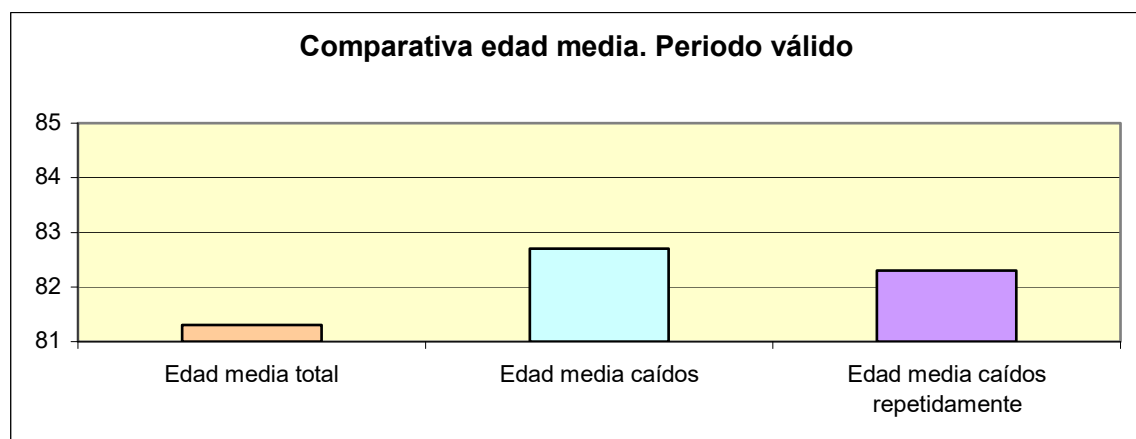


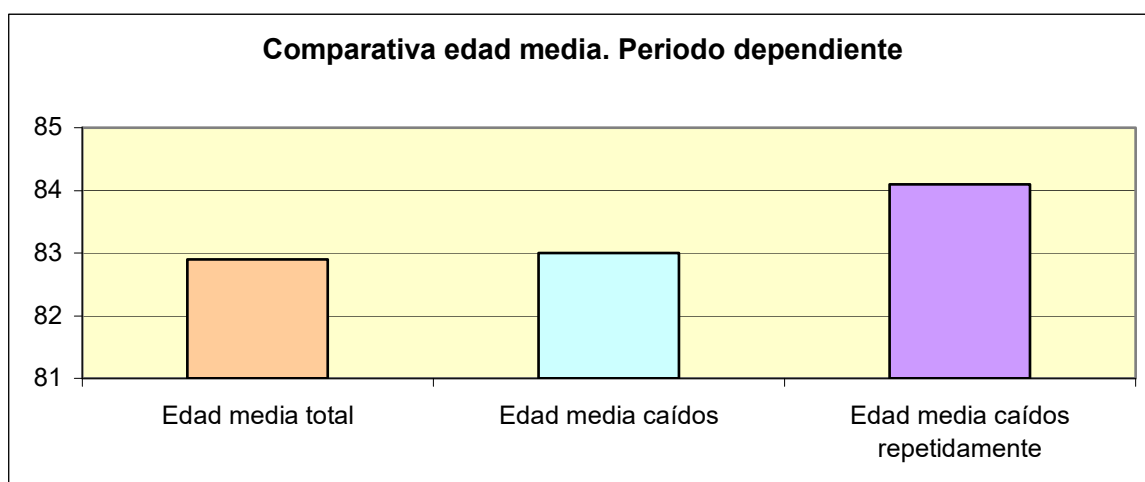
5. RESULTADOS

En este apartado, diferenciaremos entre el periodo comprendido entre abril del 2001 hasta diciembre del 2002, ambos inclusive, al que llamaremos “periodo válido” y el periodo entre enero del 2003 y julio de 2005 al que denominaremos “periodo dependiente”. Como se puede comprobar, el adjetivo depende de la posibilidad de ingreso de válidos en el centro ya que esto no significa que hasta el final del primer periodo tanto en la residencia como el centro de día sólo tuvieran cabida usuarios sin dependencia.

La edad media de los residentes y usuarios en la actualidad es de 83.6 años mientras que en los años anteriores fue la siguiente: en 2001, 80.2; en 2002, 82.4; en 2003, 82.2 y en 2004, 83.

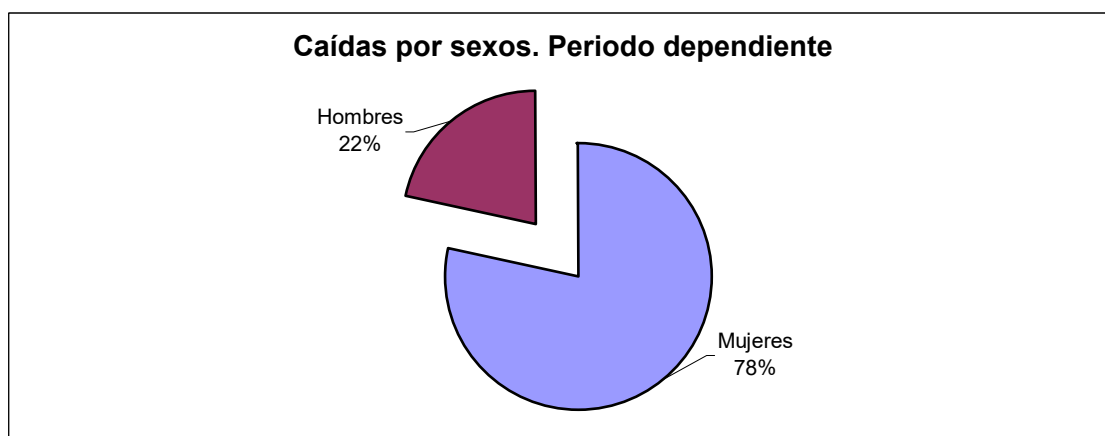
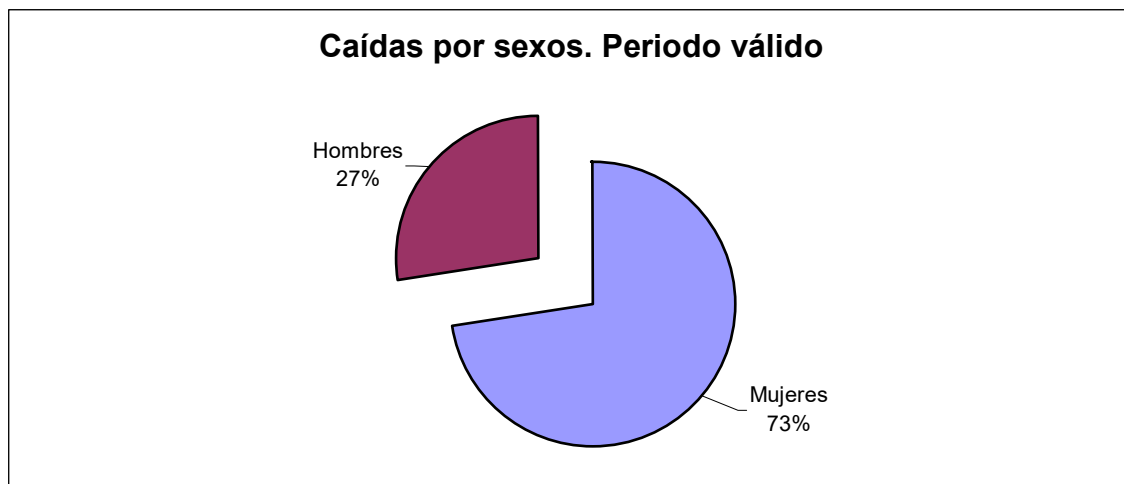
Si establecemos una comparación entre esta edad media con la de los caídos y los caídos repetidamente comprobamos que en ambos periodos la edad de las que habían tenido caídas era ligeramente superior a la media de la Residencia y el Centro de Día.





La edad media en el periodo dependiente es mayor que en el válido en los tres casos. Los caídos se encuentran por encima de la edad media de los residentes. Los caídos repetidamente en el primer periodo tenían menos edad que los caídos una vez, mientras que en el periodo dependiente ocurría lo contrario. Pensamos que esto debido a las a que una persona de 68 años tenía inestabilidad y se cayó 16 veces en el primer periodo, lo que hizo bajar mucho la media de edad de los caídos de repetición.

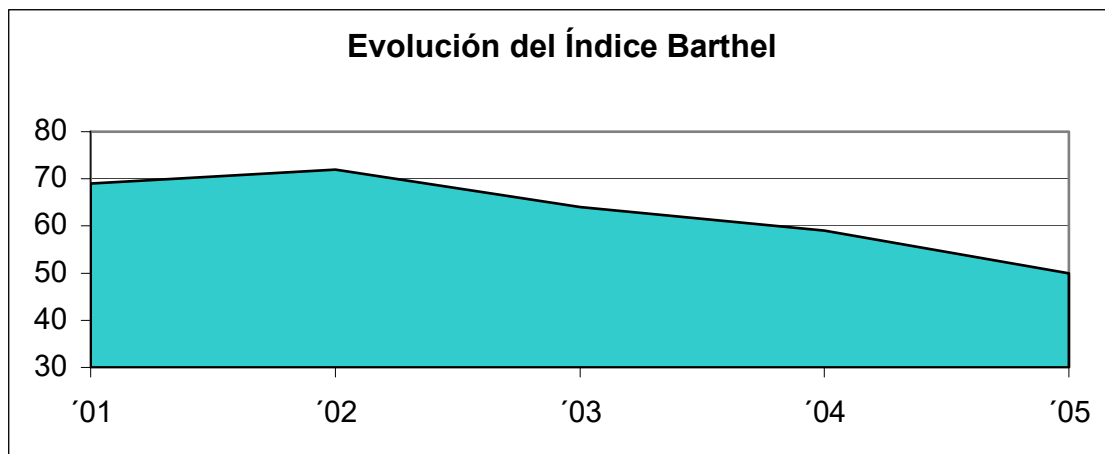
En cuanto al sexo, como muestran gran cantidad de estudios, las mujeres caen más que los hombres. En nuestro caso hay que apuntar que la relación hombre/mujer en el momento actual uniendo Centro de Día y Residencia es de 1/3 y no se ha podido calcular la de años anteriores, pero sí es cierto que había más porcentaje de varones



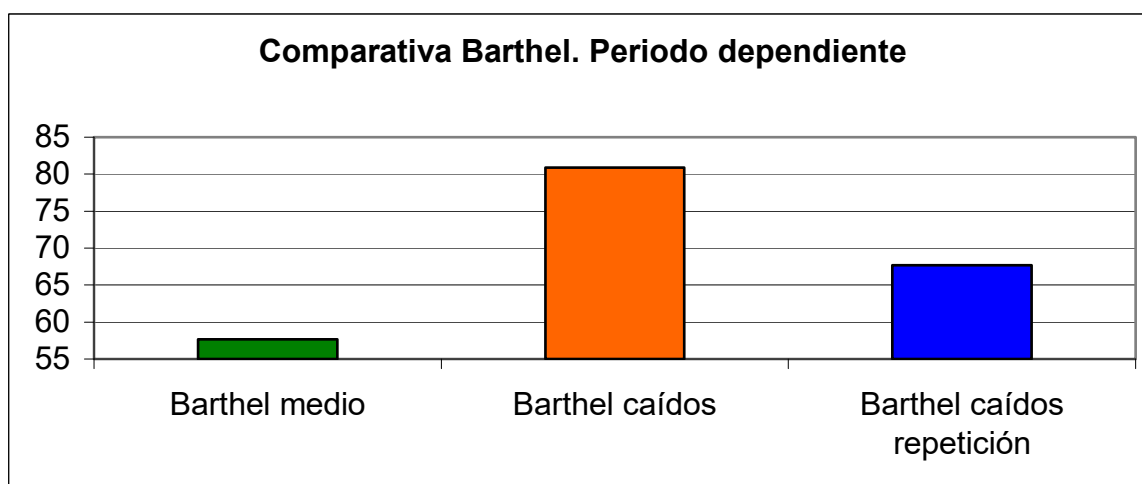
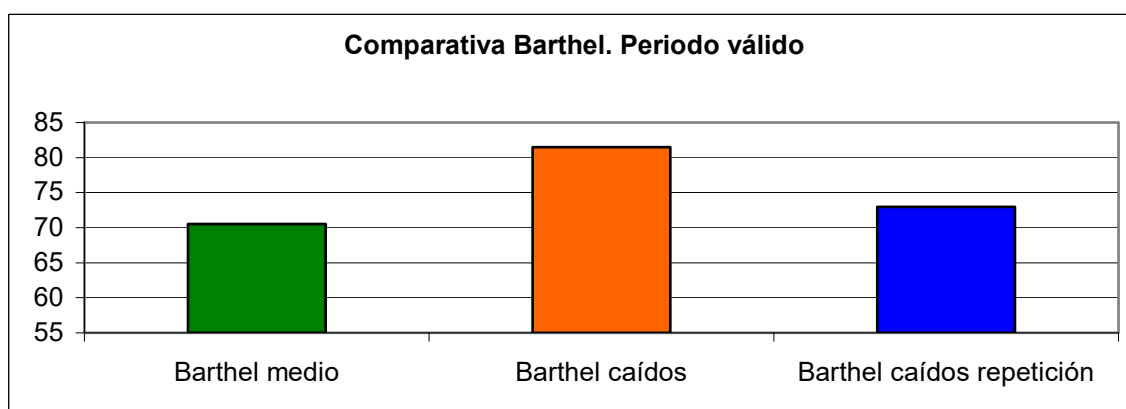
El porcentaje de hombres va disminuyendo, por dos motivos, uno porque caen menos y otro porque son menos.

El Índice de Barthel ha ido descendiendo la puntuación media en los últimos años, esto se debe a que el número de residentes autónomos va disminuyendo, al ingresar muchos menos y a que los había han ido perdiendo independencia progresivamente.

La evolución del índice se puede observar en el siguiente gráfico.

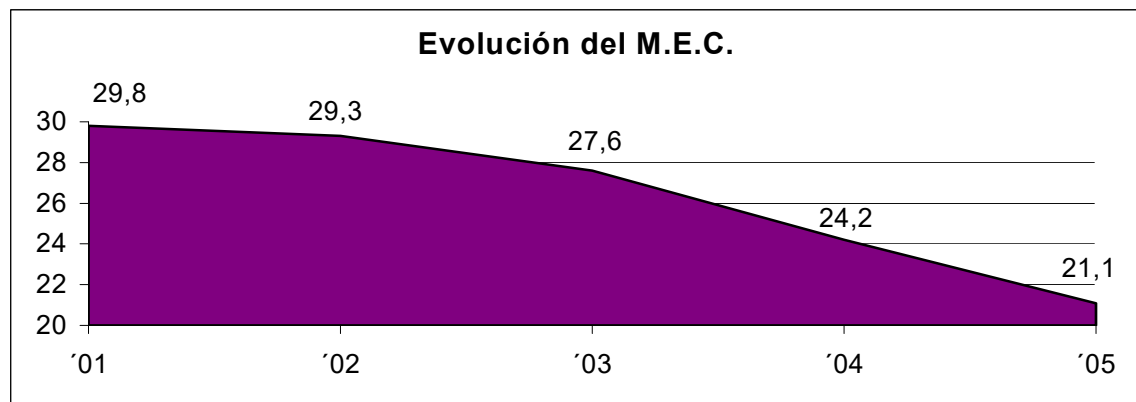


Por otro lado, también es importante reseñar la comparativa entre la puntuación media del Barthel, la de los caídos y la de las personas que padecieron caídas de repetición en ambos periodos.



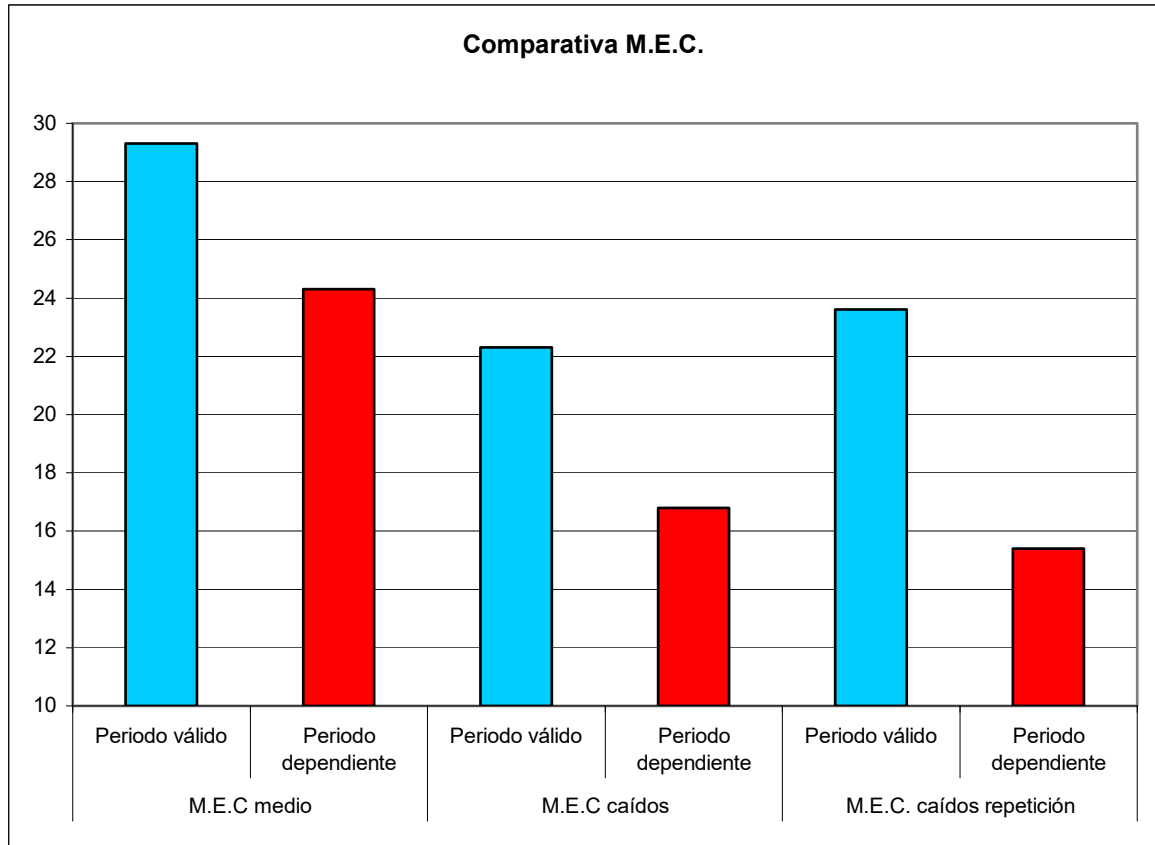
El descenso del Índice Barthel medio, no ha implicado un descenso en el Barthel de los caídos, que sigue siendo prácticamente el mismo. Esto nos hace ver que los caídos tienen un perfil físico similar, con independencia del índice total. Los caídos repetidamente han disminuido ligeramente su autonomía en las A.B.V.D., pero no de forma sustancial.

Lo mismo que ha ocurrido con la dependencia física ha sucedido con la cognitiva, es decir, con el pasar de los años ha ido aumentando, datos que se observan en la disminución del M.E.C.



La comparativa entre la puntuación media del M.E.C. y la de los caídos muestra que el M.E.C. de los caídos es inferior a la media, es decir, que los residentes con más deterioro cognitivo tienen más posibilidades de caerse, por lo que los que tienen caídas de repetición aún presentan una puntuación más baja. Esto es fácil de entender, ya que, cuando el deterioro cognitivo es muy alto este test no es valorable con lo que en la media sólo se incluye a los residentes que tienen hasta un grado moderado de deterioro, con lo que la puntuación media aumenta considerablemente al no incluir todas las puntuaciones con valor 0 de los déficits cognitivos severos. Por el contrario, si el caído tenía ese grado de déficit se

anotaba como puntuación cero a la hora de mostrar el MEC en esta cohorte.

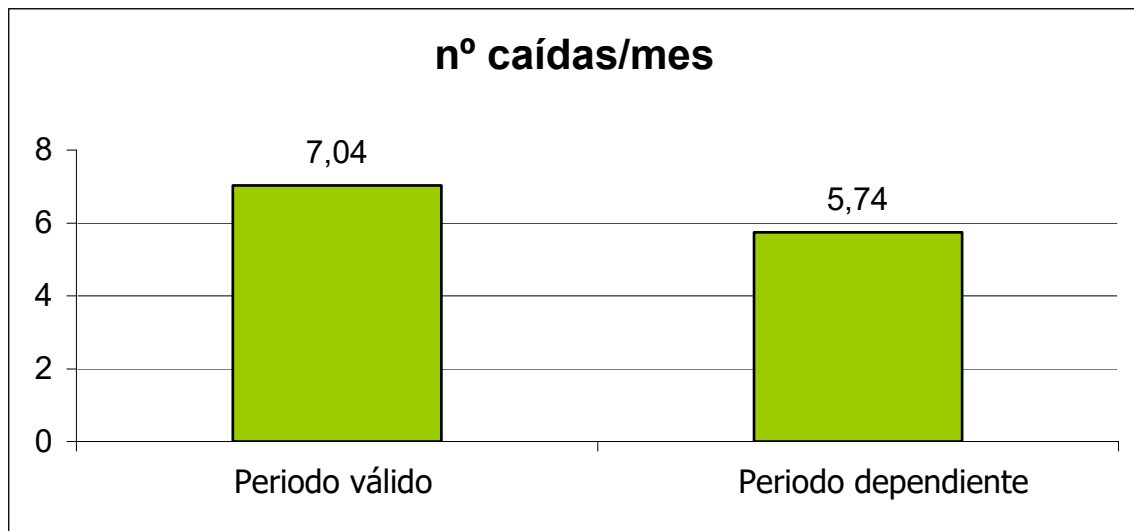


Para evitar confusiones, debemos observar este gráfico dividiéndolo en los tres grupos:

- En el grupo de la media vemos que el M.E.C. ha disminuido de un 29.5 a un 24.3 de media.
- En la media de los caídos observamos una disminución desde 22.5 a un 16.8.
- En el grupo de caídas de repetición es donde más diferencia se observa, de un 23.5 a n 15.4.

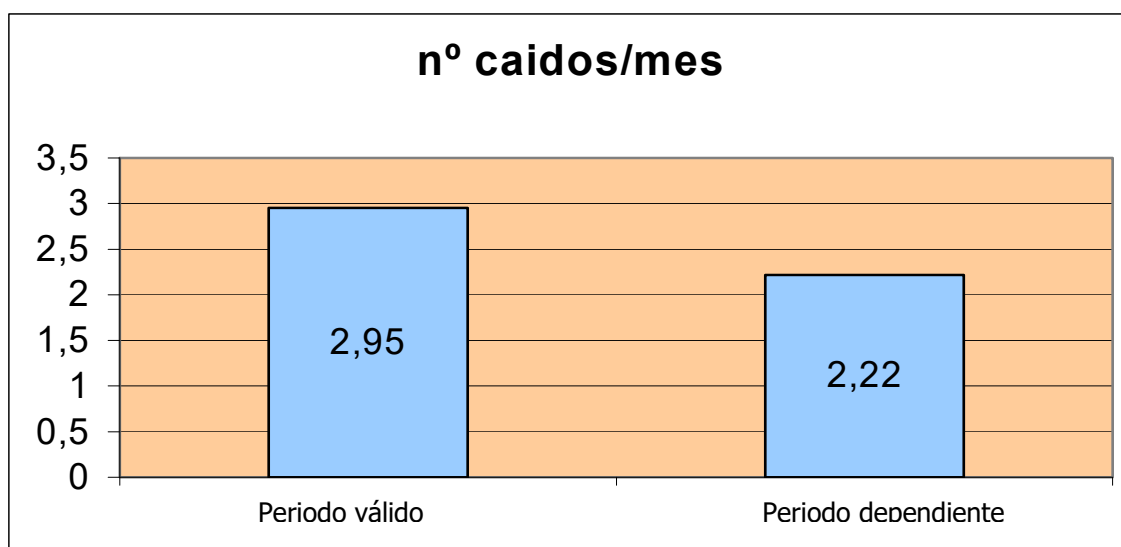
Hablando de las caídas específicamente nos encontramos que en el periodo válido se produjeron 148 caídas y en el periodo dependiente 178, lo cual implica que la media mensual de caídas

fue 7.04 en el primer periodo y 5.74 en el segundo (teniendo en cuenta, como hemos dicho anteriormente, que la primera cifra se divide entre 21 meses y la segunda entre 31 que son los que forman los periodos para el cálculo de la media).



Como vemos el número de caídas por mes ha disminuido al aumentar el grado de dependencia, dato significativo y esperado en nuestro estudio.

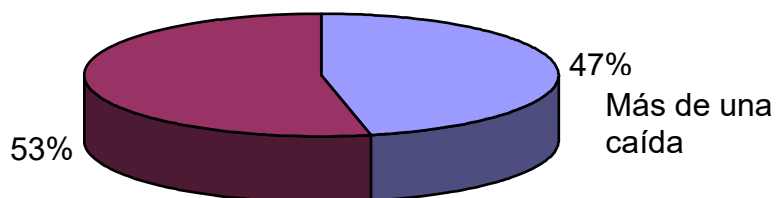
Si nos referimos a los caídos en el periodo válido hubo 62 lo que supone 2.95 caídos/mes, mientras que en el periodo dependiente se registraron 69 caídos, lo que supone una media de 2.22 caídos/mes.



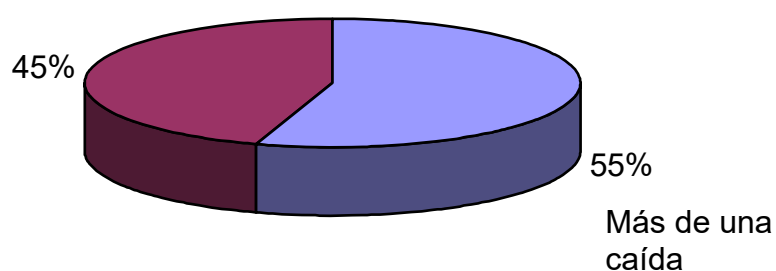
El número de caídas también ha disminuido. Este dato era esperado ya que las personas con limitaciones funcionales para la marcha han aumentado, con lo que existen menos personas con marcha autónoma y también se ha incrementado el número de personas con deterioro cognitivo severo y estas están sometidas a una vigilancia mayor, por lo que las caídas se dan con menor frecuencia dentro de este grupo. Estos datos vienen a confirmar una parte de nuestra hipótesis, cuanto más dependencia en ancianos institucionalizados menos mayores se caen, ahora veremos si se caen los que se caen, lo hacen más o menos veces.

Las caídas de repetición son una parte importante de este estudio y como sospechábamos aumentan con el incremento de la dependencia como podemos observar en el siguiente gráfico, que nos muestra en porcentajes los mayores que cayeron una sola vez y los que cayeron más de una.

Caídas de repetición periodo válido

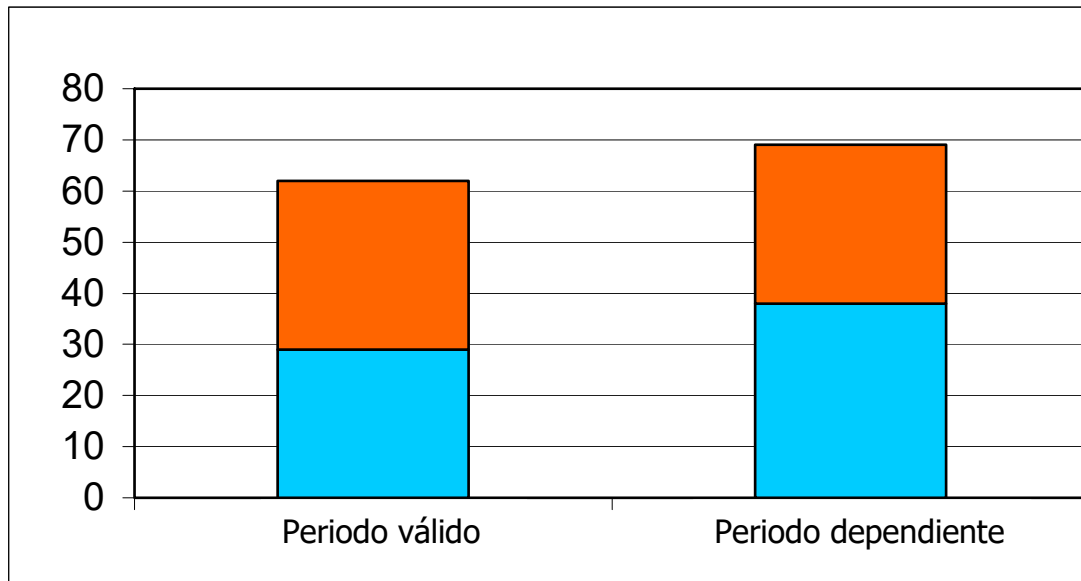


Caídas repetición periodo dependiente



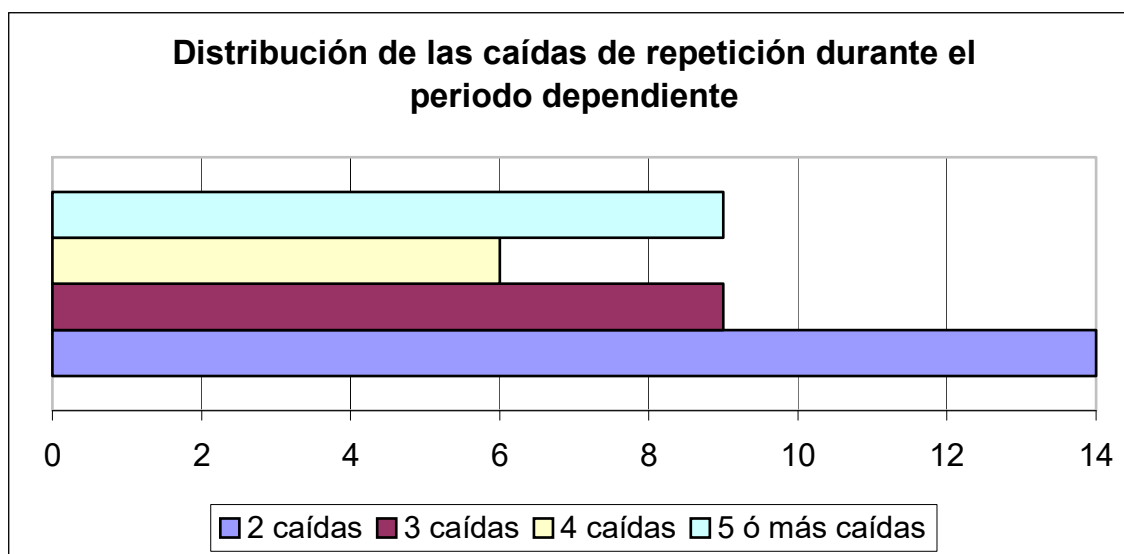
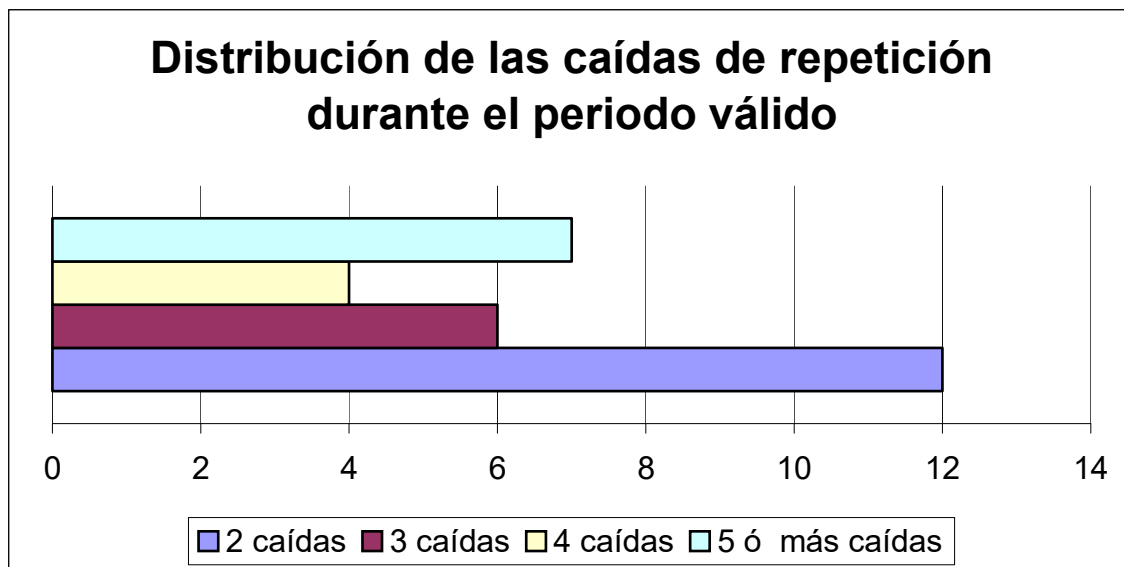
Como se puede observar en la comparativa el porcentaje de personas con caídas de repetición ha aumentado desde que entró en vigor la orden por la que las plazas de residencias y centros de día sólo son utilizadas por dependientes moderados y severos, lo que hace que nuestra hipótesis se vea ratificada

El siguiente gráfico resume el trabajo realizado hasta ahora:



Vemos que en el periodo valido se produjeron, como ya hemos dicho 62 caídas en 21 meses, por los 69 en 31 meses en periodo dependiente, lo que supone un número de caídas/mes menor en el segundo grupo. Por otro lado, podemos observar como aumentan las zonas azules, lo que implica que el porcentaje de caídas de repetición aumenta, pero no el número de caídas repetidamente como hemos visto en el gráfico anterior.

La distribución de las caídas de repetición es similar para los dos periodos, la comprobación se puede realizar comparando los dos gráficos siguientes.

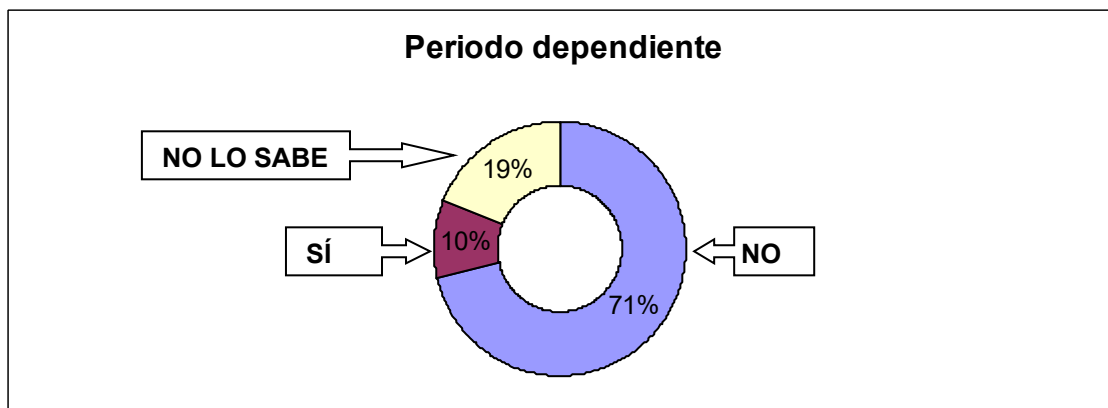
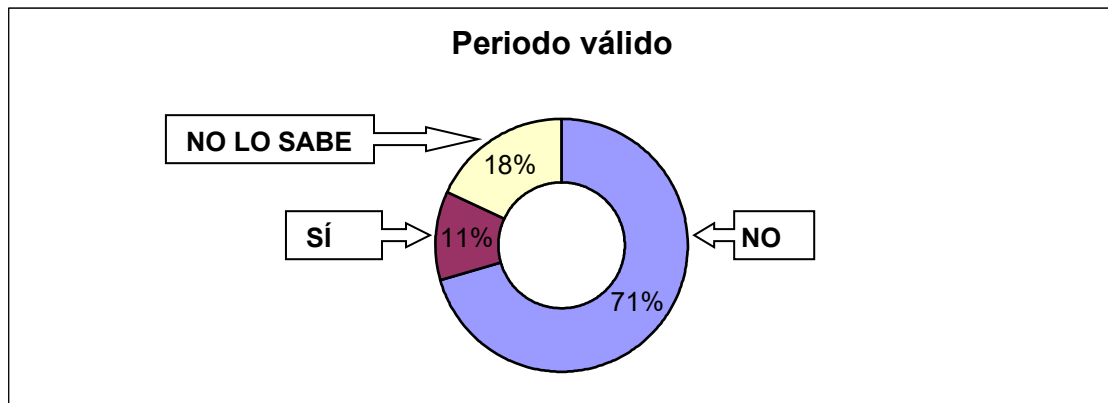


Se puede observar que el dibujo es prácticamente el mismo, lo único que varía es la numeración, que es mayor en el segundo periodo al ser más largo.

Una vez que hemos obtenido estos resultados nos vamos a centrar en las diferencias que resultan las caídas cuando la dependencia

aumenta. Esto lo vamos hacer analizando las preguntas del cuestionario O.M.S. para el estudio de caídas y comparando ambos periodos.

¿Es la primera caída?



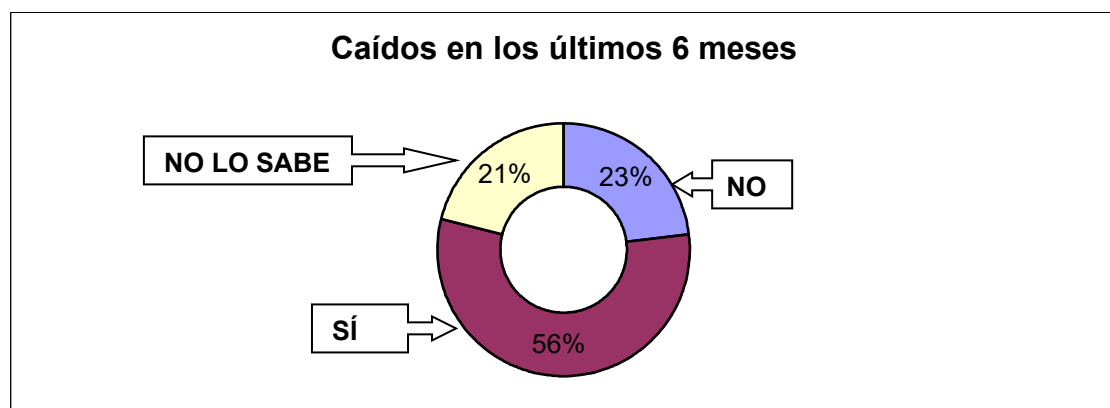
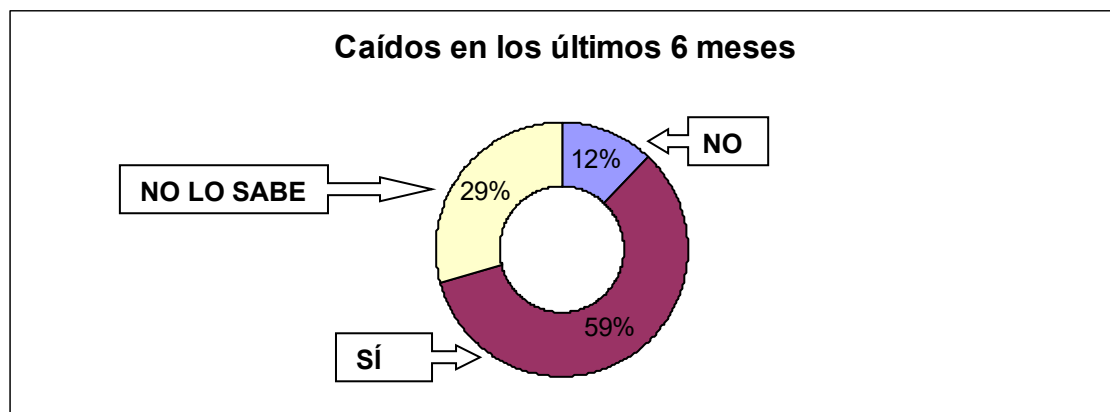
La diferencia es prácticamente inexistente, en ambos periodos más de dos tercios de los mayores ya han caído anteriormente.

Un dato que esperábamos en nuestro estudio y no se ha dado, es el aumento de la respuesta “no lo sabe”. Nuestra teoría era que este dato iba a aumentar por dos motivos: uno, al aumentar el deterioro cognitivo y el segundo al disminuir el tiempo de las estancias

temporales de 4 meses a un mes, lo que implica más desconocimiento de las posibles caídas anteriores del usuario.

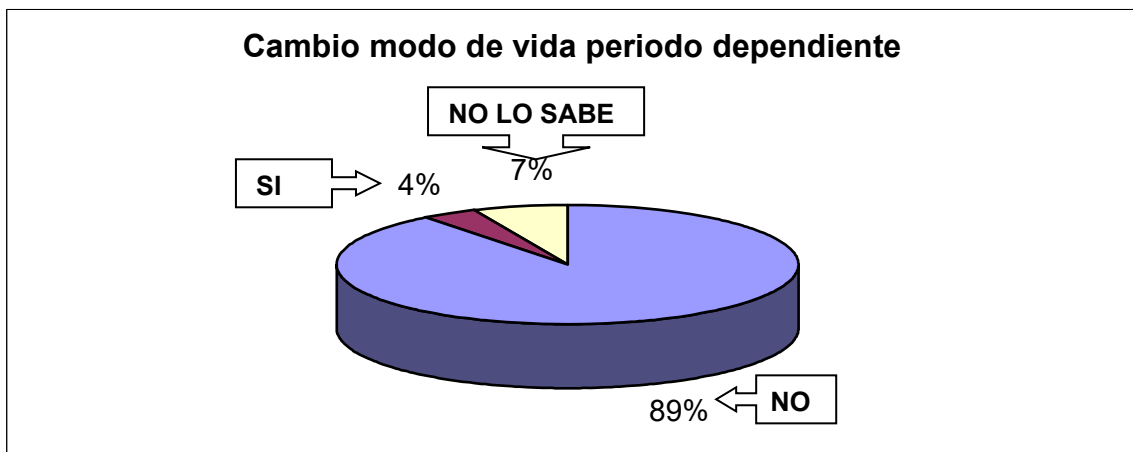
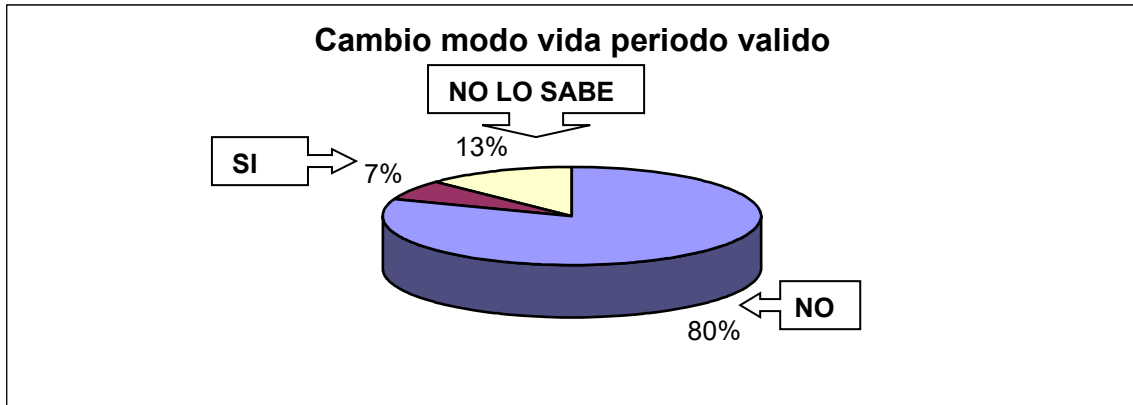
Pensamos que esto es debido a que los examinadores, en muchos casos de deterioro cognitivo, responden desde el conocimiento de caídas anteriores, sin dejar la respuesta al residente, al interpretar que no van a obtener un dato fiable.

¿Se ha caído en los últimos seis meses?



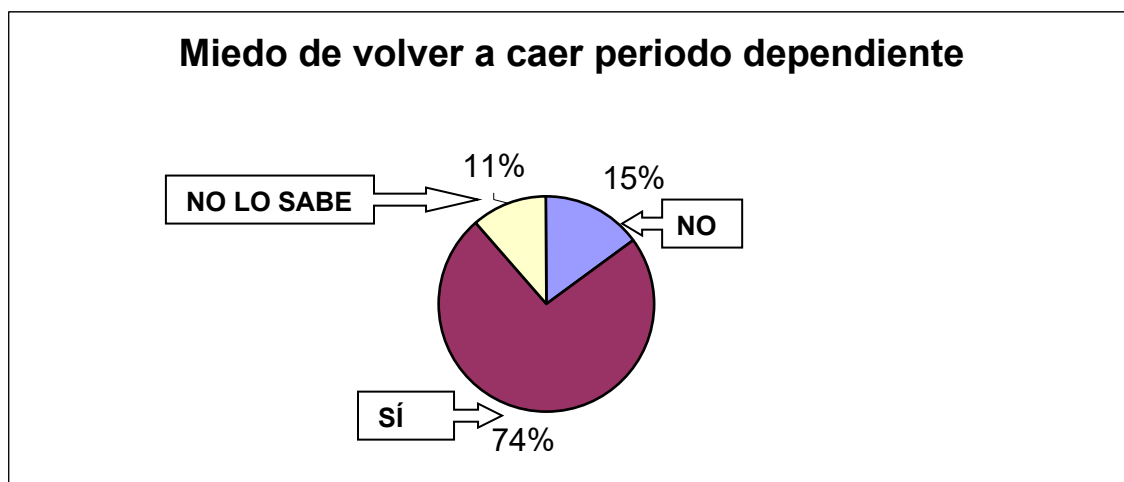
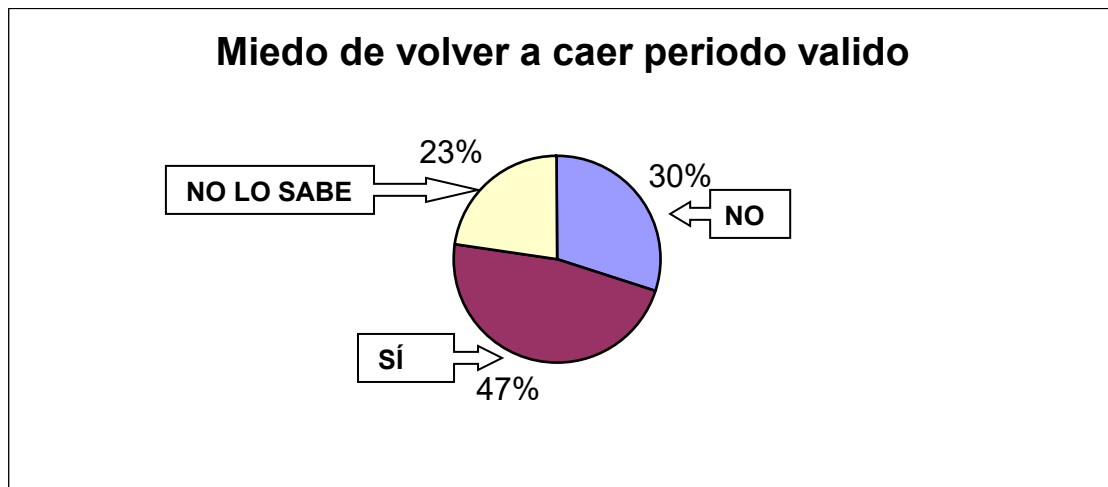
Disminuye el “no lo sabe”, suponemos que por el motivo mencionado en la pregunta anterior y aumenta el “no”, por el mayor control que presenta una residencia de sólo personas dependientes.

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



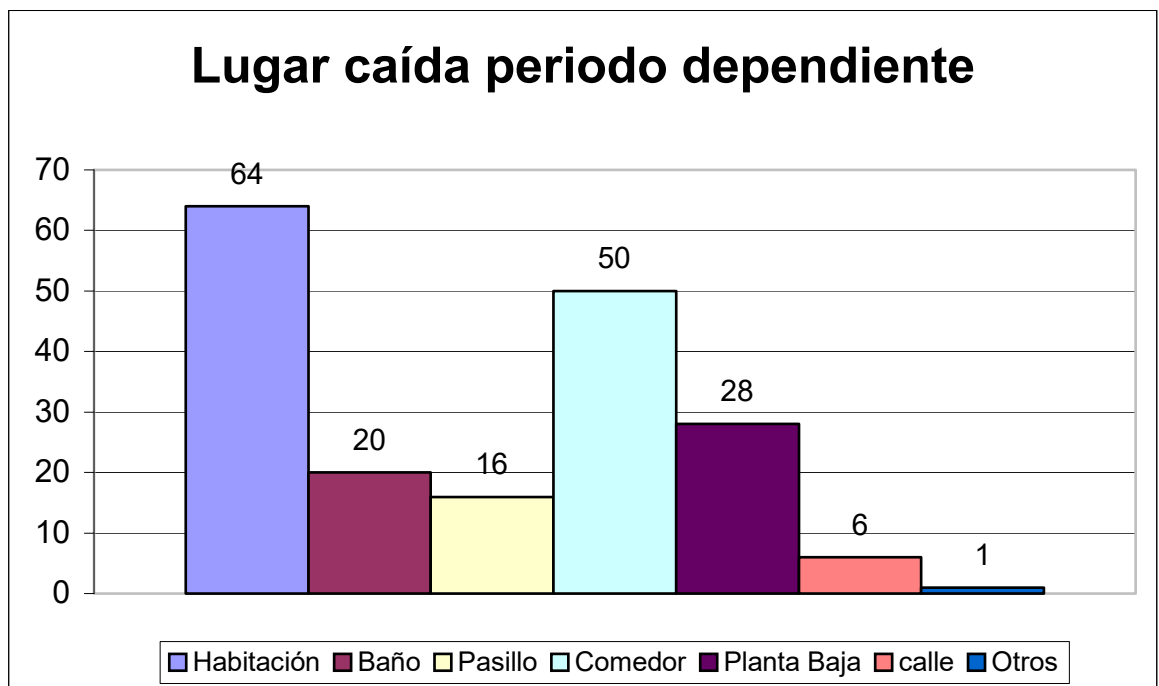
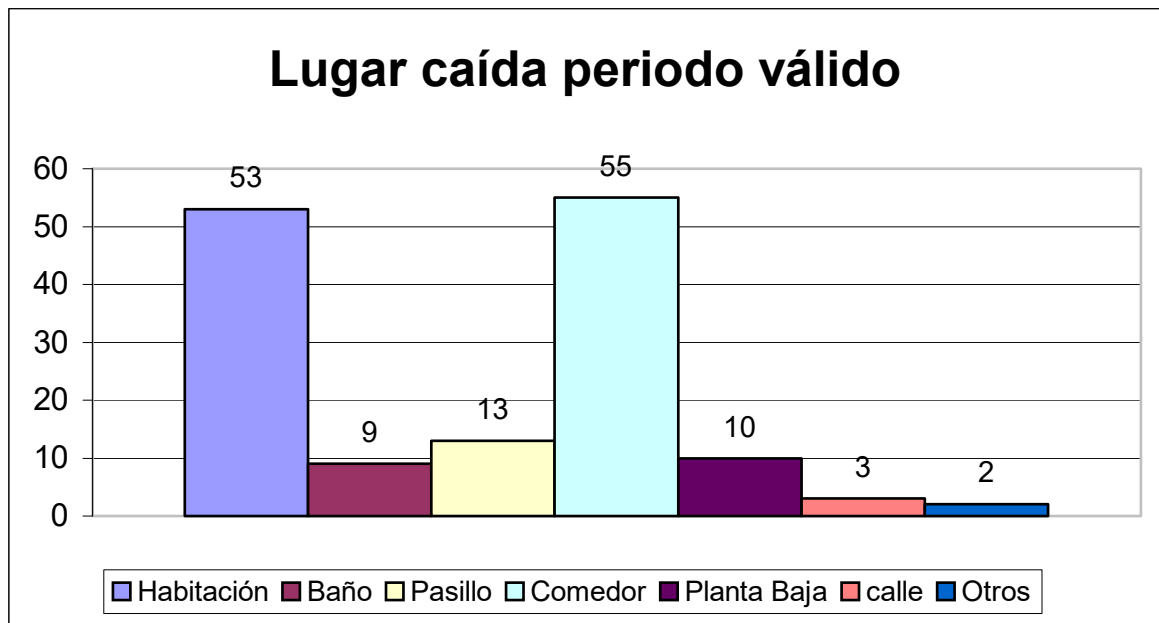
Ha aumentado el “no” en detrimento de los otros dos valores. Pensamos que es debido a que cuanto más autónomo se es, más capacidad funcional tienes el riesgo de perder, en cambio si ya tienes limitaciones, normalmente cubiertas por compensaciones, en caso de que se limite aún más la limitación, se puede suplir aumentando la compensación, que ya es conocida. Además si ya en el caso de haberse perdido las capacidades funcionales, ya no pueden ser afectadas, con lo que el modo de vida se ve inalterado.

¿Tiene usted miedo de volver a caerse?



El miedo también parece ser directamente proporcional a la dependencia. Lo podemos achacar a que cuantos más déficits funcionales existen más posibilidades de caer. Y además si la persona es consciente de estas limitaciones es normal que la sensación subjetiva de peligro aumente.

Lugar de la caída

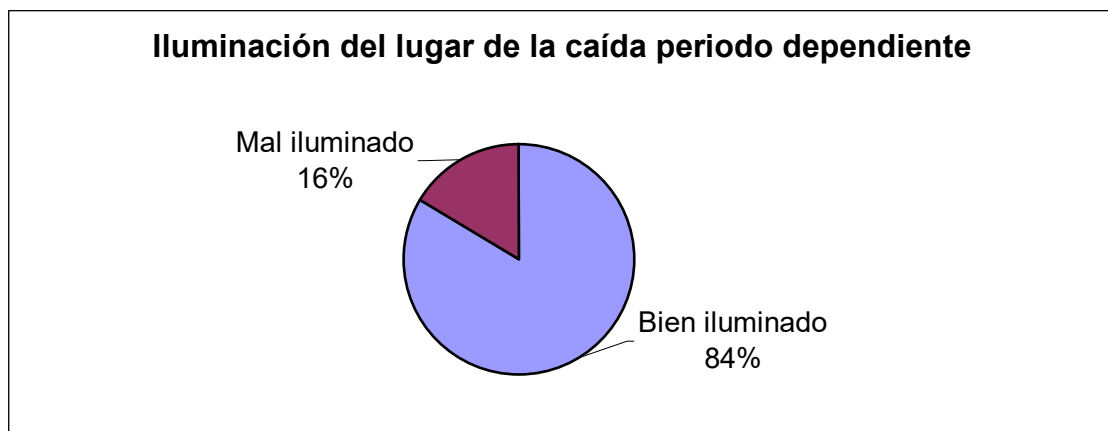
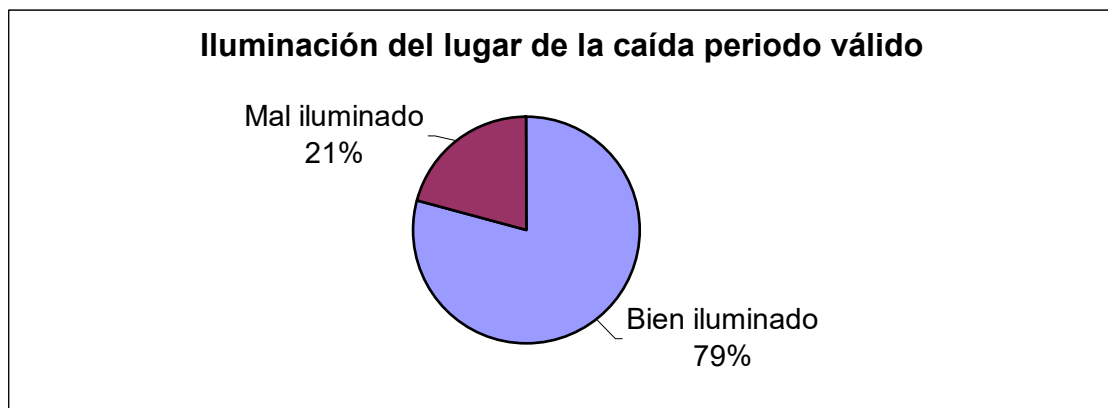


Estos datos no se han puesto en porcentajes porque resultan más difíciles de valorar.

Durante los dos periodos, la mayor parte de caídas se producen en lo que sería la suma de comedor más la planta baja. Tanto el comedor de la Residencia como el Centro de Día se encuentran en la planta baja del centro, por lo que es lógico sumar esos datos. Con esto se convierten en la principal localización de las caídas con 65 caídas en el periodo válido y 78 en el periodo dependiente.

Este dato estaría seguido por las habitaciones como puntos más importantes en donde se producen las caídas con mucha diferencia con las demás localizaciones.

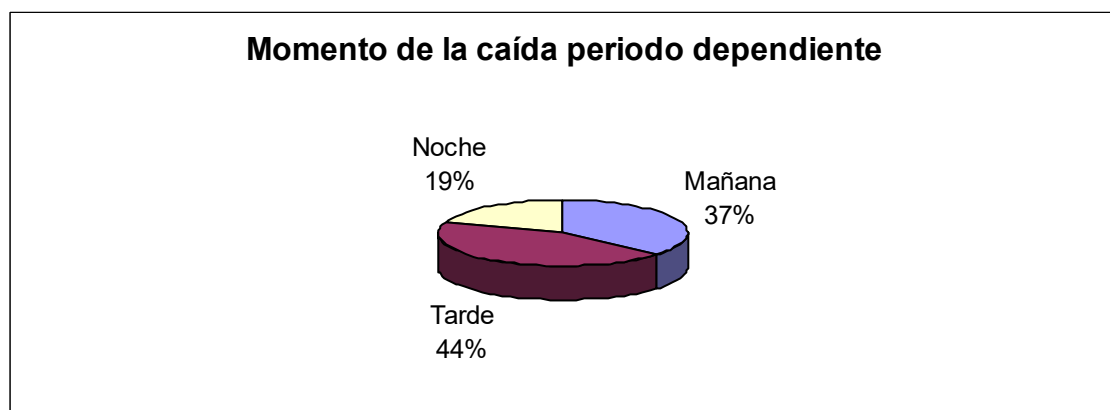
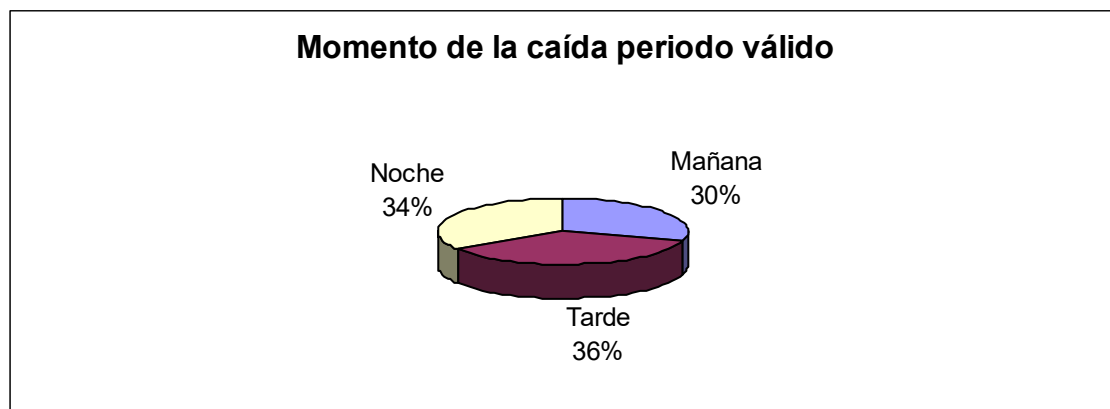
Iluminación del lugar de la caída



Todas las situaciones en las que la caída ha tenido mala iluminación, han tenido lugar en la habitación por la noche.

Las cifras son similares en ambos periodos. Sólo resaltar que cada vez las caídas con mala iluminación son menos debido a que menos personas son capaces de ir al baño de forma independiente.

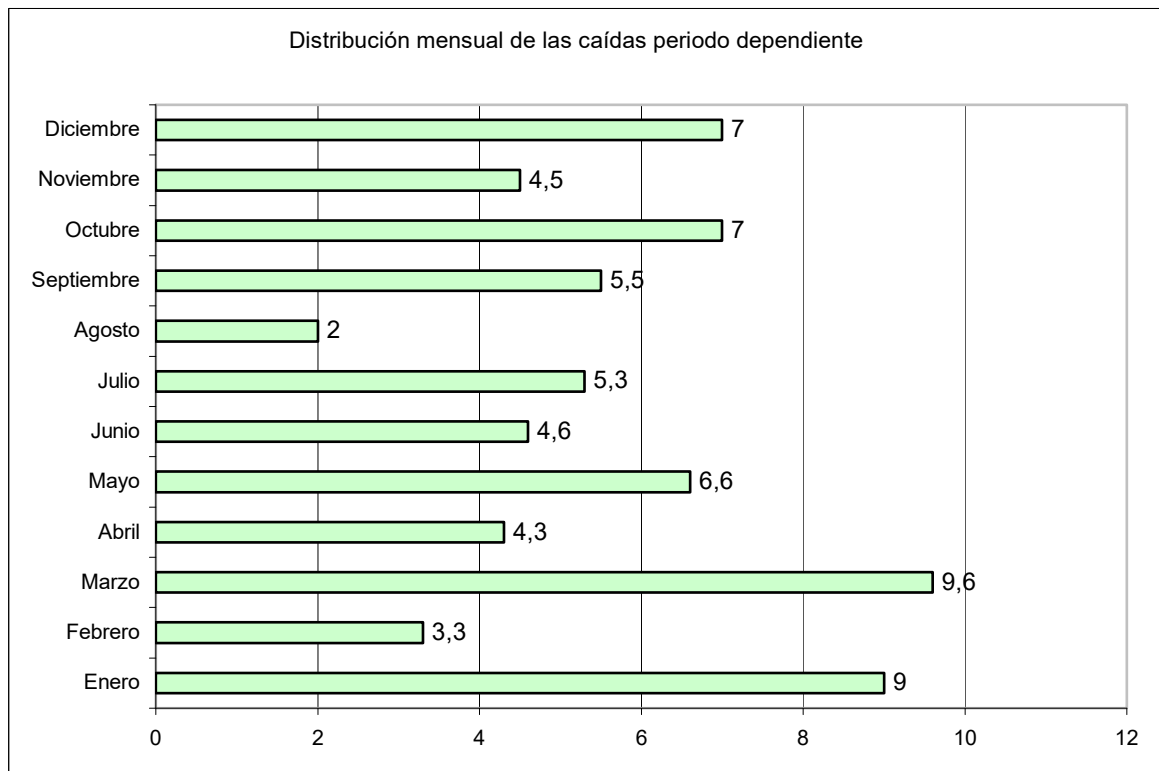
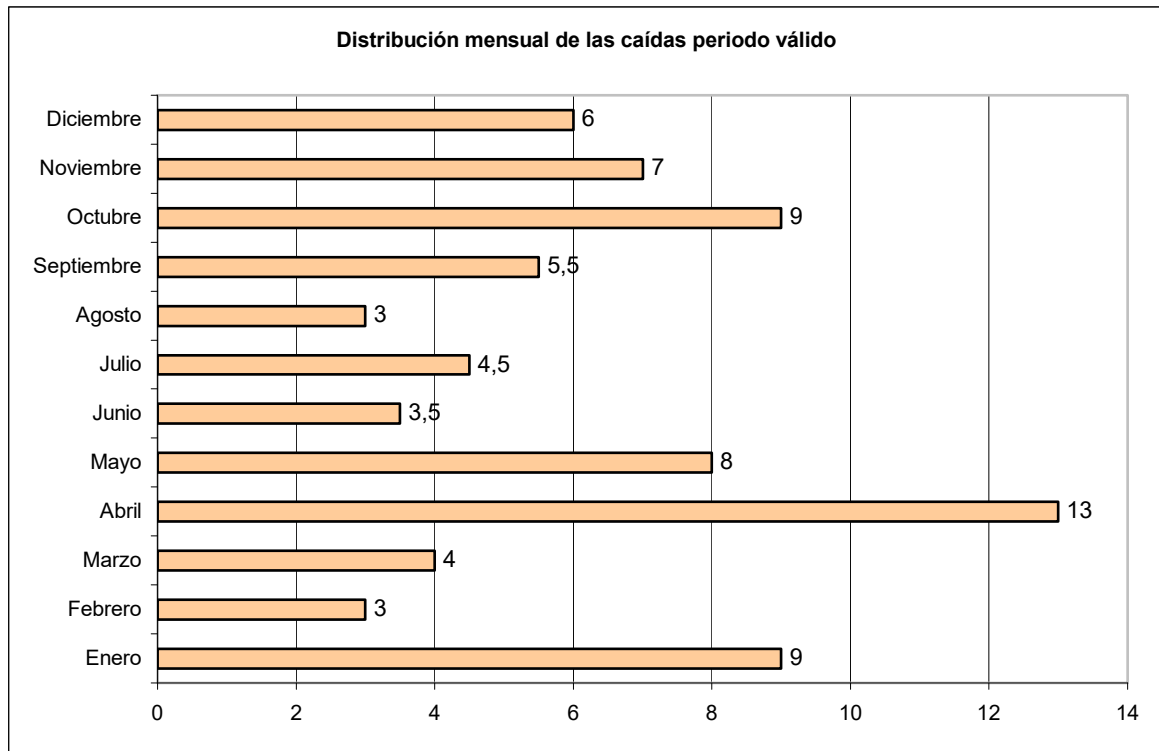
Momento de la caída



La comparativa entre estos dos gráficos ratifica la información que nos daba la pregunta de la iluminación.

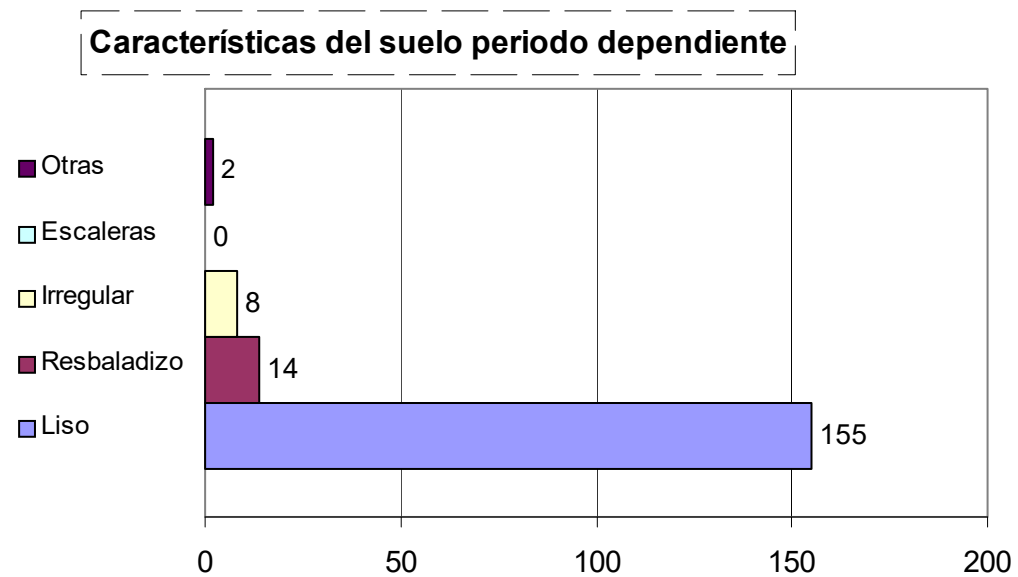
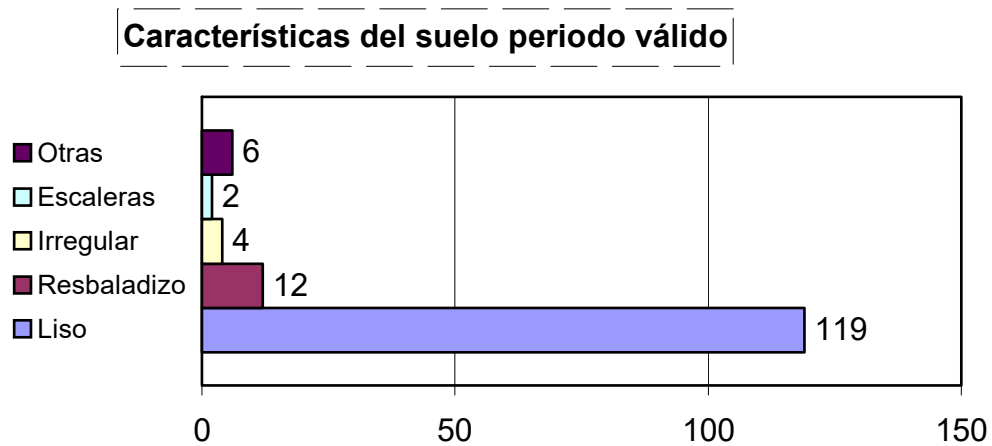
El porcentaje que se pierde en la noche se reparte de forma uniforme entre la mañana y la tarde.

La distribución de las caídas en relación a los meses del año es la siguiente:



Con estos datos pensamos que las caídas no siguen ningún criterio temporal. Existen picos aleatorios que resultan muy difíciles de explicar.

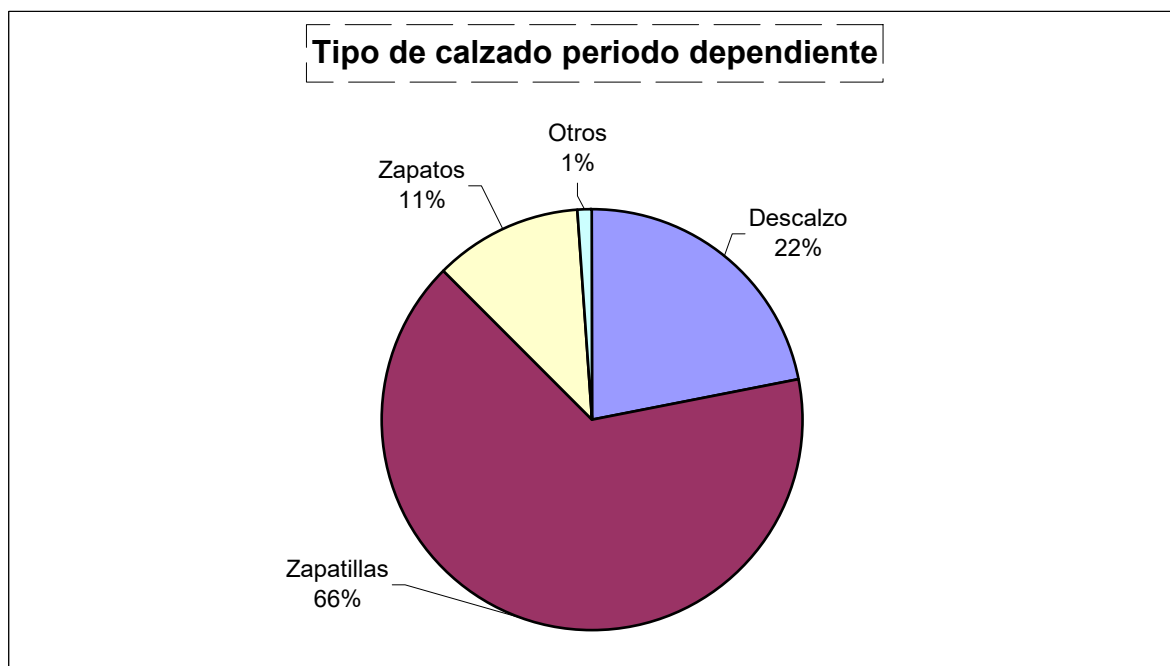
Características del suelo



Los datos no dejan lugar a dudas, excepto en raras ocasiones el suelo donde se produce la caída es liso.

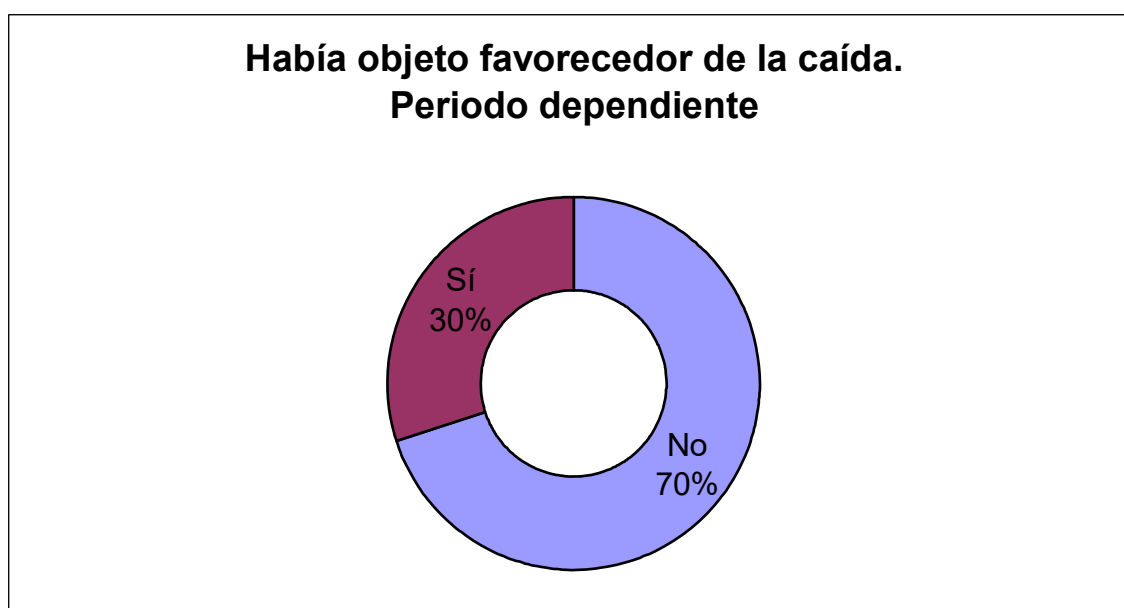
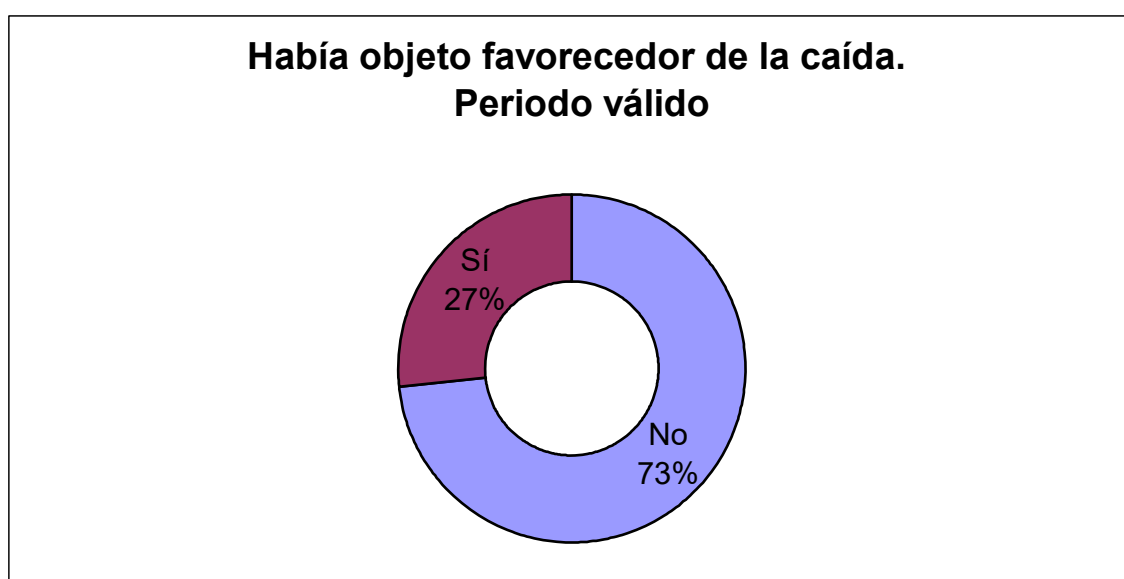
Además no existen diferencias significativas entre el periodo válido y el dependiente.

Tipo de calzado



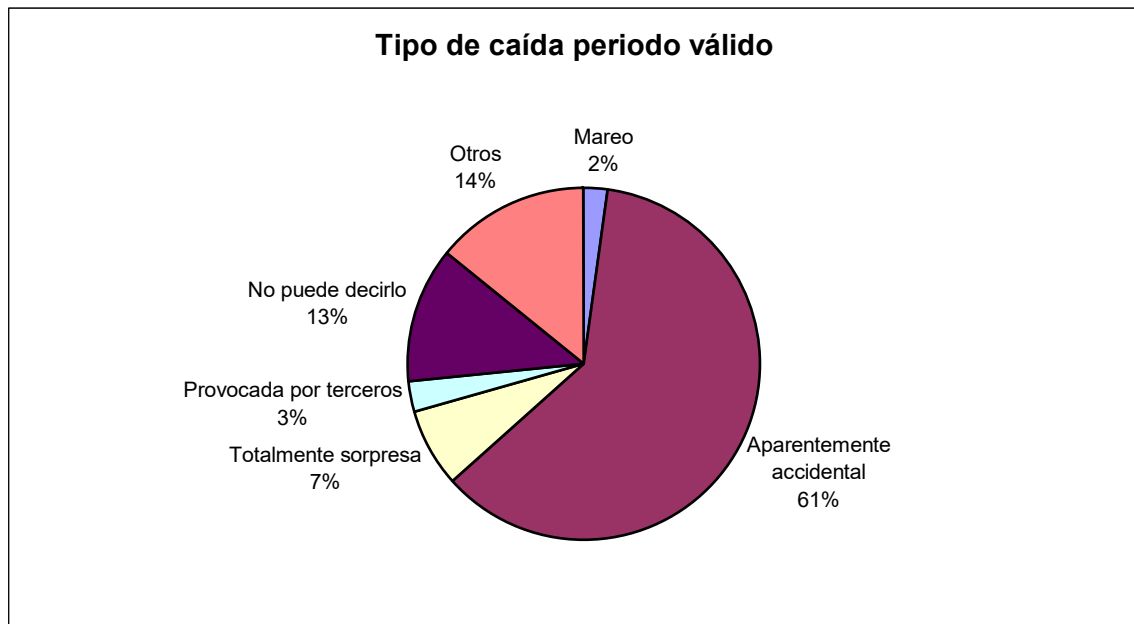
No se aprecian diferencias significativas en este sentido, normalmente las caídas son utilizando zapatillas, seguido de estar descalzo, normalmente por la noche, levantándose para ir al baño. Y por último utilizando zapatos, calzado menos utilizado entre los residentes.

¿Había algún objeto capaz de favorecer la caída?



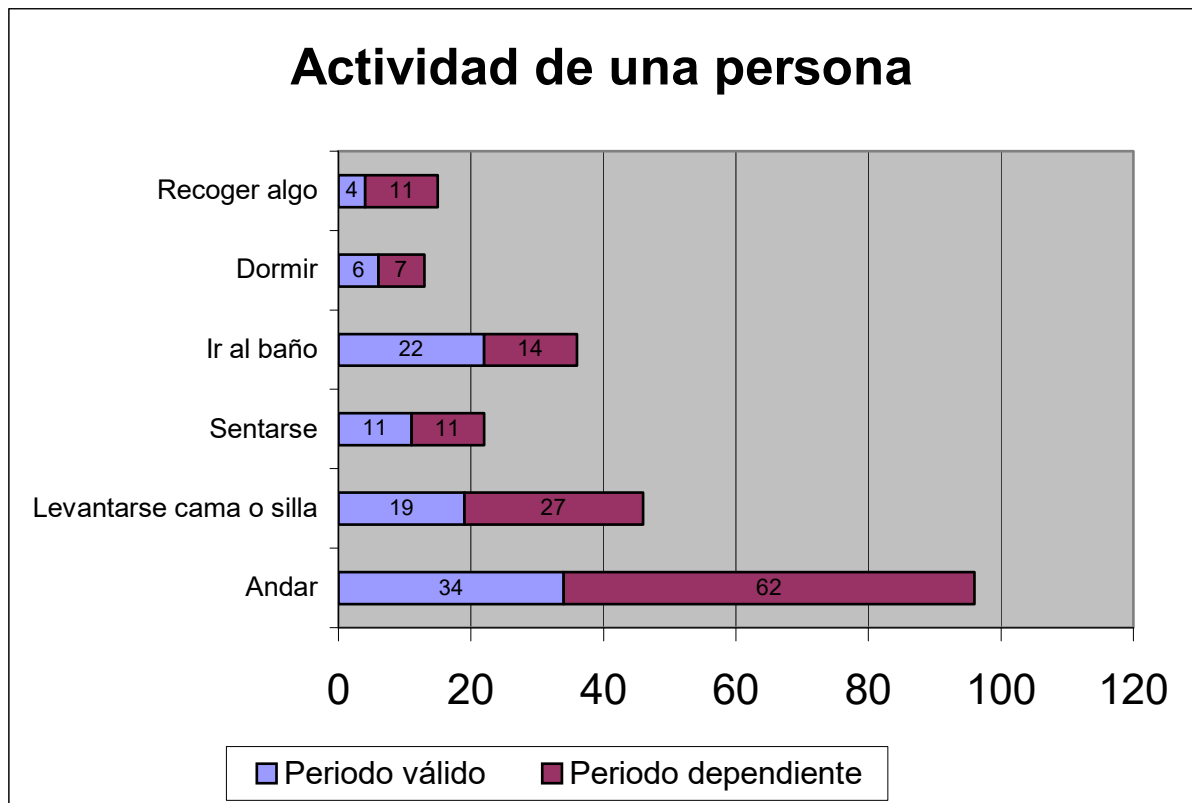
Tampoco en este caso se aprecian diferencias significativas. En todos los casos los objetos son sillas o mesas, seguido de reposapiés, como únicas respuestas con un porcentaje importante.

Tipo de caída



Los accidentes son los que se llevan el mayor porcentaje de las caídas, las demás se reparten de una forma más o menos uniforme.

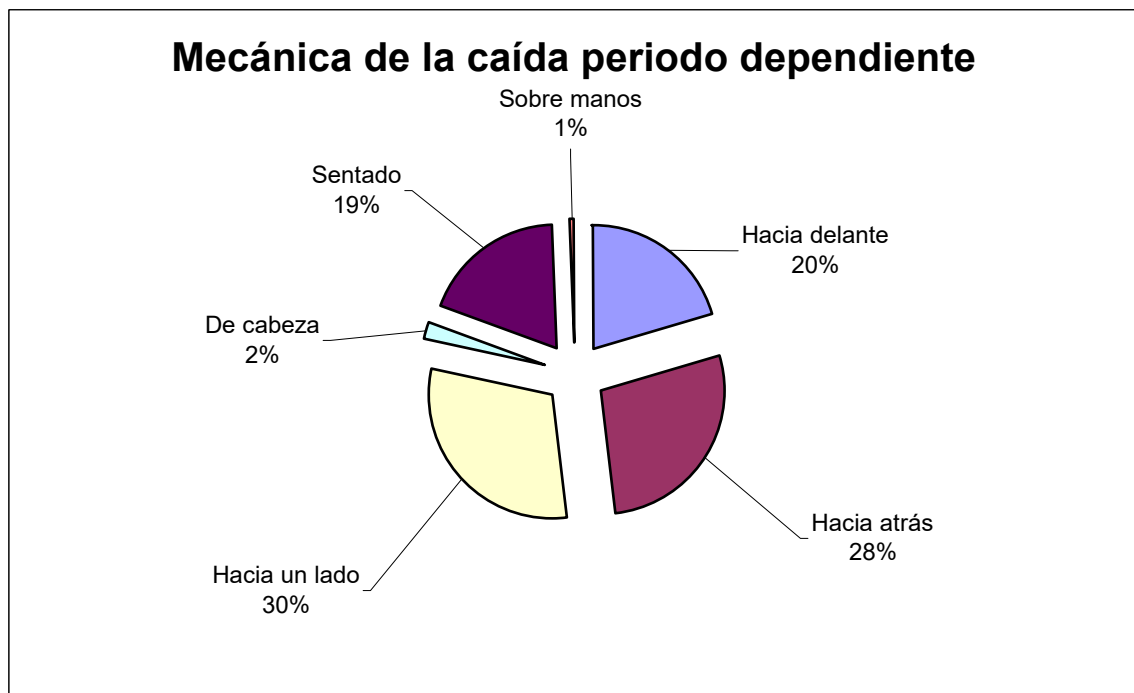
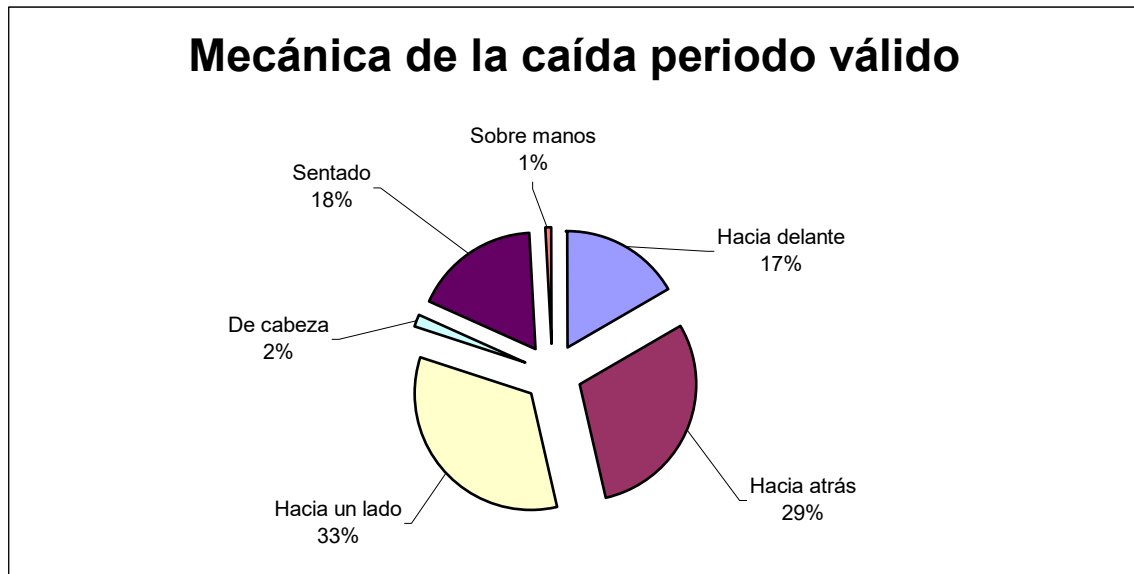
Actividad de la persona en el momento de la caída



Esta gráfica muestra fusionadas las actividades de la persona durante la caída en ambos periodos.

Se desechan las actividades que no sean representativas o que no aparezcan en los dos periodos de tiempo. Como podemos observar las más representativas en ambos periodos, por este orden, andar, levantarse de la silla o la cama, ir al baño y sentarse.

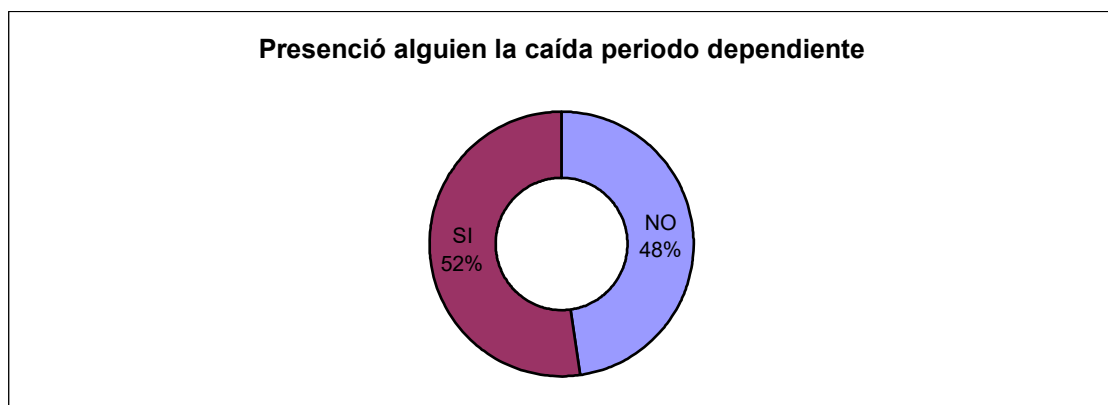
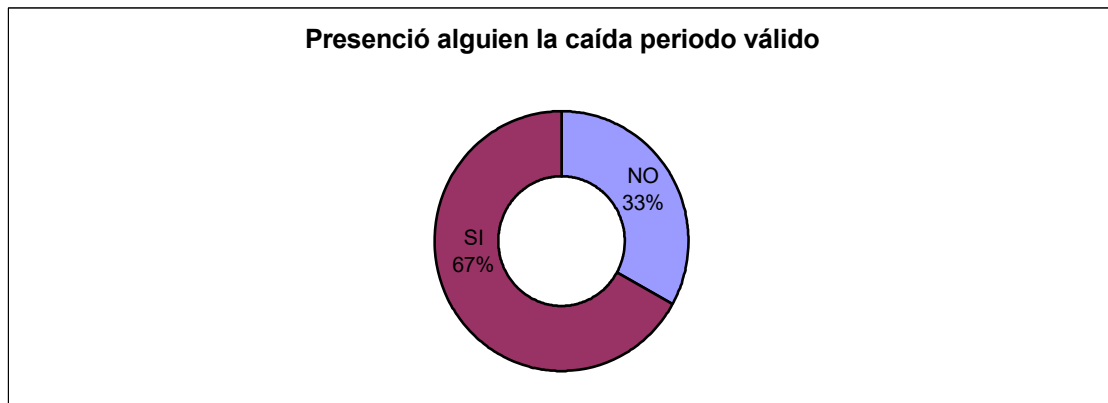
Mecánica de la caída



No se observan cambios significativos en la mecánica de la caída entre ambos periodos. Las caídas se sufren especialmente hacia un lado y hacia atrás seguido por hacia delante y sentado con porcentajes también importantes que aumentan con el incremento de la dependencia. Pensamos que esto es debido a la mayor utilización ayudas técnicas como andadores o sillas de ruedas, que

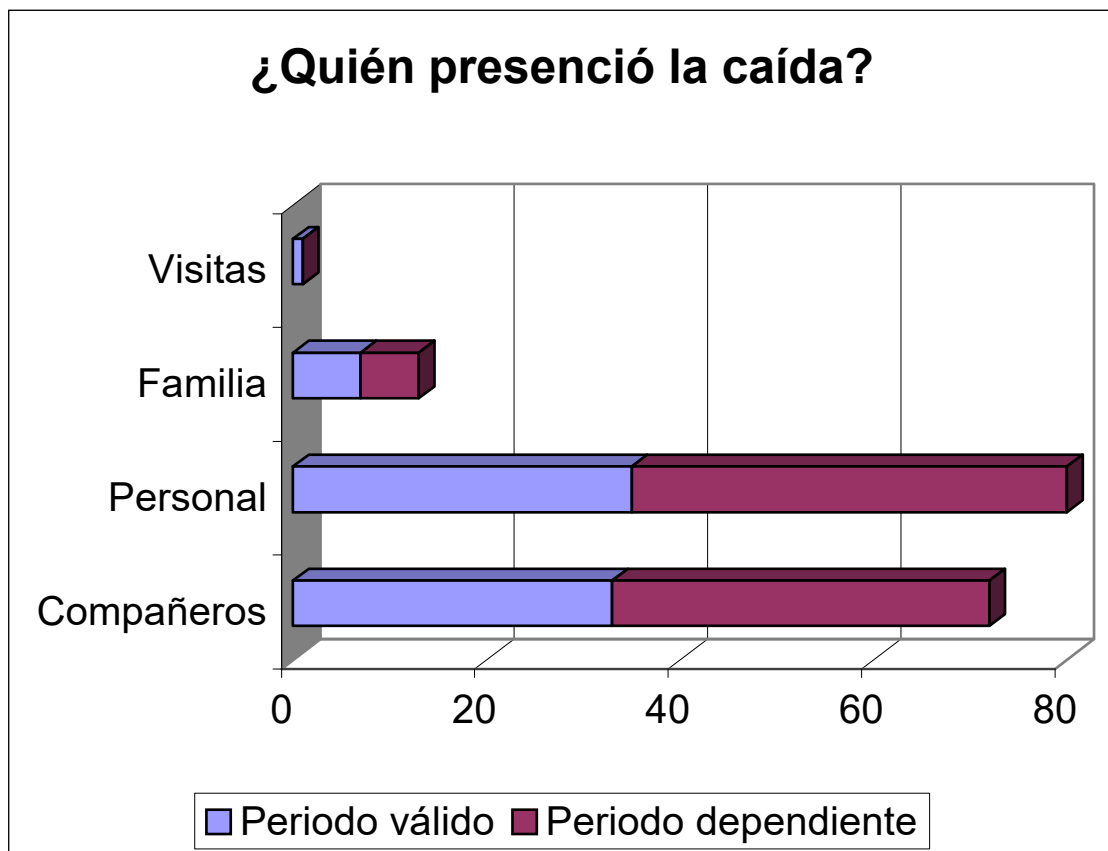
hace que se busque apoyo en ellas en el momento de la caída, por eso se produce hacia delante en el caso del andador y sentado en el caso de la silla.

¿Presenció alguien la caída?

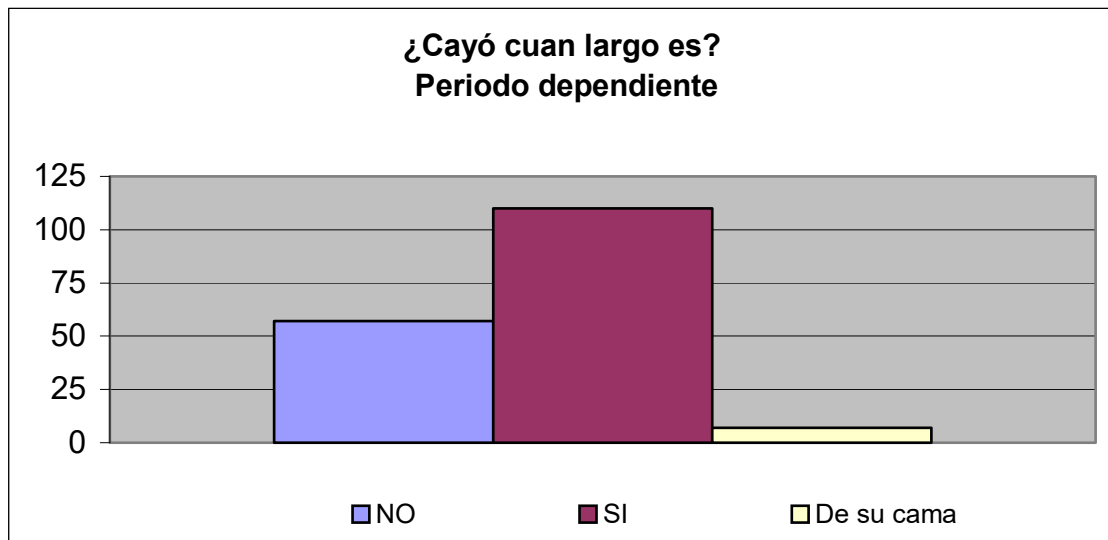
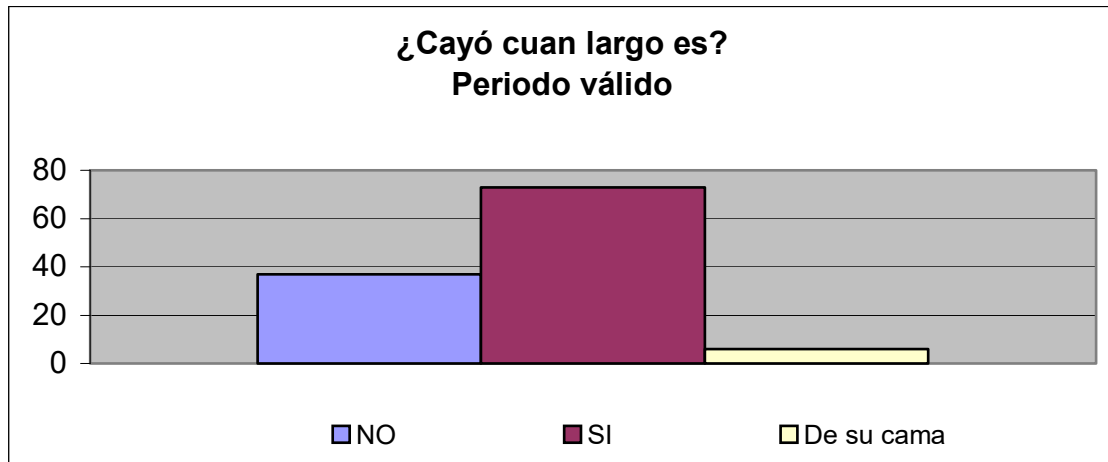


Vemos que en durante el periodo dependiente el porcentaje de caídas observadas por un testigo o varios es menor. En varios cuestionarios especialmente durante los últimos años aparece reseñado que el testigo no es fiable generalmente por su grave deterioro cognitivo y estos datos se han contabilizado dentro de la respuesta “no”, desplazando la gráfica hacia el otro lado.

Esto hace también que en la siguiente gráfica se observe que el número de compañeros como testigo haya disminuido, aun siendo un dato ficticio, ya que, en realidad sigue siendo prácticamente el mismo, pero estos no son capaces de proporcionar la información necesaria para nuestro estudio, por lo que no forman parte del número de testigos que se engloban en la respuesta compañeros. Sin embargo, se puede observar que el número de caídas vistas por el personal aumenta, por haber una vigilancia más cercana a un mayor grupo de personas.



¿Se cayó cuan largo es?

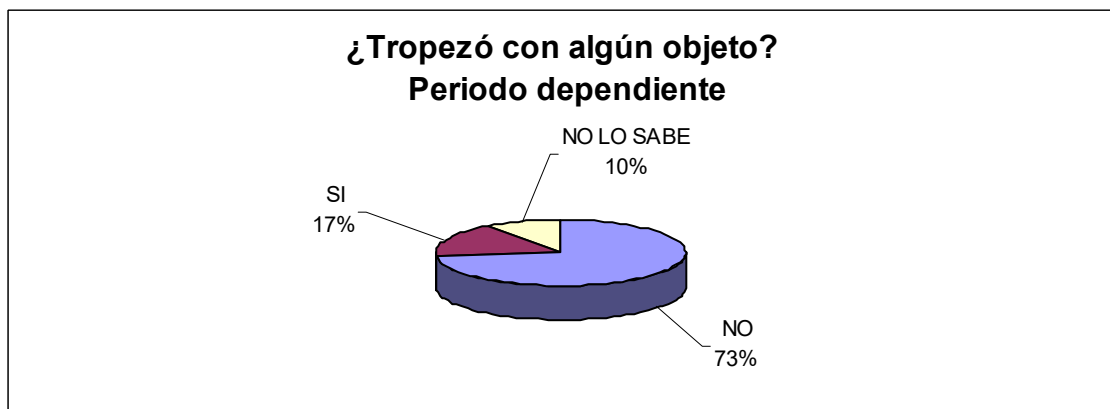
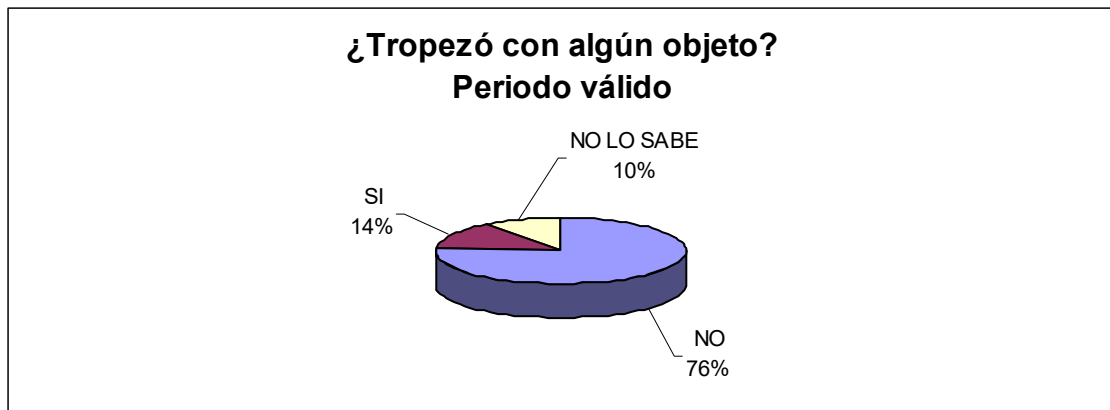


La resultante de ambos gráficos es casi idéntica en ambos casos, aunque el número de caídas es obviamente mayor en el segundo periodo. Por lo tanto, es fácil adivinar que el porcentaje del “sí” y del “no” es el mismo desde el 2001 hasta el 2005.

En este sentido, esperábamos encontrar mayor porcentaje de “sí” en el segundo periodo de tiempo y esto no ha ocurrido así. Se podía

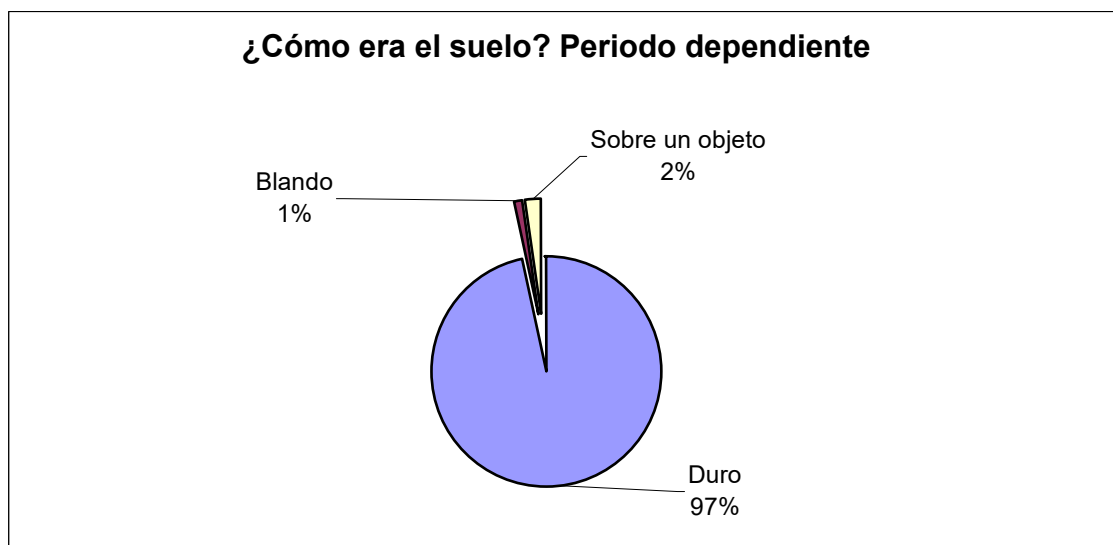
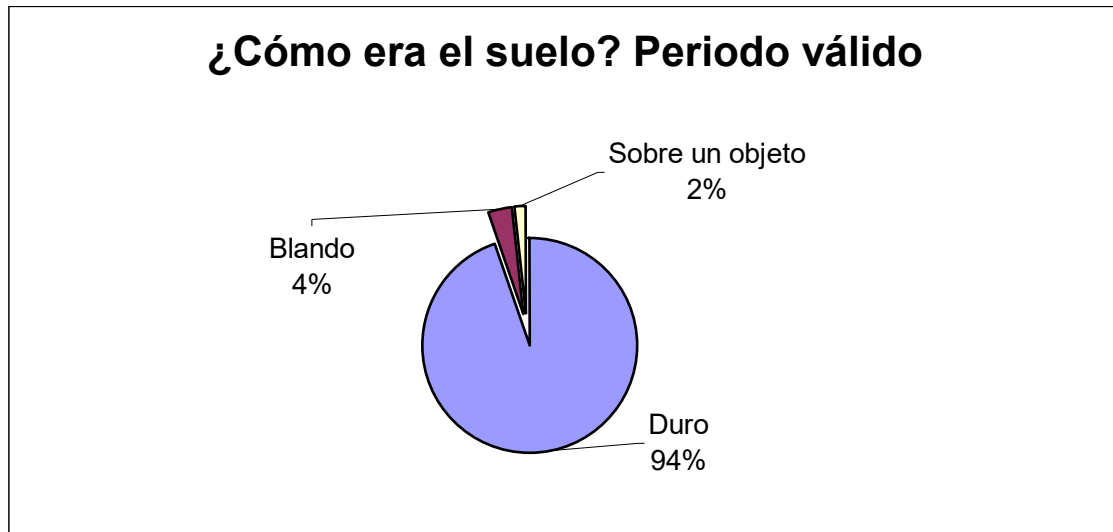
achacar al aumento de caídas sentado, como ya hemos dicho por el mayor uso de silla de ruedas.

¿Tropezó con algún objeto?



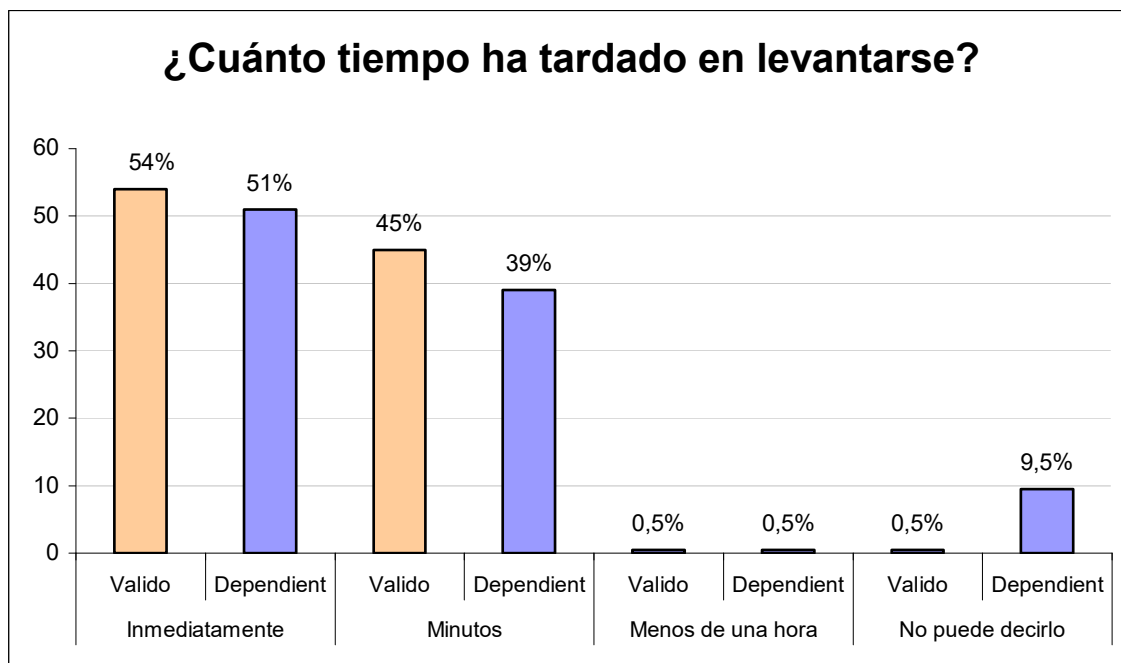
Como ya era de esperar, el aumento del “no lo sé” debido al mayor deterioro cognitivo, en detrimento de las otras dos respuestas por igual.

¿Cómo era el suelo?



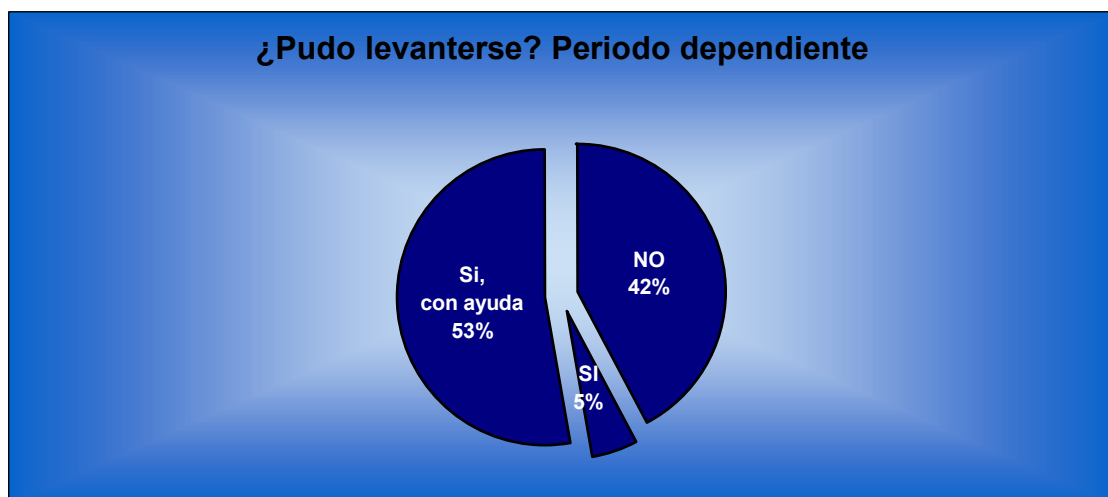
La mayor parte de las caídas se producen en un suelo duro en ambos periodos, sólo una mínima parte se dan en suelo blando o sobre un objeto.

¿Cuánto tiempo ha permanecido en el suelo?



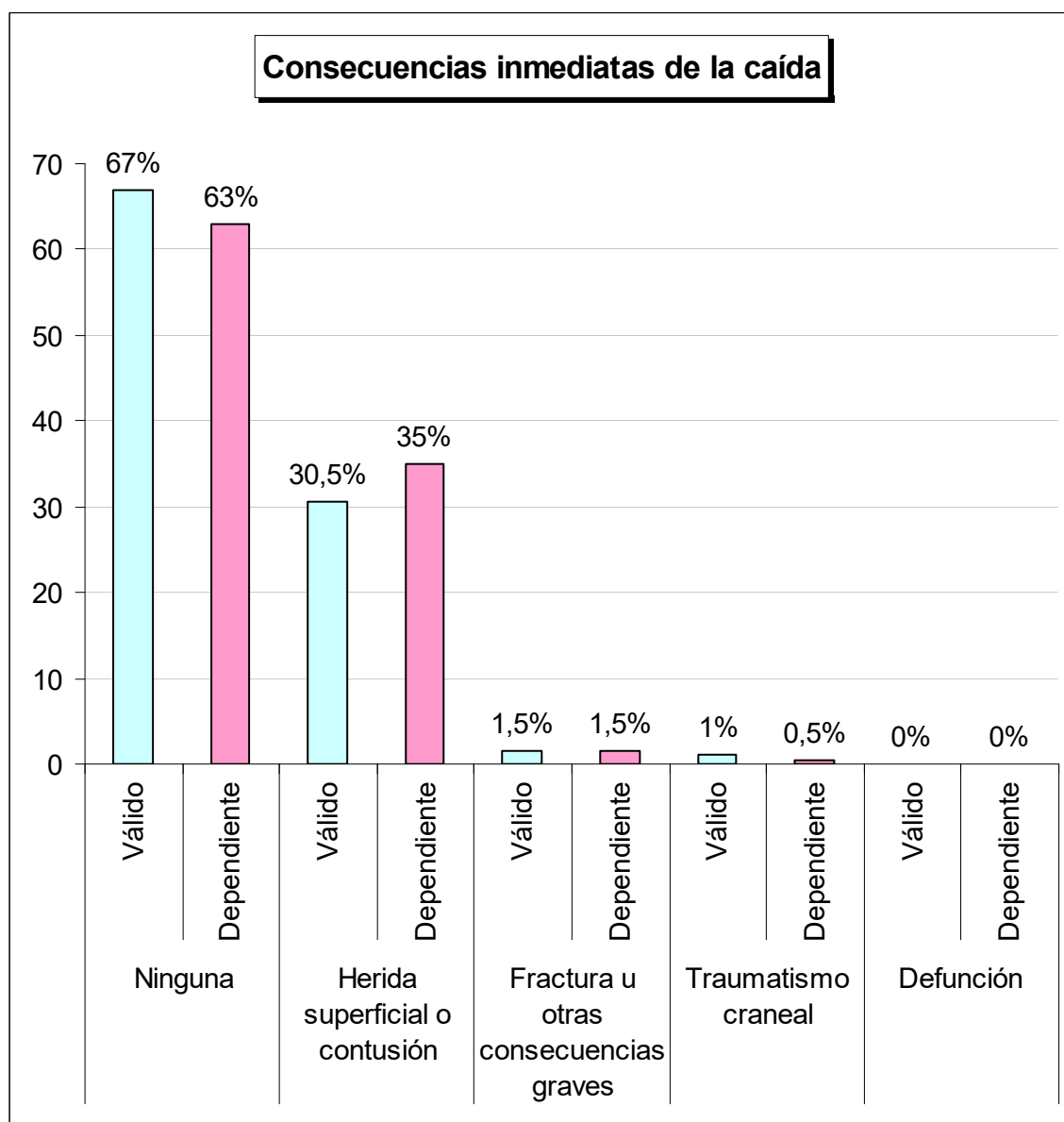
No pensamos que el tiempo hasta ser atendido haya disminuido por la bajada de porcentajes, sino que, como en otras cuestiones, el deterioro cognitivo lleva a aumentar la respuesta “no puede decirlo” en el periodo dependiente. Esta respuesta ratifica aún más que los datos obtenidos en el segundo periodo pueden no ser tan fiables como los del primero, sobre todo las respuestas contestadas por la persona que cae.

¿Pudo levantarse?



Tampoco se encuentran diferencias significativas en estos datos. La gran mayoría de los mayores que caen en ambos periodos o no se pueden levantar o se levantan con ayuda.

Consecuencias inmediatas de la caída

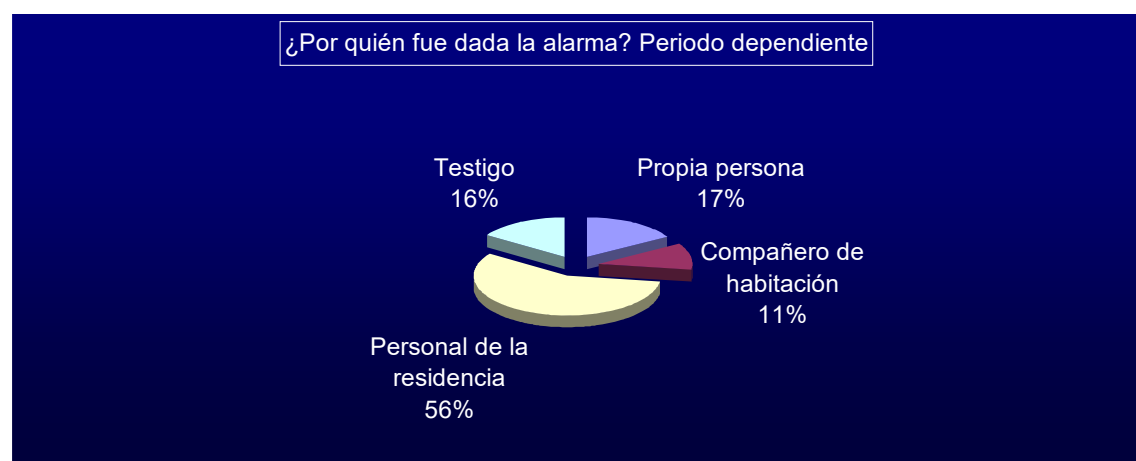
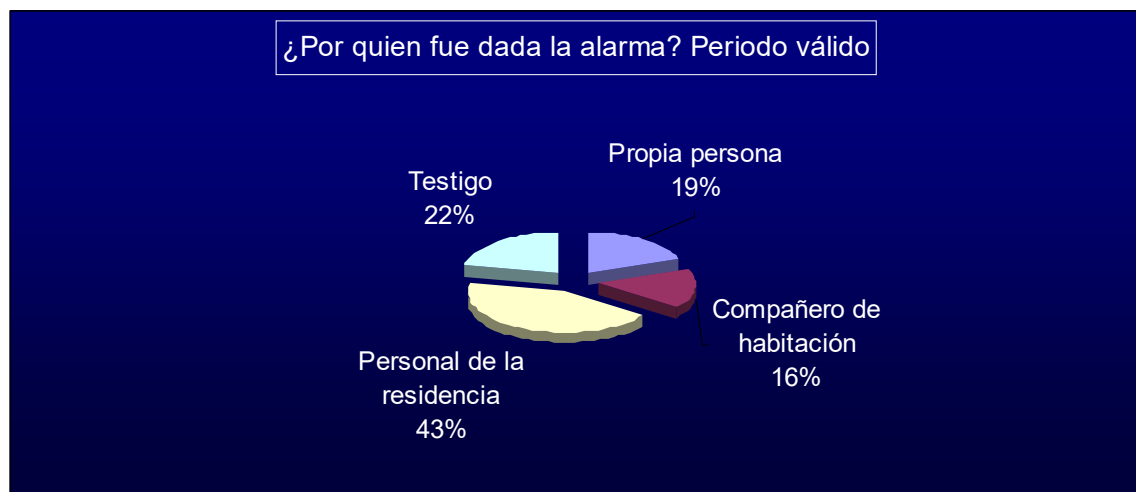


Los porcentajes de consecuencias graves no varían, pero los que se muestran directamente proporcionales al grado de dependencia son los valores de heridas superficiales y contusiones. Como se puede observar y por suerte no ha habido ningún éxito como consecuencia directa de una caída.

La sospecha de que las tendencias ya iniciadas irán progresando nos hace intentar atajar problemas como adecuar un registro de caídas o una forma de valoración del equilibrio y marcha que no dependa del nivel cognitivo del usuario.

Otro punto de nuestro estudio es el que analiza la forma de actuación después de la caída.

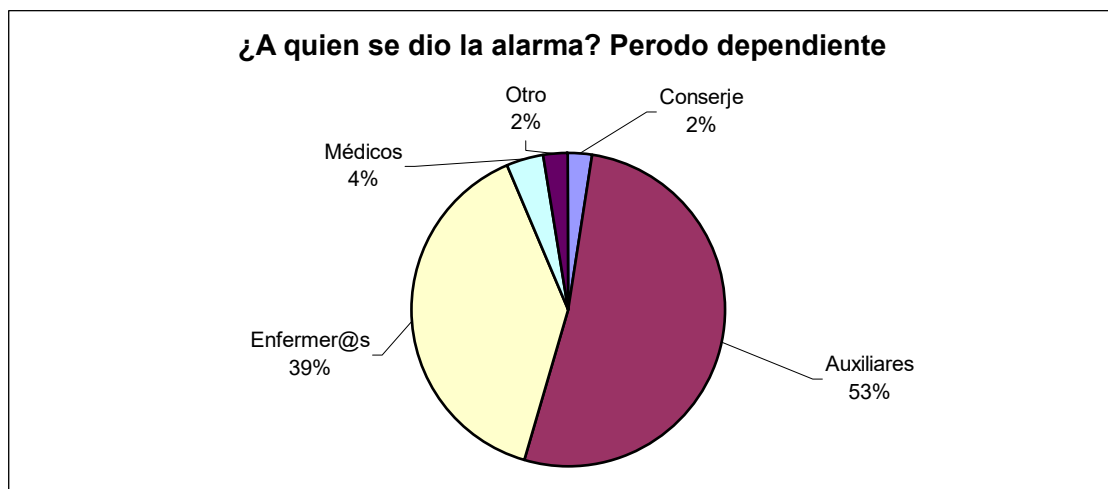
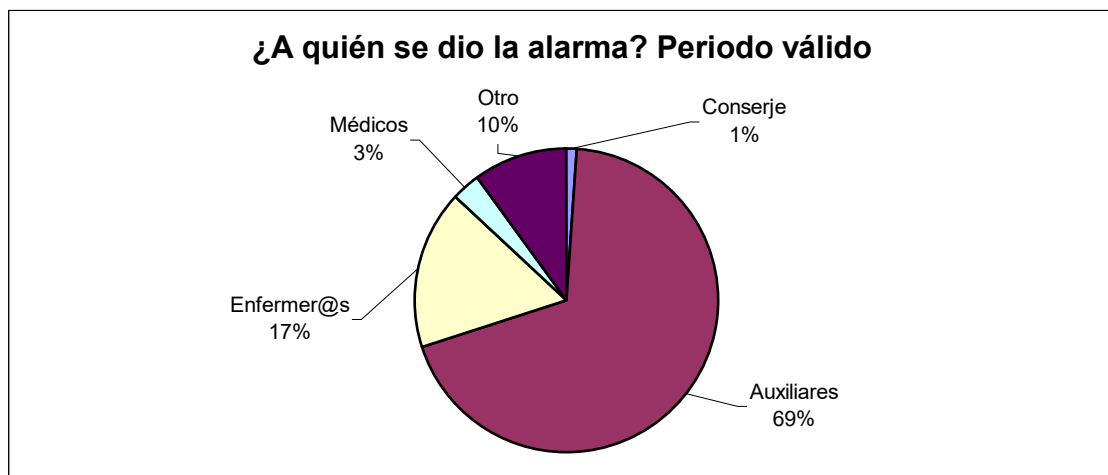
¿Por quién fue dada la alarma?



El personal de la residencia ha aumentado de un 43 a un 59 por ciento, mientras que han disminuido todos los demás. Esto se lo podemos achacar al deterioro tanto cognitivo, como físico, ya que

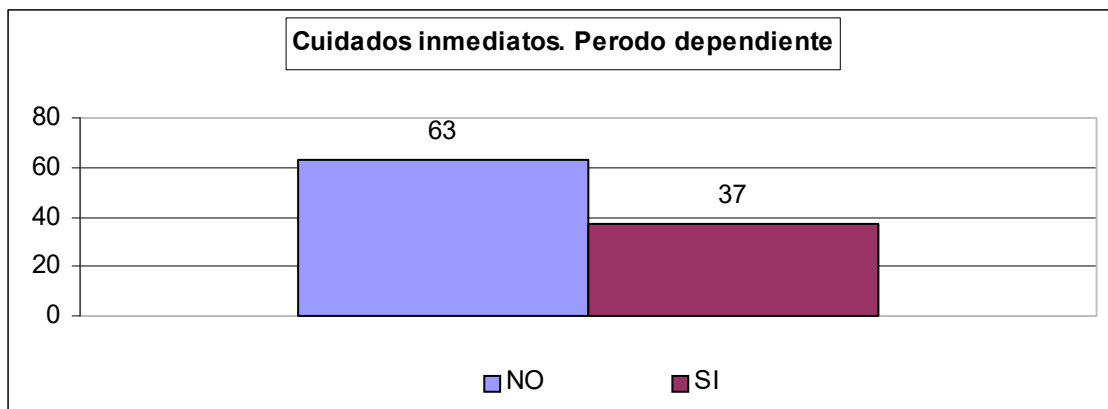
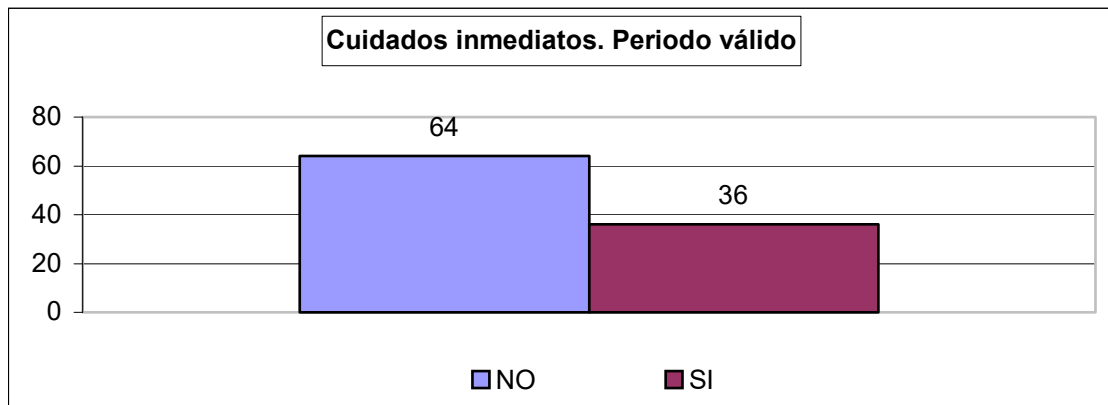
pueden existir limitaciones funcionales y por ello no poder transmitir la alarma.

¿A Quien se le dio la alarma?



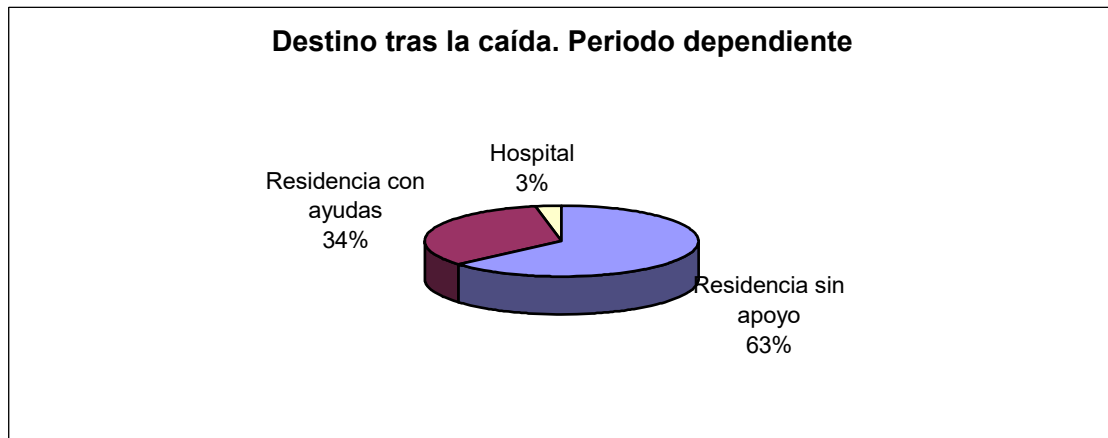
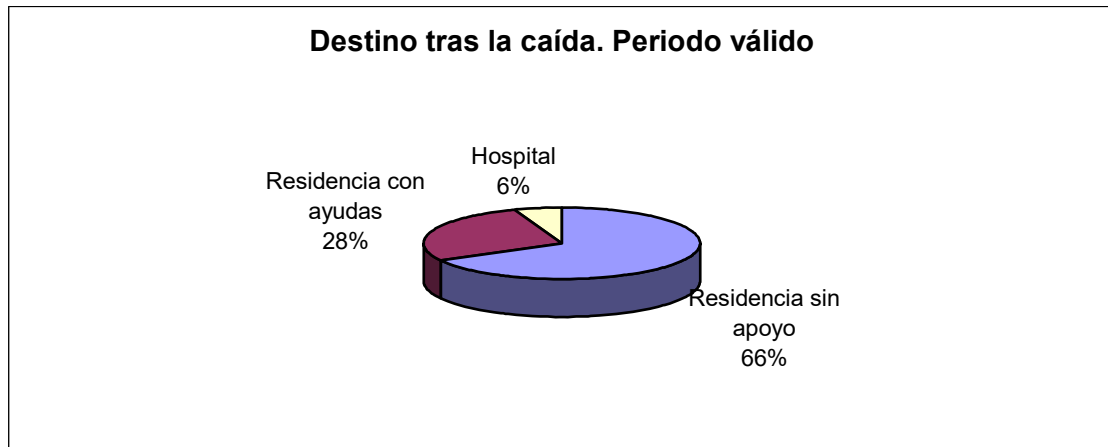
Según estos datos mayor grado de dependencia implican una atención más técnica, por ello disminuye el número de alarmas dadas a auxiliares y aumenta el número de las dadas a los enfermeros.

¿Ha habido algún tipo de cuidado sanitario?



Los datos no varían en este sentido, ni tampoco en lugar de la atención, siendo la habitación el sitio donde más se atendió, seguido por la sala de curas y el hospital, al que se tuvieron que trasladar de forma directa a 3 personas en el primer periodo y a 4 en el segundo.

Destino después de la caída



Los cambios no son significativos a este respecto, pero si habría que aclarar que en algunos casos aunque no se han mandado al hospital para recibir los primeros cuidados, si han tenido que ir para descartar posibles fracturas, especialmente de cadera.