

# CUESTIONARIO DE LA OMS PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO (OMS, 1989)

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 (precisar): \_\_\_\_\_

## A) Datos personales

1. Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_ 1 = M / 2 = F \_\_\_\_\_

3. Talla: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_

4. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

5. Año de nacimiento \_\_\_\_\_

6. Estado civil:

a) Casado o vive en pareja

b) Viudo

c) Separado o divorciado

d) Soltero

7. Profesión ejercida \_\_\_\_\_

8. Práctica regular de algún deporte:

Cuál: \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Hábitat:

- 1. Medio urbano
- 2. Medio rural
- 3. Pueblo
- 4. Aislado

Actividad:

- 1. Encamado
- 2. Se mueve solo por casa
- 3. Sale de casa
- 4. Sale para hacer compras
- 5. Sale para pasear
- 6. Puede realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, asearse).

### ANÁLISIS FUNCIONAL

¿Presenta usted dificultad para...?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sostenerse de pie                 | <input type="checkbox"/> 11. Utilizar ambos brazos             |
| <input type="checkbox"/> 2. Sentarse o levantarse de la silla | <input type="checkbox"/> 12. Oír                               |
| <input type="checkbox"/> 3. Mantenerse sentado                | <input type="checkbox"/> 13. Ver                               |
| <input type="checkbox"/> 4. Recojer un objeto del suelo       | <input type="checkbox"/> 14. Hablar                            |
| <input type="checkbox"/> 5. Levantarse                        | <input type="checkbox"/> 15. Comprender las señales de tráfico |
| <input type="checkbox"/> 6. Andar                             | <input type="checkbox"/> 16. Realizar esfuerzos                |
| <input type="checkbox"/> 7. Correr                            | <input type="checkbox"/> 17. Memorizar                         |
| <input type="checkbox"/> 9. Utilizar ambas manos              | <input type="checkbox"/> 18. Prestar atención                  |
| 10. Precisar:   | <input type="checkbox"/> 19. Orientarse en el tiempo           |
| <input type="checkbox"/> Derecha                              | <input type="checkbox"/> 20. Orientarse en el espacio          |
| <input type="checkbox"/> Izquierda                            | <input type="checkbox"/> 21. ¿Se siente Usted deprimido?       |

¿Padece usted alguna enfermedad?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cardiovascular    | <input type="checkbox"/> 5. De la vista                 |
| <input type="checkbox"/> 2. Osea de articular | <input type="checkbox"/> 6. De los pies                 |
| <input type="checkbox"/> 3. Neurológica       | <input type="checkbox"/> 7. Psíquica                    |
| <input type="checkbox"/> 4. De audición       | <input type="checkbox"/> 8. Otras (precisar naturaleza) |

**Fármacos**

Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

Nombre de todos los medicamentos utilizados y dosis (precisar todos los medicamentos consumidos por el paciente en la semana previa a la caída): \_\_\_\_\_

Numero total: \_\_\_\_\_

**B) La caída**

1. ¿Es la primera caída?

0. No

1. Sí

2. No lo sabe \_\_\_\_\_

2. ¿Se ha caído usted en los últimos seis meses?

0. No

1. Sí

2. No lo sabe

Si se ha caído ¿cuántas veces?

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

0. No

1. Sí

Si lo ha hecho, explique en qué:

4. ¿Tiene usted miedo de volver a caerse?

0. No

1. Sí

2. No lo sabe

5. Información sobre las características de la caída:

**5.1. Lugar de la caída**

1. Domicilio (en el interior)

2. Domicilio (en el exterior, terraza...)

3. En la calle.

4. En un lugar público (en el interior)

5. En un lugar público (en el exterior) \_\_\_\_\_

1. Se trata de un lugar familiar/habitual

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:  1. Mañana  
 2. Tarde  
 3. Noche (precisar hora)

**5.4. Condiciones metereológicas**

1. Lluvia  
 2. Nieve  
 3. Viento  
 4. Hielo  
 5. Muy soleado  
 6. Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_

**5.5. Condiciones del suelo**

1. Liso  
 2. Resbaladizo  
 3. Irregular  
 4. Pendiente  
 5. Escaleras  
 6. Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_

**5.6. Tipo de calzado**

1. Descalzo  
 2. Zapatillas  
 3. Zapatos  
 4. Otro (precisar) \_\_\_\_\_  
 5. No recuerda \_\_\_\_\_

**5.7. ¿Había algún objeto capaz de favorecer la caída?**

0. No  
 1. Sí

**5.7 bis. Precisar la naturaleza de dicho objeto.....**

¿Había sido instalado recientemente?

0. No  
 1. Sí  
 2. No sabe \_\_\_\_\_

**5.8. Tipo de caída**

- 1. Mareo
  - 2. Aparentemente accidental
  - 3. Totalmente sorpresa
  - 4. Provocada por terceros (animal, empujado por otra persona...)
  - 5. No puede decirlo
  - 6. Otros (precisar) \_\_\_\_\_
- 

**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
- 7. Sobre los brazos

**5.11. ¿Presenció alguien la caída?**

- 0. No
- 1. Sí
- En caso afirmativo precisar quién \_\_\_\_\_

**5.12. ¿Se cayó cuan largo es?**

- 0. No
- 1. Sí
- De su cama \_\_\_\_\_

**5.13. ¿Tropezó con algún objeto?**

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No lo sabe \_\_\_\_\_

**5.14. ¿Como era el suelo?**

- 1. Duro
- 2. Blando
- 3. Si se ha caído sobre un objeto, precisar de cuál se trata \_\_\_\_\_

**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.