

# Estudio de caídas (OMS, 1989)

Fuente: Rev Esp Geriat Gerontol 1993;28:41-8.

## FICHA

Número de historia:

Fecha de estudio:

Hora del estudio:

Examinador:

- Nombre
- Título
- Procedencia del paciente:
  1. Institución
  2. Comunidad (AD-CS)
  3. Domicilio
  4. Otro

## A) DATOS PERSONALES

Apellidos:

Nombre:

Sexo: (1) masculino (2) femenino

Talla (cm)

Peso (Kg)

Año de nacimiento

Estado civil:

- a. casado o vive en pareja
- b. viudo
- c. separado o divorciado
- d. soltero

Profesión

Práctica regular de algún deporte:

- cuál
- frecuencia

Dirección

Teléfono

Teléfono del médico de atención primaria

Hábitat

- a. medio urbano
- b. medio rural
- c. pueblo
- d. aislado

Actividad:

1. encamado
2. se mueve solo por casa
3. sale a hacer compras
4. sale para pasear

5. puede realizar ABVD (comer, vestirse, asearse)

## ANALISIS FUNCIONAL

### ¿Presenta usted dificultad para...?

- 1. Sostenerse de pie
- 2. Sentarse o levantarse de la silla
- 3. Mantenerse sentado
- 4. Recoger un objeto del suelo
- 5. Levantarse
- 6. Andar
- 7. Correr
- 8. Correr
- 9. Utilizar ambas manos
- 10. Precisar:
  - a. derecha
  - b. izquierda

### ¿Tiene usted alguna enfermedad?

- 1. Cardiovascular
- 2. Osea de articular
- 3. Neurológica
- 4. De audición
- 5. De la vista
- 6. De los pies
- 7. Psíquica
- 8. Otras (precisar)

### Fármacos

Tratamiento actual:

Nombre de todos los tratamientos usados y dosis (precisar los medicamentos tomados en la semana previa a la caída):

Número total:

## B) LA CAÍDA

### 1. ¿Es la primera caída?

- 0. No
- 1. Si
- 2. No lo sabe

### 2. ¿Se ha caído en los últimos 6 meses?

- 0. No
- 1. Si
- 2. No lo sabe
- Si se ha caído ¿Cuántas veces?

**3. ¿Ha cambiado su modo de vida a consecuencia de la caída?**

0. No

1. Si

Si lo ha hecho, explique por qué:

**4. ¿Tiene usted miedo de volver a caerse?**

0. No

1. Si

2. No lo sabe

**5. Información sobre las características de la caída:**

**5.1. Lugar de la caída**

1. Domicilio (en interior)

2. Domicilio (exterior, terraza, patio...)

3. En la calle

4. En lugar público (en el interior)

5. En lugar público (en el exterior)

5.1 se trata de un lugar familiar/habitual

5.2 se trata de un lugar no familiar

**5.2. Iluminación del lugar de la caída**

1. Bien iluminado

2. Mal iluminado

**5.3. Momento de la caída**

Precisar día y mes

Momento del día:

Mañana

Tarde

Noche (a qué hora)

**5.4. Condiciones meteorológicas**

1. Lluvia

2. Nieve

3. Viento

4. Hielo

5. Muy soleado

6. Ninguno de los anteriores (especificar):

**5.5. Condiciones del suelo**

1. Liso

2. Resbaladizo

3. Irregular

4. Pendiente

- 5. Escaleras
- 6. Ninguno de los anteriores (especificar):

**5.6. Tipo de calzado**

- 1. Descalzo
- 2. zapatillas
- 3. zapatos
- 4. Otro (precisar)
- 5. No recuerda

**5.7. ¿Había algún objeto que favoreció la caída?**

- 0. No
- 1. Si

**5.7.1 Naturaleza del objeto:**

**¿Había sido instalado recientemente?**

- 0. No
- 1. Si
- 2. No sabe

**5.8. Tipo de caída**

- 1. Mareo
- 2. Aparentemente accidental
- 3. Totalmente sorpresa
- 4. Provocada por terceros (animal, alguien le empujó...)
- 5. No puede decirlo
- 6. Otros (especificar):

**5.9. Actividad de la persona en el momento de la caída:**

**5.10 Mecánica de la caída**

- 1. Hacia delante
- 2. Hacia atrás
- 3. Hacia un lado
- 4. De cabeza
- 5. Sentado
- 6. Sobre las manos
- 6. Sobre los brazos

**5.11 ¿Presenció alguien la caída?**

- 0. No
- 1. Si
- En caso afirmativo ¿quién?:

**5.12 ¿Se cayó cuán largo es?**

- 0. No
- 1. Si
- De su cama:

**5.13 ¿Tropezó con algo?**

- 0. No
- 1. Si
- No lo sabe:

**5.14 ¿Cómo era el suelo?**

- 1. Duro
- 2. Blando
- 3. Si se cayó sobre un objeto, precisar cuál:

**5.15. ¿Cuanto tiempo ha permanecido en el suelo?**

- 1. Se levantó inmediatamente
- 2. Unos minutos
- 3. Menos de una hora
- 4. Más de una hora
- 5. Más de 12 horas
- 6. No puede decirlo :

**5.16. ¿Pudo levantarse?**

- 0. No
- 1. Sí, con ayuda
- 2. Sí, solo

**5.17. Consecuencias inmediatas de la caída**

- 1. Ninguna
- 2. Herida superficial o contusión
- 3. Fractura y otras consecuencias graves
- 4. Traumatismo craneal
- 5. Defunción

**C) Contacto con el sistema sanitario**

**1. Alarma**

a) ¿Por quien fue dada?

- 0. Telealarma o televigilancia
- 1. Por la propia persona
- 2. Por un familiar (precisar quién)
- 3. Por un vecino
- 4. Por un testigo

b) ¿A quien?

- 1. Al médico de familia/cabecera
- 2. Servicio de urgencias
- 3. Bomberos
- 4. Ambulancia privada
- 5. Servicio médico ambulatorio

## 2. Acontecimientos inmediatos

a) ¿Ha recibido algún tipo de cuidado médico?

- 0. No
- 1. Sí

En caso afirmativo:

- 1. En consulta externa
- 2. En domicilio
- 3. En el hospital

Si en el domicilio o en consulta:

- 1. Por el médico de cabecera
- 2. Por el generalista de guardia
- 3. Por un especialista
- 4. Por una enfermera
- 5. Por otra persona (precisar).....

Si en el hospital:

- Ha sido hospitalizado
- 1. De forma urgente
- 2. Posteriormente

En que servicios ha sido hospitalizado:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

b) Destino de la persona tras la caída (en el momento de la encuesta)

- 1. Domicilio sin apoyo
- 2. Domicilio con algún tipo de apoyo (precisar presentaciones)
- 3. Al cuidado de los familiares
- 4. Hospital
- 5. Residencia de válidos
- 6. Centro de rehabilitación
- 7. Residencia asistida.