

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: GERIATRIA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TERCER PARCIAL.

TEMA: CAIDAS.



TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.

CAÍDAS

La caída puede definirse como un suceso inesperado que lleva a una persona a precipitarse de forma involuntaria en el suelo. En gerontología, las caídas constituyen un problema muy importante que amerita una valoración multidimensional detallada. Siempre deben identificarse sus antecedentes y sobre todo conocer de manera precisa las circunstancias de cada caída, con la finalidad de no omitir detalles importantes para precisar el origen del problema. El síndrome de caídas es una manifestación de vulnerabilidad y concurrencia de problemas que se retroalimentan y puede provocar fracturas, abatimiento funcional e incluso la muerte. Cuanto más envejece el sujeto, más expuesto está a las caídas con consecuencias más serias.

Factores relacionados con las caídas

- La causa de una caída es consecuencia de una compleja y dinámica interacción de factores intrínsecos, extrínsecos y el grado de exposición conductual al riesgo que una persona elige asumir.
- Debe siempre preguntarse al paciente acerca de la ocurrencia de caídas y consignarse como un problema diagnóstico mayor en el expediente clínico, ya que es un problema potencialmente prevenible y susceptible de tratamiento.
- Las caídas son expresiones inespecíficas de enfermedad. Las enfermedades cardiovasculares representan hasta 70% de las caídas recurrentes.
- Dentro de los factores de mayor riesgo figuran el déficit del equilibrio de pie, la pérdida de fuerza en las extremidades inferiores que provoca dificultad para levantarse de una silla, alcanzar un objeto, desplazarse y caminar.
- Los fármacos psicotrópicos se relacionan de manera independiente con un incremento hasta de 50% de la probabilidad de caer.
- En pacientes frágiles la adición de algún fármaco relacionado con la estabilidad y la fuerza puede aumentar el riesgo de caer.
- El deterioro cognitivo y la alteración de la agudeza visual elevan hasta en 50% la incidencia de caídas.
- Los bajos niveles séricos de vitamina D se vinculan con debilidad muscular que incrementa el riesgo de caer. El tratamiento con vitamina D reduce hasta en

22% este riesgo.

- La suspensión o modificación de los fármacos psicotrópicos puede disminuir en grado significativo el riesgo.

- La prevención y el tratamiento multidisciplinario han resultado ser más efectivos. Una caída favorece la ocurrencia de otra, es decir, constituye un factor de riesgo para volver a caer; además, no debe olvidarse el efecto psicológico. El síndrome poscaída, que 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” (El amor en los tiempos del cólera). 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; la prevalencia puede interpretarse mal, ya que algunos estudios retrospectivos pueden subestimar su incidencia.

Teoría del control postural

El equilibrio es la capacidad de mantenerse de pie; desde el punto de vista biomecánico, es el control continuo del desplazamiento del centro corporal o la masa a través del movimiento de la base de soporte. La masa es casi siempre la columna vertebral en el individuo en posición de pie y la base de soporte representada por el contacto de la superficie de los pies. Esta prueba biomecánica se adapta de forma constante a los cambios y condiciones del movimiento; al caminar, el área de contacto se reduce y el centro de la masa se proyecta directamente sobre la base de soporte para crear estabilidad corporal (es el llamado equilibrio estático). El movimiento a un lado y otro fuera de la base de soporte se ajusta rápidamente segundo a segundo al caminar (es el denominado equilibrio dinámico). El sistema de control postural usa múltiples vías sensoriales que de modo continuo determinan la posición y trayectoria del cuerpo en el espacio; el sistema nervioso central integra la información sensorial y organiza con rapidez las respuestas de los sistemas efectores, como los músculos y las articulaciones que llevan a cabo las instrucciones del SNC. Los tres sistemas sensoriales son visión, somatosensación y función vestibular. El SNC usa respuestas automáticas que proveen reacciones rápidas: el llamado reflejo de asa larga del tobillo, que tiene

características intermedias entre reflejo de elasticidad monosináptico y la típica respuesta voluntaria; y el reflejo de asa larga, que es en extremo estereotipado y muy rápido (ocurre en 50 ms). La respuesta voluntaria es infinitamente modificable y aparece en 150 a 200 ms. El envejecimiento relacionado con afectaciones del SNC u otros factores que alteran los reflejos provoca cambios sustanciales en el sistema de control postural, lo que resulta en la dificultad para realizar el control biomecánico adecuado. La falla del control postural puede ocurrir cuando las demandas exceden las capacidades del control biomecánico, o cuando los sistemas de control se agotan y se acumulan los múltiples déficits. El clínico debe conocer la teoría del control postural, ya que la comprensión de los mecanismos biomecánicos y los efectos que produce el envejecimiento sobre el control postural hace posible una mejor atención de los problemas de inestabilidad. Al avanzar la edad se experimenta una disminución de la función de diversos órganos relacionada con la edad y, aunque estos cambios de envejecimiento normal son sutiles, alteran el rendimiento diario de las personas de edad más avanzada; los cambios observados en los planos sensorial, neurológico, musculo esquelético y cardiovascular pueden predisponer a algunos individuos a sufrir caídas cuando se interactúa con los riesgos del medio ambiente.

La incidencia del síncope, definido como la pérdida auto limitada y transitoria de la conciencia que causa una caída, no se ha documentado de manera adecuada, en parte por la naturaleza paroxística del síncope y porque no siempre se diagnostica. A pesar de ello, el síncope representa hasta 3% de las consultas de urgencia y 1% de los ingresos hospitalarios. Las causas pueden ser de origen cardiovascular y no cardiovascular, pero se considera que estas últimas representan 38% de todos los casos de síncope. Las causas más comunes incluyen trastornos del ritmo y la conducción, hipotensión ortostática, respuesta vasovagal y alteración inducida por fármacos. No es de sorprender que en 39% de los casos de pacientes con síncope admitidos en la unidad de cuidados intensivos después de una valoración exhaustiva no se determine su origen. El síncope relacionado con alteraciones cardiacas tiene una elevada mortalidad (>50% a cinco años), en comparación con pacientes que presentan síncope de origen no cardiaco (30% a cinco años). La

fibrilación auricular puede ser causa de mareo, caídas y síncope; aunque en diversos estudios éste es un tema controvertido, se ha concluido que la fibrilación auricular y el síncope y caída no se relacionan, excepto cuando existe pausa sinusal de 3 s o más, una indicación para aplicación de marcapasos permanente. El síncope o el vértigo son síntomas comunes de hipotensión ortostática o postural. La maniobra de Osler descrita hace casi un siglo ha demostrado ser eficaz para detectar la hipertensión arterial verdadera de la pseudohipertensión y consiste en insuflar el manguito por encima de la presión sistólica y palpar de manera cuidadosa el pulso radial o humeral, ya que debe presuponerse que la rigidez en las arterias del paciente ha provocado una lectura erróneamente elevada de la presión sistólica. Valoración: Para valorar y minimizar el riesgo se pueden realizar varias acciones:

1. Aplicación de escalas de valoración: a) Las capacidades funcionales, como la facilidad para ponerse de pie, caminar sin ayuda o con auxiliares, subir escaleras o caminar sobre una línea, las ha clasificado Tinetti en los niveles vigoroso, de transición y frágil.

b) Escala del equilibrio y marcha de Tinetti.

c) Escala de Downton.

2. Relato de las circunstancias en que se produjo la caída, ya que, si bien algunas caídas son en verdad accidentales, como un empujón, en la mayor parte de los casos se observan factores que se relacionan con los hechos, aunque parezcan circunstanciales; los problemas que en personas jóvenes no provocan una caída, en las personas envejecidas vulnerables culminan en una caída.

3. Valoración geriátrica: es necesario revisar con detalle las afectaciones crónicas y los fármacos prescritos; problemas sensoriales, alteraciones del equilibrio, fuerza muscular, propiocepción, hipotensión postural, problemas en los pies; y, por último, análisis de los factores externos (ambientales) que pueden incrementar el riesgo.

Bibliografía:

Carmen Imelda Orozco González y Guillermo Lazcano Botello. (2011). CAIDAS. En PRACTICA DE LA GERIATRIA (220-227). México: Mc Graw Hill.