

---

## Caídas en una unidad de psiquiatría *Falls in a psychiatric unit*

---

B. Flamarique, M.J. Armendáriz

---

### RESUMEN

En el presente trabajo se analizan las caídas ocurridas en los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino en el periodo comprendido entre abril de 1998 y octubre de 1999, correspondiendo a un total de 713 personas, con edades entre 15 y 96 años.

El objetivo de este trabajo, además de registrar las caídas es buscar la posible relación entre la caída y diversos factores como el diagnóstico, el tratamiento, la edad, la hora del día en que se produce la caída, el entorno de la misma, la autonomía del paciente y las consecuencias de la misma.

Se registraron un total de 59 caídas correspondientes a 36 pacientes caedores y se encontró que tras analizar los diferentes factores que influyen en la caída no se puede establecer un perfil claro de riesgo de la persona que las sufre por no haber encontrado una relación clara entre la variable analizada y la caída.

### ABSTRACT

This paper analyses the falls suffered by patients admitted in the Psychiatric Unit of the "Virgen del Camino" Hospital in the period between April 1998 and October 1999, corresponding to a total of 713 persons aged between 15 and 96 years.

The aim of this paper, besides that of registering the falls, is to seek a possible relation between the fall and diverse factors such as diagnosis, treatment, age, time of day when the fall took place, the surroundings where it occurred, the autonomy of the patient and its consequences.

A total of 59 falls were registered, corresponding to 36 patients who suffered falls, and it was found after analysing the different factors influencing the fall that a clear profile of the patient involved could not be established, since no clear relation was found between these factors and the fall.

*ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (2): 219-224.*

Aceptado para su publicación el 17 de abril de 2001.

### Correspondencia

M<sup>a</sup> Jesús Armendáriz  
Unidad de Psiquiatría  
Hospital Virgen del Camino  
C/ Iruñlarrea, 4  
31008 Pamplona  
Tfno. 948 422488

## INTRODUCCIÓN

Las caídas constituyen un fenómeno muy frecuente en las personas de edad avanzada y son una de las principales causas de lesiones, incapacidad e incluso de muerte, en este grupo de población.

Aproximadamente, el 30% de las personas de 65 años o más que viven en la comunidad se caen cada año<sup>1</sup>. En los ancianos institucionalizados el porcentaje se sitúa alrededor del 50%<sup>2</sup>, por lo que la mayoría de trabajos publicados corresponden a este grupo.

Estudios realizados en hospitales<sup>3,5</sup> encontraron como factores de riesgo de las caídas, la edad, tener historia previa de caídas, uso de diuréticos y sedantes, y tener alteraciones cardiovasculares, neurológicas y/o motoras.

En la bibliografía consultada existen pocos estudios sobre caídas en pacientes psiquiátricos ingresados, habiendo encontrado sobre todo trabajos realizados en unidades psicogerítricas. Éstos consideran como factores de riesgo de las caídas la hipotensión ortostática, los déficits motores, la inestabilidad en la marcha, la confusión, la disminución de la autonomía, la incontinencia y los antecedentes de caídas<sup>6,8</sup>. En nuestra experiencia profesional hemos detectado que, a pesar de adoptar diferentes medidas de protección y de seguridad con los pacientes ingresados, las caídas se han producido siempre. Aunque algunas tienen una causa obvia, la mayor parte de ellas están motivadas por múltiples factores.

La mayoría de los pacientes, bien sea por efecto de los tratamientos, bien por la propia enfermedad o por el simple hecho de estar en un lugar ajeno a su hogar, son susceptibles de presentar alguna caída durante el ingreso. Ante este hecho tan frecuente, nos planteamos la posibilidad de hacer este estudio, cuyos objetivos son: registrar el número de caídas que se producen en una Unidad de Psiquiatría en un período de tiempo (año y medio); buscar la posible relación entre la caída y diversos factores como el tratamiento, el diagnóstico, la edad, la hora del día en que se produce, el entorno de la caída, y la auto-

mía del paciente; conocer las consecuencias de las caídas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de todas las caídas que se produjeron en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino durante el período comprendido de abril de 1998 a octubre de 1999 (580 días). Los participantes en el estudio fueron todas las personas que ingresaron durante ese período (713). Las edades de estos pacientes estaban comprendidas entre 15 y 96 años.

Los datos personales del paciente, el diagnóstico médico, el tratamiento y la presencia de otras enfermedades, se recogieron a través de la historia clínica, las notas de enfermería y una entrevista con el paciente y la familia.

Los datos referentes a la caída eran cumplimentados inmediatamente después de la misma por la enfermera responsable del paciente (rellenando el cuestionario de caídas), o en su defecto al día siguiente, utilizando la información de los partes de enfermería.

Se define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo, contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria o insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo<sup>9</sup>.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados que sufrieron alguna caída en cualquier dependencia de la Unidad, siendo excluidos aquellos en los que se dio el caso de simulación de caídas, o existían conductas de riesgo por parte del paciente o por patología previa que provocara la caída.

Se aplicó el cuestionario de la O.M.S.<sup>10</sup> para el estudio de caídas en el anciano que se modificó ligeramente, omitiéndose todos los datos referentes al domicilio y al apartado C (contacto con el sistema sanitario) y se recogió información sobre los datos personales, el diagnóstico, los tratamientos y todas la información referente a la caída.

La capacidad funcional se valoró a través de la escala de independencia en las

actividades de la vida diaria de Katz<sup>11</sup>. Se trata de una escala sencilla cuyos grados indican niveles de conducta en seis funciones sociobiológicas (bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse, controlar la continencia de esfínteres y comer). Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda de otra persona, o utiliza ayuda mecánica, y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad por otro.

Los tratamientos que habían recibido los pacientes en el momento previo a la caída y la presencia de otras enfermedades concomitantes (cardiovasculares, óseas, de la vista, del oído, neurológicas y otras) se extrajeron de la historia clínica.

Los datos se grabaron en ACCESS y se analizaron con el paquete estadístico SPSS V 10.

## RESULTADOS

### Características de los caedores

El número de pacientes que se cayeron fue de 36, con un total de 59 caídas. De ellos 13 fueron varones y 23 mujeres. Las

edades de estos pacientes caedores estaban comprendidas entre 19 y 86 años con una media de edad de 52,69. El mayor número de caídas se produjo en el intervalo de 60-74 años (Fig. 1).

En cuanto al diagnóstico que presentaban, 9 padecían esquizofrenia, 8 trastorno bipolar, 6 trastorno depresivo recurrente grave, 2 episodios depresivos, 2 dependencia alcohólica, 2 trastorno esquizoafectivo, 1 anorexia nerviosa, 1 trastorno de ansiedad, 1 trastorno esquizotípico, 2 trastorno de ideas delirantes, 1 demencia y 1 delirium.

El 76,3% de los caedores eran continentales y el resto presentaban algún tipo de incontinencia (diurna o nocturna).

De los pacientes estudiados, 26 tomaban neurolépticos, 13 tomaban estabilizantes, 16 antidepresivos, 33 benzodiazepinas, 6 antiparkinsonianos, 2 eran tratados con Terapia Electro Convulsiva, y 16 pacientes tomaban otros medicamentos.

De los pacientes que sufrieron caídas, 21 presentaban únicamente enfermedades psíquicas y 15 pacientes presentaban además otro tipo de enfermedades: neurológi-

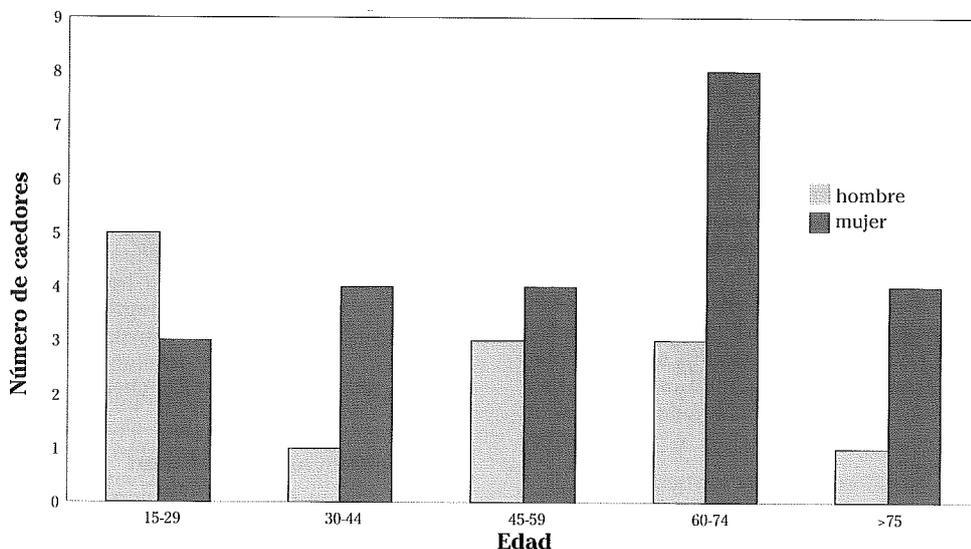


Figura 1. Caedores por grupos de edad y sexo (números absolutos).

cas (3), de la vista (6), de audición (1), cardiovasculares (5) y óseas (6).

En relación con el nivel de dependencia valorado con el índice de Katz, 20 eran independientes en todas las actividades de la vida diaria y 16 tenían algún tipo de dependencia en al menos una actividad.

### Características de la caída

De las 59 caídas totales, un 67,8% (n = 40) constituían la primera caída que sufrían durante el ingreso.

El número de caídas durante el ingreso fue de una en un 75% (n = 27) y de 2 ó más en el resto de los casos. Destaca, no obstante, una persona que se cayó en 7 ocasiones (en tres ingresos con un total de 159 días de duración). La mitad de la población que sufrió una caída había tenido previamente una, dos o incluso cinco en los últimos 6 meses.

Un 40,7% (n = 24) se produjeron en el turno de mañana, un 28,8% (n = 17) en el turno de tarde y un 30,5% (n = 18) en el turno de noche, lo que representa un 69,5% (n = 41) durante el día frente al 30,5% (n = 18) de la noche, que comprende el horario de 22:00 a 8:00 h. (Fig. 2). Veinte caídas (33,9%) tuvieron lugar en la primera semana del ingreso, disminuyendo considerablemente en las semanas posteriores (Fig. 3).

En cuanto al lugar donde se produjo la caída (Tabla 1) y la actividad en desarrollo en ese momento (Tabla 2) cabe destacar que el mayor porcentaje ocurrió en la habitación y cuando estaban andando.

**Tabla 1.** Lugares donde se produjeron las caídas.

	N	%
Habitación	25	42,4 %
Pasillo	12	20,3 %
Salón	9	15,3 %
Baño habitación	4	6,8 %
Baño común	4	6,8 %
Comedor	2	3,4 %
Jardín	2	3,4 %
Sala de gimnasia	1	1,6%
TOTAL	59	100 %

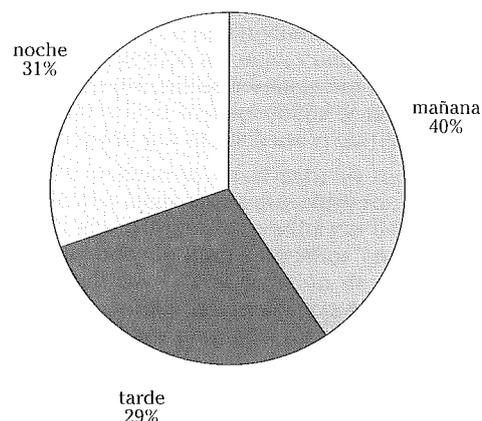
**Tabla 2.** Actividad en el momento de la caída.

	N	%
Andando	18	30,5%
Levantarse de la silla	13	22,0%
Dormido	11	18,7%
Sentarse	3	5,2%
Acostarse	3	5,2%
Vestirse	2	3,5%
Lavarse en el lavabo	2	3,5%
De pie	2	3,5%
Correr	2	3,5%
Sentado	1	1,7%
Hacer gimnasia	1	1,7%
TOTAL	59	100%

La escasez de consecuencias derivadas de las caídas se recoge en la tabla 3.

**Tabla 3.** Consecuencias de las caídas.

	N	Porcentaje
Ninguna	38	64,4%
Herida superficial y/o hematoma	21	35,6%
TOTAL	59	100%



**Figura 2.** Caídas por distribución horaria.

### Características del entorno

El firme en que se produjeron las caídas era liso en un 94,9% de los casos (n = 56), irregular (jardín) en un 3,4% (n = 2) y resbaladizo en un 1,7% (n = 1).

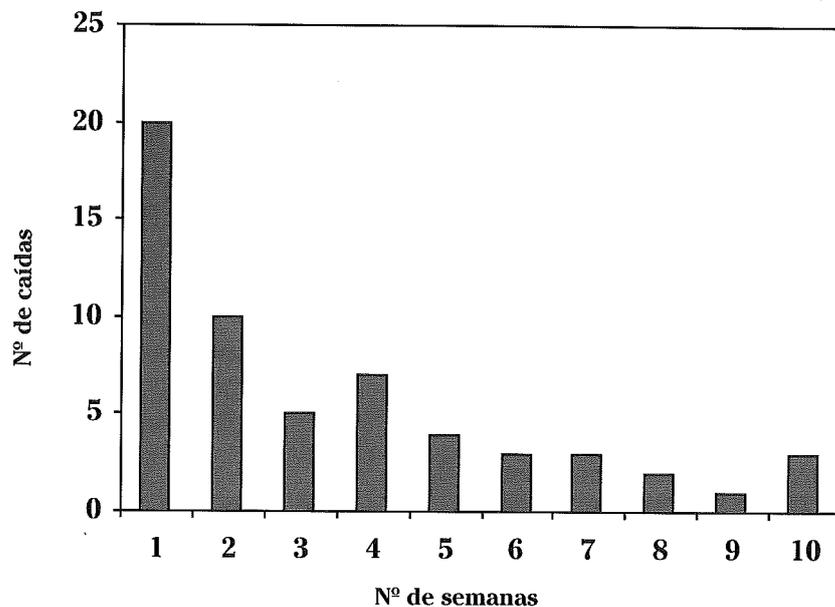


Figura 3. Frecuencia de caídas en relación a las semanas de riesgo.

El lugar de la caída no estaba bien iluminado en un 27,1% (n=16) de los casos, ya que sólo estaba encendido el piloto de la habitación.

Se registró si había algún objeto favorecedor de la caída. En un 91,5% (n = 54) no había objeto favorecedor de la caída, en un 8,5% (n = 5) sí que lo había, siendo estos objetos sillas, los clavos de anclaje de la bañera del baño asistido y el "taca-taca" que usaba un paciente.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo analiza las caídas ocurridas en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino; las personas que han sufrido las caídas y el entorno en que se produjeron las mismas.

Estudios previos en pacientes psiquiátricos indican como factores de riesgo de caídas la confusión o desorientación<sup>6,8,12,13</sup>; poseer historia anterior de caídas<sup>5,8,12</sup>; problemas de eliminación<sup>6,8</sup>; dificultad de movilidad de extremidades inferiores<sup>6,8</sup>; debilidad generalizada<sup>6,8</sup>; pacientes con diagnóstico clínico de depresión<sup>12,13</sup>, y

aquellos en tratamiento con hipnóticos, tranquilizantes y laxantes<sup>12</sup>.

Tsai<sup>14</sup> presenta como perfil de caedora a una mujer con edad media de 50,9 años, desorientada en el momento de la caída, con debilidad generalizada y/o dificultad de movimiento de las extremidades inferiores y con problemas de incontinencia. Un 75% de estas personas presentaban historia anterior de caídas.

En nuestro trabajo, sin embargo, el perfil obtenido corresponde al de una mujer con una media de edad de 52,6 años, bien orientada, capaz de realizar las actividades de la vida diaria de modo independiente según el índice de Katz y que no presenta incontinencia urinaria. En cuanto a la historia anterior de caídas, la mitad de la población había sufrido caídas y la otra mitad no.

Según nuestros resultados el diagnóstico asociado a las caídas fue en su mayoría de esquizofrenia (15,3%) seguido de trastorno bipolar (13,6%); en cambio, se asocia al de depresión en el estudio de

Tsai<sup>14</sup> y al de ansiedad o agitación en el de Vaughn<sup>12</sup>.

El tratamiento que tomaban la mayoría de los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría era benzodiacepinas y en un segundo lugar neurolépticos, medicamentos que han podido contribuir a favorecer las caídas por los efectos secundarios que producen: sedación, inestabilidad en la marcha o hipotensión. Contrariamente a nuestros resultados, en el estudio de Vaughn<sup>12</sup> los pacientes tomaban antidepressivos, tranquilizantes mayores o neurolépticos, sedantes y estabilizantes del humor.

Los datos de este trabajo revelan que las caídas tuvieron lugar durante el día, hecho coincidente con el estudio de Irvin<sup>15</sup>. De ellas, la mayoría ocurrieron en la primera semana del ingreso, posiblemente por el fenómeno de desorientación que se produce cuando una persona ingresa en un lugar desconocido y aún no ha tenido tiempo para adaptarse a las características del mismo. Las caídas se produjeron en los ambientes habituales (habitación y pasillo), durante las actividades cotidianas (andar, asearse, levantarse de la cama) en lugares bien iluminados y con el suelo seco. No existe referencia a este dato en la bibliografía consultada.

Cabe destacar que la mayoría de las caídas no tuvieron ninguna consecuencia física para los pacientes en un 64,4%. Tsai<sup>14</sup> recoge que un 84% de pacientes no sufrieron heridas y que un 16% sufrieron heridas descritas como contusión en la parte posterior de la cabeza, hematoma y piel raspada.

Como resumen de los hallazgos obtenidos podemos concluir que es difícil establecer un perfil claro de la persona susceptible de padecer caídas, por no haber encontrado una relación clara con los diferentes factores analizados: edad, diagnóstico, tratamiento, etc.

Por todo ello instamos al personal de enfermería a poner cuidadosa atención ante el ingreso de pacientes nuevos, vigilando cuidadosamente todos los aspectos que puedan contribuir a la caída.

## BIBLIOGRAFÍA

1. TINNETI ME, SPEECHLY M, GINTER SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319: 1701-1707.
2. BLAKE AJ, MORGAN K., BENDALL MJ, DALLOSO H, EBRAHIM SB, ARIE TH et al. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. *Age Ageing* 1988; 17: 365-372.
3. MORSE J, PROWSE N, FEDERSPEIL GA. A retrospective analysis of patient falls. *Can J Public Health* 1985; 76: 116-118.
4. MORSE JM. Nursing research on patient falls in health care institutions. *Annu Rev Nurs Res* 1993; 11: 299-315.
5. FIFE D, SLOMON P, STANTON M. A risk falls program: code orange for success. *Nursing Management* 1984; 15: 50-53.
6. BARBIERI EB. Patient falls are not patient accidents. *Gerontol Nursing* 1983, 9: 164-173.
7. HERNANDEZ M, MILLER J. How to reduce falls. *Geriatric Nursing* 1986; 7: 97-102.
8. RIFFE KL. Falls: kinds, causes, and prevention. *Geriatric Nursing* 1982; 3: 165-169.
9. LÁZARO DEL NOGAL M. Caídas en la comunidad y en instituciones. En: Evaluación del anciano con caídas de repetición. Fundación Mafre Medicina Editorial. Barcelona 1997; 3-11.
10. VIDÁN ASTIZ MT, VELLAS B, MONTEMAYOR T, ROMER C, GARRY PJ, RIBERA CASADO JM et al. Cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 41-48.
11. CRUZ JENTFT AJ. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 338-348.
12. VAUGHN K, YOUNG BC, RICE F, STONER MH. A retrospective study of patient falls in a psychiatric hospital. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1993; 31: 37-42.
13. JONES WJ, SIMPSON JA, PIERONI RE. Preventing falls in hospitals. The roles of patient age and diagnostic status in predictin falls. *Hosp Top* 1991 Summer 69: 30-33.
14. TSAI YF, WITTE N, RADUNZEL M, KELLER ML. Falls in a psychiatric unit. *Appl Nurs Res* 1998; 3: 115-121.
15. IRVIN DJ. Psychiatric unit fall event. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1999; 37: 8-16.