

Transición segura del hospital a la comunidad: algoritmo para la prevención de caídas en ancianos

Ana Rita Carneiro *Guimarães*, Maria Inês Pereira *Teles*, Soraia Alexandra Ribeiro *Fernandes*,
Óscar *Ferreira*, Cristina Lavareda *Baixinho*
Escuela Superior de Enfermería de Lisboa (Lisboa, Portugal)

Correspondencia: crbaixinho@esel.pt (Cristina Lavareda Baixinho)

Resumen

Este estudio tuvo como objetivos hacer que un panel de expertos diseñara y validara un algoritmo de soporte a la práctica clínica del enfermero promoviendo la transición segura entre el hospital y la comunidad. Se realizaron dos estudios: una revisión integrativa de literatura para diseñar el algoritmo, sometido a validación por un panel de 8 expertos, recurriendo a la técnica nominal. Fueron considerados los procedimientos éticos. El análisis y síntesis de los 30 estudios que conformaron la muestra bibliográfica permitió identificar las intervenciones eficaces para la prevención de caídas en la transición hospital-comunidad. El algoritmo final fue validado por el panel de expertos por unanimidad. La continuidad de los cuidados resulta vital para prevenir la caída o su recurrencia en los ancianos hospitalizados con alto riesgo de caída o que las sufrieron durante su internación. Las caídas después del alta hospitalaria requieren de investigación.

Palabras clave: Enfermería. Anciano. Caídas. Transición. Seguridad.

Safe hospital – community transition: algorithm for fall prevention among older people

Abstract

The aim of this study was to design and validate, through a panel of experts, an algorithm to support the clinical practice of nurses that promote a safe transition between hospital and community. Two studies were carried out: an integrative review of the literature for the design of the algorithm, which was validated by a panel of eight experts, using the nominal technique. Ethical procedures have been taken into account. The analysis and synthesis of the 30 studies constituting the bibliographic sample allowed us to identify interventions that were effective in preventing falls in the hospital-community transition. The final algorithm was validated by the panel of experts unanimously. Continuity of care is vital to prevent falls or recurrence in hospitalized older people who are at high risk of falls or who have fallen while hospitalized. Further research on falls after discharge is needed.

Key-words: Nursing. Elderly. Falls. Transition. Safety.

Transição segura hospital - comunidade: algoritmo para a prevenção de quedas na pessoa idosa

Resumo

Este estudo teve por objetivos desenhar e validar, por um painel de peritos, um algoritmo de apoio à prática clínica do enfermeiro que promova a transição segura entre o hospital e a comunidade. Foram realizados dois estudos: uma revisão integrativa de literatura para o desenho do algoritmo, que foi sujeito a validação por um painel de 8 peritos, com recurso à técnica nominal. Tiveram-se em conta os procedimentos éticos. A análise e síntese dos 30 estudos constituintes da amostra bibliográfica permitiu identificar as intervenções com eficácia na prevenção de quedas na transição do hospital-comunidade. O algoritmo final foi validado pelo painel de peritos por unanimidade. A continuidade de cuidados é vital para prevenir a queda ou a sua recorrência nos idosos hospitalizados que tem alto risco de queda ou que caíram durante o episódio de internamento. É necessário investigação sobre a queda após alta hospitalar.

Palavras chave: Enfermagem. Idoso. Queda. Transição. Segurança.

Introducción

El envejecimiento es un proceso dinámico, caracterizado por cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se manifiestan en la pérdida progresiva de la

funcionalidad del individuo, así como de su capacidad de adaptación al medio ambiente,¹ lo cual provoca que el anciano sea más vulnerable a la ocurrencia de situaciones que determinen su dependencia, tales como enfermedades degenerativas crónicas y caídas.²

En Brasil, el 30% de los ancianos cae al menos una vez al año, y cuanto mayor es su edad, también es mayor la posibilidad de sufrir caídas. Entre los 65 y los 74 años, la prevalencia de caídas es del 32%, porcentaje que aumenta progresivamente al 35% entre los 75 y los 84 años, y al 51% en los individuos de más de 85 años.³ Las caídas de las personas ancianas constituyen un grave problema de salud pública que siempre requieren de atención de Enfermería, tanto en lo referente al control de riesgo de caídas como en lo que hace al nivel de capacitación del anciano para prevenirlas, o al grado de la intervención postcaída en el tratamiento de las lesiones y la prevención de la declinación funcional.

La multiplicidad y complejidad de los factores de riesgo ha determinado diferentes clasificaciones. Para este estudio, optamos por clasificarlos en riesgos intrínsecos y extrínsecos.⁴ Los primeros están relacionados con el individuo en sí, en tanto que los factores extrínsecos se refieren a las características socioambientales que caracterizan el ámbito en el que el individuo está inserto. De un modo más concreto, constituyen factores intrínsecos las alteraciones fisiopatológicas (disminución visual y auditiva, disfunciones en la marcha y el equilibrio, pérdida de la capacidad funcional y sedentarismo), enfermedades crónicas (neurológicas, cardiovasculares, urogenitales y osteoarticulares) y los efectos del uso de medicamentos (disminución de la función motriz, debilidad, mareos, hipotensión, confusión y somnolencia). Por otro lado, los factores extrínsecos están relacionados con las características inadecuadas del medio ambiente circundante, la presencia de obstáculos en el mismo, la carencia o insuficiencia de ayudas técnicas, la vestimenta inapropiada, etcétera.⁴

La mencionada multiplicidad de riesgos hace que la prevención de caídas se convierta en un verdadero desafío. La revisión de la literatura permite constatar que la investigación ha sido productiva en la evaluación de medidas preventivas para los ancianos hospitalizados y para los que se desenvuelven en la comunidad. Sin embargo, no ha resultado útil para estudiar las medidas que deberían de implementarse para garantizar la continuidad de los cuidados cuando el anciano recibe el alta de su internación y vuelve a su medio comunitario, habiéndose constatado riesgo de caída durante la hospitalización, habiendo sufrido una caída en el hospital o habiendo sido internado como consecuencia de haber sufrido una caída, dado que este accidente es la causa subyacente de entre el 10% y el 15% de todos los episodios que recurren a los servicios de emergencias,⁵ considerándose que la mayoría de los diagnósticos son fracturas en el extremo proximal del fémur, traumatismos de cráneo y lesiones en los miembros superiores.⁵

Por lo anteriormente mencionado, este estudio tuvo como objetivos: identificar los estudios primarios que presenten intervenciones con evidencia científica para la prevención de caídas en personas que hacen la transición del hospital a la comunidad; diseñar y validar, por parte de un panel de expertos, un algoritmo de respaldo a la práctica clínica del enfermero que promueva la prevención de caídas luego del alta hospitalaria en ancianos con alto riesgo de caídas, o que hayan sido víctimas de caída durante su hospitalización, garantizando un tránsito seguro.

Método

Para lograr los objetivos del estudio, fue necesario estructurar la investigación en dos partes. La primera incluye una revisión integrativa de la literatura para identificar estudios primarios y la evidencia sobre las intervenciones a implementarse en la persona con alto riesgo de caídas y/o que se ha caído en el hospital y regresará a su hogar. En base a los resultados de la revisión integrativa, se diseñó un algoritmo de apoyo a la toma de decisiones de las enfermeras que garantice la continuidad de la atención del anciano con alto riesgo de caídas o con caídas durante la hospitalización. Este algoritmo fue validado por un panel de 6 expertos, utilizando la técnica nominal. Se tuvieron en cuenta los procedimientos éticos. A continuación se describen los procedimientos en cada uno de los estudios.

Estudio 1

Se realizó una Revisión Integrativa de la Literatura (RIL)⁶ con el fin de responder a la pregunta del estudio: "¿Cuáles son las intervenciones de Enfermería para prevenir las caídas luego del alta hospitalaria de la persona anciana con riesgo o con caída durante su internación?".

Fueron definidos criterios de inclusión y exclusión de los estudios primarios. Los de inclusión fueron: que se tratara de artículos sobre intervenciones de enfermería para controlar el riesgo de caída y/o su prevención en ancianos al momento del alta hospitalaria y/o en el regreso al hogar, en portugués o en inglés, con acceso al texto completo. Se excluyeron los artículos cuya población/muestra correspondiese a otros segmentos etarios, además de aquellos estudios cuyos resultados se refiriesen, única y exclusivamente, a las intervenciones de enfermería de prevención de caídas durante la internación o en el ámbito hogareño/comunitario.

En la definición de los descriptores para el estudio, se utilizaron en las bases de datos los descriptores del Medical Subject Heading (MeSH): Elderly (older adult); Residence characteristics (community/domicile); Patient discharge summaries (discharge); Accidental falls (falls/falling); Patient transfer (health care transition/care transition/patient transition); Patient readmission (hospital readmission); Accident prevention (patient safety/home accidents); Patients care management (care management, patient management, patient care). Los términos fueron combinados utilizando los operadores booleanos *or* y *and*.

El estudio recabó datos de las siguientes bases: CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MediciLatina, SCOPUS e ISI Web of Science.

La investigación mereció limitación temporal (2012-2016) en razón de la actualidad de la temática y porque en un primer estudio exploratorio se había identificado una revisión sistemática de la literatura, publicada en 2012, que incluía la evidencia sobre las medidas preventivas de caídas en la persona anciana y en la comunidad.

El estudio se realizó entre enero y mayo de 2016.

Fueron identificados 2617 artículos. Una vez exceptuados los duplicados, realizada la lectura del título, los resúmenes y

los artículos, la muestra final estuvo integrada por 30 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y brindaban una respuesta a la pregunta de la investigación (Figura 1).

Estudio 2

A partir de la identificación de las intervenciones a implementar en la transición del hospital a la comunidad en las personas ancianas con riesgo de caída o que sufrieron caídas en el entorno hospitalario, se elaboró un algoritmo de apoyo a la toma de decisiones clínicas del enfermero, de acuerdo con las directrices de la Society for Medical Decision Making para el desarrollo de algoritmos.⁷

Se lo sometió a evaluación por parte de un grupo de 8 expertos (2 doctores en enfermería que habían investigado en el área de caídas, 3 enfermeros especialistas en rehabilitación con actividad profesional en medio hospitalario y 3 enfermeros que ejercen funciones en la comunidad [un especialista en enfermería comunitaria y dos especialistas en rehabilitación]). Se obtuvo el consenso aplicando la técnica de grupo nominal.⁸ Los ocho expertos expusieron sus ideas de manera sistemática e independiente, hasta obtenerse el resultado final, unánime entre los panelistas y en consonancia con los objetivos del estudio.

Se les solicitó a los expertos que se pronunciaran respecto de la exhaustividad de las intervenciones de enfermería a ser incluidas en la representación gráfica, y con efectividad en el control de riesgo y/o caída; la claridad de cada ítem; la exclusividad de las intervenciones en cada momento de toma de decisiones; la objetividad en la lectura del algoritmo por parte de cada profesional; la relevancia del mismo para la toma de decisiones y, finalmente, respecto a las normas de construcción del algoritmo.

En lo concerniente a los principios éticos: Los expertos que integraron el panel accedieron a participar del estudio de manera libre e informada, y autorizaron la difusión de los resultados. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las diferentes contribuciones.

Resultados

Con el propósito de incrementar el rigor y la claridad de los resultados, presentamos por separado el resultado de los dos estudios.

Estudio 1

El análisis de los 30 estudios que integraron la muestra bibliográfica permitió identificar las intervenciones que deben ser implementadas en la transición del hospital a la comunidad (Cuadro 1) y su organización, de acuerdo con el nivel de evidencia de Oxford: Center for Evidence-Based Medicine.

Estudio 2

La identificación de las intervenciones y su evidencia en la prevención de caídas permitió desarrollar el algoritmo, de acuerdo con las directrices internacionales de construcción de algoritmos para la práctica clínica.⁷

Una vez analizadas las intervenciones, las mismas fueron organizadas de acuerdo con las directrices para la construcción

de algoritmos.⁷ Para diseñar el algoritmo, los investigadores consideraron el conjunto de las intervenciones en función del riesgo de caída, así como con las cuestiones inherentes al juicio clínico, traducidas en preguntas que permiten guiar las intervenciones según la evaluación de riesgos, asegurando la continuidad de la atención en la transición del hospital a la comunidad.

El algoritmo propuesto por los investigadores fue analizado por el panel de expertos hasta obtenerse un consenso respecto de su exhaustividad, claridad, exclusividad, objetividad, relevancia y legibilidad de la representación gráfica del algoritmo (Figura 2).

Los expertos interactuaron con el objetivo de obtener un consenso en cuanto a la estructura y contenido finales del algoritmo. Las sugerencias de los participantes fueron agrupadas en el algoritmo y devueltas al grupo en una segunda ronda, habiéndose obtenido un consenso unánime por parte de los expertos.

Discusión

Una vez identificadas las intervenciones con evidencia científica en la prevención de caídas en personas en transición del hospital a la comunidad, este estudio permitió diseñar y validar un algoritmo de apoyo a la práctica clínica del enfermero que promueve la prevención de caídas después del alta hospitalaria en ancianos con alto riesgo de caídas, o víctimas de caídas durante la internación, garantizando una transición segura.

La opción metodológica para la construcción del algoritmo se justifica por el impacto que este instrumento tiene en la toma de decisiones clínicas, ya que se enfoca en la toma de decisiones, promueve la síntesis de la evidencia dispersa en los diferentes estudios, facilita un aprendizaje e interiorización más rápidos con una mayor retención de los puntos estándar de la práctica,^{8,9} y facilita la definición de las estrategias específicas a introducirse en los sistemas informáticos de soporte documental.⁷

Aunque se han señalado algunas críticas al uso de esta metodología en la práctica clínica por imponer cierta rigidez en la decisión clínica y solaparse con el uso de *guidelines*,⁹ consideramos que la cuestión de la transición hospital-comunidad ha sido menos explorada en la investigación sobre caídas, y que las *guidelines* internacionales están organizadas en función de la prevención de caídas en el ámbito hospitalario, prevención de caídas en la comunidad y prevención de caídas en los hogares de ancianos; no habiéndose considerado la continuidad de la atención, lo que justifica no sólo estudios adicionales a este nivel, sino también la construcción de un algoritmo que apoye la toma de decisiones clínicas del enfermero.

Como en el caso de cualquier algoritmo, existen recomendaciones que deben fundamentarse para su aplicación.

Los investigadores recomiendan que el primer paso hacia la prevención sea la evaluación del riesgo de accidente, y en particular la evaluación del riesgo de caída de la población mayor de 65 años.^{4,10} Ante la dificultad que supone la falta de recursos para realizar un cribado universal de todos los ancianos sobre el riesgo de caídas, el momento de la internación se convierte en un espacio y un tiempo de excelencia para ello. El hecho de que el anciano esté hospitalizado también puede ser un indicador de la presencia de otros riesgos que aumentan

el riesgo de caídas respecto del anciano que no está hospitalizado, ya que la caída está asociada a la pluripatología, la polimedicación, el aumento de la dependencia y la disminución de la funcionalidad.¹¹⁻¹²

Un paciente de 65 años o más manifiesta, desde ya, un factor de riesgo de caídas: la edad. Por dicha razón, la evaluación del riesgo de caída de un factor de riesgo de caída se convierte en el primer paso del algoritmo. La evaluación en el momento de la admisión es prioritaria para los pacientes hospitalizados, especialmente para los de 65 años o más, los que presentan confusión o agitación psicomotora, los pacientes postoperatorios y los que tengan un plan de medicación que incluya psicofármacos, analgésicos narcóticos o antihipertensivos.¹⁰

La Escala de Caídas de Morse es fiable y válida, fácil y rápida de aplicar, lo que favorece la adhesión a su utilización.¹¹ Para el panel de expertos es el instrumento más utilizado en la evaluación de riesgo de caídas en Portugal, por lo que recomiendan su referencia en este algoritmo. Su puntuación oscila entre 0-24 (sin riesgo), 25-50 (riesgo moderado), ≥ 51 (alto riesgo). Cuando hay riesgo de caída, los estudios recomiendan una evaluación multifactorial.¹³

La identificación multifactorial del riesgo de caídas involucra 3 áreas principales: 1) realización de anamnesis con historial de caídas, medicación habitual y antecedentes de factores de riesgo relevantes (enfermedades crónicas); 2) examen físico: evaluación de la capacidad y el equilibrio en la marcha, así como de la movilidad y la función articular de las extremidades inferiores; función neurológica (evaluación cognitiva, disminución de la sensibilidad de las extremidades inferiores, evaluación de la cinestesia y los reflejos); evaluación cardiovascular (frecuencia cardíaca y presión arterial); evaluación de la agudeza visual y examen de los pies y los zapatos; 3) evaluación funcional: evaluación de la percepción del paciente respecto de su capacidad funcional y del miedo relacionado con la caída (es necesario evaluar el nivel de preocupación generado por este miedo porque puede ser una preocupación protectora, pero en demasía, puede comprometer la calidad de vida ya que reduce la realización de actividades).^{5,10-14}

Tras la identificación multifactorial del riesgo de caídas, la aplicación de intervenciones multifactoriales para modificar cualquiera de los factores de riesgo identificados es una estrategia muy eficaz para reducir tanto las caídas como el riesgo de caídas en personas ancianas.¹⁵⁻¹⁷

Las intervenciones más comunes en los programas multifactoriales son las que incluyen ejercicio físico, revisión terapéutica, evaluación de la agudeza visual, función cardiovascular, el estado psicológico, y también el ámbito doméstico y los dispositivos de asistencia utilizados.^{15,16, 18,19}

Al momento del alta, es necesario reevaluar el riesgo de caídas utilizando un instrumento de evaluación del riesgo de caídas (preferentemente el mismo utilizado para evaluar el riesgo al momento de la admisión), que determinará si existe aún o no el riesgo. Debe verificarse también si hubo caídas durante la internación.

En caso de que no exista riesgo de caídas, las intervenciones de Enfermería consistirán en reforzar las enseñanzas impartidas durante la internación.

Si existió al menos un episodio de caída durante la internación, el mismo debe ser comunicado al enfermero de la comunidad, dado que dicho evento está asociado a una considerable

mortalidad, morbilidad, reducción de la capacidad funcional y prematura institucionalización de la persona anciana,²⁰ lo cual de por sí justifica que los episodios de caídas sucedidos en el hospital sean comunicados. Por otra parte, el anciano que cae tiene incrementadas sus posibilidades de sufrir una nueva caída dentro de los siguientes 12 meses.⁵

Existen, incluso, estudios realizados en medio hospitalario que destacan que el momento del alta es crucial para evitar nuevas caídas y consecuentes readmisiones.²¹ Cuando aún existe riesgo de caídas al momento del alta hospitalaria, las intervenciones de Enfermería deben enfocarse en la articulación y transmisión de la información entre los equipos de Enfermería en los ámbitos de salud de la comunidad, de manera de brindarle continuidad a la atención de Enfermería para prolongar las intervenciones de prevención de caídas.

Una vez vuelto al contexto comunitario, el anciano debe ser reevaluado respecto a su riesgo de caídas. La evaluación debe incluir la accesibilidad y las condiciones domiciliarias (incluyendo espacios exteriores).

En este campo, se han utilizado muchas escalas para la evaluación de riesgos. Un RIL publicado en 2016 identifica las escalas ABC (Activities Specific Balance Confidence), FRST (Fall Risk Screening Tool), FRI-21 (Fall Risk Index), HFAST (Home Falls and Accidents Screening Tool), HSSAT (Home-Safety Self-Assessment Tool) y FSRA (Falls Screening y Fall Screening and Referral Algorithm), como altamente sensibles y específicas⁽²²⁾. Los mismos investigadores también se refieren a algunas pruebas de funcionalidad que pueden predecir una caída. Destacamos el *Timed Up and Go Test*, utilizado frecuentemente en ancianos con comorbilidad que necesitan una evaluación más detallada del equilibrio de marcha en el contexto comunitario.^{22,23} El anciano que completa esta prueba en un tiempo superior a 10 segundos presenta riesgo de caídas.²³

Después de la evaluación de la caída por parte del enfermero de la comunidad y la identificación del riesgo, deben planificarse intervenciones únicas y múltiples.²⁴ Los resultados de los estudios centrados en intervenciones únicas indican que la introducción de suplementos de vitamina D, la revisión de la medicación y el ejercicio físico grupal resultan eficaces.^{15,24} Las intervenciones múltiples deben incluir el control de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, incluidos los riesgos ambientales y los comportamientos de riesgo del anciano.^{14,25}

Conclusiones

En las últimas décadas se ha observado que el envejecimiento demográfico de la población ha aumentado exponencialmente, lo que representa un problema de salud pública. El deterioro físico y mental de los ancianos, asociado a las comorbilidades, aumenta el riesgo de hospitalización y de caídas durante la misma. Después de una caída, aumenta el riesgo de sufrir otra, constituyendo una buena práctica clínica asegurar la continuidad de la atención a los ancianos hospitalizados que sufrieron caídas y/o tienen riesgo de sufrirlas.

La RIL que permitió elaborar el algoritmo identificó como prioritario para la toma de decisiones del enfermero la evaluación del riesgo de caídas con un instrumento validado para ello.

Un plan de atención que promueva la transición segura del hospital a la comunidad implica que la organización y articulación de los contextos de prestación de cuidados de Enfermería estén preparados y vinculados a un proyecto común que promueva la funcionalidad, la independencia y la transición segura del paciente anciano con riesgo de caídas del hospital a la comunidad. La apuesta por la comunicación y la articulación entre los niveles de atención es un paso esencial para reducir el número de caídas en los ancianos que estuvieron internados. La intervención temprana del equipo de Enfermería

de la comunidad permite la identificación oportuna de los factores de riesgo biofisiológicos, ambientales y conductuales que pueden comprometer la seguridad de los ancianos.

El algoritmo presentado y validado por expertos a lo largo del presente estudio, basado en la evidencia científica, se constituye como un instrumento de apoyo a la toma de decisiones y a las intervenciones de prevención de caídas en los ancianos. Sin embargo, este algoritmo debe validarse también en el contexto de la práctica clínica.

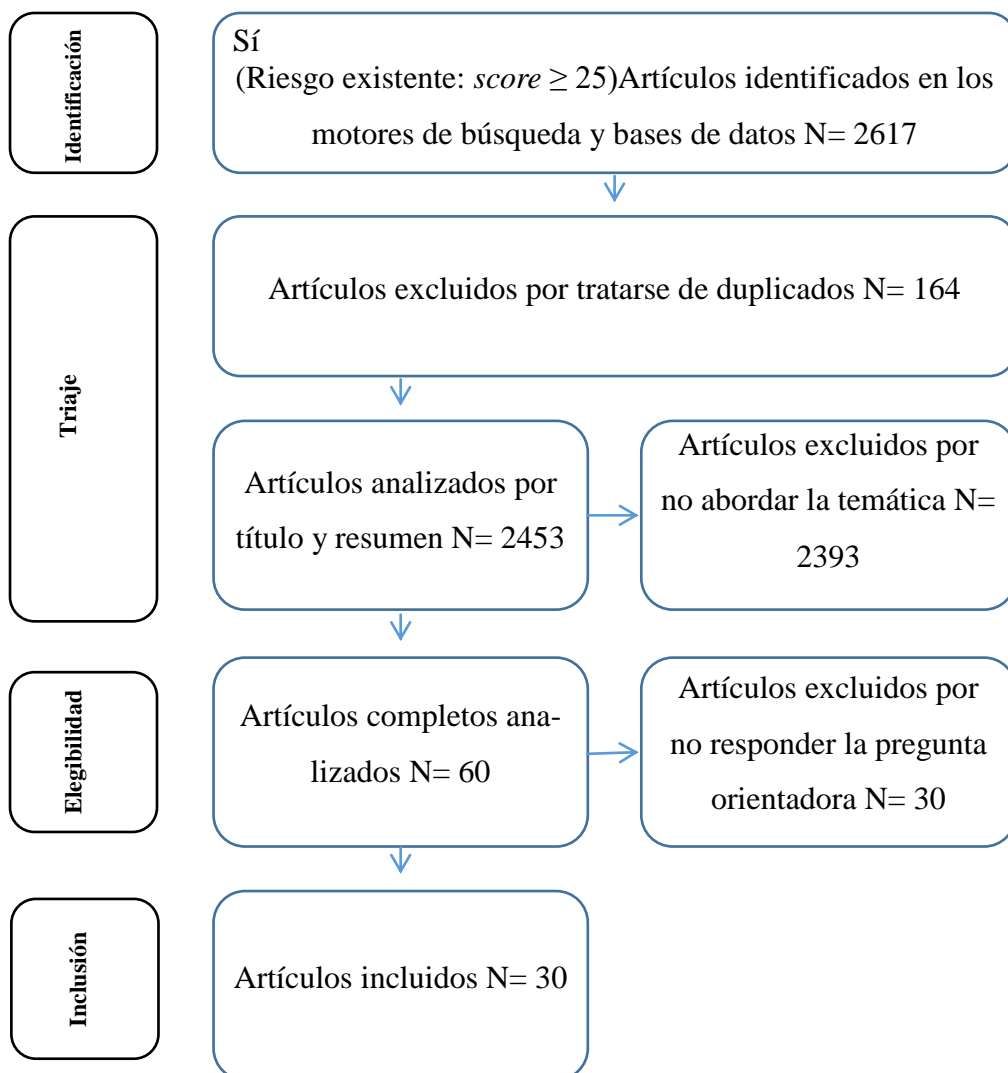
Referencias

1. Ferreira O, Maciel S, Costa S, Silva A, Moreira M. Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2012 [citado 13 may 2016]; 21(3):513-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04>
2. Medeiros E, Nóbrega M, Pontes M, Vasconcelos M, Paiva M, Moreira M. Determinants of risk of fall among elderly: a systematic study. J. res.: fundam. care online. [Internet]. 2014 [citado 27 may 2016]; 6(5):111-20. Disponible en: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4515/pdf_1500
3. Silva A, Almeida GJM, Cassilhas RC, Cohen M, Peccin MS, Tufik S, Mello AT. Balance, Coordination and Agility of Older Individuals Submitted to Physical Resisted Exercises Practice. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2008 [citado 08 jun 2016]; 14(2):88-93. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>
4. Teresi JA, Ramirez M, Remler D, Ellis J, Boratgis G, Silver S, Lindsey M, Kong J, Eimicke JP, Dichter E. Comparative effectiveness of implementing evidenced-based education and best practices in nursing homes: effects on falls, quality-of-life and societal costs, Int J Nurs Stud. 2013;50(4):448-463. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.003. Epub 31 jul 2011.
5. Baixinho CL, Dixe MA. Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2015 [citado 27 may 2016]; 17(4). Disponible en: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n4/pdf/v17n4a03-en.pdf
6. Webb C, Roe B. Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews. Oxford: Blackwell Publishing; 2007.
7. ACP. Proposal for Clinical Algorithm Standards: Society for Medical Decision Making Committee on Standardization of Clinical Algorithms. Med Decis Making. 1992;12(2):149-54.
8. Grisham T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. Int J Managing Projects in Business [Internet]. 2008 [citado 26 ene 2018];2(1):112-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/17538370910930545>
9. Afonso A, Dias A, Anacleto A, Ribeiro C, Cabete D. Algoritmo de tomada de decisão do enfermeiro na prevenção das úlceras por pressão. Nursing Magazine digital [Internet]. 2015 [citado 26 may 2016]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280306200_Algoritmo_de_tomada_de_decisao_do_enfermeiro_na_prevencao_das_ulceras_por_pressao
10. Costa-Dias MJ, Ferreira P, Oliveira A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Rev Enf Ref [Internet]. 2014 [citado 01 jun 2016]; 4(2):7-17. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200002
11. Abreu H, Reiners A, Azevevo R, Silva A, Abreu D, Oliveira A. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. Rev Saúde Pública; [Internet]. 2015 [citado 30 jun 2016]; 49(37): 1-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910-rsp-S0034-89102015049005549.pdf>
12. Costa-Dias MJ, Oliveira A, Moreira C., Santos AS, Martins T, Araújo F. Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. Rev Enf Ref [Internet]. 2013 [citado 04 jun 2016]; 3(9):105-114. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100011
13. Costa-Dias MJ, Oliveira AS, Ferreira PL. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Rev Referência. 2014;4(2):7-17.
14. Falsarella G; Gasparotto L; Coimbra A. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. Rev Bras Geriatr e Gerontol. [Internet]. 2014 [citado 04 jun 2016]; 17(4):897-910. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v17n4/1809-9823-rbgb-17-04-00897.pdf>
15. Cameron ID, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD005465. DOI:10.1002/14651858.CD005465.pub3; 2012.
16. Barker W. Assessment and Prevention of Falls in Older People. Nurs Older People. 2014;26(6):18-24. DOI:10.7748/nop.26.6.18.e586
17. Booth V, Hood V, Kearney F. Interventions incorporating physical and cognitive elements to reduce falls risk in cognitively impaired older adults: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep, 2015; (8):5-13. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2220.
18. Boyé ND, Van Lieshout EM, Van beek EF, Hartholt KA, Van der Cammen TJ, Patka P The impact of falls in elderly. Trauma. 2012;15:29-35. doi:10.1177/1460408612463145

19. Cumming RG. Fall prevention in older persons. CME. [Internet]. 2013 [citado 23 may 2016]; 31(10):378-81. Disponible en: <http://www.cmej.org.za/index.php/cmej/article/view/2867/3246>
20. Duca G, Antes D, Hallal P. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. Rev Bras de Epidemiol. [Internet]. 2013 [citado 23 may 2016]; 16(1): 68-76. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0068.pdf>
21. Milisen K. et al. Feasibility of implementing a practice guideline for fall prevention on geriatric wards: a multicenter study, Int J Nurs Stud. 2012;50(4):495-507. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.020. Epub 30 oct 2012.
22. Sousa LMM, Marques-Vieira C, Caldevilla MNGN, Henriques CMAD, Severino SSP, Caldeira S. Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. Enfermería Global [Internet]. 2016 [citado 04 may 2016]; 42:506-21 Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/230251/192621>
23. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society & American Academy of Orthopaedic Surgeons. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. J AM Geriatr Soc. 2011;59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
24. Gillespie LD, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; Issue 2. Art. No.: Cd007146.DOI:10.1002/145651858.CD007146.pub2.
25. Centers for Disease Control and Prevention. STEADI (STopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries) tool kit for healthcare providers. [Internet]. 2014 [citado 13 may 2016]; Disponible en: <http://www.cdc.gov/homeandrecreationsafety/Falls/steady/index.html>

Cuadros y figuras

Figura 1. Flujograma de selección de los artículos para la revisión integrativa de la literatura, elaborado a partir de las recomendaciones PRISMA. Lisboa; 2016



Cuadro 1. Intervenciones que previenen la ocurrencia de caídas en la transición del hospital a la comunidad. Lisboa; 2016

Intervención	Nivel de Evidencia
Evaluación del riesgo de caída con instrumento validado	C
Pacientes con alto riesgo de caída o con caídas: la marcha debe evaluarse recurriendo al TUGT	C
Educación del anciano (y del familiar cuidador) sobre factores de riesgo y medidas preventivas	B
Ejercicios (aumento fuerza muscular y equilibrio) grupal y Tai Chi	A
Entrenamiento de marcha	A
Conciliación terapéutica	B
Suplementos de vitamina D	A
Evaluación de la agudeza visual	B
Evaluación de los pies y del calzado	B
Adecuar el entorno físico con evaluación de los factores de riesgo domiciliarios	A
Comunicación del equipo de enfermería (hospital-comunidad)	A
Los servicios de atención primaria deben estar al tanto de las caídas sufridas en otros ámbitos	C

Figura 2. Algoritmo para la transición segura Hospital-Comunidad en ancianos con riesgo de caída. Lisboa; 2016

