

---

## ESTUDIO DE LAS CAÍDAS EN UN ÁREA RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO. PARTE 2: CARACTERÍSTICAS DE LAS CAÍDAS

---

**E. González-Pablos**  
**I. Herreros Guilarte**  
**J. Aguado Rodríguez**  
**J.J. Almagro López**  
**F.J. Subirá Pérez**  
**G. Hoyos Villagrà**  
**J.M. Valles de la Calle**  
**N. Miguel de Diego**  
**E. Negro González**  
**C. Martín-Lorenzo**

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias. Palencia.  
ch.palencia@hospitalarias.es

### Resumen

#### Introducción:

Las caídas son un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y sus repercusiones sobre la salud de las personas afectadas. Con la edad aumenta el número y la gravedad de las caídas.

#### Objetivo:

En el contexto asistencial de residentes de edad avanzada y de reducción de los factores de riesgo de caídas, analizar la incidencia y características de estas.

#### Método:

Estudio retrospectivo en un Área residencial de personas mayores durante el año 2018. Los datos se obtienen de la Hoja de registro de Caídas, instrumento elaborado por el equipo terapéutico y rellenado por el personal asistencial cada vez que se produce una caída.

#### Resultados:

En total 259 personas mayores fueron atendidas, 80 hombres (30,89%) y 179 mujeres (69,11%). De ellas, 106 (40,93%) sufrieron un total de 313 caídas. 40 personas (12,77%) tuvieron una sola caída y 66 personas (87,22%) tuvieron 2 o más caídas. El 46,10% deambulan solos. El 42,48% ocurrieron en zonas comunes: pasillo, sala de estar o comedor. Ocurrieron durante el día en el 75,95%. El 25,76% estaba solo, el resto en presencia de otras personas. Por disminución brusca de las fuerzas de las piernas el 10,17%. El suelo resbaladizo en 4,41%. La mayor parte no tuvieron consecuencias, pero en un 22,7% fueron de carácter leve. Fue necesario traslado al hospital general de referencia para estudio en 7 casos. No hubo fractura de pelvis en ningún caso.

### **Conclusiones:**

El número de personas con caídas repetidas parece elevado, mas parece consecuencia de las características personales que de las ambientales. Muy positiva parece la ausencia de consecuencias graves (no fractura). A pesar de la elevada comorbilidad de los residentes, un número importante deambula solo. Ocurren por el día, en los lugares comunes y en presencia de otras personas.

**Palabras clave:** Caídas. Personas mayores, Centro Sociosanitario.

## **STUDY OF FALLS IN A RESIDENTIAL AREA FOR OLDER PERSONS IN A SOCIAL AND HEALTH CENTER. PART 2. CHARACTERISTICS OF FALLS**

### **Abstract**

#### **Introduction:**

Falls are an important public health problem due to their high prevalence and their repercussions on the health of affected people. With age, the number and severity of falls increases.

#### **Objective:**

To analyze the incidence and characteristics of falls in the healthcare context of elderly residents and reduction of risk factors for falls.

#### **Method:**

Retrospective study in a residential area for the elderly during the year 2018. The data is obtained from the Falls Registration Sheet, an instrument prepared by the therapeutic team and filled out by the healthcare staff every time a fall occurs.

### **Results:**

In total 259 older people were treated, 80 men (30.89%) and 179 women (69.11%). Of these, 106 (40.93%) suffered a total of 313 falls. 40 people (12.77%) had a single fall and 66 people (87.22%) had 2 or more falls. 46.10% roam alone. 42.48% occurred in common areas: hallway, living room or dining room. They occurred during the day in 75.95%. 25.76% were alone, the rest in the presence of other people. Due to a sudden decrease in leg forces, 10.17%. The slippery ground at 4.41%. Most of them had no consequences, but 22.7% were mild. It was necessary to transfer to the hospital for study in 7 cases. There was no pelvic fracture in any case.

### **Conclusions:**

The number of people with repeated falls seems high, but it seems a consequence of personal characteristics than environmental ones. Very positive seems the absence of serious consequences (no fracture). Despite the high comorbidity of the residents, a significant number roam alone. They happen during the day, in common places and in the presence of other people.

**Keywords:** Falls, Seniors, Social and Health Center.

## Introducción

Según la OMS (1) las caídas son “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”. Las caídas son un importante problema de salud pública, muy frecuentes y con importantes repercusiones sobre la salud y sobre la calidad de vida de los afectados.

Con el envejecimiento se produce un aumento de la frecuencia de las caídas. Existe consenso en considerar que sus causas parecen ser de origen multifactorial; en el envejecimiento hay una reducción progresiva de la fuerza y una pérdida de la funcionalidad, así como un alto porcentaje de enfermedades asociadas, a veces un deterioro cognitivo y además un consumo de fármacos mayor, lo que puede suponer una disminución de la autonomía del paciente y aumenta el riesgo de las caídas. En los ancianos institucionalizados aumenta la frecuencia de caídas.

Por todo ello, es necesario que en las instituciones que cuidan a personas mayores se estudien las caídas en profundidad y que se conozcan los factores de riesgo de las personas y de las instituciones para prevenir el problema y disminuir el impacto sobre los residentes.

En el anterior estudio abordamos las características de las personas que sufren las caídas. En este estudio vamos a centrarnos en las características y las consecuencias de las caídas.

En nuestro Centro desde hace años existe un grupo de trabajo de estudio de caídas que ha puesto en marcha numerosas medidas tendentes a abordar la problemática de las mismas, en un contexto asistencial de retirada completa de las sujeciones físicas en personas mayores.

Para conocer las características de las caídas es fundamental su registro en un documento de recogida de datos acerca de las

características de estas. Cada vez que se produce una caída el/la enfermero/a responsable de la Unidad rellena la Hoja de registro de Caídas, que es recogido por el técnico de Calidad y estudiado por el grupo de trabajo de caídas. Periódicamente se analizan los datos y anualmente se realiza un estudio completo.

Esta Hoja de registro es un instrumento fundamental para recoger los datos de las circunstancias y las características de las caídas. Es una herramienta viva y modificable. Existen muchos, nosotros estamos utilizando uno (ver Apéndice) elaborado por nuestro grupo de trabajo, basado en el Cuestionario de Caídas de la OMS (2) y en el conocimiento de otros existentes (3).

## Objetivo

En este trabajo vamos a centrarnos en el análisis de las características de las caídas ocurridas en el año 2018 en el área de Personas Mayores del Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia, sobre todo teniendo en cuenta todos los factores ambientales que pueden influir, así como sus consecuencias.

## Método

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal con los datos obtenidos de la Hoja de registro de todas las caídas recogidas a lo largo del año 2018.

En la Hoja de registro de Caídas, se recogen de cada caída las siguientes variables: Edad. Sexo. Actividad en el momento de la caída. Factores ambientales potencialmente relacionados. Otras circunstancias. Consecuencias inmediatas. Primeras impresiones del usuario. Lugar de la caída. Tiempo de permanen-

cia caído. Caídas por día de la semana. Caídas por turnos. Caídas por franjas horarias. En presencia de. Traslado al hospital.

## Población

Número de residentes ingresados en el citado dispositivo asistencial durante el año 2018. En total 259 sujetos, 80 hombres (30,89%) y 179 mujeres (69,11%).

## Análisis de los datos

El estudio actual es el resultado de analizar estas hojas de recogida de datos de las caídas sucedidas durante el año 2018. Se realiza un análisis descriptivo de los porcentajes registrados en cada una de las variables recogidas.

Tabla 1. Características generales de los participantes.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	65	104	79,61	11,327
Caídas. Año	0	13	1,21	2,261

Tabla 2. Distribución de la muestra por sexos y relación de las caídas

	Máximo	Nº	Porcentaje
Participantes	Total	259	100%
	Hombres	80	30,89%
	Mujeres	179	69,11%
Personas que sufrieron alguna caída	Total	106	40,93%
	Hombres	28	26,42%
	Mujeres	78	73,58%
Caídas. Año	Nº total de caídas	313	100%
	Caída única (nº pers.)	40	37,74%
	Caída repetición (nº pers.)	66	62,26%

## Resultados

La tabla 1 muestra las características generales de los participantes, en ella se observa una media de edad de 79,61 años, y una media de caídas al año de 1,21 por persona.

La tabla 2 muestra las características de la población objeto del estudio. La muestra total está compuesta por 259 personas, de éstas han presentado alguna caída a lo largo del año 106 personas (40,93% de la muestra total). Si atendemos a la distribución por sexos, hay un total de 80 hombres y 179 mujeres, de los cuales han presentado alguna

caída a lo largo del año 28 hombres y 78 mujeres. El número total de caídas ha sido 313, siendo 40 personas las que se han caído una única vez a lo largo del año y 66 personas las que han presentado más de una caída.

La tabla 3 muestra las caídas de repetición. 66 personas sufren a lo largo del año 2 o más caídas. El número de caídas de repetición es de 273, es decir el 87,22% del total de las caídas. El número de personas que sufren caídas de repetición es de 66, esto es el 25,48% del total de ingresados. Un número pequeño de personas sufre la mayor parte de las caídas.

Tabla 3. Distribución de la frecuencia de caídas al año

Caídas al año	Frecuencia (nº de pers.)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	153	59,1%	59,1%
1	40	15,4%	74,5%
2	29	11,2%	85,7%
3	14	5,4%	91,1%
4	1	0,4%	91,5%
5	5	1,9%	93,4%
6	2	0,8%	94,2%
7	3	1,2%	95,4%
8	6	2,3%	97,7%
9	1	0,4%	98,1%
10	3	1,2%	99,2%
11	1	0,4%	99,6%
12	0	0%	99,6%
13	1	0,4%	100%
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

La tabla 4 muestra la media de caídas por sexo, no existiendo diferencias significativas.

Las tablas 5 y siguientes muestran los resultados de la Hoja de registro de Caídas.

El 46.10% andaba solo y el 10,51% andaba con alguna ayuda técnica. El 9,49% se intentaba levantar de silla o sillón, el 7,12% estaba sentado en silla, el 5,42% estaba acostado en cama.

**Tabla 6. Factores ambientales**

El suelo resbaladizo fue un factor causal en un 4,41%. En la mayor parte de los casos no se conocen factores ambientales (71,53%).

**Tabla 7. Otras circunstancias**

Disminución brusca de las fuerzas en las piernas en un 10,17%. Tropezar con algo en el 8,81% de los casos. Mareo en el 4,4% de los casos. Alteración de conducta en el 3,73% En la mayor parte de las caídas no se conocen otras circunstancias.

**Tabla 8. Consecuencias**

En la mayoría de los casos no tuvieron consecuencias, pero en un 22,71% fueron de carácter leve con contusiones o pequeñas heridas (13,9%).

**Tabla 9. Primera impresión tras la caída**

Sin cambios (53,90%) o consciente y colaborador (27,78%) son las impresiones más frecuentes. Cuadro confusional: 6,10%.

**Tabla 10. Lugar de la caída**

El lugar más frecuente fueron las zonas comunes: el pasillo (15,93%), la sala de estar (14,92%) o el comedor (11,53%).

**Tabla 11. En presencia de**

El 41% se cayó en presencia de otros residentes, o el 18,64% en presencia de auxiliares de enfermería o gerocultores. El 25,76% estaba solo.

**Tabla 12. Tiempo de permanencia caído**

El 77,97% permaneció caído menos de 5 minutos.

**Tabla 13. Traslado al hospital**

Solo 7 casos (2,37%) precisaron traslado al servicio de urgencias del hospital para su estudio. No hubo ninguna fractura (una de las complicaciones más frecuentes e invalidantes).

**Tabla 14. Día de la semana**

El jueves (17,97%) es el día de más caídas, pero todos los días con cifras parecidas (por encima del 10%).

**Tabla 15. Por turnos**

El 40,68% de las caídas fueron por las mañanas, el 35,25% por la tarde y el 24,07% por la noche.

**Tabla 16. Por franjas horarias**

Alrededor del 14,58% se caen de las 8 a 10 horas, el 14,24% de las 10 a 12 horas y el 14,58% de las 16 a 18 horas. El resto de franjas con cifras mucho más bajas.

Tabla 4. Diferencia de medias en el número de caídas en función del sexo

	Media de caídas	Prueba T	Significación
Hombre	1,30 (2,655)	T=0,435	79,61
Mujer	1,17 (2,068)		

Tabla 5. Actividad en el momento de la caída

Actividad	Total general
Andaba solo	46,10%
Andando con ayuda de aptos	10,51%
Levantarse de silla o sillón. Indicar tipo silla/sillón	9,49%
Sentado en silla o sillón	7,12%
Acostado en cama	5,42%
Levantarse de la cama. Indicar altura de la cama	5,42%
Otros	5,08%
No se conoce la actividad	2,71%
Andando con ayuda de una persona	2,03%
(en blanco)	2,03%
Duchándose	1,36%
Intentaba coger algo por debajo de su cadera	1,02%
Comiendo	0,34%
Defecando	0,34%
Intentaba coger algo por encima de su cabeza	0,00%
Orinando	0,68%
Trasferencia (de silla a cama, o de cama a silla)	0,34%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 6. Factores ambientales potencialmente relacionados

Factores ambientales	Total general
No se identifican factores ambientales relacionados	71,53%
Otras	9,83%
(en blanco)	8,47%
Suelo brillante o resbaladizo	4,41%
Muebles que se deslizan o ruedan	2,71%
Irregularidades en el terreno (rugosidad, etc.)	1,36%
Muebles u objetos con los que se puede tropezar	1,02%
Iluminación deficiente	0,34%
Algún otro cambio reciente en el entorno	0,34%
Había algún objeto extraño en medio	0,00%
Muebles muy bajos (mesas u otros)	0,00%
Se ha cambiado la situación de muebles	0,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



Tabla 7. Otras circunstancias

Circunstancias	Total general
No conocidas	35,25%
No se identifican circunstancias relacionadas (en blanco)	15,59%
Disminución brusca de fuerza en las piernas	11,53%
Tropieza con algo	8,81%
Mareo	4,41%
Alteración conducta (indicar)	3,73%
Urgencia para ir al baño	3,39%
Ansiedad/Angustia	1,69%
Recibe empujón	1,69%
Calzado no adecuado o no está bien puesto y atado	1,69%
Ropa no adecuada o no está bien puesta y ajustada	1,02%
Disfunción de la vejiga	0,68%
Quiso saltar las barandillas de la cama	0,34%
Quiso liberarse de las sujeciones	0,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 8. Consecuencias inmediatas de la caída

Circunstancias	Total general
Sin lesiones	56,61%
Contusión/es	22,71%
Herida/s inciso-contusa/s	13,90%
Otros	3,05%
(en blanco)	2,37%
Traumatismo Cráneo-Encefálico	1,02%
Fractura fémur	0,34%
Miedo a la bipedestación	0,00%
Fractura de húmero	0,00%
Fractura de pelvis	0,00%
Fractura de antebrazo	0,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 9. Primera impresión del usuario tras la caída

1ª impresión	Total general
Sin cambios respecto a estado habitual	53,90%
Consciente, orientado y colaborador	26,78%
Cuadro confusional	6,10%
(en blanco)	4,07%
Otros	3,73%
Dolor. Detallar:	3,39%
Agitación psicomotriz	1,36%
Inconsciente	0,68%
Sedado	0,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 10. Lugar de la caída

Lugar	Total general
Pasillo	15,93%
Sala estar	14,92%
Comedor	11,53%
Habitación otras zonas	11,19%
Habitación lado izquierdo cama	9,83%
Habitación lado derecho cama	9,15%
Baño General	8,47%
Habitación trayecto al baño	6,10%
Patio / Jardín	5,42%
Cafetería	2,03%
Otro	2,03%
Otras estancias comunes	1,69%
Gimnasio	0,68%
Talleres	0,34%
(en blanco)	0,68%
Ascensor	0,00%
Escalera	0,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 11. En presencia de

Presencia	Total general
Había otros residentes en el lugar	41,36%
Estaba solo	25,76%
Había auxiliares en el lugar	18,64%
Estaba con otros profesionales del Centro	5,08%
(en blanco)	3,39%
Estaba con Personal Técnico	2,03%
Había familiares en el lugar	1,69%
Se desconoce si había otras personas	1,02%
Estaba con voluntarios	1,02%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 12. Tiempo de permanencia caído

Tiempo caído	Total general
De segundos a 5 minutos	77,97%
De 5 a 30 minutos	11,86%
No se puede determinar el tiempo	5,76%
(en blanco)	3,05%
De 30 a 60 minutos	1,36%
Más de 1 hora	0,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 13. Traslado al hospital

Traslado hospital	Total general
No precisa traslado inmediato al hospital	89,15%
(en blanco)	8,47%
Precisa traslado inmediato al hospital	2,37%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Usuarios que precisan traslado al hospital ..... **Total: 7**

Tabla 14. Caídas por día de la semana

Día semana	Total general
Lunes	14,24%
Martes	12,20%
Miércoles	14,24%
Jueves	17,97%
Viernes	11,53%
Sábado	12,88%
Domingo	15,59%
(en blanco)	1,36%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 16. Caídas por franjas horarias

Turno	Total general
00:01 a 02:00	5,08%
02:01 a 04:00	2,03%
04:01 a 06:00	6,78%
06:01 a 08:00	4,41%
08:01 a 10:00	14,58%
10:01 a 12:00	14,24%
12:01 a 14:00	9,49%
14:01 a 16:00	8,14%
16:01 a 18:00	14,58%
18:01 a 20:00	8,14%
20:01 a 22:00	6,44%
22:01 a 24:00	6,10%

Tabla 15. Caídas por turnos

Turno	Total general
Turno de mañana	40,68%
Turno de tarde	35,25%
Turno de noche	24,07%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

APENDICE: Hoja de Registro de Caída

**Inmediato a la caída**

Nombre usuario: ..... Edad: ..... Fecha: .....

Nombre de quién inicia el registro: .....

Casi-Caída<sup>1</sup> (*describir por qué se consideró así*):

Caída<sup>2</sup>

Hora del día de la caída: .....

Tiempo transcurrido desde la última comida (sólo comidas principales): .....

Tiempo transcurrido desde toma de pastillas: .....

Indicar nombre de el/los medicamentos recién tomados:  
.....  
.....

**Día de la semana**

Lunes       Martes       Miércoles       Jueves  
 Viernes       Sábado       Domingo

**Lugar**

Habitación       Pasillo       Sala estar  
 Baño habitación       Comedor       Baño general  
 Escalera       Ascensor       Otro

- 1 Casi-Caída: Caída que no llega a consumarse por la razón que sea, pero que podría haberlo sido en otras circunstancias o lugar.  
2 Caída: Cualquier episodio en el que una persona acabe de forma imprevista, y no intencionada, en un nivel más bajo, o en el suelo, cuando estaba de pie, o desde una silla, el inodoro o la cama.

### Actividad que realizaba en el momento de la caída

---

- |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Andaba solo                                                    | <input type="checkbox"/> Acostado en cama          |
| <input type="checkbox"/> Andando con ayuda de aparatos                                  | <input type="checkbox"/> Sentado en silla o sillón |
| <input type="checkbox"/> Andando con ayuda de una persona                               | <input type="checkbox"/> Comiendo                  |
| <input type="checkbox"/> Traslado (de silla a cama, o de cama a silla)                  | <input type="checkbox"/> Defecando                 |
| <input type="checkbox"/> Intentaba coger algo situado por encima del nivel de su cabeza | <input type="checkbox"/> Orinando                  |
| <input type="checkbox"/> Intentaba coger algo situado por debajo del nivel de su cadera | <input type="checkbox"/> Duchándose                |
| <input type="checkbox"/> Levantarse de silla o sillón. Especifique tipo de silla:       |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Levantarse de la cama. Indicar altura de la cama:              | .....                                              |
| <input type="checkbox"/> Otra actividad:                                                | .....                                              |
| <input type="checkbox"/> No se conoce la actividad que realizaba                        |                                                    |

### En presencia de

---

- |                                                             |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estaba solo                        | <input type="checkbox"/> Había auxiliares en el lugar              |
| <input type="checkbox"/> Había otros residentes en el lugar | <input type="checkbox"/> Estaba con personal técnico               |
| <input type="checkbox"/> Había familiares en el lugar       | <input type="checkbox"/> Estaba con otros profesionales del Centro |

Detalles: (describa la escena y escriba los nombres de los profesionales presentes en el momento de la caída) (si se trató de una caída en la que se pudo auxiliar al Residente en alguna medida para minimizar el daño, indíquelo aquí también):



### Otras Circunstancias de la Caída

---

- |                                                                                      |                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tropezó con algo                                            | <input type="checkbox"/> Consumo Alcohol                                                      |
| <input type="checkbox"/> Recibe Empujón                                              | <input type="checkbox"/> Disfunción de la vejiga                                              |
| <input type="checkbox"/> Mareo                                                       | <input type="checkbox"/> Urgencia para ir al baño                                             |
| <input type="checkbox"/> Disminución brusca de fuerza en las piernas                 | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Angustia                                                    |
| <input type="checkbox"/> La ropa no era adecuada, o no estaba bien puesta y ajustada | <input type="checkbox"/> El calzado no era adecuado, o no estaba bien puesto y atado/ajustado |
| <input type="checkbox"/> Quiso liberarse de las sujeciones                           | <input type="checkbox"/> Quiso saltar las barandillas de la cama                              |
| <input type="checkbox"/> Fractura espontánea (patológica)                            | <input type="checkbox"/> No conocidas                                                         |
| <input type="checkbox"/> Alteración conducta:                                        | .....                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Otras:                                                      | .....                                                                                         |

### Primera impresión de la situación del usuario tras la caída

---

- |                                                              |                                             |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consciente, orientado y colaborador | <input type="checkbox"/> Cuadro confusional |
| <input type="checkbox"/> Agitación psicomotriz               | <input type="checkbox"/> Sedado             |
| <input type="checkbox"/> Inconsciente                        | <input type="checkbox"/>                    |
| <input type="checkbox"/> Dolor. Detallar:                    | .....                                       |
| <input type="checkbox"/> Otras:                              | .....                                       |

### Constantes vitales<sup>3</sup>

Presión arterial	Frecuencia Cardíaca	Glucemia (si procede)	Frecuencia Respiratoria	Temperatura
En Decúbito:	<input type="checkbox"/> Sí			
En bipedestación:	Rítmico: <input type="checkbox"/> No			

### Factores Ambientales Potencialmente Relacionados (en el lugar de la caída)

- |                                                                                                            |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brillaba el Suelo o estaba resbaladizo                                            | <input type="checkbox"/> Muebles que se deslizan o ruedan                |
| <input type="checkbox"/> Muebles muy bajos (mesas u otros)                                                 | <input type="checkbox"/> Muebles u objetos con los que se puede tropezar |
| <input type="checkbox"/> Había algún objeto extraño en medio                                               | <input type="checkbox"/> Iluminación deficiente                          |
| <input type="checkbox"/> Se ha cambiado la situación de muebles:                                           |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Algún otro cambio reciente en el entorno:                                         | .....                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Irregularidades en el terreno (rugosidad, escalonamientos, hiperadherente, etc.): | .....                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Otras:                                                                            | .....                                                                    |

### Consecuencias inmediatas de la caída

- |                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin lesiones              | <input type="checkbox"/> Fractura de húmero            |
| <input type="checkbox"/> Contusión/es              | <input type="checkbox"/> Fractura de pelvis            |
| <input type="checkbox"/> Herida/s inciso-contusa/s | <input type="checkbox"/> Luxación de hombro            |
| <input type="checkbox"/> Fractura fémur            | <input type="checkbox"/> Traumatismo Cráneo-Encefálico |

3 Inmediatamente tras la caída

- Fractura de antebrazo  Miedo a la bipedestación
- Muerte
- Otras:
- .....

**Tiempo de permanencia caído/az**

---

- De segundos a 5 minutos  De 5 a 30 minutos
- De 30 a 60 minutos  Más de 1 hora
- No se puede determinar el tiempo

**Levantamiento del Residente del Suelo, tras la Caída**

---

- Autónomo  Colabora, se levanta con ayuda parcial  No colabora, no se levanta sin ayuda

**Traslado inmediato al Hospital**

---

- Si  No

**Intervenciones derivadas tras valoración  
(indicar qué profesionales intervienen)**

---

.....

.....

**FIRMAS DE QUIENES CUMPLIMENTARON ESTA PRIMERA PARTE DEL REGISTRO**


## Discusión

En lo que se refiere a la frecuencia de las caídas recordamos que la OMS (1), según diversos estudios, recoge una frecuencia de alrededor de 28-35% en mayores de 64 años, en mayores de 70 años esta frecuencia aumenta a 32-42% y en personas frágiles y en centros de larga estancia se alcanzan cifras de 30-50%. Además, un 40% de las personas sufren más de una caída.

En España según Da Silva (4), la incidencia anual acumulada en los diferentes estudios varía desde un 30% en personas mayores que residen en la comunidad hasta el 40 % en residencias de personas mayores. Señalando que la mayor incidencia en las personas institucionalizadas se debe a su mayor fragilidad, comorbilidad y nivel de dependencia (5).

Las caídas en la población de nuestro estudio tienen una prevalencia del 40,93%. Es parecido a algunos estudios, como el de Aldana (6) 40,4%, Carrera (7) 43,22%, Sao Romao (8) 42,1, Marques (9) 41%. Con cifras un poco inferiores: el estudio de Petronila (10) ofrece un 37,04%, inferior es el de Sánchez et al. (11) con 25,7%, o el de Carballo (12) con 32%. Pero con cifras muy superiores Cantalice (13) con un 66,7%.

Según el estudio de Rubenstein (5), en ancianos institucionalizados la incidencia de sexos es equivalente, o incluso mayor en los hombres. En el estudio de Cáceres (14), el 56% de las caídas se registran en hombres.

En nuestro estudio, estando mucho más representada la residente mujer, no parece ocurrir eso. De las personas que sufren caídas el 73,58% son mujeres, pero también lo son el 69,11% de las personas ingresadas en el área residencial.

En varios estudios es el sexo femenino el más afectado, así en Carballo (12) el 68,7%

de las caídas se producen en mujeres, igual ocurre en el de Petronila (10) con el 52,5% de mujeres, y también en varios más (6, 7, 9).

## Media de caídas

La media de caídas de nuestro estudio es de 1,21 inferior a otros. Sao Romao (8): 1,7; Sánchez (11): 2,16; Petronila (10): 2,4.

La media de caídas por sexo es mayor en hombres, aunque sin diferencias significativas. Media en hombres: 1,3 y en mujeres: 1,17.

## Caídas de repetición

En nuestro estudio son un 62,26% del total de las caídas. En otros trabajos: en Petronila (10) son el 45%; en Carballo (12) son el 46,9%; en Marcon (15) son el 56%; en Carrera (7) son el 58,21%; en Cantalice (13) son el 93,3%; en Araújo (6) son el 50%; en Cáceres et al. (14) son el 40%. Cifras inferiores muestran otros estudios: Díaz et al (17) el 21,7% y Sánchez et al. (11) con el 26,9%.

En cualquier caso, existe evidencia de la importancia de las caídas de repetición en todos los estudios. En nuestro estudio el 25,48% de los pacientes ingresados tienen el 87,22% de las caídas en un año.

## Actividad en el momento de la caída

La mayor parte de los pacientes se encontraban andando solos en el momento de la caída. En otros trabajos también ocurre lo mismo, como en Romano (18), o en Varas (19). Aunque estaban andando, solos o con ayudas técnicas.

La mayor parte de las caídas se producen desde la posición de bipedestación. Así pare-

ce confirmar el estudio ICARE (Investigación de la caída accidental) (20), que dice que la bipedestación precisa de equilibrio y respuesta efectiva ante su pérdida, mecanismos ambos deteriorados en el envejecimiento.

En Cáceres (14) el 85,8% no usaban contención en el momento de la caída, el 42,7% de los pacientes deambulaban de manera independiente, con ayuda técnica o sin ella.

En Carballo (12) la mayoría (81,2%) utilizan ayudas técnicas para la deambulación, también se producen por la mañana, en el pasillo, etc.

En Da Silva (4) también podemos ver que el uso de bastones o ayudas técnicas puede ser un factor de riesgo de caída, pero también puede ser considerado indicador de la fragilidad en la persona mayor.

## Factores ambientales

En nuestro trabajo el 8,47% de las caídas ocurrieron con suelo resbaladizo, no se identificaron otros factores.

En el trabajo de Carballo (12) no se identificaron otros factores. Tampoco en el de Petronila (10).

## Otras circunstancias

En el trabajo de Cáceres (14) el 27,74% se debe a la pérdida de equilibrio y el 22,58% por intentar realizar una actividad sin tener capacidad para ello.

En el nuestro la pérdida de fuerza es el 10,17% y el mareo es el 4,4%.

En el de Petronila (10) fueron por pérdida de equilibrio en 65,63%.

El deterioro de la función física, especialmente de la marcha y del equilibrio, forman parte de los factores de riesgo más evidentes en la literatura mundial, según la revisión de Da Silva (4). En el de Carballo (12) la pérdida

de equilibrio es la causa fundamental y luego los resbalones.

En otros estudios, la disminución de las capacidades físicas y el deterioro cognitivo tienen relación directa con la incidencia de caídas (21).

## Consecuencias

Para Laguna (22) las lesiones son la primera causa de muerte de ancianos, y las caídas constituyen una alta proporción de estas muertes accidentales.

Según Villar (23) los accidentes constituyen la sexta causa de muerte en los mayores de 75 años. La causa más común entre los mayores de 65 años son las caídas. La mortalidad de una caída se relaciona con la edad avanzada, el sexo femenino, el tiempo prolongado de estancia en el suelo tras la caída, la pluripatología, la polimedicación y el deterioro cognitivo.

Según Laguna (22), aproximadamente el 30% de las caídas ocasionan lesiones leves, y entre el 4 y el 6% ocasionan daño, incluyendo fracturas, lesiones en los tejidos y en la cabeza.

En la revisión de Da Silva (4) las consecuencias más estudiadas son las físicas y funcionales, con índices de fracturas que variaron desde 1,2 al 16,5%. Además, entre las consecuencias psicosociales se destacan el miedo a caer entre el 64 y el 44,7% los casos, y el ingreso hospitalario entre el 9,7% y el 19%.

En el trabajo de Romano (18) y en el de Laguna (22) la mayor parte de caídas no produjeron lesiones y el resto fueron leves o pequeñas y solo una presentó un complicación grave (pérdida de conciencia).

Casi en el 50% de los sucesos, en el estudio de Carballo (12), no se producen consecuencias físicas inmediatas tras la caída, y lo más

habitual son heridas y contusiones leves, resultado equiparable al de Da Silva (24). Todos los residentes presentaron síndrome postcaída y/o temor a volver a caerse, por lo que perdieron movilidad, restringieron las actividades que realizaban diariamente y en muchos casos no volvieron a recuperar su estado físico anterior, lo que produjo o aumentó su dependencia, además del incremento de recursos humanos y económicos necesarios para prestar apoyo a estos déficits.

En lo que se refiere a las consecuencias, en la mayoría de los casos fueron leves, con pequeñas heridas, contusiones, hematomas, etc. (10).

No obstante, la fractura es la complicación más grave y la incidencia de fracturas es variable en los distintos estudios, desde el 1,04% (10), el 1,2% (25), el 1,9% (14), hasta el 16,5% (26). En nuestro estudio no hubo fracturas.

Las principales consecuencias de las caídas son: hospitalización, problemas psicológicos, morbilidad, mortalidad, institucionalización posterior, coste familiar y social, etc.

Para Calero (27), en un estudio realizado con personas que han sufrido alguna fractura, la principal causa de la fractura en la persona mayor de 65 años es la caída o traumatismo leve, resultado que coincide con varios estudios, entre ellos el de García-Reyes (28). Coincidiendo con Quevedo (29) en que la fractura que se produce con mayor frecuencia es la fractura de cadera. Los mecanismos de acción más comunes son el resbalón, el tropiezo o la pérdida de equilibrio.

La frecuencia anual de caídas en los mayores es del 30% en la comunidad y del 50% en residencias (28). Los factores de riesgo intrínsecos son deterioro cognitivo, déficit visual, debilidad muscular, problemas neurológicos y cardiovasculares, problemas de marcha y equilibrio, y efectos secundarios de

fármacos. Los factores de riesgo extrínsecos son iatrogénicos y ambientales. Así mismo, el riesgo de caídas es multifactorial y se incrementa con la acumulación de factores.

Para Calero (27) las caídas con lesiones graves son aquellas que resultan en luxación, fractura o traumatismo craneoencefálico. Las abrasiones, laceraciones y hematomas son consideradas lesiones leves. Las fracturas que se producen con más frecuencia como consecuencia de caída en el anciano son las de cadera (cuello del fémur, pelvis), seguidas de las de extremidad superior (Colles, húmero).

En nuestro estudio la mayor parte no tuvo consecuencias, un 22,7% contusiones y un 13,9% pequeñas heridas o hematomas.

## Primera impresión del usuario

En nuestros residentes la primera impresión tras la caída es, en la mayoría, sin cambios o consciente y colaborador.

## Lugar de caída

En el trabajo de Cáceres (14) las caídas ocurren en el dormitorio (55.5%) y baño (19,4%). En Petronila (10) el 30,21% ocurren en la habitación, al igual que en Sánchez (10). También en Carballo (12) ocurren la mayoría en el dormitorio, pasillo y baño.

En nuestro estudio las caídas ocurren preferentemente en las zonas comunes, como el pasillo, comedor o sala de estar. Posiblemente la explicación sea que nuestros residentes que se caen son los que tienen más movilidad y permanecen menos en la habitación.

En la revisión de Da Silva (4) encuentran siete estudios que también consideraron factores extrínsecos o ambientales, pero de manera superficial. El uso de ayudas técnicas, también puede ser considerado como un

indicador de fragilidad del anciano.

Otros autores (30) consideran que el estudio de factores ambientales debe ser realizado de manera más profunda, pues la mala iluminación, suelos resbaladizos, alfombras, ausencia de barras de sujeción en pasillos y baños pueden ser causas importantes de caídas.

## En presencia de

La persona que sufre la caída se encontraba sola en un 25,76% de los casos. Pero en presencia de otros residentes, personal o familiar en el resto.

La mayoría de los residentes se encontraban solos en el estudio de Romano et al. (18), coincidiendo con Varas et al. (19) quien afirma que el 68% se produjeron cuando el paciente no estaba acompañado.

## Tiempo caído

En el 77,97% de los casos permanecen menos de 5 minutos caídos.

## Traslado al hospital

El 89,15% no precisó traslado al hospital. Solo fueron trasladados 7 residentes y no hubo ninguna fractura.

## Caídas por días

Todos los días se registraron caídas en cifras parecidas, entre el 12 y 17% del total cada día de la semana.

## Turno

Según Urruela (31) la mayoría de las caídas ocurren el turno de noche, también en el trabajo de Diaz (32). No así en el de Cáceres (14), en el que el 40,6% ocurren por la mañana y el 41,3% por la tarde.

En el nuestro ocurren durante el día o la tarde, solo el 24,07% por la noche. Lo mismo ocurre en el trabajo de Romano (18) realizado en un hospital de Barcelona, y también en el de Minaya-Saiz (33) realizado en un hospital de Madrid. También en un trabajo realizado por Laguna (22) en un hospital de nivel 1 de Jaén se registraron más caídas por la tarde. También en el de Carballo (12) ocurren por la mañana. En el de Petronila (10) ocurren sobre todo en el turno de mañana, al igual que en Carrera (7) y Sánchez (11).

## Franja horaria

Las caídas suelen ocurrir de las 8 a las 10 horas, de las 10 a las 12 horas y de las 16 a las 18 horas, en general coincidente con los momentos de máxima actividad en las unidades.

En resumen, la evidencia científica en relación con la prevención de caídas en personas mayores en el medio residencial señala la necesidad de un enfoque multifactorial del problema y de una intervención interdisciplinar. La hoja de recogida de datos de las caídas es un instrumento muy valioso para conocer las características y consecuencias de las caídas. Su estudio por el equipo terapéutico permite conocer y tomar las medidas correctoras necesarias. Las intervenciones de prevención en estos residentes son eficaces y consiguen reducir las caídas (34).

## Conclusiones

La mayoría de las caídas se producen en el turno de mañana o tarde. La mayoría de las caídas tuvieron lugar en las zonas comunes como el salón, pasillo o comedor. El residente caminaba solo, pero en presencia de otros residentes, acompañantes o profesionales. Suelen utilizar ayudas técnicas para la marcha. En las caídas no influyeron ni los objetos ni el mobiliario. Pérdida de fuerza, de equilibrio, debilidad y mareo, son las causas intrínsecas desencadenantes. El residente permanece en el suelo pocos minutos y su aspecto es bueno. Solo 7 fueron trasladados al hospital y recibieron curas locales en heridas. No hubo fracturas.

Por todo esto cabe pensar que dichas caídas pueden estar influenciadas por factores intrínsecos, como los propios del envejecimiento, la comorbilidad o la fragilidad.

## Agradecimientos:

A todo el personal del área de Personas Mayores del Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia que realizaron los registros de caídas.

Sin sus aportaciones no hubiese sido posible este estudio.

## Referencias bibliográficas

1. WHO. Global report on falls prevention in older age. Francia: Organización Mundial de la Salud; 2007.
2. Vidan Astiz MT, Vellas B, Montemayor T. Cuestionario de la OMS para el estudio de las caídas en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:41-8.
3. González Ramírez A, Calvo Aguirre JJ, Lekuona Ancizar P, González Oliveras JL, Marcellán Benavente T, Ruiz de Cordoa Armencia A, Padilla Clemente R, Clerencia Sierra M, Ubis Diez E. El fenómeno de las caídas en residencias e instituciones: revisión del Grupo de Trabajo de Osteoporosis, caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (GCOF-SEGG). *Rev Esp Geriatr Gerontol*,2013;48(1):30-38.
4. Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:43-56.
5. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006; Sep;35 Suppl 2:ii37-ii41. oi: 10.1093/ageing/afl084.
6. Aldana Díaz A, Díaz Grávalos GJ, Alonso Payo R, Andrade Pereira V, Gil Vázquez C, Álvarez Araujo S. Incidencia y consecuencias de las caídas en ancianos institucionalizados. *Cad Aten Prim*. 2008;15:14-7.



7. Carrera Martínez D, Braña Marcos B. Evaluación de caídas en ancianos institucionalizados. *Metas Enferm.* 2012;15(3):58-62.
8. Sao Romao Preto L, Nogueiro Santos AL, Mendes ME, Pinto Novo A, Pimentel MH. Deterioro funcional, miedo a caerse y composición corporal en ancianos institucionalizados. *Enferm Clin.* 2015;25(2):81-6.
9. Marques Costa dos Reis K, Alves Costa de Jesús C. Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(6):1130-8.
10. Petronila-Gómez L, Aragón-Chicharro S, Calvo-Morcuende B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración de riesgo, factores relacionados y descripción. *Gerokomos*, 2017;28(1):2-8.
11. Sánchez A, San Martín E, Tena L. Análisis de las caídas en personas institucionalizadas. *Metas Enferm.* 2014;17(6):50-5.
12. Carballo-Rodríguez A, Gómez-Salgado J, Casado-Verdejo I, Ordás B, Fernández D. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos* 2018; vol. 29 no3.
13. Cantalice Alves AH, Freire de Araújo Patrício AC, Fernandes de Albuquerque K, Costa Souto Duarte M, de Souza Santos J, Salles de Oliveira M. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. *Cuidado é fundam care.* 2016;8(2):4376-86.
14. Cáceres Santana E, Bermúdez Moreno C, Ramírez Suarez J, Bahamonde Román C, Murie-Fernández M. Incidencia de caídas en el hospital de larga-media estancia. Factores de riesgo y estrategias para la prevención. *Neurología.* 2019 . online 2 mayo de 2019.
15. Marcon F, Calahorrano C, Garreta R, Rizzo L. Aspectos relacionados con caídas y equilibrio de los ancianos residentes en un centro socio-sanitario. *Rehabilitación.* 2011;45(1):24-8.
16. Araújo Reis L, Souza Rocha T, Pimentel Duarte SF. Quedas: Risco e fatores associados em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2014;28(3):225-34.
17. Díaz Grávalos GJ, Gil Vázquez C, Andrade Pereira V, Alonso Payo R, Álvarez Araujo S, Reinosos Hermida S. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44 (6):301-4.
18. Romano-Duran E, Rodríguez-Camarero GF, Hernández Martínez-Esparza E. Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona. *Gerokomos* vol.28 nº2. Barcelona jun. 2017.
19. Varas-Fabra F, Castro E, Pérula LA, Fernández MJ, Ruiz R, Enciso I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria.* 2006;38(8):450-5.

20. Estudio ICARE (Investigación de la caída accidental: estudio epidemiológico) Trastornos de la postura y riesgos de caída. Barcelona: Glosa; 1996. P.15-28.
21. García JF, Antón C, Espejo B. Factores de riesgo y consecuencias de las caídas en los residentes de un centro geriátrico asistido. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1994;29:25-30.
22. Laguna JM, Arrabal MJ, Zafra F, García F, Carrascosa R, Carrascosa MI, et al. Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1 factores relacionados. Rincón Científico, Comunicaciones. Gerokomos. 2011;22(4):167-73.
23. Villar San Pio DE, Mesa Lampré M, Esteban Gimeno A, Sanjoaquin Romero A, Fernández Arin E. Síndromes geriátricos. Alteraciones de la marcha. Inestabilidad y caídas. En: Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006. P 199-209.
24. Da Silva Gama ZA. Incidencia, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos institucionalizados de la Región de Murcia. Tesis Doctoral. Murcia. Universidad de Murcia; 2009.
25. Buz J. Circunstancias, consecuencias y variables relacionadas con las caídas en población anciana institucionalizada. Geriátrika. 1996;12:22-6.
26. Méndez JI, Zunzunegi MV, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. Med Clin (Barc). 1997;108:128-32.
27. Calero MJ, López-Cala G, Ortega AR, Cruz-Lendínez AJ. Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2016, Vol. 6, Nº 2 (Págs. 71-82).
28. García-Reyes, M., López-Torres, J., Villena, A., del Campo, J., Párraga, I., y Maldonado del Arco, N. (2007). Factores de riesgo de Caídas en ancianos. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(1), 20-24.
29. Quevedo, A., y Navarro, A. (1999). Tipos de fracturas más frecuentes en edad avanzada. Actas de la 13ª Jornada Canarias de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Las Palmas de Gran Canaria, 1,110-117.
30. Lord SR, Menz HB, Sherrington C, Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. Age Ageing 2006: 35-S2:1155-1159.
31. Urruela M, Gómez Anhedo E, Iglesias Astorga C, Valtierra M, González Nolina Y, Escobar A, et al. Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. Rev Mult Gerontol, 2002;12:14-8.
32. Díaz D, Barreara A, Pacheco A. Incidencia de las caídas en el adulto institucionalizado. Rev Cubana Enfermer, 1999.15:34-8.
33. Minaya-Saiz J, Lozano-Menor A, Salazar de la Guerra RM. Abordaje multidisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia. Rev Cald Asist. 2010;25(2):106-11.

34. Torres Egea P, Sánchez Castillo PD. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. Nursing. 2007;25(2).