

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2014-2015

**FACTORES ASOCIADOS A LAS CAÍDAS DE PACIENTES PSICO-
GERIÁTRICOS DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO EN UNA
UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS**

**ASSOCIATED FACTORS TO FALLS IN PSYCHOGERIATRIC
PATIENTS DURING THEIR ADMISSION IN AN ACUTE PSYCHIATRIC
UNIT**

Realizado por: Inmaculada Hernández Niño
Dirigido por: Dra. Inés Casado Verdejo

En León, a _____

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

ÍNDICE

1. Resumen/Abstract.....	pag.4
2. Introducción.....	pag.7
2.1. Marco Teórico	pag.7
2.2. Impacto Social Económico	pag.9
2.3. Factores de Riesgo	pag.10
2.4. Fármacos	pag.10
2.5. Definiciones	pag.11
2.6. Valoración Enfermería/ Patrones Funcionales	pag.12
2.7. Diagnóstico de Caída NANDA	pag.15
2.8. Criterio de Resultado NOC	pag.16
2.9. Clasificación de Intervenciones NIC.....	pag.17
3. Hipótesis	pag.18
4. Objetivos	pag.18
5. Material y Método	pag.19
5.1. Antecedentes y justificación	pag.19
5.2. Población y muestra	pag.20
5.3. Búsqueda bibliográfica	pag.21
5.4. Variables	pag.24

6. Resultados	pag.25
6.1. Factores socio-demográficos y circunstancia de la caída	pag.25
6.2. Factor análisis funcional	pag.27
6.3. Factores farmacológicos	pag.28
6.4. Factores hospitalarios	pag.29
6.5. Consecuencias de las caídas	pag.30
6.6. Otros factores de interés	pag.30
7. Discusión	pag.32
8. Conclusiones	pag.33
Bibliografía	pag.34
Anexos	

1. RESUMEN

Introducción: Las caídas hospitalarias son un hecho real y un importante problema mundial de salud. Hay dos tipos de pacientes que debido a su fragilidad, psicopatología y múltiples factores asociados al paciente y al entorno en situación de hospitalización son más vulnerables a presentar riesgo de caídas como es el caso de los pacientes psiquiátricos y los pacientes geriátricos. Las caídas dan lugar al aumento de: días de estancia media, pruebas diagnosticas, intervenciones, tratamiento y empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo: El objetivo general es conocer la incidencia de caídas de la población psiquiátrica ingresada en nuestro hospital para disminuir el número de caídas y analizar todas las posibles causas de caídas: bien por factores del paciente psiquiátrico y/o por factores ambientales de la unidad de psiquiatría, para poder implantar medidas de acción de mejora al respecto, aumentando la calidad del servicio de psiquiatría y la calidad de vida de los pacientes psico-geriátricos que usan los servicios de hospitalización psiquiátrica.

Material y método: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo relacionado con las caídas que se produjeron en una Unidad de Psiquiatría durante julio 2012 a Diciembre 2014 en un hospital de la Comunidad de Madrid. La población es 1164 pacientes que ingresaron en dicho hospital y en la citada unidad. Se incluyen pacientes de 18 o más años que presentaron al menos una caída durante su estancia hospitalaria, con un total de 84 casos de caídas, 36 de ellas en menores de 65 años y 48 caídas en mayores o igual a 65 años (población psicogeriatrica), presentando mayor incidencia en el género femenino, 67. El instrumento usado para la recogida de datos y de información es la hoja de registro de caídas implantada en el hospital para la notificación de casos de caídas y la observación, relleno por la enfermera responsable del paciente en el momento de la caída. Dicha hoja registro incluye: circunstancia de la caída, factores de riesgo del paciente, factores de riesgo ambientales (hospitalarios) y consecuencias de la caída entre otros.

Resultados: Las caídas se producen fundamentalmente en la habitación (56), seguido del cuarto de baño (13), mientras deambulan (37) y al levantarse (20). Los fármacos más usados son los antipsicóticos típicos y atípicos (44,39). El motivo de ingreso más frecuente es depresión (28), y el diagnóstico al alta, trastorno depresivo (23). En cuanto a los factores hospitalarios implicados en las caídas son: la falta de asideros en Wc (72), los suelos no antideslizantes (60), timbre de llamada no accesible (52), dispositivos de ayuda no accesibles (41), calzado inadecuado (29), y los obstáculos (6).

Conclusión: Las caídas son un importante problema de salud para pacientes psiquiátricos y para las instituciones sanitarias. La vigilancia de los posibles factores implicados durante el ingreso debe ser continua. Es necesario profundizar en los factores hospitalarios implicados en la posibilidad de caídas; ya que muchos de ellos pueden prevenirse aumentando así la calidad de vida de los pacientes y mejorando la calidad institucional y asistencial al paciente psiquiátrico.

Palabras clave: accidente caída, caídas, hospital, prevención de accidentes, prevención de caídas, riesgo de caídas.

ABSTRACT

Theoretical framework: Falls during a hospital admission are a real fact and an important health world problem. There are two different kind of patients that due to their fragility, psychopathology and multiple associated factors related to the patient and the hospital environment are more vulnerable to present fall risk and these are psychiatric patients and geriatric patients. Falls provoke an increase in: days of average admission, investigations, interventions, treatments and deterioration in the quality of life of these patients.

Aim: the main aim is to know the incidence of falls among the psychiatric population admitted to hospital to aid in reducing the number of falls by analysis of all the possible causes of falls. Analysis includes not only factors related to psychiatric patients but also analysis of environmental factors relating to the psychiatric unit. Implementing measurements to improve in the quality of the psychiatric services and the quality of life of these psychogeriatric patients using the services will improve.

Method: this is a descriptive prospective study related to falls which happened in a Psychiatric Unit between July 2012 and December 2014 in a hospital in Madrid. The sample showed that out of 1164 patients who were admitted to the hospital and said unit. Patients 18 and older who had at least one fall during their hospital stay, with a total of 84 cases of falls, 36 of these patients were less than 65 years old and 48 were 65 or above (psychogeriatric population) are included presenting higher incidence in females, 67. The instrument used for collecting data and information is the recording sheet falls implanted in the hospital for notification of cases of falls and observation, completed by the nurse in charge of patient at

the time of the fall. This record sheet includes: circumstances of the fall, patient risk factors, environmental risk factors (hospital) and consequences of the fall among others.

Results: Most of the falls occurred in the bedroom (56), followed by the bathroom (13), while walking (37) and when they standing up (20). The medication commonly used are typical and atypical antipsychotics (44,39). The most common reason for admission is depression (28) and the diagnosis at the time of discharge is Depressive Disorder (23). Relating to the hospital environment factors involved in these falls is the lack of bathroom rail in the toilet (72), slippery floors (60), call bell not accesible (52), help device not accesible (41), wrong shoes (29) and other blockages (6).

Conclusion: Falls are an important health problem for psychiatric patients and for the hospitals in general and for healthcare institutions. The monitoring and control of possible implicated factors during the admission must be constant. It is necessary to take a close look at hospital factors associated with the risk of falls as most of them are preventable and therefore an improvement in the quality of life of these patients and an improvement in the hospital and assistential quality to these psychiatric patients is possible.

Keywords: accident prevention, falls, fall accident, fall prevention, fall risk, hospital.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Marco Teórico.

En España el inicio de la protección psicogeriátrica y las primeras indicaciones se recogen en el “Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica” en Abril de 1985, dicho informe describe que el mantenimiento del anciano en su medio ambiente es saludable por lo que la atención sanitaria y social debe ser integrada, así mismo debe haber un trato diferencial para la población mayor de 65 años¹.

La Atención Psicogeriatría es aquella comprendida dentro la asistencia geriátrica en general, con la identificación de lo que son los problemas psicológicos y trastornos psicopatológicos de los humanos en su etapa senil y presenil con el conocimiento de la existencia de problemas orgánicos y/o sociales que les acompañan.

El Estado Español hace referencia al ámbito geriátrico, psiquiátrico y psicogeriátrico, en los siguientes documentos:

Ley General de Sanidad (LGS). En el capítulo III artículo 20 contempla la protección a la salud mental².

El Plan Gerontológico del Ministerio de Asuntos Sociales: contempla la actuación en los aspectos psicogeriátricos y en el apartado 3 de sus objetivos generales, destaca que su finalidad es “promover la salud de los mayores y mejorar su bienestar físico, psíquico y social”³.

Los programas de Psicogeriatría tienen por objetivo la promoción de la salud en su vertiente de Salud Mental en la ancianidad mediante: la prevención, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social tanto del sujeto enfermo como de su familiar.

Según la OMS; las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Anualmente se producen 424.000 caídas mortales, lo que lleva a que las caídas sean la 2ª causa mundial de muerte por lesiones accidentales⁴.

La agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad establece la seguridad de los pacientes como una estrategia prioritaria en el sistema sanitario. En el año 2009 parte del presupuesto se uso para la prevención de caídas en las personas mayores, mejorar el conocimiento y notificación de eventos adversos mejorando así la seguridad del paciente⁵.

En la bibliografía consultada se han encontrado iniciativas sobre la seguridad del paciente como son⁶⁻¹²:

- En el año 2009: El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA): Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas.
- En el año 2006: La Agencia Nacional para la Seguridad del paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido: "Seven steps to patient safety in mental health": Con la seguridad en Mente: servicios de Salud mental y seguridad del paciente.
- El Comité Europeo de Sanidad establece una serie de recomendaciones sobre la seguridad del paciente: seguridad de los medicamentos y prevención de los efectos adversos en atención sanitaria.
- En el año 2004: Creación de la Alianza Mundial por la seguridad del paciente (AMSP), con actuaciones como: Soluciones de seguridad del paciente en colaboración con la Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JACHO): "Nueve soluciones para la seguridad del paciente".
- En el año 2001: Proyecto de Indicadores de Calidad Asistencial de la OCDE. Working Patient Safety Group: misión de establecer recomendaciones para estrategias en seguridad del paciente, creando una red europea en seguridad del paciente, la EUNetPaS.

La Consejería de Sanidad, a raíz de la publicación del Decreto 30/2013 sobre seguimiento y control de la calidad asistencial en el Sistema Madrileño de Salud crea el Observatorio de Resultados para proporcionar información sobre la asistencia sanitaria prestada por el Sistema Madrileño de Salud lo que permite conocer las actividades y resultados de los 3 últimos años. Presenta resultados de actividad, efectividad y seguridad, eficiencia, satisfacción, docencia e investigación en Atención primaria y en Atención Hospitalaria¹³.

Según la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) las actividades de gestión de la calidad, medición y mejora debe considerarse una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los centros sanitarios para así conocer el nivel de calidad alcanzado y orientar las líneas de mejora continua. Señalan 51 indicadores de calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud y dos de ellos hacen referencia a las caídas: IH-48 pacientes con valoración de riesgo de caídas en las primeras 24h y el IH-49 número de caídas en pacientes hospitalizados por cien entre el total de altas de hospitalización¹⁴.

2.2 Impacto Social y Económico

Según la OMS cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requieren atención sanitaria, lo que supone la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), lo que conlleva también a un incremento del gasto sanitario⁴.

Las caídas son un importante problema de salud pública en todo el mundo debido a su frecuencia, la morbi-mortalidad asociada a las caídas, y al elevado coste en recursos sanitarios que suponen¹⁵.

Las caídas de los enfermos hospitalizados son un problema real y un problema de salud importante por su repercusión personal, social como en el coste sanitario. El 5% de las caídas producen lesiones graves; entre las que pueden dar lugar a: lesiones físicas y psíquicas, mala calidad de vida, discapacidad temporal o permanente, aumento de estancia hospitalaria y complicación del pronóstico, acciones diagnósticas y tratamientos. La Unión Europea en el año 2000 mostró que el costo anual relacionado con pacientes hospitalizados por caídas relacionados con el consumo de Benzodiazepinas (BZD) fue de 1,8 billones de euros (IC 95%: 1,5-2,2 billones de euros). El 90% de estos gastos fueron en ancianos y el predominante mayor fue la asistencia de fracturas de cadera¹⁶.

En Hospitales del mundo occidental hay una incidencia de 3-16% y el 50% de los efectos adversos pueden prevenirse^{17,18}.

Según el informe ENEAS en el año 2005 la incidencia de efectos adversos (EA) en los hospitales españoles relacionados con la asistencia hospitalaria fue del 8,4%¹⁹. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2008, las causas de muerte por causa externa en España correspondientes a caídas en adultos fueron 1744²⁰⁻²².

Múltiples estudios evidencian que un tercio de las personas mayores a 65 años y la mitad de las personas con edad superior a 80 años sufren al menos una caída al año^{23,24}.

La bibliografía consultada evidencia un miedo postcaída "síndrome postcaída"²⁵⁻²⁸. El miedo a caerse es la principal consecuencia psicológica de las caídas y el componente mejor conocido del síndrome post-caída. Es frecuente en las personas mayores, hayan padecido o no una caída. Según diversos estudios, entre un 20 y un 46% de las personas mayores que no han sufrido ninguna caída y, entre el 40 y 73% de aquellas que sí la han sufrido manifiestan miedo a caerse. La incidencia de caídas aumenta un 35% en mayores de 65 años y aun es mayor si se trata de personas institucionalizadas²⁹.

2.3 Factores de Riesgo

Las caídas se atribuyen a diversos factores de riesgo como la edad, su propia conducta, comportamiento, patología psiquiátrica, otras patologías, tratamiento psicofarmacológico, número de fármacos, alteraciones sentidos, alteración movilidad, miedo a caerse y el entorno entre otros^{17,30-36}.

El entorno en este estudio lo vamos a llamar factores de Hospitalización; ya que se trata de pacientes ingresados en el Hospital.

En la bibliografía consultada podemos dividir los factores de riesgo de la siguiente manera, ver (Anexo I):

- NANDA: Factores de Riesgo NANDA³⁵.
- Otras Bibliografías: dividen los factores de riesgo en dos: Factores intrínsecos o No accidentales y Factores Externos o Accidentales.

2.4 Fármacos

Los cambios recientes en la dosis de cualquier tratamiento farmacológico y la polifarmacia se asocian con el riesgo de caídas, existiendo una correlación directa entre el número de fármacos y el mayor riesgo de sufrir una caída, considerándose una cifra claramente peligrosa la de cuatro ó más fármacos^{25,37}, cuando se administran dos o más fármacos, la posibilidad de interacción medicamentosa es de un 6%, aumentando el riesgo al 50% cuando se administran cinco fármacos y casi al 100% cuando de usan más de ocho³⁸.

Se ha encontrado bibliografía relacionando las caídas con la administración de psicofármacos³⁷⁻⁴⁴, por lo que es necesaria una mayor vigilancia en los pacientes con polifarmacia y psicofármacos para la prevención de caídas

La actuación de los criterios BEERS publicados en JAGGS 2012 son el consenso de once expertos con el patrocinio de la American Geriatrics Society. Han seguido la metodología basada en la evidencia propuesta por el Institute of Medicine en 2011 para el desarrollo de guías de práctica clínica y separan los fármacos en tres grandes grupos⁴⁵⁻⁴⁸.

En este estudio hemos tenido en cuenta los fármacos relacionados con la psicogeriatría y las caídas. (Ver Anexo II).

2.5 Definiciones

Caída: Se define caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad”. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o por un testigo^{43,44,48}.

Los usuarios de los servicios sanitarios de salud mental en situación de hospitalización por su psicopatología son más vulnerables a presentar un gran número de riesgos potenciales entre ellos las caídas. Estos riesgos pueden derivarse de su propia conducta, del comportamiento, del tratamiento psicofarmacológico, de los procedimientos y/o cuidados y de las instalaciones.

Seguridad del Paciente: La agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad define Seguridad del paciente: como la ausencia de lesiones o complicaciones evitables producidas o potencialmente como consecuencia de la atención recibida a los problemas de salud en las instituciones sanitarias⁵.

Efecto Adverso: La agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, también define como efecto adverso a la lesión, daño, incapacidad, prolongación de estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial⁵.

La seguridad del paciente es un elemento clave y prioritario de la calidad; ya que los errores y la falta de calidad dan lugar a perjuicio para usuarios, profesionales e instituciones lo que conlleva a un empeoramiento de la calidad de vida y a un aumento del gasto sanitario.

Es responsabilidad de las instituciones sanitarias y de sus trabajadores prevenir los riesgos potenciales evitando todos aquellos objetos o circunstancias que puedan dar lugar a daño, por lo que dichas instituciones deben tomar conciencia del alto riesgo de caídas entre los pacientes mayores que utilizan los servicios de salud mental, promoviendo medidas preventivas y potenciando la notificación de estos incidentes.

2.6 Valoración Enfermería/ Patrones Funcionales

Al ingreso en la planta de psiquiatría a todos los pacientes se les realiza una valoración al ingreso, valorando los aspectos psiquiátricos y funcionales del paciente. Para valorar el riesgo de caídas en el hospital se utiliza la Escala de Downton⁴⁹ (Anexo III) y haremos una revaloración siempre que sea necesario (Anexo IV).

Con los patrones funcionales de M.Gordon, podemos relacionar las caídas con los siguientes criterios de valoración enfermera estandarizada para así conocer mejor todos los posibles problemas del paciente, una vez realizada la valoración formularemos los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados a través de la Taxonomía NANDA, NOC, NIC⁵⁰⁻⁵⁵, mediante una buena práctica y basándonos en la evidencia⁵⁶, para así poder realizar un plan de cuidados y plan preventivo de riesgo de caídas individualizado y adecuado al paciente.

Patrón 1: Percepción de la Salud:

0105 Edad, 1012 Dependencia para bañarse-asearse, 1013 Dependencia vestirse-acicalarse, 1202 Caídas, 2910 Tratamiento Farmacológico, 2911 Adhesión al tratamiento farmacológico, 2913 Polimedición, 2916 Actitud ante el régimen terapéutico, 2917 Ingresos Hospitalarios, 2918 Número de ingresos en el último año, 2919 Causa de los ingresos hospitalarios, 4506 Existencia de hábitos tóxicos, 4513 Consumo de drogas, 4521 Dificultades para el autocuidado, 4601 Accidentes frecuentes.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico:

0101 Peso (Kg), 0102 Talla (Cm), 0103 Índice de Masa Corporal, 0301 Complejos vitamínicos, 0316 Alteración del peso, 0320 Ingesta Insuficiente, 0337 Trastornos Alimentarios, 2511 Alteración de la integridad cutánea, 2519 Signos de traumatismo, 2921 Fracturas.

Patrón 3: Eliminación:

0502 Consistencia de las deposiciones, 0509 Incontinencia Fecal, 0514 Laxantes, 0518 Ostomias, 0606 Incontinencia Urinaria, 0626 Diuréticos.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio:

1102 Problemas de salud limitantes, 1110 Incapacidad para la actividad habitual, 1112 Hipotonía muscular, 1115 Deficiencias Motoras, 1201 Sistemas de ayuda de movilidad, 1206 Problemas de Movilidad, 1207 Inmovilizado, 1208 Encamado, 1209 Parálisis, paresia, 1210 Limitación de la funcionalidad, 1213 Problemas de coordinación, 1214 Silla de ruedas, 1417 Dependiente, 3827 Incapacitado.

Patrón 5: Sueño – Descanso:

1301 Sueño. Descanso, 1302 Horas de sueño/día, 1317 Problemas con el sueño, 1319 Causa de los problemas del sueño, 1320 Utiliza ayudas para dormir, 1322 Existe interrupciones del sueño, 1324 Temores nocturnos, 1326 Insomnio, 1330 Somnolencia, 1332 Medicamentos para descansar, 1334 Signos de cansancio, 1336 Sonambulismo.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo:

0801 Alteraciones sensoriales, 0802 Problemas de visión, 0804 Problemas de audición, 0805 Sistemas de ayuda de audición, 0817 Problemas de equilibrio e inestabilidad, 0821 Malestar físico, 3531 Cólera-Ira, 3532 Estado de alerta, vigilancia sensorial, 3604 Intranquilidad, 3605 Irritabilidad, 3606 Agitación, 3607 Confusión, 3608 Conducta indecisa, 3609 Conducta Regresiva, 3708 Problema de memoria, 3709 Alteraciones cognoscitivas, 3710 Problemas de concentración, 3712 Alteraciones Psíquicas, 3715 Problemas de Comprensión.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto:

1008 Imagen corporal, 1508 Desinterés, falta de motivación, 2820 Impotencia, 3502 Contacto Visual, 3504 Nervioso, Relajado, 3508 Cambios frecuentes en el estado del ánimo, 3512 Angustia, 3513 Ansiedad, 3514 Depresión, 3518 Problemas de autoestima, 3519 Verbalizaciones autonegativas, 3530 Tristeza, 3601 Personalidad (Rasgos Personales), 3603 Problemas Conductuales.

Patrón 8: Rol – Relaciones:

1403 Se siente sólo, 1405 Problemas de relaciones sociales, 1422 Conflicto familiar, 3618 Conducta enérgica/ violenta, 3804 Situación socio – Familiar, 3820 Violencia Doméstica, 3821 Sospecha de maltrato, 3833 Presencia de abuso.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción:

0941 Violación.

Patrón 10: Tolerancia al estrés:

2801 Cambios crisis importantes, 2802 Problemas en adaptación a cambios y crisis, 2803 Soluciones inadecuadas a la crisis, 2804 Incapaz a afrontar la crisis, 2805 Estrés, 2819 Medicamentos-drogas para relajación, 2822 Afrontamiento inefectivo de problemas, 4517 Rechazo/ retraso atención sanitaria, 4518 Minimiza los síntomas.

Patrón 11: Valores – Creencias:

1601 Cosas importantes en la vida, 1602 Satisfecho con su vida, 1606 Conflicto con valores/ creencias personales, 1617 Valores/ costumbres culturales, 1622 Conflicto de las terapias con sus creencias, 1624 Conflicto/ preocupación vida-muerte, 1628 Conflicto/ preocupación enfermedad.

2.7 Diagnóstico de caída NANDA

Para plasmar la práctica y el desarrollo de la enfermería usaremos un lenguaje estandarizado y formularemos los diagnósticos de enfermería según la Taxonomía II de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) internacional^{46,51,52}.

Diagnóstico: 00155 Riesgo de Caídas.

Definición: Susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Clase 2: lesión Física y Dominio 11: seguridad –protección.

Valoración: Anamnesis antecedentes, Valoración psicogeriatrica exhaustiva, exploración: física sensorial, marcha, esfínteres, medicación. Evaluación del entorno.

Según los dominios de la taxonomía NANDA I, los factores de riesgo correspondientes al diagnóstico: “Riesgo de caídas” se valora en los siguientes dominios:

Dominio Eliminación: problemas al orinar, sensación de urgencia, nicturia, incontinencia, incontinencia fecal, diarrea.

Dominio Actividad/ Ejercicio: Nivel de autonomía para el aseo, wc, trasladarse, deambular, Paresias y/o Plejias, Amputaciones, Prótesis, Pérdida funcional.

Dominio Percepción/Cognición: Nivel de conciencia, Orientación, Dificultad para ver, oír.

Dominio Seguridad: Presencia de sondas, vías venosas, Presencia de escayolas, tracciones.

Dominio Rol/Relaciones: Apoyo familiar, Valoración cuidador principal.

2.8 Criterio de Resultado NOC

Dentro del modelo de Virginia Henderson el paciente y familia deben alcanzar resultados que les permitan ser autónomos lo antes posible por lo que han de conocer como prevenir caídas y llevar a cabo conductas necesarias para no caerse.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería), se trata de una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que se usa para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería. A continuación se describen NOC relacionados al Diagnóstico 00155 Riesgo de caídas⁵⁴:

- Conocimiento de Prevención de Caídas (1828): grado de comprensión transmitida sobre prevención de caídas.
- Conocimiento: Seguridad Personal (1809): grado de conocimientos transmitida sobre la reducción del riesgo y prevención de lesiones no intencionadas.
- Conducta de Prevención de caídas (1909): Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.
- Conducta de Seguridad (1911): esfuerzos individuales o del cuidador familiar para controlar conductas que puedan causar lesión física.
- Nivel de Movilidad (0208): capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.
- Nivel de Miedo (1210): Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

2.9 Clasificación de Intervenciones NIC

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) clasificación global y estandarizada de las intervenciones definidas como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico” que realiza el personal de enfermería, es la conducta enfermera, todas aquellas actividades que realiza para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado⁵⁵. A continuación se citan NIC relacionadas con el Diagnóstico de Enfermería 00155 Riesgo de Caídas:

- Prevención de Caídas (6490): Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.
- Manejo Ambiental: Seguridad (6486): vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.
- Identificación de riesgos (6610): Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo.
- Vigilancia (6650): Recopilación, interpretación y síntesis de objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.
- Enseñanza Individual (5606): planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.
- Enseñanza: Medicamentos Prescritos (5616): Preparación de un paciente para que tome de forma segura los fármacos prescritos y observar los efectos.
- Ayuda con Auto-cuidados: Aseo (1804): Ayudar a otra persona a la eliminación. Baño – Higiene (1801): Ayudar al paciente a realizar la higiene personal
- Cambio de posición: silla de ruedas (0846): colocación de un paciente en una silla de ruedas correctamente seleccionada para potenciar la comodidad, promover la integridad de la piel y permitir independencia.
- Cuidados del paciente encamado (0740): fomentando la comodidad, seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

3. HIPÓTESIS

Los pacientes psicogerítricos tienen mayor posibilidad de presentar caídas que la población psiquiátrica adulta.

Los factores hospitalarios intervienen en la posibilidad de caídas de los pacientes psiquiátricos ingresados en unidades psiquiátricas.

4. OBJETIVOS

El objetivo general es conocer la incidencia de caídas de la población psiquiátrica ingresada en nuestro hospital para disminuir el número de caídas y aumentar la calidad en el servicio de psiquiatría del hospital.

Objetivos específicos:

- Analizar todas las posibles causas de caídas: bien por factores del paciente psiquiátrico, bien por factores ambientales de la unidad de psiquiatría, para poder implantar medidas de acción de mejora al respecto en un futuro próximo y elaborar un plan de prevención de caídas en Salud Mental.
- Determinar la incidencia de caídas en una planta de hospitalización psiquiátrica de agudos, diferenciando la población entre pacientes psiquiátricos y psicogerítricos.
- Analizar las causas de las caídas de pacientes en la unidad de psiquiatría del hospital.

5. MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo y analítico de las caídas que presentan los pacientes psiquiátricos en una unidad psiquiátrica de un hospital de nivel III de la Comunidad de Madrid.

Análisis descriptivo de los factores de riesgo de las caídas durante la hospitalización y su incidencia.

A la vez se realiza un estudio de cohortes: un análisis comparativo entre 2 subgrupos de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el servicio de psiquiatría durante el periodo de estudio: el grupo de menores de 65 años y el grupo de psicogeriatría formado por pacientes psiquiátricos de 65 años o mayor.

El estudio es longitudinal y prospectivo cuyo periodo de análisis es entre junio del 2012 a diciembre de 2014.

Se trata de una investigación observacional descriptiva analizando los datos de las hojas de registro de caídas implantadas en el hospital facilitadas por la unidad de caídas.

Para el análisis de datos estadísticos se utilizó el programa epiInfo y comprobación con SPSS versión 15.0

5.1 Antecedentes y justificación:

En el año 2012 en el hospital se implantó la hoja de registro de caídas para registrar las caídas producidas durante la estancia hospitalaria en todos los servicios del hospital.

A partir de entonces se observa que la presencia de caídas en el servicio de psiquiatría es alta, lo que evidencia la necesidad de tener conocimiento exacto de la magnitud del problema y de las características de las caídas de la población psiquiátrica ingresada en nuestro hospital. La ventaja de ser pacientes ingresados y contar con la unidad de psicogeriatría es que nos da la posibilidad de hacer un estudio de cohortes con 2 subgrupos para analizar las caídas de pacientes psiquiátricos: pacientes psiquiátricos (18 a 64 años) y pacientes psicogeriatricos (igual y mayores a 65 años).

En la población general hay un 30% mayor de incidencia de caídas en mayores de 65 años, lo que se pretende con este estudio es ver si en el caso de pacientes psiquiátricos también es mayor la incidencia de caídas en la población psicogeriatrica.

Con este estudio y análisis descriptivo de las caídas también queremos demostrar que a pesar de las medidas de seguridad implantadas aún existen factores hospitalarios que pueden dar lugar a las caídas y que pueden ser prevenibles.

Es necesario el estudio y el análisis de los datos de las caídas en el servicio de psiquiatría para poder emprender medidas de mejora al respeto y activar protocolos de prevención de caídas en la población psiquiátrica.

5.2 Población y muestra

Los participantes del estudio son todos los pacientes psiquiátricos que han precisado ingreso hospitalario en el servicio de psiquiatría en el periodo de estudio, con un total de 1164 pacientes, 186 pacientes corresponden al periodo de junio a diciembre del año 2012, 428 pacientes corresponden al año 2013 y 550 pacientes al año 2014.

La definición que se acepta de caída es: "caída, como el cambio de posición brusco e involuntario de un individuo a un nivel inferior, sobre objeto o suelo, que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria o insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo"^{43,44,48}.

Criterios de exclusión: Caídas simuladas o fingidas. Caídas de pacientes psiquiátricos en otros servicios que no sean la unidad de hospitalización de psiquiatría.

Población Diana: son todos los pacientes psiquiátricos que han sufrido al menos una caída en cualquier dependencia del servicio de psiquiatría durante su periodo de hospitalización en el periodo de estudio con un total de 84 casos de caídas.

Para el registro de caídas se utiliza la hoja de registro de caídas del hospital que es un cuestionario multifactorial consensuado y valorado por el servicio de calidad y la dirección del hospital relleno por la enfermera responsable del paciente tras la caída.

En la hoja de registro de caídas se recogen los siguientes ítems:

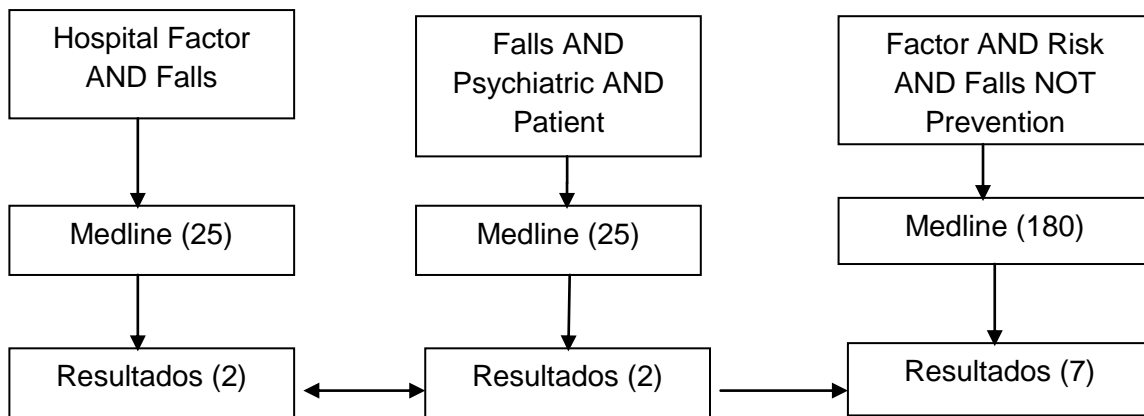
- 1) Circunstancia de la caída: lugar, día, hora, circunstancia, causa, caída presenciada o no.
- 2) Factores de Riesgo del paciente: edad, sexo, nivel de conciencia, alteración sensorial o motora, alteración movilidad, alteración de esfínteres, consumo de fármacos, valoración previa del riesgo de caída.
- 3) Factores de riesgo ambientales: iluminación, suelo, obstáculos, años, calzado, camas, timbres, sujeción mecánica.
- 4) Consecuencia de la caída: contusión, herida, hemorragia, perdida conciencia, ingreso en uci, sin consecuencias inmediatas.
- 5) Medidas de prevención y terapéuticas realizadas: medidas prevención y terapéuticas, aviso a otros profesionales, constantes, saturación, glucemia.

5.3 Búsqueda bibliográfica

Se realiza una revisión bibliográfica cuyo objetivo es recopilar revisiones sobre los factores de riesgo de las caídas en pacientes, la búsqueda bibliográfica se realiza a través de la base de datos Pubmed, buscando literatura del año 2010 al 2015. Los descriptores que se utilizan son: accidente por caídas, caídas, factores de riesgo, hospitalización, riesgo de caídas. Fueron incluidos estudios en idiomas: inglés, español y portugués.

Para la búsqueda se utilizan operadores booleanos AND y NOT y se realizó mediante los términos: "Hospital factor AND falls" (25), "Falls AND psychiatric AND patient" (25), "Factor AND risk AND falls NOT prevention" (180). Tras una lectura crítica del título y abstract los resultados fueron respectivamente (2, 2, 7), como 2 de ellos se repetían en los 3 buscadores el resultado de estudios analizados para la comparación con nuestro estudio es de 7 publicaciones para análisis.

Figura 1. Proceso de selección



Del total de 225 artículos encontrados, 4 de ellos se repetían para las distintas estrategias de búsqueda, con lo cual obtuvimos un resultado de 224, que tras una lectura crítica de título y abstract se seleccionaron 14, pero tras una segunda lectura crítica ya que no cumplían los criterios para nuestro análisis, ya que aunque el título hacía referencia a alguno de los criterios, el constructo del artículo no reunía los criterios para el análisis de resultados de factores de riesgo en pacientes psiquiátricos hospitalizados, unos eran de otras patologías, de escalas de validación y registro para caídas. Los artículos válidos para nuestro estudio fueron 7.

AUTORES	VARIABLE	ESTUDIOS	TOTAL
	Factores Socio-demográficos		21
Costa Santos SS, 2012	Edad	4 (>60a) 32,35,36,39,57 (>65a)	
	Sexo	32,35,36,46	
	Historia Previa caídas	32,35, 36,46	
	Caídas repetición	32,46,57	
	Miedo Caídas	35,46	
	Fractura por caída	32,46	
	Factor Intrínseco: Enfermedad Mental		
Rezende CP, 2012	Demencia	32,33	
	Depresión	32,33,57	
	Agitación/Agresividad	32,33	
	Delirio	32,33	
F. Intrínseco: Análisis Funcional del Paciente			19
Deandrea S, 2013	Alteración cognitiva	33,35,36,46,57	
	Alt. sensorial/motora	33,35,46,57	
	Incontinencia	35,46	
	Alt. Marcha/paso/debilidad	32,33,35	
	MMII	32,33,35,46, 57	
	Alt. Equilibrio		
Factores Extrínsecos: Farmacológicos			20
Chen Y, 2014	Numero de fármacos	35,39 (>5 fármacos)	
	Polifarmacia	35,39,57	
	Cambio de dosis	39	
	Psicofármacos:		
	Antidepresivos	32,33,35,36,39,46,57	
	ISRS	33,39,46,57	
	Ansilíticos (BZD)	32,46,39	
	Antipsicóticos		
Severo IM, 2014	Estabilizadores del animo		
	F. Extrinsecos: Entorno Hospitalario		5
Launay C, 2013	Iluminación Inadecuada	35	
	Suelo Deslizante	35	
	Obstáculos ambiental	35	
	Habitación desconocida	35	
	Cama alta		
	Dispositivos de ayuda	35	
	Asideros baño		
	Timbre llamada accesible		

Tabla I. Autores y variables analizadas

5.4 Variables

Las variables que vamos a estudiar en función de la hoja de registro de caídas del Hospital y de los 2 grupos de edad establecidos son:

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDIDA
Factores Sociodemográficos y Circunstancia de la caída		
Edad	<65 años/ >=65 años	Cuantitativa discreta
Sexo	Varón/Mujer	Cualitativa dicotómica
Lugar de la caída	Habitación/pasillo/baño/sala estar	Cualitativa politómica
Valoración previa r/c	Sin riesgo/riesgo moderado/riesgo alto	
Historia caída últimos 6m	Sin riesgo/riesgo moderado/riesgo alto	
Caída en reposo	Cama y/o sillón con/sin barandilla	Cualitativa politómica
Caída Bipedestación	Acostarse/levantarse/deambulando	
Motivo de la caída	Deslizamiento/fallo frenos-barandilla	
Factor Análisis Funcional del Paciente		
Nivel de conciencia	Alerta/obnubilado/Estupor	Cualitativa politómica
Alteración sensorial/motora	Visual/auditivo/equilibrio/alt.muscular	
Eliminación	Incontinente urinario/fecal	
Movilidad	Independiente/ayuda parcial/ayuda total	
Factores Farmacológicos		
Numero de fármacos	Más de 5 fármacos	Cuantitativa ordinal
Grupo de Fármacos	Psicofármacos/antihipertensivos/ anticoagulante/sedantes/otros	Cualitativa politómica
Factores Entorno Hospitalario		
Iluminación Suficiente	Dicotomicas: si/no	Cualitativa dicotómica
Suelo Antideslizante		
Obstáculos ambiental		
Cama altura proporcionada		
Dispositivos de ayuda al alcance		
Asideros baño		
Cama con barandillas		
Timbre de llamada accesible		

Tabla II. Variables analizadas

Además de estas variables se han incluido para el estudio otras variables que forman parte de los factores de interés para el estudio y para el servicio de psiquiatría como son: el motivo de ingreso, el diagnostico al alta, tipo de psicofármacos, meses y caídas de repetición.

6. RESULTADOS

El periodo de estudio es de junio del 2012 a diciembre del 2014, de la población estudiada una vez producida la caída los sujetos eran incluidos en un estudio de cohortes con 2 grupos para analizar las caídas de pacientes psiquiátricos: pacientes psiquiátricos (18 a 64 años) y pacientes psicogeriatricos (igual y mayores a 65 años).

Los participantes del estudio son todos los pacientes psiquiátricos que han precisado ingreso hospitalario en el servicio de psiquiatría en el periodo estudiado, con un total de 1164 pacientes, 186 pacientes corresponden al periodo de junio a diciembre del año 2012, 428 pacientes corresponden al año 2013 y 550 pacientes al año 2014.

La incidencia por año resulta:

AÑO	INCIDENCIA CAIDAS (%)	CASOS	MUESTRA	INTERVALO CONFIANZA 95%
2012	14,439	27	187	9,133 -19,744
2013	7,009	30	428	4,474 - 9,545
2014	4,909	27	550	3,013 - 6,806

Tabla III. Incidencias año

A continuación se analizan todas las variables mencionadas en el apartado anterior.

6.1 Factores socio-demográficos y circunstancia de caída

Resulta un total de 84 casos de caídas analizadas en el estudio de cohorte con un resultado de 36 caídas en menores de 65 años y 48 caídas de ellas en población psico-geriátrica. La edad media de caída corresponde a 63,7 años con una desviación típica de 16,4.

CAIDAS/EDAD/AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO (%)
<65	2012	12
	2013	10
	2014	14
	Total	36
>=65	2012	15
	2013	20
	2014	13
	Total	48
		27,8
		38,9
		100
		41,7
		27,1
		100

Tabla IV. Caídas

El resultado de caídas según el sexo predomina las caídas en las mujeres analizando los grupos de edad los menores a 65 años y los mayores o igual a 65 años (83,3%-77,1%) respectivamente frente al (16,7%-22,9%) de los hombres.

EDAD/SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO (%)
<65		
Hombre	6	16,7
Mujer	30	83,3
Total	36	100
>=65		
Hombre	11	22,9
Mujer	37	77,1
Total	48	100

Tabla V. Caídas según el sexo y edad

LUGAR	FRECUENCIA	(%)	CIRCUNSTANCIA	FRECUENCIA	(%)
<65			<65		
Habitación	20	55,6	Cama sin Barandilla	9	27,3
Pasillo	4	11,1	Al acostarse	1	3,0
Baño	8	22,2	Deambulando	15	45,5
Sala estar	3	8,3	Sillón	1	3,0
Otros	1	2,8	Al levantarse	7	21,2
Total	36	100	Sin respuesta	3	
			Total	36	100
>=65			>=65		
Habitación	36	75,0	Cama con Barandilla	2	4,3
Pasillo	2	4,2	Cama sin Barandilla	4	8,6
Baño	5	10,4	Al acostarse	1	2,2
Sala estar	4	8,3	Transferencia	1	2,2
Otros	1	2,1	Deambulando	22	47,8
Total	48	100	Sillón	2	4,3
			Al Levantarse	13	28,3
			Sin respuesta	3	
			Total	48	100
TOTAL			TOTAL		
Habitación	56	66,7	Cama con Barandilla	2	2,5
Pasillo	6	7,1	Cama sin Barandilla	13	16,9
Baño	13	15,5	Al acostarse	2	2,5
Sala estar	7	8,3	Transferencia	1	1,3
Otros	2	2,4	Deambulando	37	46,8
Total	84	100	Sillón	3	3,8
			Al Levantarse	20	25,3
			Sin dato	6	
			Total	84	100

Tabla VI. Lugar y circunstancia caída

En el análisis de la valoración previa de caídas 27 no presentaban riesgo de caídas, 29 presentan riesgo moderado y 21 presentan riesgo alto de caídas.

En cuanto a las caídas sufridas los últimos 6 meses el resultado fue: 9 personas presentaban caídas previas, 49 no presentaron caídas previas y 20 no recordaban el hecho de caerse o no caerse en los últimos 6 meses.

EDAD/ VALORACION PREVIA RIESGO	FRECUENCIA	EDAD/ VALORACION PREVIA RIESGO	FRECUENCIA
<65		>=65	
Sin riesgo	9	Sin riesgo	18
Riesgo Moderado	15	Riesgo Moderado	14
Riesgo Alto	11	Riesgo Alto	10
EDAD/ HISTORIA CAIDAS ULTIMOS 6 MESES	FRECUENCIA	EDAD/ HISTORIA CAIDAS ULTIMOS 6 MESES	FRECUENCIA
<65		>=65	
Si	8	Si	1
No	19	No	30
No recuerda	5	No recuerda	15

Tabla VII. Valoración del riesgo de caídas y caídas últimos 6 meses

6.2 Factor análisis funcional del paciente

Según el análisis funcional podemos decir que de 84 pacientes con caídas referente al nivel de conciencia la mayoría de ellos presentan estado alerta (71), obnubilado (9), estupor (2), alteración del equilibrio (34), debilidad muscular (34), movilidad déficit visual (18), déficit auditivo sólo se dio en mayores o igual a 65 años (4), incontinencia urinaria (9), incontinencia fecal (5) y respecto al nivel de movilidad independientes (46), ayuda parcial (30) y ayuda total (4), esta última solo se dio en población psicogeriatrica.

EDAD/RIESGO PACIENTE	FREC.	EDAD/RIESGO PACIENTE	FREC.	FREC. TOTAL	%
<65		>=65			
Nivel de conciencia		Nivel de conciencia			
- Alerta	26	- Alerta	45	71	86,6
- Obnubilado	8	- Obnubilado	1	9	11
- Estuporoso	1	- Estuporoso	1	2	2,4
Déficit visual	9	Déficit visual	9	18	21,7
Déficit auditivo	0	Déficit auditivo	4	4	4,8
Alteración equilibrio	11	Alteración equilibrio	23	34	41,5
Debilidad muscular	10	Debilidad muscular	24	34	41,0
Incontinencia		Incontinencia			
- Urinaria	4	- Urinaria	5	9	10,8
- Fecal	0	- Fecal	5	5	6,0
Movilidad		Movilidad			
- Independiente	26	- Independiente	20	46	56,1
- Ayuda Parcial	8	- Ayuda Parcial	22	30	36,6
- Ayuda Total	0	- Ayuda Total	4	4	4,9

Tabla VIII. Factores análisis funcional del paciente

6.3 Factores farmacológicos

EDAD/FACTORES FARMACOLOGICOS	FREC.	EDAD/FACTORES FARMACOLOGICOS	FREC.	FREC. TOTAL	%
<65		>=65			
Más de 5 Fármacos		Más de 5 Fármacos			
- Si	14	- Si	38	52	61,9
- No	22	- No	10	32	38,1
Psicofarmacos		Psicofarmacos			
- Si	29	- Si	38	67	79,8
- No	7	- No	10	17	20,2
Antihipertensivos		Antihipertensivos			
- Si	2	- Si	21	23	27,4
- No	34	- No	27	61	72,6
Anticoagulantes		Anticoagulantes			
- Si	2	- Si	14	16	19,0
- No	34	- No	34	68	81,0
Otros Farmacos		Otros Farmacos			
- Si	3	- Si	2	5	6,0
- No	33	- No	46	79	94,0
Cambio medicación 48h		Cambio medicación 48h			
- Si	13	- Si	8	21	25,6
- No	20	- No	39	59	70,2

Tabla IX. Factores de riesgo farmacológicos

6.4 Factores Hospitalarios

EDAD/FACTORES HOSPITALARIOS	FREC.	EDAD/FACTORES HOSPITALARIOS	FREC.	FREC. TOTAL	%
<65		>=65			
Iluminación Suficiente		Iluminación Suficiente			
- Si	24	- Si	25	49	59,0
- No	11	- No	23	34	41,0
Suelo Antideslizante		Suelo Antideslizante			
- Si	12	- Si	9	21	25,6
- No	23	- No	37	60	73,2
Obstáculo ambiental		Obstáculo ambiental			
- Si	4	- Si	2	6	7,3
- No	30	- No	43	73	89,0
Cama altura adecuada	27	Cama altura adecuada			
- Si	4	- Si	41	68	87,2
- No		- No	5	9	11,5
Dispositivos de ayuda al alcance	11	Dispositivos de ayuda al alcance			
- Si	13	- Si	16	27	37,0
- No		- No	28	41	56,2
Baños : Asideros	0	Baños : Asideros			
- Si	32	- Si	4	4	5,1
- No		- No	40	72	92,3
Calzado con Talón cerrado	14	Calzado con Talón cerrado			
- Si	15	- Si	15	29	38,7
- No		- No	28	43	57,3
Cama con barandillas	2	Cama con barandillas			
- Si	26	- Si	4	6	8,0
- No		- No	41	43	89,3
Timbre de llamada: Accesible	7	Timbre de llamada: Accesible			
- Si	22	- Si	15	22	28,6
- No		- No	30	52	67,5

Tabla X. Factores hospitalarios que intervienen en caídas

6.5 Consecuencias de las caídas

EDAD/CONSECUENCIAS	FREC	EDAD/CONSECUENCIAS	FREC	FREC. TOTAL	%
<65		>=65			
Contusión	18	Contusión	19	37	56,0
Herida	5	Herida	7	12	14,3
Hemorragia Externa	1	Hemorragia Externa	4	5	6,0
Pérdida de conciencia	1	Pérdida de conciencia	0	1	1,2
Ingreso en uci	0	Ingreso en uci	0	0	0,0
Sin consecuencia inmediata	20	Sin consecuencia inmediata	28	48	57,1
Otras consecuencias	0	Otras consecuencias	0	0	0,0

Tabla XI. Consecuencias de las caídas

6.6 Otros factores de interés

MOTIVO INGRESO	FRECUENCIA	% VALIDO
Agitación – Alteración de conducta	19	22,9%
Depresión	28	33,6%
Manía	12	14,4%
Psicosis	8	9,6%
Suicidio	5	6,0%
Alteración Conducta Alimentaria	2	2,4%
Tóxicos/alcohol	2	2,4%
Ansiedad	3	3,6%
Otros	5	6,0%
DIAGNOSTICO AL ALTA	FRECUENCIA	% VALIDO
Trastorno Bipolar	19	24,7%
Trastorno Depresivo	23	29,9%
Trastorno Psicótico	11	14,3%
Trastorno Esquizoafectivo	8	10%
Trastorno Mental Orgánico	7	9,1%
Trastorno Personalidad	4	5,0%
Tóxicos/Alcohol	2	2,5%
Trastorno Conducta Alimentaria (TCA)	3	3,8%
Otros	3	3,8%

Tabla XII. Motivos de ingreso y diagnósticos al alta

FÁRMACOS PSIQUIATRICOS	FRECUENCIA
Antidepresivos	33
Antidepresivos ISRS	8
Antiepilépticos	38
Antiepilépticos (BZD)	19
Antipsicóticos	44
Antipsicóticos Atípicos	39
Antiparkinsonianos	5
Ansiolíticos (BZD)	16
Hipnóticos, Sedantes (BZD)	12

Tabla XIII. Fármacos psiquiátricos

CAIDAS/MES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	8	9,5
Febrero	7	8,3
Marzo	6	7,1
Abril	5	6,0
Mayo	9	10,7
Junio	9	10,7
Julio	6	7,1
Agosto	7	8,3
Septiembre	6	7,1
Octubre	12	14,3
Noviembre	8	9,5
Diciembre	1	1,2

Tabla XIV. Mes

CAIDAS DE REPETICIÓN/PERSONAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solo 1 vez	35	64,8
2 Caídas	12	22,2
3 Caídas	4	7,4
4 Caídas	2	3,7
5 Caídas	1	1,9

Tabla XV. Caídas de repetición

7. DISCUSIÓN

El presente estudio analiza de forma descriptiva las caídas de los pacientes psiquiátricos durante su hospitalización en una unidad de psiquiatría de agudos de la Comunidad de Madrid.

Estudios previos indican factores de riesgo coincidentes a nuestro estudio, en lo referente a:

Factores socio-demográficos: edad^{32,35,36,39,57}; sexo, siendo mayormente las mujeres las que sufren caídas^{32,35,36,46}; historia previa de caídas^{32,35,36,46}, caídas de repetición^{32,46,57}, síndrome postcaída/miedo por caída^{35,46}, lugar de caída: habitación, baño, pasillo, salón, otros⁴⁴; circunstancia de la caída: andando, al acostarse, al levantarse, al sentarse, dormido⁴⁴.

Factores intrínsecos: enfermedad psiquiátrica- trastornos psiquiátricos^{33,44,46}: esquizofrenia, bipolar, esquizoafectivo, ideas delirantes, anorexia nerviosa, ansiedad, delirium, insomnio, alucinaciones⁴⁴, demencia^{32,33}, depresión^{32,33,57} agitación/agresividad^{32,33}.

Respecto al **análisis funcional** del paciente también se han encontrado resultados similares en otros estudios^{33,35,36,46,57}.

Factores farmacológicos: número de fármacos^{35,39}, cambio de dosis/fármacos³⁹, polifarmacia^{35,39,57}, respecto a los psicofármacos los encontramos mencionados en, antidepresivos^{32,33,35,36,39,44,46,57}, antipsicóticos^{32,39,44,46}, fármacos Benzodiazepínicos (BZD)^{33,39,44,46,57}.

Factores hospitalarios: Los factores hospitalarios apenas son mencionados en ningún estudio, sólo hemos encontrado referencia a ellos en 2 artículos^{35,44}, el primero sólo hace referencia a los factores de riesgo según NANDA, y el segundo que hace referencia a más factores hospitalarios.

A pesar de encontrar variedad de artículos sobre el tema, la mayoría de los estudios apenas hablan de factores hospitalarios, por lo que sería importante investigar en esta línea para poder poner las medidas oportunas en las instituciones sanitarias, aumentando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo el gasto socio-sanitario que originan las caídas.

8. CONCLUSIONES

Una vez analizada la incidencia de caídas de la población psiquiátrica podemos afirmar que los pacientes hospitalizados en la unidad de psiquiatría se caen debido a diversos factores analizados como son: los factores sociodemográficos, funcionales, farmacológicos y factores hospitalarios.

Es difícil que los pacientes psiquiátricos que sufren caídas no tomen algún psicofármaco y en la mayoría de los casos los pacientes toman más de 5 fármacos (61,9%), lo que aumenta la predisposición a caer. Con los resultados obtenidos podemos decir que los factores sociodemográficos y funcional son difícilmente evitables, para los factores farmacológicos, sería conveniente una vigilancia continua de los pacientes tras la toma medicamentosa, información a los mismos y familiares de los efectos secundarios de los fármacos y concienciarlos de que avisen al personal de la planta si se encuentran somnolientos, inestables o con dificultad en la marcha y en cuanto a los factores hospitalarios podrían prevenirse, realizando las acciones de mejora oportunas y la vigilancia continua del paciente reevaluando el riesgo de caída siempre que sea necesario.

Una vez realizado el estudio de cohortes con la población psiquiátrica y psico-geriátrica podemos afirmar que la posibilidad de caídas está influenciada por los factores mencionados anteriormente y no sólo por la edad.

Las caídas de los pacientes durante su estancia en instituciones sanitarias es un hecho real, éstas caídas incrementan los días de hospitalización, favorecen posibles complicaciones del paciente, lo que conlleva a una pérdida de calidad de vida y pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) del paciente, así mismo estas caídas no dejan de ser un indicador negativo de la calidad de las instituciones sanitarias dando lugar a un incremento del gasto sanitario por lo que las caídas son un importante problema de salud pública.

A pesar de todas las medidas e iniciativas puestas en marcha a nivel mundial y nacional las caídas hospitalarias en la actualidad siguen produciéndose, por lo que debemos tomar conciencia a todos los niveles (institucionales, profesionales, poblacionales) tomando medidas al respecto, por lo que sería conveniente que los responsables sanitarios hicieran más hincapié en prevenir las caídas hospitalarias, revisando la incidencias de caídas, infraestructura hospitalaria, actuaciones, protocolos, planes de cuidados, y gasto sanitario como consecuencia de estas, implantando medidas de mejora, revisando y actualizando

planes, protocolos, guías basándose en evidencia científica, para así poder aumentar la calidad, eficacia y eficiencia de las instituciones sanitarias en la red de Salud Mental.

Esta de la mano de los investigadores y de las instituciones sanitarias profundizar en este aspecto, ya que muchos de los factores hospitalarios que intervienen en las caídas pueden mejorarse y/o corregirse, por lo que si se conocieran dichos datos de las distintas instituciones de la red sanitaria de salud mental se podrían poner medidas al respecto de las caídas en pacientes psiquiátricos, aumentando así la calidad de los pacientes psiquiátricos, la calidad de los servicios de salud mental y disminuyendo el gasto socio-sanitario que conllevan dichas caídas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bobes García J, Saiz Martínez PA, González García-Portillo MP. Enfermería Psiquiátrica III: Metodología terapéutica. Oviedo: Doyma; 1998.
2. Ley general de sanidad. [Online]. 29 Abril 1986 [08 Enero 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
3. Ministerio de Asuntos Sociales. Plan Gerontológico. [Online]. 1992. [08 Enero 2014]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/planppmm20032007.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva 344. [Online]. 2012 [08 Enero 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
5. Ministerio Sanidad e Igualdad y Política Social. Plan de Calidad. [Online]. 2009. [08 Enero 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
6. Junta de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente de SSPA: detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía. [Online]. 2009 [08 Enero 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Política, Social e igualdad. La seguridad del paciente en 7 pasos. [Online]. 2005 [08 Enero 2014]. Disponible en: http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
8. Healey F, Scobie S. The third report from the Patient Safety Observatory. Slips, trips and falls in hospital. The National Patient Safety Agency (NPSA). [Online]. 2007 [10 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/psoreports/?entryid45=59821>
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Con la seguridad en la mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente. [Online]. 2006. [21 Diciembre 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf

10. National Patient Safety Agency (NHS). Slips, trips and falls dataupdate. [Online]. 2010. [10 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/patient-accidents-falls/?entryid45=74567>
11. U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to clinical preventive services: Falls in older adults. [Online]. 2014 [10 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Online]. 2007 [08 Enero 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_naspain_es.pdf
13. Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. Observatorio de Resultados. Informe de Hospitales 2011-2013. [Online]. 2014 [21 Diciembre 2014]. Disponible en http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/Descargas/Informe_Observatorio_ResultadosHospitales.pdf
14. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud [Online]. 2012 [21 Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>
15. Da Silva-Gama ZA, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos : revisión sistemática Risk factors for falls in the elderly. Rev Saúde Pública. 2008;42(5):946–56.
16. Danza A, Cristiani F, Tomosiunas G. Riesgos asociados al uso de benzodiazepinas. Arch Med Interna 2009;31;4:103-7.
17. Consejería de Sanidad y Dependencia. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en Salud Mental: Cuaderno Técnico de Salud Mental 2011. Cáceres: Junta de Extremadura; 2011.
18. Diccini S, Gomes de Pinho P, Oliveira da Silva F. Evaluación de riesgo e incidencia de caídas en pacientes de neurocirugía. Rev. Latino-am Enfermagem 2008;16(4):752-7.
19. Ministerio Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización – ENEAS. [Online]. 2005 [08 Enero 2014]. Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_s
p2.pdf](http://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_s
p2.pdf)

20. Martínez González MA. Conceptos de Salud Pública y Estrategias Preventivas: Un manual para ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2013.
21. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadísticas de indicadores Hospitalarios 2012-2013. [Online]. 2015 [05 Enero 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
22. Instituto Nacional de Estadística (INE). Nota de prensa 27 febrero 2015: Defunciones según la causa de muerte. [Online]. 2013 [02 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
23. JBI. Best Practice: Intervenciones para reducir la incidencia de caídas en personas mayores en una unidad hospitalaria de cuidados agudos. Best Practice 2010;14(15);1-4.
24. Herrera VP, Bustos ZC, Villalobos CA, López LR. Guía Clínica: Caídas en el adulto mayor. [Online]. 2010 Disponible en: http://www.ssmaule.cl/paginas/index.php?option=com_docman..
25. Varas Fabra F, Castro Martín E, Perula de Torres LA, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R, Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. At. Primaria. 2006;38(8);450-55.
26. Pellicer García B, Juárez Vela R, Delgado Sevilla D, Redondo Castan LC, Martínez Abadía B, Ramón Arbués E. Caídas en ancianos validos institucionalizados. Rev. ROL Enferm. 2013;36(12):800-08.
27. Alcalde Tirado P. Miedo a caerse. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(1):38-44.
28. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. New England J of Med 1998;319:1701-7.
29. Talbot LA, Musiol RJ, Witham EK, Metter EJ. Falls in young, middle-aged and older community dwelling adults: perceived cause, environmental factors and injury. BMC Public Health. 2005;5:86.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Online]. 2012 [02 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2592>

31. Consejería de Sanidad. Guía de Seguridad en Atención a personas con Trastornos Mentales. Valladolid: SACYL-Junta Castilla y León; 2009.
32. Kröpelin TF, Neyens JCL, Halfens RJG, Kempen GIJM, Hamers JPH. Fall determinants in older long-term care residents with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(4):549–63.
33. Severo IM, Almeida MDA, Kuchenbecker R, Vieira DFVB, Weschenfelder ME, Pinto LRC, et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. *Rev da Esc Enferm da USP* 2014;48(3):540–54.
34. Díaz Grávalos GJ, Gil Vázquez C, Andrade Pereira V, Alonso Payo R, Álvarez Araujo S, Reinoso Hermida S. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(6):301–4.
35. Santos SSC, da Silva ME, de Pinho LB, Gautério DP, Pelzer MT, da Silveira RS. Risk of falls in the elderly: an integrative review based on the North American Nursing Diagnosis Association. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46:1227–36.
36. Deandrea S, Bravi F, Turati F, Lucenteforte E, La Vecchia C, Negri E. Risk factor for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2013; 56: 407-15.
37. Blasco Patiño F, Martínez de Letana J, Villares P, Jiménez A.L. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Información terapéutica*. Sistema Nacional de Salud. Vol.29, num. 6.2005. pag.152-62
38. Travé Rodríguez AL, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2002;26(1):1-8.
39. Chen Y, Zhu LL, Zhou Q. Effects of drug pharmacokinetic/pharmacodynamic properties, characteristics of medication use, and relevant pharmacological interventions on fall risk in elderly patients. *Ther Clin Risk Manag*. 2014;10(1):437–48.
40. Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milam AB, Ray WA. Antidepressant and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl Med*. 1998. 339(13):875-82.
41. Agüera Ortiz LF, Guerrero Morcillo A. Tratamiento farmacológico de la agitación en el anciano. *Informaciones psiquiátricas* 2010;2(200).

42. Estrin I, Goetz R, Hellerstein DJ, Bennett-Staub A, Seirmarco G. Predicting falls among psychiatric inpatients: a case-control study at a state psychiatric facility. *Psychiatr Serv.* 2009;60(9):1245–50.
43. Fabre JM, Ellis R, Kosma M, Wood RH. Literature Review Falls Risk Factors and a Compendium of Falls Risk Screening Instruments. *J Geriatr Phys Ther.* 2010;33:184–97.
44. Flamerique B, Armendariz MJ. Caídas en una unidad psiquiátrica. *Anales Sis San Navarra* 2001;24(2):219-24.
45. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;50(2):89–96.
46. Rezende CDP, Federal U, Preto DO, Preto O. Cadernos de Saúde Pública - Falls in elderly Brazilians and the relations. *Cadernos de Saúde Pública* Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos : revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública - Falls in elderly Br.* 2015;1–14.
47. Keith D, Wee R. Psychotropic drug-induced falls in older people. A review of interventions aimed at reducing the problemas drug ageing 2012;29(1);15-30.
48. Gallegos Sánchez S, Aguilar Rodríguez MM, Camarillo Ruiz MN. Relación de los factores de riesgo y comorbilidad en el programa de prevención de caídas en usuarios hospitalizados en un hospital psiquiátrico del sector salud. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2010;7(2):38-44.
49. Downton H. Falls in the elderly. London: Edward Arnold; 1993.
50. Almansa Martínez P. Metodología de los cuidados enfermeros. 4ª ed. Murcia: Diego Marín Lib. Ed.; 2008.
51. Gordon M. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 11ª ed. Madrid: Mc GrawHill; 2007.
52. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. (2012-2014). Madrid: Elsevier; 2014.
53. Ackley BJ, Ladwing GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

54. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
55. Bulechek GM, Butcher HK, Docteman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
56. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Enfermería. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. [Online]. 2002 [21 Diciembre 2014]. Disponible en: <http://rnao.ca/bpg/language/prevenci%C3%B3n-caidas-y-lesiones-derivadas>
57. Launay C, De Decker L, Annweiler C, Kabeshova A, Fantino B, Beauchet, O. Association depressive symptoms with recurrent falls: a cross-sectional elderly population based study and systematic review. J Nutr Health Aging 2013;17(2):152-57.

ANEXO I. TABLA FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS

RIESGOS DE CAÍDAS		
FACTORES NANDA	FACTORES INTRÍNSECOS	FACTORES EXTRÍNSECOS
<p>Adultos: mayores de 65 años, historia de caídas previas, prótesis MMII, vivir solo, uso de dispositivos de ayuda, uso de silla de ruedas.</p> <p>Cognitivos: estado mental, antecedentes psiquiátricos</p> <p>Farmacológicos</p> <p>Fisiológicos: antecedentes orgánicos, diarrea, debilidad MMII, dificultad en la marcha, deterioro del equilibrio, insomnio, cambios de glucemia, dificultades auditivas y visuales, incontinencia.</p> <p>Ambientales: entorno desordenado, déficit de iluminación, falta de material deslizantes, sujeciones, alfombras, habitación desconocida</p>	<p>Historia previa de caídas</p> <p>Edad superior a 65 años</p> <p>Alteraciones de la marcha, del equilibrio y postura</p> <p>Alteraciones musculares, articulares y de pies</p> <p>Trastornos y disminución de la visión - audición</p> <p>Desacondicionamiento físico o sedentarismo</p> <p>Rechazo al uso de ayudas técnicas</p> <p>Confianza exagerada en sí mismo.</p> <p>Uso de dispositivos de ayuda, Prótesis Miembros Inferiores</p> <p>Alteraciones neurológicas: ACVA, neuropatías, mielopatías, trastornos laberínticos, hidrocefalia, tumores, parkinson.</p> <p>Alteraciones cardiovasculares: arritmias, hipotensión ortostática, ataques isquémicos transitorios, crisis hipertensiva.</p> <p>Alteraciones Psiquiátricas: delirium, depresión, alteraciones cognitivas, distracción, trastorno de atención, trastorno de la conducta, trastorno de la conciencia.</p> <p>Alteración Nutricional/metabólicas: deshidratación, hipoglucemia</p> <p>Alteración Esfínteres: incontinencia de esfínteres Fármacos.</p>	<p>Material propio de las unidades: vigilancia de carros de comidas de curas, material de mantenimiento,..</p> <p>Salas de medicación, de terapia, de tratamientos, despachos, zonas de trabajo y de limpieza de acceso restringido.</p> <p>Iluminación inadecuada</p> <p>Barandillas de las camas inadecuadas /defectuosas</p> <p>Frenos de las camas inadecuados /defectuosos.</p> <p>Timbre de llamada retirado / inaccesible.</p> <p>Servicios inaccesibles, sin asideros apropiados a la planta y sin adaptador para wc</p> <p>Suelos mojados /deslizantes</p> <p>Desorden</p> <p>Ropa y calzado inadecuados</p>

ANEXO II. FÁRMACOS

Criterios BEERS publicados en JAGGS 2012	
<p>GRUPO 1:</p> <p>FÁRMACOS A EVITARSE EN ANCIANOS.</p>	<p><u>Anticolinérgicos</u>: posibilidad de producir confusión y alucinaciones.</p> <p><u>Antitrombóticos</u>: posibilidad de producir hipotensión.</p> <p><u>Fármacos de acción en SNC</u>: posibilidad de producir sedación, somnolencia^{29,30,31,32}.</p> <p>Antidepresivos: la prescripción o aumento de antidepresivos que no pertenecen al grupo ISRS durante las primeras 48 horas aumenta el riesgo de caídas.</p> <p>Antidepresivos Tricíclicos (ATC): Amitriptilina, clomi e imipramina, maprotilina. El riesgo de caída se relaciona con los efectos adversos que estos producen: sedación, somnolencia, hipotensión, visión borrosa, trastorno de acomodación, hipotensión postural, síncope, alteración motora.</p> <p>Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Paroxetina, Sertralina, citalopram: Mayor riesgo de fractura por reducir la densidad ósea. Algunos de sus efectos adversos son: somnolencia, parestesias, temblores, alteración de la atención, visión b Trazadona: El riesgo de caída se relaciona con los efectos adversos: confusión, agitación, desorientación, mareo, vértigo, somnolencia, visión borrosa, parestesias.</p> <p>Antipsicóticos.</p> <p>Neurolepticos Prolongados: producen entre otros efectos parkinsonismo.</p> <p>Benzodiazepinas (BZD): el uso de estas dobla el riesgo de caídas. Algunos efectos adversos: deterioro cognitivo, alteración de la memoria, somnolencia, deterioro de la coordinación motora. Aumenta la incidencia de Fractura de cadera⁹.</p> <p>Hipnóticos no Benzodiazepínicos: Zolpidem.</p>
<p>GRUPO 2:</p> <p>FÁRMACOS INADECUADOS CON DETERMINADAS ENFERMEDADES</p>	<p><u>Demencia.</u></p> <p>Anticolinérgicos, Benzodiazepinas.</p> <p>Antipsicoticos Crónicos.</p> <p>Típicos: clorpromazina, flufenazida, promazina, perfenazina, haloperidol.</p> <p>Atípicos: Amisulpiride, aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina,risperidona,ziprasidona.</p> <p><u>Pacientes con antecedentes de caídas y fracturas</u></p> <p>Anticonvulsionantes, Antipsicóticos, Benzodiazepinas, Hipnoticos no Benzodizepinicos, Antidepresivos Tricíclicos e ISRS.</p>

ANEXO III. ESCALA DE J.H. DOWNTON

ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS J.H. DOWNTON		
ALTO RIESGO ≥ 3 PUNTOS		
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES SEDANTES	1
	DIURÉTICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS FARMACOS	1
DEFICITS SENSORIALES	NINGUNO	0
	ALTERACIÓN VISUAL	1
	ALTERACIÓN AUDITIVA	1
	EXTREMIDADES/ ICTUS	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACIÓN	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1

ANEXO IV. ALGORITMO VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDA

