

**Residencia Landazábal, Burlada (Navarra).**

*Arizcuren Domeño Miguel Angel, Burguete Vidondo Yolanda, Parra Osés Angel, Arizcuren Domeño Arantza, De Gracia Vergara Pilar, Irigoyen Malón María José.*

**Objetivo**

- El temor a una caída es un hecho prevalente en el paciente geriátrico, conceptos como fragilidad, discapacidad, dependencia y los síndromes geriátricos parecen relacionados.
- La edad, las enfermedades y las caídas en el último año son los factores más determinantes.
- La alteración de la marcha es el principal factor precipitante modificable y su análisis y evaluación nos permite establecer estrategias de prevención.

**Métodos**

- Revisamos las caídas en el último año, se realiza un análisis estadístico de las variables recogidas en cada caída con Chi cuadrado ( variables cualitativas ) y t de Student (variables cuantitativas).
- Identificamos situación cognitiva, funcional, enfermedades, riesgo de caída, coexistencia de sujeciones químicas y físicas, fármacos....y en el grupo menos dependiente introducimos escalas de medición específicas del miedo a caerse (STAC).

**Resultados**

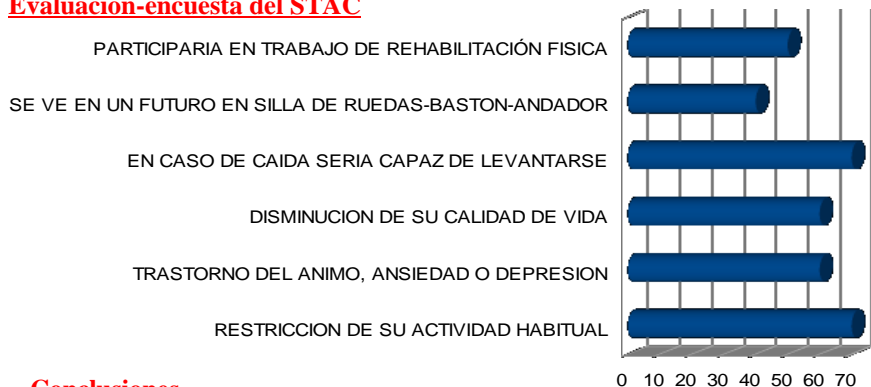
-De las 240 caídas, en 177 usuarios en un año, presentan déficit moderado a severo en el plano cognitivo (MEC) con significación ( $p < 0.001$ ) con t de Student . En el plano funcional déficit leves a moderados ( Barthel) entre 60-55 da significación estadística con Chi cuadrado. El sumatorio de Tinetti con valores por debajo de 19 (riesgo alto y medio de caída) da una  $p < 0.001$  para variables cualitativas.

Patología neurológica (asociada a presencia de sujeción física) y cardiovascular (en el grupo de no sujeción física) da significación  $p < 0.001$ .

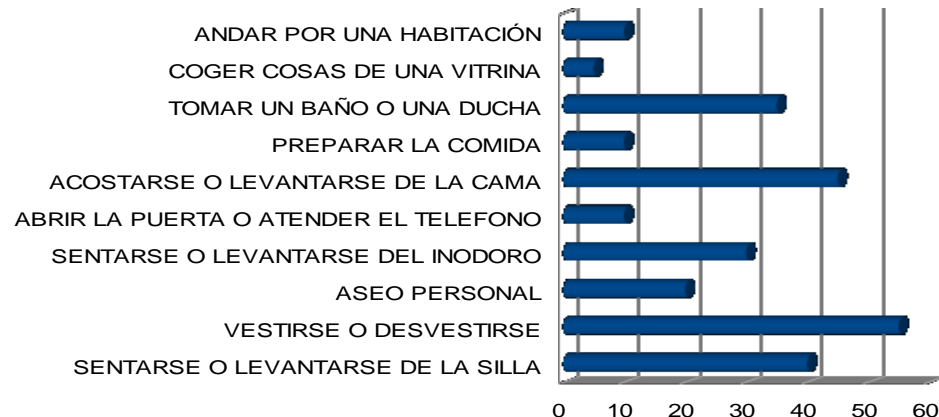
-La presencia de psicofármacos (neurolepticos y benzodiacepinas sobre todo) nos da un  $p < 0.001$ , así como la farmacología en general aunque no la polifarmacia como síndrome geriátrico con una  $p 0,433 (> 0.001)$  .

-En 45 de los 177 usuarios afectados (25.42 %) con deterioro cognitivo leve o sin deterioro y con un déficit funcional leve o independientes (Barthel > de 60) se pasa la escala FES (Fall Efficacy Scale) ,que valora variables cualitativas relacionadas con el miedo a caerse, con valores de 34 sobre 100 siendo los items de acostarse/levantarse de la cama el más penalizado. A este mismo grupo se les plantea una batería de preguntas sobre la actitud tras la caída

**Evaluación-encuesta del STAC**



**Escala FES ( Fall Efficacy Scale)**



**Conclusiones**

- La múltiple causalidad asociada a la etiología de las caídas así como la presencia de variables no modificables hace compleja las intervenciones preventivas, a destacar la patología neurológica y cardiovascular así como los fármacos, sobre todo psicofármacos e hipotensores.
- Las escalas específicas de medición del miedo a caerse, escala FES, tienen la limitación para su aplicación práctica del estado cognitivo y la funcionalidad del usuario.-Dichas escalas y encuestas tienen gran relevancia de cara a la rehabilitación y activación de programas preventivos.