Organización inadecuada de la residencia en cuanto a recursos personales, espacios y / o materiales	• Evitar suelos irregulares, mojados o resbaladizos si no es posible, señalizar adecuadamente la zona. • Valorar la inclusión de las mejoras en los correspondientes planes de mantenimiento...
Personal • Personal insuficiente • Falta de instrucción de la familia y/o profesionales.	• Insistir en que paseen cuando haya algún familiar o personal disponible. • Instruir a los residentes para pedir ayuda cuando lo necesiten. • Reevaluar las necesidades de instrucciones por parte de la familia y/o profesionales.

b) FACTORES INTRÍNSECOS

<i>Relacionado con...</i>	<i>Cómo prevenir...</i>
Edad Superior a 45 años.	
Tener una discapacidad psíquica o física.	
Estado cognitivo y conductual. • Agitado • Confuso • Desorientado	• Observar las modificaciones en el estado de conciencia de los pacientes. • Valorar con la persona, familias y profesionales los apoyos y alternativas de intervención más convenientes.
Estado físico y/o dependencia en la movilidad. • Deambula con ayuda • Portadores de dispositivos externos • Limitación de la movilidad • Deambula inestable • Mareos o síncope • Parálisis • Alteraciones en tensión sanguínea.	• Por las características de las personas usuarias debemos tener en cuenta estas posibles alteraciones y valorar con ellas, sus familias y/o profesionales los apoyos y alternativas de intervención más convenientes: • Apoyo técnico y/o físico • Intervenciones de especialistas: Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional o Logopeda...
Déficits sensorioceptivos. • Sordera • Ceguera • Hipoacusia, • Visión disminuida	• Asegurarse que la persona usuaria lleve correctamente colocadas sus prótesis (gafas o audífonos) siempre que sea posible. • Proporcionarle los apoyos necesarios en los momentos que lo precise.



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS

Continuación factores intrínsecos y medidas de prevención...

Relacionado con...

Cómo prevenir...

Enfermedades Neurológicas.

- Epilepsia
 - Convulsiones
 - Deterioros cognitivos
 - Enfermedad mental
- Correcta supervisión de tratamiento médico
 - Actividades de estimulación cognitiva.

Dificultades en la comprensión

- Dificultades de expresión y/o comprensión.
 - Discapacidad Cognitiva
- Realización de actividades de mantenimiento cognitivo y expresión oral.
 - En la medida de lo posible trabajar sistemas alternativos de comunicación.

Medicación

- Diuréticos.
 - Hipoglucemiantes.
 - Antihipertensivos.
 - Betabloqueantes.
 - Antiarrítmicos.
 - Anticoagulantes, Inotrópicos
- Observar los efectos que producen en la persona usuaria los medicamentos administrados
 - Instruir a la familia / persona usuaria y profesionales acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación.

Eliminación

- Nicturia.
 - Urgencia miccional
 - Diarreas
 - Fármacos
- Proporcionar, a menudo, ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine antes de acostarse o avise si siente urgencia.
 - Dejar el acceso al baño libre de obstáculos.
 - Vigilar a las personas que estén tomando laxantes y diuréticos.
 - Recomendar a las personas del sexo masculino orinar sentados.
 - Disminuir el aporte de líquidos por la tarde, o a partir de las 19 horas y administrar los diuréticos por la mañana.

Historia anterior de caídas.

- Caídas en los últimos meses.
- Conocer la historia previa de caídas e investigar y actuar sobre los factores desencadenantes.



1.3 ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO ANTE UNA CAÍDA

VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

1. **Valorar el estado de la persona usuaria** y las consecuencias de la caída.
2. **En caso** de caídas que **precisen intervención sanitaria**: Avisar al servicio médico del CRB, y o en su caso a la dirección del centro o llamar al servicio de urgencias (si es preciso). No incorporar o movilizar a la persona usuaria si se sospecha que puede presentar una fractura; esperar al servicio médico para una movilización correcta.
3. **Realizar tratamiento o mantener en observación** en función de la lesión que se haya producido.
4. **Indicaciones para el registro de la caída:**

QUIÉN	QUÉ
La persona que presencia la caída	1- Informará a enfermería de la caída; aportando toda la información sobre cómo sucedió la misma.
Enfermería	1- Registra en Resiplus la caída. 2- Informa a la familia de la caída y en ausencia de la trabajadora social. <i>(se deberá <u>reflejar hora y nombre del familiar al que se comunica</u>)</i> 3- Informa al personal de att directa de las medidas a tomar, <i>(crear seguimiento en Resiplus)</i>
Trabajadora Social	1- Informar a la familia hora y familiar al que comunica)

RE-EVALUACIÓN

Siempre que se haya producido una caída se abordará la revisión de la historia clínica del residente, comprobando y anotando:

- ☞ Si estaba evaluado el riesgo de caída y se habían establecido las medidas preventivas.
- ☞ Si hay que establecer nuevos elementos de prevención de caída para la persona, ya sea por su nueva situación de salud o por fallo detectado en la prevención.
- ☞ Del suceso y las modificaciones del plan de prevención se **hará traslado al PAI (Plan de Atención Individual) del residente.**

BUENAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

- ☑ Se deben aplicar las medidas necesarias para corregir o eliminar los factores extrínsecos que favorecen el riesgo de caída.
- ☑ Se deben individualizar las medidas de prevención, adaptándolas a los factores de riesgo que presente el residente.
- ☑ Es fundamental que las medidas de prevención se apliquen con continuidad por parte de todos los profesionales.
- ☑ Es importante tener en cuenta que la disminución de la actividad del residente reduce el número de caídas a corto plazo. Pero con la falta de actividad lo único que se consigue es la pérdida de condiciones físicas y la falta de autoconfianza del residente; por lo tanto, en contra de lo previsto, lo que se conseguirá será un aumento del riesgo de caídas.



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS

ANEXO 1: ESCALA J. H. Downton. “VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS”

Nombre residente: _____ Fecha aplicación: __/__/__.

FACTOR	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURÉTICOS	1
	HIPOSENSORES NO DIURÉTICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS:	1
DÉFICITS SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUAL	1
	AUDITIVO	1
	EXTREMIDADES	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACIÓN	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTUACIÓN TOTAL		
DETERMINACIÓN DEL RIESGO: _____.		
Interpretación del Puntaje: 3 o más: Alto riesgo; 1 a 2: Mediano riesgo;		
0 a 1: Bajo riesgo		

Antecedentes de caídas recientes: Se asignan 1 punto si el paciente ha tenido antecedentes de caídas fisiológicas dentro de los últimos tres meses, a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 punto.

Uso de medicamentos: De los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y andar inestable), se le asigna 1 punto a los diferentes grupos de medicamentos que pueden aumentar el riesgo de caída, si no consume ningún medicamento se le asigna 0 puntos.

Déficit Sensorial: Se realiza una evaluación del sistema sensitivo del paciente, si este presenta alguna alteración se le asigna 1 punto, en caso contrario se le asigna 0 puntos.

Estado Mental: Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente y/o familia acerca de su capacidad para caminar. Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 1 punto.

Deambulación: Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erecta, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos: 0. Con una marcha segura con ayuda (puntaje 1) el paciente camina encorvado, pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Marcha insegura con ayuda (puntaje 1) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los brazos de la silla (ej.: realizando varios intentos por incorporarse.). La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia.