



Notificación y análisis de incidente de caída

1. Datos generales

Nombre del centro asistencial

Fecha de notificación a la Inspección

Trimestre de notificación

- 1.^{er}
- 2.^o
- 3.^{er}
- 4.^o

2. Datos del cliente

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Genero:

Antecedentes patológicos:

- Enfermedad de Parkinson
 - Accidente cerebrovascular
 - Artritis Reumatoidea
 - Diabetes Mellitus
 - Enfermedad Cardiovascular
 - Epilepsia
 - Otro(s):

Medicación actual:

o No o Si

En caso afirmativo, indique el medicamento y posología:

#	Nombre	Posología
1		
2		
3		
4		
5		

#	Nombre	Posología
6		
7		
8		
9		
10		

¿Restricciones de la movilidad? No Si

En caso afirmativo, indique el/los motivo(s):

- Enfermedad (ACV, Trastornos del equilibrio, Artritis Reumatoidea, Enf. de Parkinson, Atrofia muscular)
- Discapacidad (Parálisis, Amputaciones)
- Obesidad
- Traumatismos
- Heridas
- Vejez
- Otro(s):

¿Utiliza dispositivos de apoyo? No Si

En caso afirmativo, indique cual(es):

- Caminante
- Bastón
- Silla de rueda
- Andador
- Muletas
- Otro(s):

Fecha última revisión del dispositivo:

¿Presenta caídas previas? No Si

En caso afirmativo, indique la(s) fecha(s) de el/los evento(s) de caída posterior(es):

1		4	
2		5	
3		6	

3. Composición del comité de análisis de incidentes de caídas

¿Hay más de 1 persona en el comité? No Si

Indique los miembro(s) del comité:

Función	¿Está involucrado en el incidente?	
	No	Si
Integrante 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integrante 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integrante 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integrante 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integrante 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Método de análisis

¿Entrevistó a todo el personal implicado? No Si

Indique a el/los entrevistado(s):

Función	
No incluya el nombre	
Entrevistado 1	
Entrevistado 2	
Entrevistado 3	
Entrevistado 4	
Entrevistado 5	

¿Participaron otra(s) fuente(s)? No Si

En caso afirmativo, indique la(s) fuente(s) que participo y/o participaron:

- Cliente
- Pareja/Cónyuge
- Hijo(s)/Hija(s)
- Representante(s) legal(es)
- Otro(s):

Fuentes de información:

Indique las fuentes de información consultada(s):

- Expediente del paciente
- Info. del médico tratante
- Deliberación grupal
- Info. Proveedor externo
- Otro(s)

¿Qué documentación de referencia se usó?

Indique la documentación de referencia consultada(s):

Directriz/Directrices	
1	
2	
3	
4	
5	

Literatura	
1	
2	
3	
4	
5	

Protocolo(s)	
1	
2	
3	
4	
5	

Acuerdo(s) de trabajo	
1	
2	
3	
4	
5	

¿Tuvo apoyo externo durante el proceso? No Si

Indique que proveedor(es) de salud externo(s) consulto sobre el incidente, el análisis o la(s) mejora(s):

Proveedor de servicios de salud externo	No	Si
1 Medico Familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Hospital Horacio Oduber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 IMSAN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 SABA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Directie Ouderenzaken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Otro(s):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Inventario del incidente de caída

Fecha y hora del incidente:

Fecha:	Hora:

Ubicación del incidente de caída:

- Dormitorio
- Baño
- Pasillo
- Comedor
- Patio
- Otro:

--

Descripción exacta del incidente de caída:

El espacio para su respuesta es limitado. Si desea, puede adjuntar un documento detallando el incidente.

Consecuencias asociadas a la caída:

- Hematomas
- Laceraciones/Cortes
- Edema
- Fractura, especifique donde:
- Lesión en la cabeza
- Lesión en la espalda y/o cuello
- Otro(s):

6. Medidas correctivas adoptadas relacionadas al incidente de caída

¿Fue necesaria una ambulancia? No Si

En caso afirmativo, indique el/los motivo(s):

¿Fue necesario el traslado al hospital? No Si

En caso afirmativo, indique el/los motivo(s) del traslado:

¿Se realizaron otras acciones? No Si

Indique que otra(s) acción(es) fue(ron) tomada(s) por el personal asistencial:

- Se contacto a la familia o representante(s) legal(es)
- Se llamo al médico familiar, indique a quien:
- Se contacto a la Inspección de Salud (en caso de una calamidad)

Otro(s):

7. Análisis

Describa la(s) conclusión(es) del análisis y/o hallazgo(s) incidental(es):

1 | Conclusión y/o hallazgo incidental

2 | Conclusión y/o hallazgo incidental

3 | Conclusión y/o hallazgo incidental

4 | Conclusión y/o hallazgo incidental

5 | Conclusión y/o hallazgo incidental

8. Medida(s) de mejora

Describa la(s) medida(s) de mejora:

1 | Medida de mejora

Responsable:

Fecha de realización:

Fecha de evaluación:

2 | Medida de mejora

Responsable:

Fecha de realización:

Fecha de evaluación:

3 | Medida de mejora

Responsable:

Fecha de realización:

Fecha de evaluación:

4 | Medida de mejora

Responsable:

Fecha de realización:

Fecha de evaluación:

5 | Medida de mejora

Responsable:

Fecha de realización:

Fecha de evaluación:

9. Cuidado(s) posterior(es)

Cuidados posteriores dirigidos hacia el cliente

¿Qué cuidados posteriores recibió?

Indique las formas de el/los cuidado(s) posterior(es) que se proporcionaron al cliente:

- Tratamiento del dolor
- Apoyo emocional
(tranquilización/reducción ansiedad)
- Vigilancia para prevenir complicaciones
- Fisioterapia o rehabilitación
- Otro(s):

Cuidados posteriores dirigidos hacia la familia y/o representante(s) legal(es)

¿Se ofreció apoyo y/o garantías? No Si

¿Qué apoyo o información se dio?

Indique todo el apoyo y/o información que se le brindo a la familia y/o representante(s) legal(es):

- Explicación de lo sucedido
- Garantía de que se están prestando los cuidados adecuados
- Información sobre el estado actual del residente y los pasos siguientes
- Plan de cuidados de seguimiento e intervenciones para prevenir futuras caídas
- Apoyo emocional o asesoramiento
- Otro(s):

Cuidados posteriores dirigidos hacia el personal asistencial

¿Se ofreció apoyo emocional al personal? No Si

En caso afirmativo, ¿qué medidas se tomaron para afrontar el impacto emocional del incidente?

- Sesión de reflexión con el equipo

- Consejería para el alivio del estrés
- Formación adicional sobre la gestión de caídas y manejo de traumas
- Otro(s): [REDACTED]