

# GUÍA FASE PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA



# GUÍA FASE PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA CAIDA

**CONSEJERÍA DE SALUD  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD  
ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA**



### Grupo de trabajo:

- Marta Aranda Gallardo (coordinadora del grupo). Enfermera. Responsable de Unidad de Enfermería de Medicina Interna. Agencia Sanitaria Costa del Sol (Marbella).
- Purificación Alcalá Gutiérrez. Enfermera. Responsable de Unidad de Enfermería de cirugía, traumatología y corta estancia. Agencia Sanitaria Costa del Sol (Marbella).
- M<sup>a</sup> Reyes Carrión Camacho. Enfermera de bloque quirúrgico. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
- Noelia Guerrero Moyano. Fisioterapeuta. Coordinadora de Rehabilitación. Agencia Sanitaria Costa del Sol (Marbella).
- Yolanda Sánchez Acha. Enfermera. Coordinadora de cuidados de UGC Torre del Mar. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía (Málaga).
- M<sup>a</sup> José Vázquez Blanco. Enfermera. Unidad de residencias Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce (Málaga).

### Coordinación de la guía FASE:

- Ana María Mora Banderas. Supervisora. Unidad de Calidad Hospital del Sol (Marbella) - Agencia de Calidad Sanitaria Costa del Sol.
- Pastora Pérez Pérez. Técnico del Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- José Carlos Canca Sánchez. Responsable de la línea Cuidados Seguros de PiCuida. Director de enfermería del Hospital Costa del Sol (Marbella) - Agencia Sanitaria Costa del Sol.
- Vicente Santana López. Responsable del Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- María Isabel Casado Mora. Enfermera asesora técnica. Estrategia de cuidados de Andalucía. Consejería de Salud.
- María Concepción Barrera Becerra. Enfermera asesora técnica. Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud.

### Declaración de intereses:

Los autores de la presente guía declaran no tener conflicto de intereses

### Validación externa:

- Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)
- Asociación Andaluza de Enfermeras Comunitarias (ASANEC)
- Sociedad Andaluza de Enfermeras de Cuidados Críticos y Urgencias (SAECC)

### Asesora técnica editorial

Antonia Garrido Gómez

### Maquetación y cubierta

Jesús Zamora Acosta



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons  
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita:

© 2016 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.  
Avenida de la Constitución 18, 41071 Sevilla  
Tel. 955 01 80 00, fax 955 01 80 37  
[www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)

Disponible en: [www.picuida.es](http://www.picuida.es)

Avanzar en la seguridad del paciente y la mejora de calidad de los cuidados es una prioridad para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Para ello es importante el generar una cultura de traslación del conocimiento, implantar en la práctica clínica las mejores evidencias disponibles, potenciar la investigación para el desarrollo de prácticas seguras y la participación activa de profesionales y ciudadanía.

En este sentido, los y las profesionales de los equipos de salud deben ser capaces de utilizar aquellos hallazgos de investigación que han mostrado ser efectivos, e incorporarlos a su práctica clínica como una competencia más dentro de su esfera profesional. Para que esto sea posible, es necesario acercar los resultados de investigación y evidencias generadas, de un modo fácil y accesible, a profesionales y ciudadanía.

Con estos objetivos y como una de las líneas fundamentales de la Estrategia de Cuidados de Andalucía y la Estrategia para la Seguridad del paciente, desde el SSPA se han desarrollado una serie de guías de buenas prácticas denominadas, "GUIAS FASE (FÁciles, Seguras y basadas en las mejores Evidencias disponibles), que constituirán el marco de referencia para promover en el ámbito asistencial, tanto en hospitalario como comunitario, una atención basada en las mejores evidencias disponibles en los aspectos que contienen cada una de las mismas.

Las Guías han sido elaboradas por equipos de profesionales con amplia experiencia en los temas que se abordan, en práctica basada en evidencias y seguridad del paciente, e incluyen, a través de diferentes capítulos, no solo recomendaciones para profesionales, sino también información para la ciudadanía, la metodología empleada y material adicional que ayudará a poner en marcha las diferentes recomendaciones.

Dentro de esta serie de Guías FASE, en este año 2016, se publicarán las Guías que a continuación se detallan:

1. Prevención de infecciones asociadas al uso de dispositivos venosos.
2. Prevención y actuación ante una caída
3. Prevención de úlceras por presión

Para finalizar, desearía mostrar mi agradecimiento a todos y todas los y las participantes, así como manifestar mi compromiso para la difusión e implantación de los contenidos de estas guías en el SSPA con el fin mejorar la atención y la calidad de los cuidados que prestamos a la ciudadanía.

Nieves Lafuente Robles

Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía



## SUMARIO

---

<b>Justificación</b> .....	<b>9</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>10</b>
<b>Profesionales a los que va dirigido</b> .....	<b>10</b>
<b>Población diana / excepciones</b> .....	<b>10</b>
<b>Metodología de búsqueda</b> .....	<b>11</b>
<b>Glosario de términos y definiciones</b> .....	<b>11</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>13</b>
<b>Recursos necesarios</b> .....	<b>16</b>
<b>Transferencia de la información</b> .....	<b>16</b>
<b>Educación al paciente</b> .....	<b>17</b>
<b>Indicadores</b> .....	<b>18</b>
<b>Aplicabilidad a estándares de calidad</b> .....	<b>19</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>20</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>22</b>





## Justificación

---

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (1).

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 424.000 caídas mortales, lo que las convierte en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales. Son la causa predominante de lesiones en personas de edad avanzada (mayores de 65 años). La mayor morbilidad corresponde a personas mayores de 65 años, de 15 a 29 años y a menores de 15 años. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden a los mayores de 60 años (1). Del 20 al 30 % de los ancianos que caen sufren lesiones que van de moderadas a graves, como fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. Estas lesiones reducen la movilidad e independencia, y aumentan el riesgo de muerte prematura. En residencias de ancianos y en el grupo de mujeres mayores de 75 años, los índices de lesión pueden ser más del doble (2).

Las caídas ocupan el sexto puesto en la lista de eventos centinela que publica periódicamente Joint Commission International (3). Ocurren en cualquier ámbito de la asistencia sanitaria. Las tasas de caídas varían en función de las prácticas sanitarias, el entorno y el método de medición, lo que explica la gran variabilidad sobre cifras relativas a la incidencia de caídas en hospitales a nivel mundial. En nuestro país se han descrito tasas de caídas en hospitales del 0,6% (4) o del 1,8% (5) en los estudios más recientemente publicados. La incidencia de personas que sufren caídas en la comunidad está entre el 30% y el 35% y hay una mayor incidencia de personas que sufren caídas en las instituciones, alrededor del 40% al año en España (6).

La etiología de las caídas ha sido motivo de estudios epidemiológicos en las últimas décadas. Los factores de riesgo para caerse han sido clasificados tradicionalmente en extrínsecos o del entorno e intrínsecos o del propio sujeto. Una reciente revisión sistemática puso de manifiesto que los principales factores de riesgo para las caídas son los trastornos del equilibrio y la marcha, la polifarmacia y la historia de las caídas previas. Otros factores de riesgo incluyen la edad avanzada, el sexo femenino, discapacidad visual, deterioro cognitivo y los factores ambientales (7).

Esta guía incluye recomendaciones para la prevención de caídas y la actuación ante este evento entre pacientes que se encuentran en centros de atención residencial, hospitales y domicilios.

## Objetivos

---

### Objetivo principal

Proporcionar a profesionales sanitarios una herramienta que permita tomar decisiones clínicas basadas en la evidencia sobre la prevención de caídas de los pacientes y del daño asociado a éstas.

### Objetivos secundarios

Aumentar la calidad de las intervenciones preventivas, mediante la identificación de los factores de riesgo de caídas.

Identificar pacientes o situaciones de riesgo para las caídas.

Disminuir el número de caídas.

Evitar y/o minimizar las complicaciones relacionadas con las caídas.

Conocer las medidas a seguir ante una caída.

Reducir la variabilidad en la práctica clínica entre los profesionales sanitarios.

Proporcionar a los profesionales información básica para educar a pacientes y/o cuidadores en lo relacionado con las caídas.

Mejorar la formación/información al paciente/cuidador con riesgo de caídas.

## Profesionales a los que va dirigido

---

Profesionales sanitarios que pueden implementar actuaciones para la prevención de caídas o minimización del daño derivado de éstas (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, etc.), en cualquier ámbito de la atención sanitaria: hospitalización, atención residencial y atención primaria. En este último caso el abordaje tanto en consulta como en domicilio (de pacientes susceptibles de visita domiciliaria) contempla la intervención de Prevención de caídas y se hace alusión a las condiciones de idoneidad de domicilio y calle para prevenir las caídas.

Responsables de estrategias de salud y a gestores sanitarios que toman decisiones sobre equipamiento, aprovisionamiento de materiales y acondicionamiento de los centros sanitarios.

## Población diana/excepciones

---

Por su especial vulnerabilidad y el potencial daño derivado de estos eventos, las recomendaciones de esta guía, se centran en personas mayores de 65 años, tanto durante un episodio de hospitalización, institucionalizadas o residentes en la comunidad.

No obstante, estas recomendaciones también van dirigidas a las personas menores de 65 años que hayan sido identificadas durante alguna valoración por un clínico como de mayor riesgo de caer a causa de una enfermedad subyacente.

No es aplicable esta guía a la población pediátrica, que por sus características especiales deben ser objeto de recomendaciones adaptadas a sus circunstancias.

Estas recomendaciones no incluyen las caídas debidas a agresiones y lesiones autoprovocadas, las caídas accidentales (desde animales, edificios, vehículos de transporte, por fuegos o maquinarias).

## Metodología de búsqueda

---

Se planificó una estrategia de búsqueda para localizar la mejor evidencia disponible. Se seleccionaron distintas bases de datos donde se introdujeron los términos de búsqueda en el vocabulario controlado de la base de datos. Se emplearon los términos “falls” en lenguaje libre o “accidental falls” en lenguaje controlado.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda de guías de práctica clínica (GPC). Se consultaron las siguientes fuentes y webs relacionadas con la calidad y la seguridad: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), CMA Infobase, National Guideline Clearinghouse (NGC), Guidelines International Network (GIN), Trip Database, Medline con software de Pubmed y Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se seleccionaron 11 documentos incluyendo guías, documentos de consenso y paneles de recomendaciones de grupos de expertos de sociedades científicas.

Posteriormente se procedió a realizar una segunda búsqueda bibliográfica para localizar revisiones sistemáticas (con o sin metaanálisis) que pudieran aportar nueva evidencia sobre el tema desde el año de publicación de la GPC más reciente (2013) hasta el 31 de marzo de 2016. Se consultó la biblioteca Cochrane Plus, donde se localizaron 21 resultados entre los que se seleccionaron 4 revisiones Cochrane; se consultó Medline con software de pubmed, obteniendo 71 resultados; y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), donde se localizaron 24 documentos. Tras una lectura por pares de título y resumen de estos 95 documentos, se seleccionaron 16 artículos cuyo texto completo fue de nuevo revisado por pares con el instrumento de lectura crítica AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) para evaluar la inclusión o no de sus recomendaciones.

Por último se consultó una fuente de síntesis como UpTo Date, donde se localizaron 3 documentos relacionados con las caídas en distintos entornos asistenciales.

Se establece una revisión periódica de la presente GPC FASE cada 5 años para garantizar la actualización de las recomendaciones, por lo que deberá ser actualizada antes de mayo de 2021.

## Glosario de términos y definiciones

---

**Activo de salud:** es cualquier factor o recurso que fortalece la habilidad de las personas, los grupos o las poblaciones a mantener y mejorar su salud y bienestar. Pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario como elementos para contrarrestar situaciones de estrés.

**Alto riesgo:** presencia de varios factores de riesgo de caídas.

**Autónomo:** persona que se vale por sí misma y que no requiere la ayuda o asistencia de terceros.

**Caída:** suceso involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

**Capacidad funcional:** facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

**Dependencia:** es el estado permanente en que se encuentran las personas que, por razón de edad, enfermedad o discapacidad, necesitan la atención de otras y ayudas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, soportes para su autonomía personal.

**Evaluación multifactorial:** Una evaluación con múltiples componentes que tiene como objetivo identificar los factores de riesgo de una persona de caerse.

**Factores de riesgo:** son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el individuo, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.

**Factores de riesgo intrínsecos** (relacionados con el paciente): edad avanzada, enfermedades crónicas, debilidad muscular, trastornos del equilibrio, alteración del nivel de consciencia, incontinencia, uso de medicamentos (psicotrópicos, diuréticos...), historia de caídas previas, déficit sensoriales.

**Factores de riesgo extrínsecos** (relacionados con el entorno): obstáculos, iluminación inadecuada, suelos resbaladizos, calzado inadecuado, la altura y estabilidad de cualquier tipo de asiento, etc.

**Intervención multifactorial:** intervención con múltiples componentes que tiene como objetivo abordar los factores de riesgo de caída que se identifican en la evaluación multifactorial de una persona.

**Lesión:** daño provocado por la caída, consistente en la alteración de las estructuras anatómicas e histológicas de un tejido o de un órgano con el consiguiente trastorno funcional. Joint Commission categoriza los daños y consecuencias en seis niveles en función de las actuaciones clínicas requeridas por el paciente:

1. Ninguno: el paciente no sufrió lesiones
2. Menor: precisó de la aplicación de un vendaje, hielo, limpieza de una herida, elevación de la extremidad, medicamento de uso tópico, contusión o abrasión.
3. Moderado: precisó de sutura, aplicación de puntos de aproximación adhesivos / adhesivo cutáneo, férulas, o luxaciones.
4. Mayor: precisó de cirugía, colocación de yeso, tracción; presentó una fractura, o requirió consulta por daño neurológico o interno.
5. Muerte: el paciente falleció como consecuencia de las lesiones sufridas por la caída
6. Indeterminado: No se puede determinar a partir de la documentación

**Planificación del alta:** proceso por el cual el personal de enfermería y el resto del equipo interdisciplinario se coordinan para prever y planificar las necesidades del paciente/familia al salir del hospital garantizando la continuidad asistencial.

**Psicotrópico:** cualquier sustancia natural o sintética, capaz de influenciar las funciones psíquicas por su acción sobre el Sistema Nervioso Central.

## Recomendaciones

Recomendaciones		Ámbito de aplicación	Fuente
<b>1. Valoración del riesgo de caídas:</b>			
Preguntar rutinariamente sobre caídas en el último año: frecuencia, contexto y características de la caída		AH, ASS, AP	8, 9 (GPC)
Valorar el riesgo de caídas periódicamente:	Anualmente.	AP	10 (GPC)
	Al ingreso y cada 6 meses y ante cambios en estado funcional.	ASS	11 (GPC)
	Ante cualquier cambio en el estado de salud o funcional o cuando el entorno del paciente cambia.	AH	12 (GPC)
Valorar el riesgo de caídas tras una caída.		AH, ASS, AP	10–12 (GPC)
Evaluar déficits en marcha y equilibrio en personas mayores con riesgo o con una o más caídas en último año mediante escala validada (Timed Up and Go Test, Performance-oriented assessment of mobility problems (Tinetti scale), Berg Balance Scale, Short Physical Performance Battery (SPPB) y test de velocidad de la marcha). (ver anexo 1).		AP	8–10 (GPC) 14 (DC)
Para la determinación del riesgo de caídas se atenderá a los factores de riesgo, juicio clínico y a la presencia de caídas previas, mediante estas preguntas de cribado (ver anexo 1). ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria? ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año? ¿Presenta algún trastorno significativo de la marcha?		AH, ASS, AP	8, 12–13 (GPC) 14 (DC)
Realizar una <b>evaluación multifactorial</b> del riesgo de caídas a las personas mayores que requieren atención médica a causa de una caída, o que refieren caídas recurrentes en el último año, o que presentan alteraciones en el equilibrio y en la marcha. Incluir: Antecedentes de caídas. Evaluación de la marcha, el equilibrio y la movilidad, y la debilidad muscular. Evaluación del riesgo de osteoporosis. Evaluación de la capacidad funcional percibida por la persona mayor y el miedo a caer. Evaluación de la adecuación de calzado o ausencia del mismo. Evaluación de déficits visuales. Evaluación del deterioro cognitivo y exploración neurológica. Evaluación de la incontinencia urinaria. Evaluación de riesgos en el hogar. Examen cardiovascular y revisión de la medicación. En episodios de hospitalización aguda: problemas de salud que pueden incrementar el riesgo de caídas.		AH, ASS, AP	8,9 (GPC)

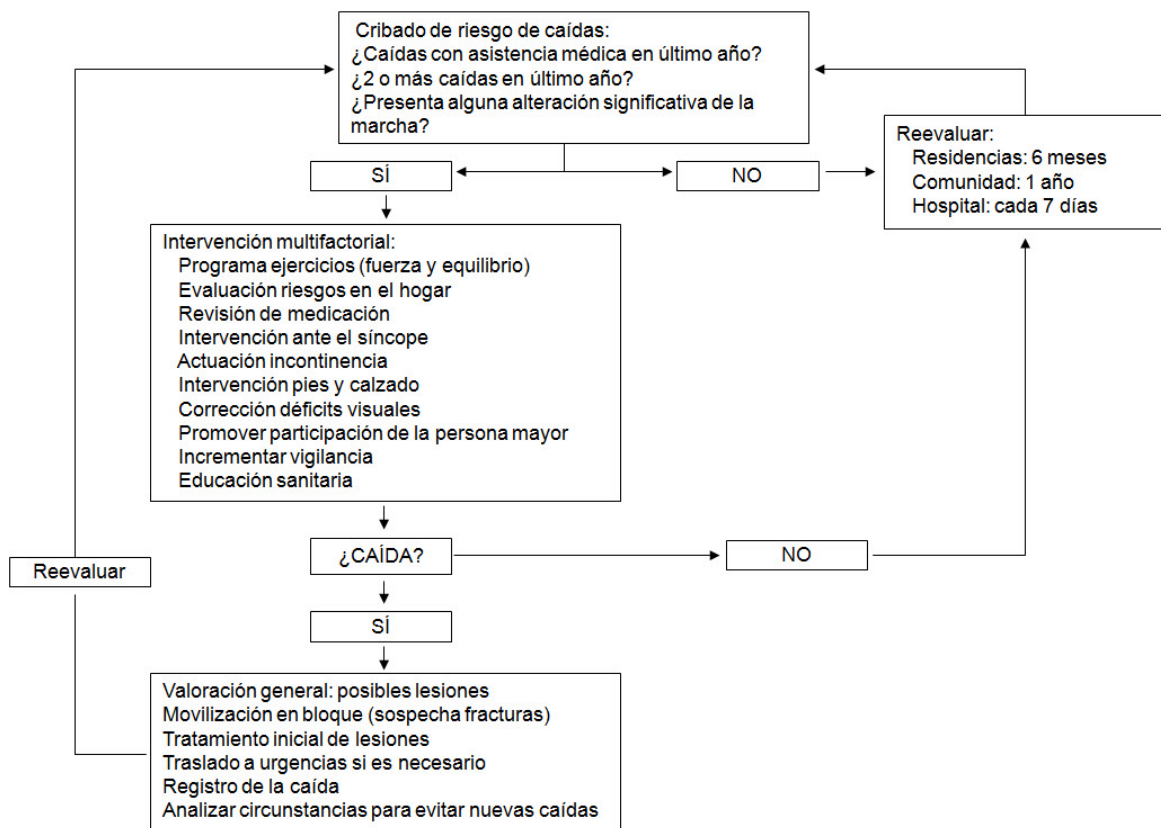
Recomendar intervenciones multifactoriales a las personas de riesgo. (ver anexo 2)	Entrenamiento de la fuerza y del equilibrio mediante programas individualizados. Se recomienda el Tai-Chi.	AP, ASS	8-11, 15 (GPC) 16 (RS) 17 (DC)	
	Evaluación e intervención sobre peligros en el hogar.	AP	8-10 (GPC)	
	Evaluación y modificación de peligros en el entorno inmediato.	AH, ASS	8, 11, 12, 15 (GPC)	
	Revisión de la medicación: revisar (y si es posible suspender) los medicamentos psicotrópicos para reducir el riesgo de caídas.	AH, ASS, AP	8, 10, 11 (GPC)	
	Intervención ante el síncope: plantear implantación de marcapasos en las personas mayores en tratamiento con cardioinhibidores que han experimentado caídas inexplicables.	AH, ASS, AP	8, 11, 12 (GPC)	
	Actuación sobre la incontinencia urinaria: programar visitas al baño regulares e individualizadas en residentes con riesgo de caídas.	ASS	11 (GPC)	
	Intervenciones sobre los pies y el calzado: asegurar el uso de calzado adecuado y revisar dolor en los pies u otros problemas.	AH, ASS, AP	8-12 (GPC)	
	Intervenciones sobre los déficits visuales: Al corregir una deficiencia visual explicar a la persona mayor y a su familia y cuidadores, que tengan especial cuidado mientras la persona mayor se acostumbra a la nueva información visual. Realizar la cirugía de cataratas en las personas mayores tan pronto como sea posible. Aconsejar el uso de lentes simples.	ASS, AP	10-12 (GPC) 16 (RS) 17 (DC)	
	Promover la participación de las personas mayores en los programas de prevención de caídas.		AH, ASS, AP	8, 10 (GPC)
	Incrementar la vigilancia y la observación individual en mayores con riesgo de caídas.		AH, ASS	11, 12, 15 (GPC)
La educación del paciente reduce las tasas de caídas en el hospital y al alta.	AH, AP	8,18 (RS)		
<b>2. Actuación ante una caída</b>				
Analizar las circunstancias en las que se ha producido con el fin de evitar futuras caídas.	AH, ASS, AD	10-12 (GPC), 19 (DC)		
Valorar el estado general del paciente y las posibles lesiones en una primera inspección.	AH, ASS AD	10, 12 (GPC), 19 (DC)		
Seguir el protocolo del centro para la gestión de estos eventos.	AH, ASS	10,12 (GPC), 19 (DC)		
Avisar al médico o persona responsable, llamando al Servicio de Urgencias si fuera necesario	AH, ASS	12 (GPC), 19 (DC)		

Ante sospecha de lesiones severas o incluso fracturas, más aún si la caída no ha sido presenciada, no incorporar o movilizar al paciente. En todo caso realizar una movilización correcta entre dos o más personas, en bloque, fijando tanto columna como posibles miembros fracturados, por el riesgo de mayor dolor con la movilización y, sobre todo, por el riesgo de provocar otras lesiones mayores o agravar las ya existentes.	AH, ASS, AD	10,12 (GPC),19 (DC)
Realizar el tratamiento y observación en base a la lesión que la caída haya producido.	AH, ASS, AD	10,12 (GPC),19 (DC)
Trasladar a la persona al Servicio de Urgencias del centro de salud/hospital si fuera necesario.	AD	10 (GPC)
Registrar la caída en el documento específico para ello: debe recoger los datos personales del paciente, fecha, hora, día, lugar y descripción de la caída, y contemplar posibles causas y consecuencias de las mismas.	AH, ASS	12 (GPC),19 (DC)
Llevar a cabo una reevaluación completa de los riesgos del paciente.	AH, ASS, AD	10,12 (GPC),19 (DC)

AH (atención hospitalaria); ASS (atención sociosanitaria); AP (atención primaria); AD (atención domiciliaria); GPC (guía de práctica clínica); RS (revisión sistemática); DC (documento de consenso)

Existen una serie de actuaciones que, aunque se ha generalizado en la práctica, no se recomiendan en la actualidad. Una descripción de éstas se adjunta como Anexo 3 (“Dejar de hacer”) de este documento.

A continuación se presenta un algoritmo, aplicable a todos los ámbitos, para la prevención y actuación ante caídas.



## Recursos necesarios

---

Las instituciones deben crear un entorno que apoye las intervenciones para la prevención de caídas, y abarcarán (15):

- Espacios (consultas, habitaciones...) para evaluar los riesgos.
- Equipos multidisciplinares de prevención de caídas.
- Dispositivos para facilitar la transferencia segura de pacientes: transfer de pacientes, camas regulables en altura, dispositivos de alarma, etc.
- Registros electrónicos o en papel donde se identifique el riesgo de caídas.
- Registros de notificación de eventos adversos donde se incluyan las caídas.
- En atención primaria es recomendable que cada centro de salud cuente con un mapa de activos en salud, de manera que se pueda ofrecer al usuario recursos concretos no disponibles en los centros para mejorar su equilibrio, deambulación y evitar deterioro de la movilidad física.

## Transferencia de la información

---

Para garantizar la transferencia de la información debemos considerar diferentes momentos críticos en la asistencia sanitaria.

En el Hospital/Residencias:

- Asegurarse de que la información relevante sobre el riesgo de caídas se comparte entre los profesionales encargados de la asistencia en las transferencias de pacientes: relevos, cambios de turno, cambios de guardia, realización de pruebas, tratamientos de rehabilitación, traslados a quirófano, etc.
- Esta información requerida para garantizar la transferencia de pacientes debe ser completa, detalla, organizada y veraz.
- Informar al nuevo profesional sobre los pacientes en situación de riesgo o los que han sufrido caídas.
- Contemplar en la planificación del alta del paciente las actuaciones necesarias para la prevención de caídas en el domicilio o en su entorno.
- El informe de continuidad de cuidados debe reflejar la etiqueta diagnóstica “riesgo de caída” para su seguimiento por los profesionales sanitarios de atención primaria o residencia.
- Proporcionar durante la estancia en el centro y al alta información escrita: trípticos, dípticos, videos con recomendaciones claras y alertas sobre las situaciones de riesgo.

En la comunidad:

- Asegurarse de que todos los pacientes que requieren atención domiciliaria tienen evaluado el riesgo de caídas en su entorno habitual.
- Identificar el riesgo de caídas como diagnóstico enfermero y la NIC manejo ambiental en la historia del usuario para garantizar que todos los profesionales que lo atienden tienen acceso a la información y así poder establecer medidas en cualquier momento de la asistencia.



- Elaborar el censo de pacientes que viven solos, sin familia, ni entorno social adecuado y de protección, que sea conocido por el equipo multidisciplinar.
- En las transferencias desde el domicilio a los centros de atención sanitaria transmitir la información sobre el riesgo de caídas o sobre los antecedentes de caídas previas.

## Educación al paciente

---

Se debería facilitar información oral y escrita a las personas mayores en riesgo de caer que residen en la comunidad y sus cuidadores sobre (8):

- Qué medidas pueden tomar para prevenir futuras caídas.
- Cómo mantener la motivación si las estrategias de prevención de caídas contemplan programas de ejercicios para la fuerza y el equilibrio.
- Cuáles son los factores de riesgo de caídas
- Qué beneficios físicos y psicológicos se obtienen al modificar el riesgo de caídas.
- Dónde buscar más asesoramiento y asistencia: mapa de activos de su centro de salud; número de teléfono al que avisar en caso de que ocurra una caída que precise de atención de urgencia.
- Cómo actuar si tienen una caída, incluida la forma de pedir ayuda y cómo evitar un permanecer durante un tiempo prolongado en el suelo.

En el caso de pacientes hospitalizados se deben tener en cuenta las circunstancias especiales que concurren durante un episodio de ingreso agudo (8):

- Explicación sobre los factores de riesgo individuales de cada paciente para caer en el hospital.
- Mostrar al paciente cómo usar el sistema de llamada a la enfermera y animarles a usarlo cuando necesitan ayuda.
- Informar a los familiares y cuidadores acerca de cuándo y cómo elevar y bajar las barandillas de las camas.
- Proporcionar mensajes coherentes acerca de cuándo un paciente debe pedir ayuda antes de levantarse o moverse.

## Indicadores

<b>PRIMER AÑO 2017</b>
Definición: Se da a conocer a los centros sanitarios la Guía SAFE Prevención y tratamiento ante una caída.
Indicador: % de profesionales (directivos y cargos intermedios enfermeros) que han recibido información de la Guía SAFE Prevención y tratamiento ante una caída.
Fuente de información: La Dirección del centro.
Evidencia: informe del centro que recoja fecha y sesión impartida y % de profesionales (directivos y cargos intermedios de enfermería) que han recibido la formación.
Definición: Situación basal de los centros con respecto a la existencia de comisiones, procedimientos, registros, formación continuada, indicadores de seguimiento para la prevención y tratamiento ante una caída.
Indicador: Informe sobre la situación basal que cuenta el Centro con respecto a la prevención de caídas (comisión, procedimientos existentes, registros, indicadores de seguimiento, formación anual...).
Fuente de información: La Dirección del centro.
Evidencia: Informe de la Dirección del centro.
Definición: Se da a conocer a los profesionales sanitarios la Guía SAFE Prevención y tratamiento ante una caída a través de actividades formativas.
Indicador: % de profesionales de enfermería que han realizado actividades formativas de la GUIA SAFE Prevención y tratamiento ante una caída estratificado por UGC.
Fuente de información: La Dirección del centro / PICUIDA.
Evidencia: Informe que incluya % o nº de profesionales que han recibido formación sobre la GUÍA Prevención y tratamiento ante una caída.
Definición: La organización/centro cuenta con un protocolo actualizado que incluye las recomendaciones de la guía y el registro para la notificación en el caso de caídas.
Indicador: existencia de protocolo actualizado sobre la línea Prevención y tratamiento ante una caída que incluye las recomendaciones incorporadas en la GUIA y el registro.
Fuente de información: La Dirección del centro.
Evidencia: Protocolo del centro.
Definición: Se identifican las caídas como un evento adverso y se registran según procedimiento.
Indicador: N° de caídas declaradas.
Fuente de información: Dirección del centro/ sistema de notificación de EA.
Evidencia: Informe del centro con el nº de caídas declaradas describiendo el porcentaje que han provocado lesión.

**SEGUNDO AÑO 2018**

Definición: Se incorporan en los planes de cuidados de pacientes las intervenciones de enfermería para la prevención del riesgo.

Indicador: % de pacientes con dco. Riesgo de Caídas y que tienen registradas en el plan de cuidados NIC:Prevención de caídas

Fuente de información: Historia Clínica Digital.

Evidencia: Evaluación de historias clínicas. N° de pacientes que cumplen criterio valorando y que tienen registradas en el plan de cuidados intervenciones para la prevención de caídas.

Definición: Tasa de caídas en hospital.

Indicador: AH: Porcentaje de pacientes con caídas del total de ingresos.

Fuente de información: Sistema de notificación de EA.

Evidencia: Informe del centro y plan de mejora.

Definición: Tasa de lesiones por caídas.

Indicador: Porcentaje de caídas con consecuencias para el paciente del total de caídas.

Fuente de información: Sistema de notificación de EA.

Evidencia: Informe del centro que incluya además la clasificación según daño de las caídas y plan de mejora.

### Aplicabilidad a estándares de calidad

(00155) RIESGO DE CAIDAS: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

NOC (1909) CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

NOC (1912) CAÍDAS: Número de veces que un individuo se cae.

NIC (6490) PREVENCIÓN DE CAIDAS: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Fact Sheet n° 344. [Internet]. OMS. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
2. Gama ZA da S, Conesa AAG. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. *Fisioterapia*. 2008;30(3):142-51.
3. The Joint Commission International. Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission [Internet]. 2016. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004-2015\\_SE\\_Stats\\_Summary.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004-2015_SE_Stats_Summary.pdf)
4. Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, Toribio-Montero JC. Circumstances and causes of falls by patients at a Spanish acute care hospital. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(5):631-7.
5. Sebastián Viana T, García Martín MR, Núñez Crespo F, Velayos Rodríguez EM, Martín Merino G, González Ruiz JM, et al. ¿Cuál es la incidencia de caídas real en un hospital? *Enferm Clínica*. 2011;21(5):271-4.
6. Silva Gama ZA da, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82(1):43-55.
7. Ambrose AF, Cruz L, Paul G. Falls and Fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas*. 2015;82(1):85-93.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: assessment and prevention of falls in older people [Internet]. NICE; 2013. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/guidance-falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-pdf>
9. Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, McDonough CM, Shubert TE, Hardage J, et al. Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Phys Ther*. 2015;95(6):815-34.
10. Australian Commission on Safety, and Quality in Health Care (ACSQHC). Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Australian Community Care. A Short Version of Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Community Care 2009 [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2009/01/30455-COMM-Guidebook1.pdf>
11. Australian Commission on Safety, and Quality in Health Care (ACSQHC). Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Australian Residential Aged Care Facilities A Short Version of Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2009/01/30454-RACF-Guidebook1.pdf>
12. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Preventing Falls and Harm From Falls in Older People. Best Practice Guidelines for Australian Hospitals [Internet]. 2009. Disponible en: [http://www.activeandhealthy.nsw.gov.au/assets/pdf/Hospital\\_Guidelines.pdf](http://www.activeandhealthy.nsw.gov.au/assets/pdf/Hospital_Guidelines.pdf)
13. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012;157(3):197-204.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2014. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_persona\\_mayor.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_persona_mayor.pdf)
15. Registered Nurses' Association of Ontario. RNAO. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. 2011.
16. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. En: *The Cochrane Collaboration*, Gillespie LD, editores. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible en: <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/onlinejwiley/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/abstract>

17. Herreros YH, López-Torres Hidalgo JD, de-Hoyos Alonso MC, Díez JMB, Gorroñoigoitia Iturbe A, Lesende IM, et al. [Preventive activities among the elderly]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 2012;44 Suppl 1:57-64.
18. Lee D-CA, Pritchard E, McDermott F, Haines TP. Falls prevention education for older adults during and after hospitalization: A systematic review and meta-analysis. *Health Educ J*. 2014;73(5):530-544 15p.
19. González Ramírez A, Calvo Aguirre JJ, Lekuona Ancizar P, González Oliveras JL, Marcellán Benavente T, Ruiz de Gordo Armendia A, et al. [Falls in nursing homes and institutions: update by the Osteoporosis, Falls and Fractures Working Group of the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology (GCOF-SEGG)]. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2013;48(1):30-8.
20. Goodwin VA, Abbott RA, Whear R, Bethel A, Ukoumunne OC, Thompson-Coon J, et al. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2014;14:15.
21. Annweiler C, Beauchet O. Questioning vitamin D status of elderly fallers and nonfallers: a meta-analysis to address a «forgotten step». *J Intern Med*. 2015;277(1):16-44.
22. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. En: *The Cochrane Collaboration, Cameron ID, editores. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible en: <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/onlinewiley/doi/10.1002/14651858.CD005465.pub3/abstract>
23. Santesso N, Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001255.pub5/abstract>

## Anexo 1: Ampliación de las recomendaciones relativas a la utilización de escalas

---

A las personas mayores con antecedentes de una o más caídas en el último año o que se consideran en riesgo de caer se les debe evaluar déficits de la marcha y el equilibrio para considerar si se podrían beneficiar de intervenciones que mejoran la fuerza y el equilibrio (8–10). Para la evaluación del déficit de la marcha y el equilibrio en personas mayores con riesgo o con caídas en el último año, no está claro qué herramienta o instrumento de evaluación es la más predictiva y, por lo tanto, más útil. Se pueden emplear distintas escalas: Timed up and go test, Turn 180°, Performance-oriented assessment of mobility problems (Tinetti scale), Functional reach, Dynamic gait index, Berg balance scale. Las dos primeras pueden ser usadas en cualquier contexto (8). Si presentan una alteración del equilibrio o de la marcha, deben someterse a una evaluación detallada para identificar los factores de riesgo contribuyentes (10).

En Andalucía, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad en cuanto al uso de instrumentos de cribado para determinar la situación de fragilidad/limitación funcional (14), se empleará el test de velocidad de la marcha en Atención Primaria, tal como queda recogido en el programa “SALUD65+: Envejecimiento activo y atención a la fragilidad”.

Para valorar el riesgo de caídas no hay consenso en cuanto a la utilización de un instrumento de valoración o escala, ya que los resultados de validez diagnóstica varían bastante en función del entorno en el que se aplican y no existe una herramienta única basada en la evidencia para identificar el riesgo de caídas (13). Tampoco han demostrado ser más eficaces que el juicio clínico para detectar y prevenir caídas (12). Existe además una recomendación explícita de que no se utilicen escalas de predicción del riesgo de caídas en el hospital (8). El Ministerio de Sanidad recomienda las siguientes preguntas de cribado (14):

- ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
- ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año?
- ¿Presenta algún trastorno significativo de la marcha?

Desde el Grupo de Trabajo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas (GOCF) de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), se definieron los distintos perfiles de usuarios de residencias, ofreciendo una clasificación de riesgo (19) que podría ayudar a los profesionales en sus decisiones clínicas.

## Anexo 2. Ampliación de la recomendación sobre intervenciones multifactoriales

---

En pacientes hospitalizados se debe tener en cuenta si los factores de riesgo se pueden tratar, mejorarse o modificarse durante la estancia esperada del paciente. No deben ofertarse intervenciones de prevención de caídas que no están adaptadas para hacer frente a los factores de riesgo individuales de cada paciente para caer (8).

Tras esta valoración, a las personas mayores con caídas recurrentes o con riesgo de caídas se les debería realizar una **intervención multifactorial** de manera individualizada (8,9). Aunque estudios recientes ponen de manifiesto que los **programas con múltiples componentes** que no se ajustan a los factores de riesgo individuales son efectivos reduciendo el número de personas que se caen y la tasa de caídas (20). En cualquier caso las siguientes intervenciones han demostrado tener éxito (siempre en el contexto de una intervención multifactorial, no de manera aislada):

- **Entrenamiento de la fuerza y del equilibrio:** mediante programas de fortalecimiento muscular y de entrenamiento del equilibrio individualizados y controlados por un profesional debidamente capacitado han demostrado reducir la tasa de caídas y de fracturas. El Tai Chi ha demostrado reducir de forma efectiva el riesgo de caídas (15–17). Son susceptibles de beneficiarse de estos programas las personas mayores que viven en la comunidad (8–10), así como los residentes en instituciones geriátricas con mayor grado de movilidad (8,11).
- **Evaluación e intervención sobre peligros en el hogar/entorno:** A las personas mayores que han recibido tratamiento en el hospital después de una caída se les debe ofrecer una evaluación de riesgos en el hogar e intervenciones/modificaciones para mejorar la seguridad. Esto debe formar parte de la planificación del alta y se llevará a cabo dentro de un plazo de tiempo acordado con el paciente o cuidador (8–10). En las residencias de ancianos y hospitales se recomienda comprobar los riesgos del entorno del paciente que podrían incrementar las caídas y modificarlos como parte del programa de prevención de caídas (8,11,12,15).
- El GCOF de la SEEG realiza una propuesta de evaluación de las instalaciones en las instituciones geriátricas (19) que podrían hacerse extensibles a los hospitales. El Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (14) propone una plantilla para la valoración de los riesgos en el hogar (páginas 69 a 71) que puede resultar de utilidad.
- **Revisión de la medicación:** Se deben revisar (y si es posible suspender) los medicamentos psicotrópicos, con la colaboración de un especialista, para reducir el riesgo de caídas (8). Los residentes de residencias de ancianos deberían tener su medicación (prescrita y no prescrita), al menos anualmente, revisados por un farmacéutico después de una caída, o después del inicio o cambio de dosis de medicación, o si están polimedicados (con cuatro o más medicamentos) (11). Las personas mayores que viven en la comunidad deben tener sus medicamentos (recetados y no recetados) revisados por lo menos anualmente, y los polimedicados, al menos cada seis meses (10).
- **Intervención ante el síncope:** considerar la implantación de marcapasos cardíaco en las personas mayores en tratamiento con cardioinhibidores para la hipersensibilidad del seno carotídeo que han experimentado caídas inexplicables (8,11,12).

- **Actuación sobre la incontinencia urinaria:** en personas mayores institucionalizadas se deben hacer visitas al baño regulares e individualizadas en residentes con riesgo de caídas (11).
- **Intervenciones sobre los pies y el calzado:** asegurarse de que los residentes en instituciones estén seguros usando un calzado adecuado (11). La evaluación en atención primaria debe incluir la detección del calzado mal ajustado o inapropiado y de dolor en el pie y otros problemas, debido a que estos son factores de riesgo para las caídas (9,10). En los hospitales revisar la presencia de calzado inadecuado o ausencia del mismo como parte de la valoración multifactorial (8), proporcionarlo si es posible.
- **Intervenciones sobre los déficits visuales:** No hay evidencia de que la derivación al especialista para la corrección de la visión como una única intervención para las personas mayores que viven en la comunidad sea eficaz para reducir el número de personas que caen. Sin embargo, la evaluación de la visión y la derivación ha sido un componente de programas de prevención multifactorial de caídas exitosos (8). No hay suficientes estudios con nivel fuerte de evidencia, que recomienden la corrección de la discapacidad visual para prevenir caídas en ningún entorno (comunidad, hospital, residencias), particularmente cuando se usa como intervención simple o aislada (11). Al corregir una deficiencia visual (por ejemplo, la prescripción de gafas nuevas), es necesario explicar a la persona mayor y a su familia y cuidadores, que tengan especial cuidado mientras la persona mayor se acostumbra a la nueva información visual tanto en el hogar como en las residencias de ancianos (10,11). Se debe aconsejar el uso de lentes simples, ya que las lentes bifocales o multifocales pueden incrementar la ocurrencia de caídas (16) especialmente cuando se sortean escalones o se pasea por entornos desconocidos (10–12).
- Existen evidencias de que la cirugía de cataratas reduce las caídas en las mujeres que se operan el primer ojo afectado (16). En general se recomienda la cirugía de cataratas en las personas mayores tan pronto como sea posible (10–12,17).
- Promover la **participación de las personas mayores** en los programas de prevención de caídas: para que los programas de prevención de caídas tengan éxito es imprescindible que los profesionales sanitarios lleguemos a acuerdos con el paciente respecto a qué están dispuestos a hacer y qué no. Esto cobra una especial relevancia entre las personas mayores que viven en la comunidad, donde la participación de la persona mayor en su propio cuidado es fundamental para proporcionar unos cuidados de calidad (10). Los programas deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a las diferentes necesidades y preferencias de los participantes. Se deben abordar posibles obstáculos como el miedo a caer o la baja autoestima de la persona mayor, y se debe promover el valor social de estos programas (por ejemplo los que contemplan ejercicios en grupo) (8).
- Incrementar la **vigilancia y la observación individual** en mayores con riesgo de caídas institucionalizados u hospitalizados (11,12,15): se debe concienciar a los profesionales que una mayor vigilancia de estos pacientes puede disminuir el riesgo de caídas, siempre respetando la privacidad de las personas.
- La **educación del paciente**, como un componente de los programas de prevención de caídas, reduce las tasas de caídas en el hospital y al alta. Se incrementa la conciencia del problema de las caídas y mejora la adopción de las actividades de prevención entre los mayores adultos durante y después de la hospitalización (18).



### Anexo 3. Dejar de hacer: Intervenciones desaconsejadas

**Uso de restricciones mecánicas:** no hay evidencia de que las restricciones físicas reduzcan la incidencia de caídas o lesiones graves en las personas mayores. Sin embargo, hay evidencia de que pueden causar la muerte, lesiones o vulneración de su autonomía. Por lo tanto, tales sistemas deben considerarse la última opción para los pacientes que están en riesgo. Todas las alternativas a la restricción deben ser consideradas y probadas para los pacientes con deterioro cognitivo, incluyendo delirio. Si se han agotado todas las alternativas, la justificación del uso de retenciones debe documentarse, discutirse con la familia/cuidadores y seguir las recomendaciones del protocolo del centro (11,12). El uso de barandillas laterales para la prevención de caídas o caídas recurrentes en los centros sanitarios no está recomendado, aunque pueden existir otros factores del paciente que influyan en la decisión de utilizarlas (15). En estos casos se debe informar a los familiares y cuidadores acerca de cuándo y cómo elevar y bajar las barandillas de las camas (8).

**Administración de vitamina D:** hay pruebas que la deficiencia de vitamina D y la insuficiencia son comunes entre las personas mayores y que, cuando está presente, resulta perjudicial para la fuerza muscular y la función neuromuscular. Se ha demostrado que las personas mayores que se caen tienen niveles inferiores de 25-hidroxitamina D (21). Sin embargo la recomendación de administrar vitamina D es controvertida. Parece probado que en los centros residenciales la administración de vitamina D es efectiva para reducir la tasa de caídas probablemente porque los residentes tienen niveles bajos de vitamina D (22). Además, se ha encontrado que el uso de los suplementos de calcio y vitamina D3 reducen las tasas de fracturas en las personas mayores en residencias (8). En la mayoría de las personas mayores que residen en la comunidad la administración de suplementos de vitamina D no parece reducir las caídas, aunque puede hacerlo en las que tienen niveles inferiores de vitamina D en sangre antes del tratamiento (16). Existen diversas recomendaciones de suplementación con vitamina D tanto en residencias (11) como en la comunidad (10,13,17). En los hospitales es poco probable que los beneficios de la vitamina D y calcio puedan comprobarse (en particular en la atención aguda o estancias cortas) (12). Sin embargo, aunque existen cada vez más pruebas que la corrección de la deficiencia de vitamina D puede reducir la propensión a caer, hay incertidumbre acerca de la contribución relativa a la reducción de la fractura a través de este mecanismo y acerca de la dosis y la vía de administración requeridas. Sin recomendación firme por lo tanto, actualmente no se recomienda la indicación (8).

**Protectores de cadera:** estudios que han utilizado la asignación al azar de pacientes individuales no han ofrecido datos sobre la eficacia de los protectores de cadera para prevenir las fracturas en personas mayores que viven en centros de atención prolongados o en sus hogares. Los datos de los ensayos aleatorios proporcionan algunas pruebas que los protectores de cadera son eficaces en la prevención de fracturas de cadera en mayores de alto riesgo que viven en residencias (8). Una revisión sistemática reciente sobre el uso de protectores de cadera para prevenir fracturas en mayores concluyó que una política de provisión de protectores de cadera a las personas mayores de las residencias, probablemente reduzca ligeramente el número de fracturas de cadera, pero puede necesitar equilibrarse con el leve aumento de las fracturas de pelvis que pueden ocurrir. La provisión de protectores de cadera, probablemente tendrá un efecto pequeño o ningún efecto sobre la incidencia de fracturas de cadera en las personas mayores que deambulan en la comunidad. La aceptación y el cumplimiento deficientes de las personas mayores con los protectores de cadera pueden ser barreras fundamentales para su implementación (23). Por todo ello actualmente no se recomienda su uso como medida de prevención del daño asociado a las caídas.





