



ACUÑA DE SAZ RICARDO

GERIATRÍA

TAREA DE CUARENTENA

SEXTO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ García

INCONTINENCIA URINARIA / FECAL



La incontinencia urinaria y la continencia fecal causan un sufrimiento significativo en los enfermos crónicos la inmovilidad o la demencia casi el 50% o mas de los ingresados en residencias están afectados con una morbilidad y unos costes significativos. La incontiencia urinaria es la perdida involuntaria de la orina predispone a la aparición de exantemas perineales, úlceras por presión , infecciones del tracto urinario itu , sepsis urinarias, caídas y fracturas la IU es frecuente y afecta negativamente a la calidad de vida afecta el 15 a 30% de las personas ancianas que

viven en su domicilio a un tercio de las ingresadas en centros de agudos y a la mitad de las que viven en residencias.

La continencia urinaria requiere un control adecuado de las fases alterantes de almacenamiento y vaciamiento de la orina en el ciclo de la micción por parte de una compleja interconexión entre el sistema nervioso periférico y el central, la continencia depende no solo de la integridad de la función de las vías urinarias bajas, si no también de una actividad mental, una motivación y una destreza manual adecuadas, la IU en cuidados paliativos se asocia con frecuencia a déficits que no son de las vías urinarias las causas corregibles son el delirium, la ITU, la uretritis / vaginitis atrófica, los fármacos, la producción excesiva de orina y la impactación fecal. La hiperactividad del detrusor HD y la incontinencia urinaria de urgencia IUU son la causa más frecuente de IU en cuidados paliativos las causas de HD incluyen los tumores intrínsecos y extrínsecos por irritación mecánica, la afectación de los nervios sacros, la crisis por radioterapia, los efectos farmacológicos, diuréticos y ciclofosfamida, la ITU, las causas neurológicas centrales infarto cerebral, la esclerosis múltiple, la demencia y las causas metabólicas como la uremia, la diabetes mellitus, la diabetes insípida y la hipercalcemia. La incontinencia urinaria de esfuerzo esta causada por una hipermovilidad uretral y/ o defectos neuromusculares déficit de esfínter intrínseco la hipermovilidad uretral y el déficit de esfínter intrínseco pueden coexistir en los varones, la IUE generalmente es la consecuencia de una lesión del esfínter tras una prostatectomía radical para el cáncer de próstata.

Tipos clínicos de incontinencia urinaria

- Incontinencia urinaria de urgencia: fuga involuntaria de orina acompañada o precedida inmediatamente de sensación de micción imperiosa deseo subitito irremediable de miccionar que es difícil de deferir.

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: fuga involuntaria con el esfuerzo o el ejercicio físico, el estornudo o la tos.
- Incontinencia urinaria mixta: combinación de IUE e IUU
- Incontinencia por desbordamiento: fuga de orina a una capacidad vesical superior a la normal.
- Incontinencia continua: pérdida involuntaria y continua de orina

La incontinencia por desbordamiento puede estar causada por un detrusor hiperactivo o por una obstrucción de flujo de salida de la orina, la obstrucción de la salida de la vejiga es la causa más frecuente de incontinencia en varones ancianos y generalmente esta causada por aumento benigno o maligno de la próstata es infrecuente en las mujeres a menos que exista un prolapso de gran tamaño o tras una suspensión de cuello vesical o un procedimiento tipo sling, la incontinencia continua o total se asocia a la invasión tumoral directa de la uretra o la vejiga lo cual causa una fistula urinaria los cuatro tipos más frecuentes de fistula urinaria son la fistula vesicoenterica, la vesicovaginal, la uretrocutanea y la rectouretral las causas más frecuente son el cancer de cuello de útero de vejiga y de recto generalmente tras radioterapia tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal. Una evaluación cuidadosa para detectar causas enfermedades coexistentes, alteración funcional grado de movilidad y factores ambientales como el acceso al baño y /o disponibilidad de inodoro la evaluación inicial debería incluir una anamnesis completa, una exploración física dirigida y un análisis de orina deberaian tener en cuenta las enfermedades neurológicas evidentes y debería realizarse una exploración dirigida de la sensibilidad sacra y de los reflejos anales siempre que exista una retención una desbordamiento no explicado, la prueba de esfuerzo mediante la tos o la maniobra de Valsalva en la vejiga confortablemente llena puede confirma la IUE el nitrógeno ureico en sangre BUN y la creatinina y realizar un análisis de orina con o sin urocultivo.

El tratamiento debería dirigirse hacia la eliminación de las causas subyacentes el tratamiento de las causas reversibles como la ITU, la impactación fecal o la retención urinaria muchas intervenciones depende de la movilidad, la destreza y la dieta es ideal realizar un abordaje multidisciplinario para reforzar el consejo instaurar el tratamiento especialmente las modalidades conductuales como el vaciamiento programado el vaciamiento habitual, el vaciamiento precoz y el entrenamiento vesical y proporcionar apoyo practico. La oxibutinina es antagonista de los receptores muscarínicos m1, y m3 un relajante muscular directo el fármaco estándar frente al cual se prueban otros fármacos y terapias las preparaciones de liberación inmediata las preparaciones mas novedosa pretenden ser mas selectivas para los receptores m3 con vistas a minimizar estos efectos adversos los efectos adversos de los fármacos antimuscarínicos son la sequedad de boca, el estreñimiento, la visión borrosa , la somnolencia , las náuseas , los vómitos , el malestar abdominal, la dificultad para la micción , las palpitaciones , la cefalea, las reacciones cutáneas y la estimulación del sistema nervioso central, los efectos secundarios pueden minimizarse utilizando preparaciones de una vez al día y realizando una titulación de la dosis. Las sondas tipo preservativo son útiles para los varones puede no ser viable para aquellos con un pene pequeño o retraído los catéteres uretrales permanentes deberían evitarse para la HD / IUU porque generalmente la agudizan si deben utilizarse para permitir la curación de una ulcera por presión se prefieren los catéteres de silicona de calibre 14 a 16 para evitar las fugas alrededor de la sonda.el ajuste de la ingesta de líquidos , el tratamiento de la tos, el tratamiento de la vaginitis atrófica , el uso de un tampón o pesario y los ejercicios de suelo pélvico pueden controlar los síntomas la duloxetina de 20 a 40 mg. V.o dos veces al día puede ser útil en el 30 % de los pacientes que toman duloxetina se producen nauseas transitorias al inicio del tratamiento los antimuscarínicos son con frecuencia útiles , es improbable que la cirugía sea una opción apropiada en cuidados paliativos en los casos graves puede ser necesario el sondaje paliativo.

El tratamiento definitivo debe ser individualizado y puede incluir técnica quirúrgica o intervencionistas como el sondaje permanente, el sondaje intermitente aséptico SI o la endoprótesis uretral la incontinencia por desbordamiento / retención puede ser un signo de compresión de la medula espinal debido al cáncer de próstata metastásico los antagonistas específicos de los receptores adrenérgicos α_1 como la tamsulosina 40 mg v.o una vez al día o la alfuzosina de 2,5 a 10 m.g v.o una vez al día, seguidos de un intento de vaciamiento, benigno de la próstata los inhibidores de la 5^a reductasa como la finasterida 5 mg v.o una vez al día y la dutasterida 0,5 mg v.o una vez al día tienen un inicio de acción más largo hasta de 3 meses y son inadecuados en cuidados paliativos, los análogos de la hormona liberadora de hormona luteinizante triptorelina, inyección i.m, trimestral; goserelina inyección s.c trimestral y / o los antiandrogénicos orales lutamida 50 mg una vez al día ciproterona 100 mg dos veces al día se utilizan con frecuencia en el cáncer de próstata sensible a andrógenos la resección / incisión transuretral de la próstata con frecuencia es una opción en el carcinoma avanzado de la próstata, el uso de una sonda permanente o de una sonda tipo preservativo en varones si el paciente no presenta retención los tratamientos más invasivos deberían llevarse a cabo solo tras la consideración de la expectativa de vida y los beneficios probables la fistula vesicoenterica puede ser tratada mediante derivación intestinal o colostomía si se considera apropiado existe diferentes opciones para el tratamiento de la fistula vesicovaginal como el drenaje mediante catéter uretral o suprapúbico la reparación quirúrgica y la nefrostomía percutánea bilateral los pacientes se requiere una derivación urinaria a través de un conducto ileal la fistula uretrocutanea se trata mejor mediante drenaje con catéter suprapublico si el paciente no es candidato a una reparación definitiva la fistula reactouretral generalmente es una complicación de la prostatectomía radical se trata mejor mediante colostomía temporal de descarga y sonda vesical.

LA INCONTINENCIA FECAL



La incontinencia fecal es la perdida involuntaria de heces que causa sufrimiento en el paciente la incontinencia fecal a diferencia de la urinaria es la causa de ingreso

hospitalario de forma precoz , incluso cuando a menudo se causa es clara su tratamiento es sencillo. el 20% de los ancianos institucionalizados tienen incontinencia fecal la incidencia en la población con cáncer es desconocida en los enfermos crónicos la incontinencia fecal afecta negativamente a la autoestima, la incontinencia fecal normal depende de varios factores : la función mental, el volumen y consistencia de las heces , el tránsito colónico, la distensibilidad rectal, la función del esfínter anal, la sensibilidad y los reflejos anorrectales las alteraciones de cualesquiera de estos factores solo o combinados pueden causar incontinencia los principales factores de riesgo de la incontinencia fecal son la inmovilidad de demencia , el estreñimiento , la diarrea, el cáncer y las alteraciones neurológicas de la defecación y los estados confusionales la causa más frecuente tras la inaccesibilidad a un baño, es la impactación fecal con pseudodiarrea , la asociación de incontinencia fecal e IU conocida como incontinencia mixta puede ser la consecuencia de lesiones neurológicas periféricas lesión obstétrica o estreñimiento crónico grave la incontinencia fecal de inicio reciente en el cáncer asociada a otros hallazgos como dolor perineal o de espalda y 7 síntomas motores y sensitivos requiere evaluación médica para descartar una compresión medular o lesiones del sistema nervioso central.

Las pruebas de laboratorio pueden incluir los electrolitos plasmáticos y el BUN debería analizarse la presencia de sangre oculta en heces las radiografías abdominales en decúbito y en bipedestación pueden descartar la impactación por encima del recto en los casos complejos pueden requerirse estudios especializados del aparato digestivo como el enema de bario , la manometría rectal o la colonoscopia.

Las indicaciones de derivación a un gastroenterólogo son incontinencia / estreñimiento con pérdida de peso, hemorragia rectal o anorexia , diarrea de gran

volumen sin una causa identificada y un cuadro clínico complejo o uno que no responde al tratamiento estándar.

La incontinencia fecal puede ser temporal durante un episodio ocasional de diarrea, pero para algunas personas, la incontinencia fecal es crónica o recurrente. Las personas con este trastorno pueden ser incapaces de resistir la necesidad urgente de defecar, ya que es tan repentina que no es posible llegar al baño a tiempo. Esto se denomina incontinencia de urgencia.

Otro tipo de incontinencia fecal ocurre en personas que no son conscientes de que deben eliminar las heces. Esto se llama incontinencia pasiva.

La incontinencia fecal puede estar acompañada por otros problemas intestinales, por ejemplo:

- Diarrea
- Estreñimiento
- Gases e hinchazón

las causas se incluyen las siguientes:

- **Daño en los músculos.** La lesión de los anillos musculares al final del recto (esfínter anal) puede dificultar la retención adecuada de las heces. Este tipo de daño puede ocurrir durante el parto, especialmente si se realiza una episiotomía o se usan fórceps durante el parto.

- **Daño en los nervios.** Las lesiones en los nervios que detectan las heces en el recto o que controlan el esfínter anal pueden provocar incontinencia fecal. El daño a los nervios puede ser causado por el parto, una presión constante durante los movimientos intestinales, una lesión de la médula espinal o un accidente cerebrovascular. Algunas enfermedades, como la diabetes y la esclerosis múltiple, también pueden afectar estos nervios y causar daños que conduzcan a la incontinencia fecal.
- **Estreñimiento.** El estreñimiento crónico puede hacer que se forme una masa seca y dura de heces (heces impactadas) en el recto y que sea demasiado grande para expulsar. Los músculos del recto y los intestinos se estiran y eventualmente se debilitan, lo que permite que las heces acuosas en el sistema digestivo se muevan alrededor de las heces impactadas y se filtren. El estreñimiento crónico también puede causar daño a los nervios que conduce a la incontinencia fecal.
- **Diarrea.** Las heces sólidas son más fáciles de retener en el recto que las heces blandas, por lo que las heces blandas de diarrea pueden causar o empeorar la incontinencia fecal.
- **Hemorroides.** Cuando las venas en el recto se hinchan y causan hemorroides, evitan que el ano se cierre por completo, lo que puede permitir que las heces se filtren.
- **Pérdida de capacidad de almacenamiento en el recto.** Normalmente, el recto se estira para almacenar las heces. Si el recto está cicatrizado o las paredes rectales se han endurecido por una cirugía, el tratamiento con radiación o la enfermedad inflamatoria intestinal, el recto no puede estirarse tanto como es necesario, y el exceso de heces puede derramarse.
- **Cirugía.** La cirugía para tratar las venas agrandadas en el recto o el ano (hemorroides), así como las operaciones más complejas que involucran el recto

y el ano, pueden causar daño muscular y nervioso que lleva a la incontinencia fecal.

- **Prolapso rectal.** La incontinencia fecal puede ser el resultado de este trastorno, en el cual el recto cae hacia el ano.
- **Rectocele.** En las mujeres, la incontinencia fecal puede ocurrir si el recto sobresale a través de la vagina.

Factores de riesgo

Una serie de factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar incontinencia fecal, como los siguientes:

- **La edad.** Aunque la incontinencia fecal puede suceder a cualquier edad, es más frecuente en adultos mayores de 65 años.
- **Ser mujer.** La incontinencia fecal puede ser una complicación del parto. Se ha determinado en investigaciones recientes que las mujeres que toman terapia de reemplazo hormonal para la menopausia son más propensas a tener incontinencia fecal.
- **Daño en los nervios.** Las personas que tienen diabetes o esclerosis múltiple de larga data, enfermedades que pueden dañar los nervios que controlan la defecación, pueden presentar riesgo de padecer incontinencia fecal.
- **Demencia.** La incontinencia fecal suele estar presente en los estadios avanzados de la enfermedad de Alzheimer y la demencia.
- **Discapacidad física.** Tener una discapacidad física puede dificultar que llegues al baño a tiempo. Una lesión que causó una discapacidad física también puede provocar daño a los nervios del recto y derivar en incontinencia fecal.

IIINESTABILIDAD



La inestabilidad es la sensación de pérdida del equilibrio se manifiesta en el anciano cuando esta de pie o esta caminando por lo general implica necesidad de esfuerzo y continuo para prevenir las caídas es por esencia multifactorial. Los factores que intervienen están vinculados a:

- Alteraciones en los receptores involucrados en el sistema del equilibrio, fundamentalmente la visión y los receptores vestibulares.
- Alteraciones en la ejecución motora tanto en el control postural como en la marcha, que son fenómenos vinculados a patología musculoesquelética.
- Patología neurológica asociada.
- Déficit cognitivos.
- La administración no controlada de drogas psicoactivas.

La incidencia anual asciende del 25% en la población entre los años al 47% después de los 75 años, incrementándose para los mayores de 80, para disminuir a partir de los 85 años. Las mujeres caen con mayor frecuencia que los hombres hasta los 75 años y posteriormente se igualan en frecuencia. La incidencia de caídas en personas mayores que viven en comunidad es de 41,4/1000 personas/mes. En los ancianos institucionalizados la incidencia de caídas oscila entre 0,6 y 3,6 caídas/viejo/año. Los FACTORES DE RIESGO responsables de una caída pueden ser intrínsecos (relacionados con el propio paciente) o extrínsecos (derivados de la actividad o entorno). FACTORES INTRÍNSECOS: Dentro de los factores intrínsecos se incluyen las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, las enfermedades tanto agudas como crónicas y el consumo de fármacos. El control de la postura se obtiene cuando el individuo es capaz de mantener su centro de gravedad dentro de la base de soporte, habitualmente, los pies. Este control viene determinado por la aferencia sensorial (función visual, vestibular y propioceptiva), adecuado procesamiento de la información y eficaz respuesta efectora (músculos, articulaciones y reflejos). Una alteración a cualquier nivel aumentará la probabilidad de la caída. Visión: Los elementos de la visión incluyen agudeza visual, profundidad, contraste y campo de percepción. Las propias consecuencias del envejecimiento como la disminución del tamaño pupilar o el aumento de opacidad del cristalino, junto con diversas enfermedades comunes de la vejez deterioran la capacidad de adaptación a cambios de contraste y luminosidad con un incremento de riesgo de caer. Función vestibular: Contribuye a la orientación espacial tanto en reposo como en movimiento. Cambios relacionados con el envejecimiento como pérdida de elasticidad de la membrana estratocónica y alteraciones del sistema vestibular periférico(laberintitis, enf.

Exploración física: con especial atención a la exploración neurológica, cardiovascular y de aparato locomotor. CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS Las

caídas en el anciano son un marcador de fragilidad y pueden ser predictores de muerte. El daño físico directamente debido a la caída supone la principal causa de muerte accidental en mayores de 65 años y la 5ª causa de muerte de cualquier causa en la población anciana. Debido a la fragilidad ósea y al fallo en los reflejos de autoprotección, los ancianos se lesionan con facilidad si se caen. Un 40-60% presentan algún tipo de consecuencia física, de las cuales un 30-50% son complicaciones menores y un 5-6% mayores del tipo de fracturas. Otro 5% presentan complicaciones mayores no relacionadas con fracturas. Podemos diferenciar las consecuencias médicas de las caídas en inmediatas y a largo plazo, así como en las consecuencias de permanecer un tiempo prolongado en el suelo.

CONSECUENCIAS MÉDICAS

Consecuencias inmediatas Las caídas suponen la causa más importante de fracturas. El 90% de fracturas de cadera, antebrazo y pelvis en los ancianos tienen como antecedente una caída. Alrededor del 5% de las caídas en personas mayores de 65 años que habitan en la comunidad dan lugar a fracturas. La fractura de cadera es la más importante en cuanto a sus consecuencias, tanto por su mayor mortalidad como por su repercusión funcional posterior.

La fractura de Colles aparece casi siempre en relación con una caída con la mano extendida con la muñeca en ciento grado de flexión dorsal. Las fracturas vertebrales en el anciano se producen por la acción de fuerzas en sentido vertical o por flexión. Las contusiones y heridas tras una caída pueden tener importante repercusión funcional en el anciano. Pueden contribuir a disminuir la movilidad del anciano a más o menos largo plazo. Otras consecuencias importantes que puede presentar en anciano son los traumatismos craneo-encefálicos (TCE). Las complicaciones del TCE pueden ser: conmoción cerebral, contusión cerebral, hematoma epidural, hematoma subdural. El hematoma subdural puede desarrollarse de forma aguda o crónica. La forma aguda es una urgencia neuroquirúrgica. La crónica es más común en los pacientes ancianos. El antecedente traumático es, a menudo, mínimo. Los síntomas tienden a ser inespecíficos (cefalea, cuadro confusional agudo, letargo, somnolencia)

y pueden fluctuar considerablemente. En los traumatismos costales y torácicos tiene mucha importancia el control del dolor para evitar la hipoventilación y el riesgo consiguiente de infección respiratoria y neumonía. Consecuencias a largo plazo La inmovilidad secundaria a las caídas o a sus consecuencias inmediatas contribuye, asimismo, al desarrollo de distintos problemas: a) Contracturas y rigidez articular, hipotonía y atrofia muscular; b) Úlceras por presión; c) Trombosis venosa profunda; d) Alteraciones sobre los órganos: mayor dificultad ventilatoria, estreñimiento e impactación fecal, osteoporosis.

CAIDA



La caída puede definirse como un suceso inesperado que lleva a una persona a precipitarse de forma involuntaria en el suelo las caídas constituyen un problema que amerita una valoración multidimensional detallada deben identificarse sus antecedentes y sobre todo conocer de manera precisa las circunstancias de cada caída , con la finalidad de no omitir detalles par precisar el origen del problema el síndrome de caídas es una manifestacion de vulnerabilidad y concurrencia de problemas que se retroalimentan y pueden provocar fracturas , abatimiento funcional e incluso la muerte , cuando mas envejece el sujeto mas expuesto esta a las caídas con consecuencias mas serias por lo general los profesionales de la salud no vinculados

con el estudio de la geriatría pasan por alto dicho problema y se enfocan más en las consecuencias las causas de la caída una caída favorece la ocurrencia de otra es decir constituye un factor de riesgo para volver a caer, implica movilidad deteriorada, retraimiento y abatimiento funcional, la vejez viene con la primera caída y la muerte con la segunda la inestabilidad y las caídas en el anciano pueden ser indicadores de un mal estado de salud o declinación funcional.

Las caídas son un problema sustancial en individuos mayores de 65 años estudios retrospectivos pueden subestimar su incidencia el síndrome provoca ansiedad y miedo a volver a caer implica movilidad deteriorada, retraimiento y abatimiento funcional la vejez viene con la primera caída y la muerte con la segunda la inestabilidad y las caídas en el anciano puede ser indicadores de un mal estado de salud o declinación funcional las caídas son un problema sustancial en el individuo mayores de 65 años la prevalencia puede interpretarse mal ya que algunos estudios retrospectivos pueden subestimar su incidencia ocurren en 32 % de las personas de 65 a 74 años y el 35 % de las 75 a 84 años en los mayores de 85 años la cifra se eleva hasta un 51% a 65% de los varones y 44% de las mujeres se caen en el hogar, las caídas son más frecuentes en las mujeres son la sexta causa de muerte en los individuos mayores de 65 años una tercera parte de los ancianos que viven en la comunidad y la mitad de los que viven a casa de cuidados crónicos se caen al menos una vez al año los ancianos que caen el 1% sufre fractura de cadera 5% otro tipo de fractura y el 5% daño grave en tejidos blandos el 14% de las causas de admisión al servicio de urgencia las consecuencias, las fracturas de cadera es importante causa de morbilidad las fracturas de cadera reduce la esperanza de vida el 10 a 15% los costos son mayores a 1000 millones de dólares al año, la inestabilidad sin caídas es un problema grave la finalidad en el cuidado de estos pacientes es mejorar la funcionalidad en el cuidado de estos pacientes es mejorar la función y prevenir el daño a través de una valoración sistémica de las causas de la inestabilidad la causa de la inestabilidad y las caídas en el anciano el efecto de la interacción de múltiples

factores , la atención debe ser multifactorial las tres medidas claves en el tratamiento de estos pacientes consisten en identificar las causas reversibles , tratar las alteraciones modificables y adaptarse a las incapacidades no modificables y adaptarse a las incapacidades no modificables o fijas el riesgo de daño por una caída depende de la susceptibilidad del individuo y la intensidad de la fuerza del impacto que es potencialmente mayor en las personas más activas los sujetos menos activos el riesgo del daño depende de la susceptibilidad del individuo debido a la mayor fragilidad ósea y la menor efectividad de las respuestas protectoras el efecto de la inestabilidad y el temor a una caída en los ancianos que han sufrido caídas.

Las caídas pueden deberse a factores intrínsecos y extrínsecos, aunque no infrecuentemente pueden ser multifactoriales, es decir intervienen ambos tipos de factores.

Factores Intrínsecos

Son aquellos que se relacionan directamente con la persona.

Normalmente con el paso de los años la marcha cambia como consecuencia de múltiples variaciones a nivel osteomuscular y sensorial. Alteraciones significativas de la marcha se presentan en 15 a 20 % de personas ancianas y se calcula que una cuarta parte necesita bastón, caminador u otro tipo de ayudas.

La alteración cognitiva se asocia con un riesgo aumentado para presentar caídas, ya que tanto el síndrome confusional agudo como las demencias alteran el juicio y suelen

acompañarse de mayor distracción lo cual aumenta la posibilidad de que el individuo se exponga a situaciones peligrosas.

La visión brinda continuamente información certera sobre la situación del organismo en el entorno y detecta obstáculos, por lo cual el déficit visual, tan frecuente en la vejez, es una causa importante de caídas. Un alto porcentaje de caídas se presenta en horas de la noche en parte por pobre iluminación y en parte porque hay una menor capacidad de adaptación de la visión nocturna con la edad.

Alteraciones del sistema vestibular como laberintitis, enfermedad de Meniere, y vértigo postural benigno son más frecuentes en personas de edad avanzada. El sistema vestibular contribuye a la orientación espacial en reposo y durante el movimiento y cualquier problema a este nivel puede ser causa importante de caídas.

Se ha observado un aumento directamente proporcional entre el riesgo de caer y el número de condiciones médicas crónicas, y dentro de estas las más implicadas son:

Enfermedad neurológica: Eventos cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, demencia, insuficiencia vertebral basilar, alteración del seno carotídeo, neuropatía periférica, convulsiones.

Enfermedad Cardiovascular: Infarto Agudo de Miocardio (IAM), hipotensión ortostática, bloqueos, arritmias, aneurisma disecante de aorta.

Alteración Gastrointestinal: sangrado, diarrea, síncope durante la defecación, síncope posprandial.

Alteración Genitourinaria: nocturia, incontinencia, síncope miccional.

Alteración Musculoesquelética: osteoartritis, miopatías, desacondicionamiento físico, hipotrofia muscular.

Alteración Psicológica: depresión, ansiedad.
Medicamentos: benzodiazepinas, antipsicóticas, diuréticos, antidepresivos tricíclicos, narcóticos, sedantes.

Los fármacos son una causa reconocida de caídas y traumas como fractura de cadera. Se calcula que en 14 % de estas fracturas están implicadas las medicaciones psicoactivas.

Factores Extrínsecos

Los obstáculos ambientales o barreras arquitectónicas están implicadas en una tercera parte a una mitad de las caídas. En el hogar los cordones de equipos eléctricos, juguetes, elementos del aseo, tapetes que no son de pared a pared, y las superficies lisas o desniveles entre otros, son causas importantes de accidentes. Las escaleras especialmente el primero y el último escalón, y el cuarto de baño, son sitios de especial peligro para el anciano. La ausencia de iluminación adecuada y de pasamanos también son factores contribuyentes.

Rodríguez R., Lazcano G., Medina H., & Hernández M. (2011). Caída cap.27 (pags.. 220 -230). México: Mc Graw Hill.

Walsh D. (2010). cap.164 incontinencia urinaria y fecal

(Pág. 898). Barcelona, España: Elsevier España, S.L.