

Depresión y caídas recurrentes en el anciano renal

*Francisca Miralles Martínez, Manuel David Sánchez Martos y
Mónica Gómez Rodríguez*

Unidad de Hemodiálisis. UGC Nefrología. Hospital Torrecárdenas Almería

INTRODUCCIÓN

- ✓ Ofrecer un **entorno seguro** para el paciente debe ser una *responsabilidad compartida* por parte de todo el equipo de salud.
- ✓ El **Riesgo de Caídas** es uno de los **eventos adversos** a los que se enfrenta el paciente cuando entra en contacto con el entorno hospitalario.
- ✓ Las caídas son un problema común, persistente y tienen graves consecuencias.
- ✓ Todo paciente en su ingreso en el medio sanitario debe ser **valorado** para determinar el **grado de riesgo de padecer caídas**.

INTRODUCCIÓN

- ✓ Se estima que 1/3 de las personas mayores de 65 años sufre al menos una caída al año.
- ✓ ***La prevención, detección y la puesta en marcha de programas de actuación ante las caídas*** constituye una de las prioridades que se marcan las políticas de salud dentro de las estrategias de la seguridad del paciente.
- ✓ Las caídas se encuentran asociadas a una serie de factores **intrínsecos** (del paciente) y **externos** (del entorno).

OBJETIVO

- ✓ IDENTIFICAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA LOS PACIENTES CON MAYOR **RIESGO DE CAÍDAS** ASÍ COMO VALORAR LA PRESENCIA DE **FACTORES INTRÍNSECOS** DE RIESGO RELACIONADOS CON ESTAS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

- 54 pacientes .
- Mayores de 65 años.
- En tratamiento renal sustitutivo.
- En programa crónico de **Hemodiálisis**.
- Hospital Torrecárdenas (Almería).
- Realizado entre los meses de septiembre y diciembre de 2014.

Instrumentos

- Para la recogida de datos utilizamos:
 - **Escala de riesgo de caídas múltiples de A.M. Tromp.** Se valoran **4 ítems**: presencia de **caídas previas** (si existen caídas en los últimos 12 meses, con una puntuación de 5 puntos), **incontinencia urinaria** (puntuación de 3 puntos), **problemas visuales** (existen cuando el paciente no puede reconocer un rostro a una distancia de mas de 4 metros aún con el uso de gafas, puntuación de 4 puntos) y **limitación funcional** (existe cuando la persona sufre dificultades para subir escaleras, utilizar cualquier medio de transporte o no puede cortarse por si solo las uñas de los pies, puntuación de 3 puntos). La puntuación de la escala va de 0 a 15 puntos. **Con una puntuación superior a 7 se considera que el paciente tiene un riesgo de caídas múltiples ALTO.**

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumentos

- Los *factores intrínsecos* analizados fueron: **movilización y ayuda para su deambulación, presencia de caídas previas, edad, depresión y deterioro cognitivo**. También se estudiaron otros factores como deterioro funcional para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (**AIVD Lawton Brody**), **otras escalas** de riesgo de caídas (**Downton y Morse**), IMC, ganancia interdialítica, número de fármacos ingeridos, sexo y dependencia de un cuidador.

Procedimiento

- Una única enfermera se entrevistó con los pacientes y realizó los cuestionarios. En base a la Escala de Riesgo de Caídas Múltiples de A.M. Tromp los pacientes se clasificaron en **2 grupos**: pacientes con **BAJO RIESGO** y pacientes con **ALTO RIESGO**.

Análisis de datos.

- Estudio descriptivo trasversal.
- Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v.15.0.

Resultados

- ✧ **54 pacientes** en tratamiento renal sustitutivo de Hemodiálisis.
- ✧ 24 hombres (44,4%) y 30 mujeres (55,6%).
- ✧ Distribución por **EDADES**: de 65 a 69 años 22 pacientes (40,7%), de 70 a 74 años 6 pacientes (11,1%), de 75 a 79 años 12 pacientes (22,2%) y mayores de 80 años 14 pacientes (25,9%).
- ✧ **Estado civil**: soltero 11,1%, casado 61,1%, viudo 25,9%, divorciado 1,9%.
- ✧ **Estudios** concluidos: sin estudios 51,9%, estudios primarios 22,2%, bachiller 16,7%, estudios universitarios 9,3%.
- ✧ **Situación laboral**: jubilado (90,7%), en paro (5,6%), activo (1,9%), ama de casa (1,9%). Soledad: Sólo un 3,8 % confesó vivir en soledad; 96,2% NO.

Resultados

- ✧ Diagnosticados de **DEPRESIÓN** con diagnóstico médico: 19 personas (35,2%). Con el Test Yesavage 33 personas (61,1%).
- ✧ En cuanto a la clasificación por **niveles de dependencia** para realizar las **Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)** según la **escala de Lawton Brody**: 16 pacientes presentaron dependencia total (29,6%), 7 dependencia severa (13%), 10 dependencia moderada (18,5%), 7 dependencia leve (13%), 14 independientes (25,9%).
- ✧ **Etiología renal**: 24,1% no filiada, nefropatía diabética (18,5%), GLOMERULONEFRITIS (14,8%) y Nefroangiosclerosis (13%) y la nefropatía intersticial (9,3%).
- ✧ Grupo según **fármacos** ingeridos: menor o igual a 5 fármacos 5,8%, entre 6 y 10 fármacos 59,6%, tomadores de más de 10 fármacos 34,6%.
- ✧ **ADHT según Morisky-Green** 75,9 %, según el cuestionario de autocuidado 88,9%, método directo 84,3%.

Resultados

- ✧ **Pluripatología:** 96,2 % Hipertensión arterial, 40,4% Diabéticos, 68,6% dislipemia, 35,4% patología neurológica.
- ✧ Según **IMC:** NORMOPESO 46,2%, sobrepeso 30,8%, obesidad 13,5 %, obesidad mórbida 1,9%, infrapeso 7,7%. Dependiente de un cuidador principal para la toma de medicamentos el 42,6%.
- ✧ **Deterioro cognitivo (según Pfeiffer):** deterioro leve 24,1%, moderado 11,1%, severo 7,4% . Sin deterioro un 57,4%.
- ✧ **Ayuda mecánica:** 44,4% no precisa ayuda; 37% silla de ruedas; 11,1% ayuda de bastón/muleta/ andador; 7,4% camilla

Resultados

- ✧ En cuanto al **riesgo de caídas múltiples** encontramos a 33 pacientes que presentaban **ALTO** riesgo (61,1% , escala ≥ 7 puntos) y 21 pacientes un **BAJO** riesgo (38,9%, escala ≤ 7 puntos).

- ✧ En cuanto a las **variables socio-demográficas**:
 1. **NO** encontramos **diferencias** en cuanto a la edad, escala de riesgo de caídas de Downton, depresión, ganancia interdialítica, IMC y nº de fármacos, SEXO, SOLEDAD, DEPENDENCIA DE UN CUIDADOR.

 2. **SI encontramos diferencias** en cuanto a: **nivel de dependencia para las AIVD** siendo mayor el riesgo de caídas a mayor grado de dependencia (p=0,009); **escala de riesgo de caídas Morse** (p=0,001) **y deterioro cognitivo** (I.Pfeiffer, a mayor grado de deterioro mayor depresión; p=0,001).

CONCLUSIONES

- Los pacientes nefrológicos en programa de **Hemodiálisis** presentan un **mayor riesgo de caídas múltiples**. La escala de caídas múltiples es una escala fácil de utilizar en el paciente nefrológico.
- Destacar datos curiosos como la **edad**, que si bien esperábamos encontrar un mayor riesgo de caídas repetidas en los pacientes mas ancianos, no encontramos diferencias significativas aunque si reseñar que la media de edad se centra en los 70 años para los de bajo riesgo versus los 75 años para pacientes con alto riesgo de caídas.
- Presentan **mayor riesgo de caída los pacientes con un índice de Lawton Brody superior (nivel de dependencia para realizar las AIVD)**.

CONCLUSIONES

- La **escala de Riesgo de Caídas Múltiples** nos permite una visión general tanto en una primera visita del riesgo del paciente de sufrir una caída múltiple como en evaluaciones posteriores a medida que va cambiando su estado de salud. Es sencilla y rápida de utilizar.
- También es de utilidad aplicarla con otras escalas de medida para la valoración del riesgo de caída como la **escala Downton**.
- Por último **subrayar** la **importancia de una mayor atención y evaluación correcta del deterioro cognitivo en nuestros pacientes renales debido a su relación con un mayor riesgo de sufrir una caída en el entorno sanitario.**

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

e-Mail: mda2505@gmail.com