



## Notificación y análisis de incidente de caída

### 1. Datos generales

Nombre del centro asistencial

Fecha de notificación a la Inspección

Trimestre de notificación

☐ 1.<sup>er</sup>    ☐ 2.<sup>o</sup>    ☐ 3.<sup>er</sup>    ☐ 4.<sup>o</sup>

### 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:

☐ No    ☐ 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 incluya el nombre	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

¿Entrevisto **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

*Describe 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

*Describe la(s) medida(s) de mejora:*

<b>1</b>	<b>Medida de mejora</b>
Responsable:	Fecha de realización:
	Fecha de evaluación:
<b>2</b>	<b>Medida de mejora</b>
Responsable:	Fecha de realización:
	Fecha de evaluación:
<b>3</b>	<b>Medida de mejora</b>
Responsable:	Fecha de realización:
	Fecha de evaluación:
<b>4</b>	<b>Medida de mejora</b>
Responsable:	Fecha de realización:
	Fecha de evaluación:
<b>5</b>	<b>Medida de mejora</b>
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):

