

# **Caídas en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física. Protocolo de prevención de enfermería**

**Autores: MSc. Miriam Valdés Fernández, Lic. Maylen Pérez González,**

**Lic. Anays Arredondo Ramírez**

Centro Internacional de Restauración Neurológico

Dirección. Calle 216 y 13 Repto, Siboney

e-mail. [mirian@neuro.ciren.cu](mailto:mirian@neuro.ciren.cu)

## **INTRODUCCIÓN**

Las caídas son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario, y constituyen un indicador de calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad (1)

La caída de la persona anciana es uno de los principales problemas de salud pública (2), En el escenario mundial, cerca del 30% al 60% de las personas mayores caen al menos una vez al año, y cerca de la mitad lo hace de forma recurrente. (3)

Con frecuencia no tienen consecuencias mortales, pero sí afectan la salud y la calidad de vida de la persona. Las consecuencias normales y patológicas del envejecimiento que contribuyen al aumento del número de caídas, abarcan cambios visuales, como la disminución de la percepción de la profundidad, la susceptibilidad al deslumbramiento, la disminución de la agudeza visual, y las dificultades en la acomodación a la luz; cambios neurológicos como la pérdida del equilibrio y de la propiocepción, así como aumento en el tiempo de reacción; modificaciones cardiovasculares, que originan hipoxia cerebral e hipotensión postural, cambios intelectuales, entre estos los de confusión, pérdida del juicio, conducta impulsiva y modificaciones músculos-esqueléticas, que abarcan posturas incorrectas y disminución de la fuerza muscular (4)

A pesar del aumento de evidencias científicas sobre prevención de caídas

Durante el presente siglo asistimos a una situación singular, debido a que cada día son más las personas que sobrepasan las barreras cronológicas que ha situado al hombre como etapa de vejez y que convierten al envejecimiento poblacional en uno de los retos más importantes de la sociedad moderna.

Las caídas son una de las principales causas de discapacidad e incluso de muerte en este grupo poblacional, pues el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero con él, disminuyen algunas habilidades y capacidades que de no corregirse se convierten en factores de riesgo predisponentes de caídas (5).

Es por ello que el personal de enfermería del Centro Internacional de Restauración Neurológica considero necesario la introducción de un protocolo de prevención de caídas con el objetivo, disminuir la incidencia de las mismas y su secuelas en pacientes hospitalizados de alto riesgo (6).

### Método

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo entre los años 2013 y 2014 de la incidencia de caídas antes instituir el protocolo de prevención de caídas y los años 2015 y 2016 y posterior a su implantación. La muestra para el estudio, estuvo constituida por 51 caídas ocurridas en dicho periodo, de ellas 17 fueron en adultos mayores. Utilizando como fuente las historias clínicas y registros estadísticos sobre control de accidentes. Los instrumentos para la valoración del protocolo de enfermería fueron la escala J.H.DOWNNTON, registro para el reporte de accidentes y la planilla de evolución del accidente. Los datos se computaron por conteo simple manual, se utilizó el método de palotes, una calculadora CASIO DM- 1200 V para los porcentajes y los resultados fueron representados en tablas estadísticas y gráficos.

## RESULTADOS

En estudio realizado en el Centro Internacional de Restauración Neurológica, del año 2013 al 2016 encontró que la distribución de los casos según edad y sexo como se observa en la tabla 1, muestra que el rango de edades comprendido entre los 60 y 65 años fue el predominante para ambos sexos, 35,2 % para el sexo femenino y 29,4 % para el masculino.

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo.

Grupo	Masculino		Femenino	
	No	%	No	%
60-65	5	29,4	6	35,2
65-70	-	-	-	-
70-75	1	5,8	3	17,6
75-80	1	5,8		
80-85	-	-	1	5,8
Total	7	41,1	10	58,8

N=17

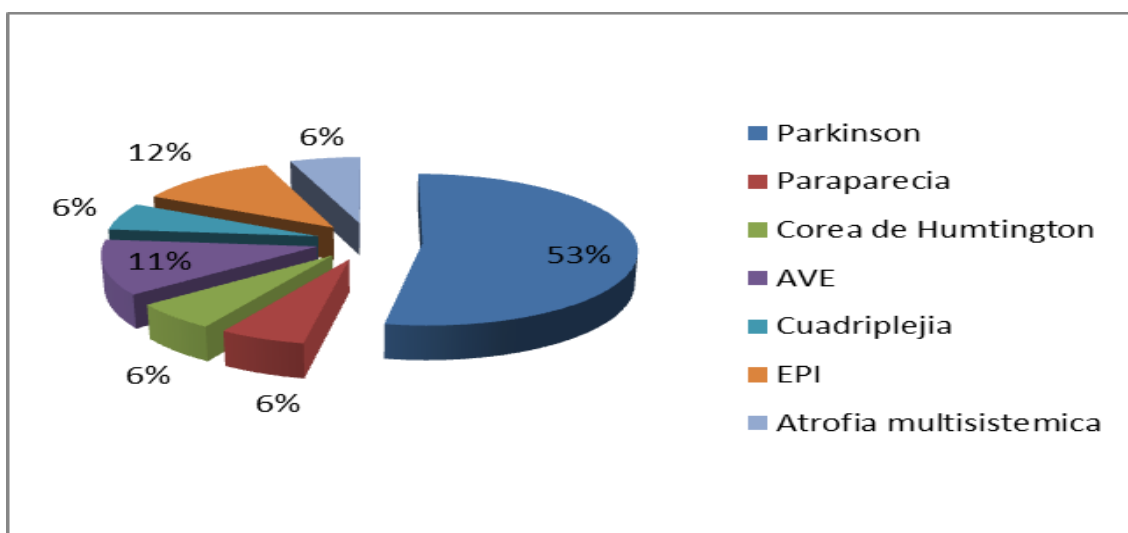


Figura 1. Distribución según diagnóstico clínico

Como se observa en la figura 1 presentaron mayor incidencia de caída en la muestra estudiadas los pacientes con el diagnóstico clínico de enfermedad de Parkinson (EP), debido a que los pacientes con esta enfermedad presentan temblor en reposo y las alteraciones posturales y de la marcha incluyen la rigidez. Estos síntomas van a afectar la realización de los movimientos simples incrementado el riesgo de caída.

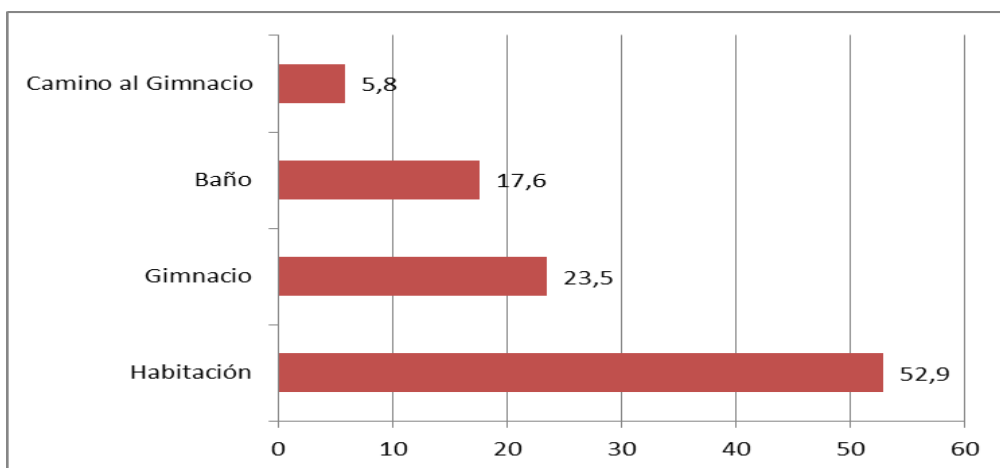


Figura 2. Lugar en que se encontraba en el momento de la caída

Como se observa en la figura 2. predominaron las caídas en compañía del familiar mostrando mayor incidencias las ocurridas en la habitación con el 52,9% seguidas de las ocurridas en el 17,6%.

Tabla 2 .Consecuencias de las caídas en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física en el periodo del 2013 al 2016

Lesiones	Nº	%
Traumas simples	6	35,2
Fracturas o fisuras	1	5,8
Excoriaciones	5	29,4
Heridas	3	17,6
No lesiones, ni traumas	2	11,7
Total	17	100

Las lesiones que más sufren los pacientes son traumas simples (35,2), seguidos por excoriaciones con el 29,4% y las heridas que presentaron el 17,6%.

Tabla 3 .Distribución de factores de riesgos en los pacientes estudiados.

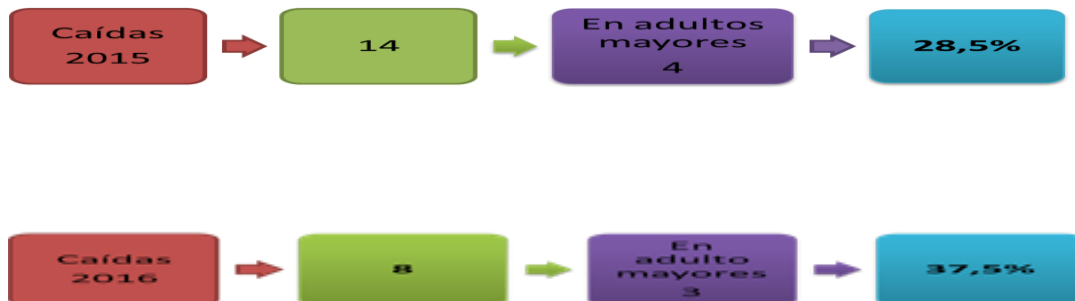
Factores extrínseco	Nº	Factores intrínseco	Nº
Baranda			
Silla de rueda	3	Movilidad	12
Bastón	2	Edad +60	17
Andador		Fármacos	13
Deambula	10		
Iluminación	2		

Incidenias de caidas en los años 2013 y 2014 después del la implantación del protocolo de prevención de caidas



Como se puede observar el predominio de caídas en el adulto mayor en los dos periodos es alto. Una de las causas fundamentales está dada por realizar actividades en la habitación sin la supervisión del acompañante.

## Incidencias de caídas en los años 2015 y 2016 después del la implantación del protocolo de prevención de caídas



De las 51 caídas ocurridas en el periodo estudiado el 56,8% de ellas ocurrieron antes la aplicación del protocolo y el 43,1% posterior a su aplicación.

## DISCUSIÓN

En el periodo de 2013 a 2016, 17 adultos mayores con deterioro de la movilidad física sufrieron caídas. El mayor número de éstos se sitúa en la edad entre 60 y 65 años. El diagnóstico base de mayor incidencia enfermedad de Parkinson, estos pacientes presentan inestabilidad postural y las alteraciones de la marcha que son factores de riesgo que contribuyen a propiciar el accidente, las caídas constituyen una de las principales causas de morbilidad en estos pacientes.

Según la literatura consultada los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales (7). En nuestro país las caídas accidentales originan el 45.3 % de las defunciones por accidentes, resulta la tasa de mortalidad más elevada del grupo de edades (8).

Predomina el sexo femenino, el 52,9% ocurrieron en la habitación en compañía del familiar.

Coinciden los resultados de la presente investigación en relación al sexo predominante con el estudio publicados por Fhon, y colaboradores, caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional en el que se constató mayor prevalencia de caídas en el sexo femenino; el lugar más frecuente fue el patio y el baño, difiriendo en relación al lugar de ocurrencia (9).

Los principales factores de riesgo estudiados se destacan la movilidad la edad y los fármacos, no coincidiendo con otros autores, donde el factor de riesgo predominante son las alteraciones de la visión (10)

Cuando se analizan las consecuencias de las caídas en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física en el periodo del 2013 al 2016 puede observarse que el mayor porcentaje corresponde a los traumas simples 35,2%, seguido de las excoriaciones con el 29,4%. Las principales complicaciones como consecuencias de las caídas fueron las Heridas con el 17,6%, seguido de las fracturas con el 5,8% muy inferior a resultados de otros autores que exhiben un (26 %), del total de ancianos estudiados con traumatismos, fractura de cadera y heridas (10)

### **Conclusiones**

- Se demostró que los pacientes sufrieron más caídas cuando estaban en compañía del familiar.
- La silla de rueda y la movilidad sobresalieron en los factores de riesgos extrínsecos e intrínsecos respectivamente.
- Sobresalieron los traumas simples en los pacientes que sufrieron caídas.
- A partir del protocolo de prevención de caídas se logró la disminución de los eventos favoreciendo el bienestar de los adultos mayores.

## Referencias bibliográficas

1. Laguna-Parras Juan Manuel, Arrabal-Orpez M.<sup>a</sup> Jesús, Zafra-López Fernando, García-Fernández Francisco P., Carrascosa-Corral Raquel R., Carrascosa-García M.<sup>a</sup> I. et al . Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Nov 22] ; 22( 4 ): 167-173. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400004>
2. Terra Jonas Lucélia, Vitorelli Diniz Lima Karolina, Inácio Soares Mirelle, Mendes Maria Angélica, Silva José Vitor da, Mônica Ribeiro Patrícia. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo?. Gerokomos [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Nov 22] ; 25( 1 ): 13-16. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100004>.
3. Perracini MR & Ramos LR Factores asociados a quedas de idosos Rev Saúde Pública 2002;36(6):709-16 [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)
4. Díaz Oquendo Digna, Barrera García Ana Cecilia, Pacheco Infante Andrea. Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1999 Abr [citado 2017 Nov 22] ; 15( 1 ): 34-38. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100006&lng=es).
5. Viana, T. S., Martín, M. R. G., Crespo, F. N., Rodríguez, E. M. V., Merino, G. M., Ruiz, J. M. G., & Quintas, C. G. N. (2011). ¿Cuál es la incidencia de caídas real en un hospital? *Enfermería Clínica*, 21(5), 271-274.
6. L. Miranda. Protocolo de prevención de caídas CIREN 2015
7. Organización Mundial de la Salud (OMS) en enero del 2018 <https://www.who.int/es/> Dic [citado 2019 Jul 17]
8. Anuario estadístico de Salud 2018 MINSAP Dic [citado 2019 Jul 17]
9. Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional1 Rev. Latino-Am. Enfermagem sep.-oct. 2012; 20(5): [09 pantallas]. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
10. Díaz Oquendo Digna, Barrera García Ana Cecilia, Pacheco Infante Andrea. Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1999 Abr [citado 2017 Dic 22] ; 15( 1 ): 34-38. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100006&lng=es).



## 11. Anexos

### Anexo 1.

#### Escala de Riesgo de Caídas de DOWNTON

	<b>Variables</b>	<b>Puntaje</b>
Caídas Previas	No	0
	Si	1
Uso de Medicamentos	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	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	No deambula	1
Puntaje Obtenido		

#### Interpretación del Puntaje

3 o más = Alto Riesgo

1 a 2 = Mediano Riesgo

0 a 1 = Bajo Riesgo

CENTRO INTERNACIONAL DE RESTAURACION NEUROLOGICA



### Anexo 3

#### REGISTRO PARA EL REPORTE DE ACCIDENTES O CAIDAS

- 1- Fecha y hora:
- 2- Nombre y apellidos del paciente:
- 3- Ubicación:
- 4- Edad:
- 5- Diagnostico medico al ingreso:
- 6- Sexo:
- 7- Historia Clínica:
- 8- Fecha de ingreso:
- 9- País de origen:
- 10- Nivel de dependencia:
- 11- Identificación de Riesgos al ingreso registrado en la historia clínica:
- 12- Medidas preventivas con el paciente y familiar:
- 13- Descripción de la caída o evento
  - Ø Lugar
  - Ø Si estaba acompañado o no
  - Ø Que produjo la caída
  - Ø Evento de la caída
  - Ø Acciones o medidas correctivas

Nombre y apellido de quien lo notifica: \_\_\_\_\_