

Nombre del alumno:

Rudy Ángel Osvaldo Vázquez
Zamorano

Nombre del profesor

Dr. Osmar Emmanuelle Vazquez
Mijangos.

Nombre del trabajo:

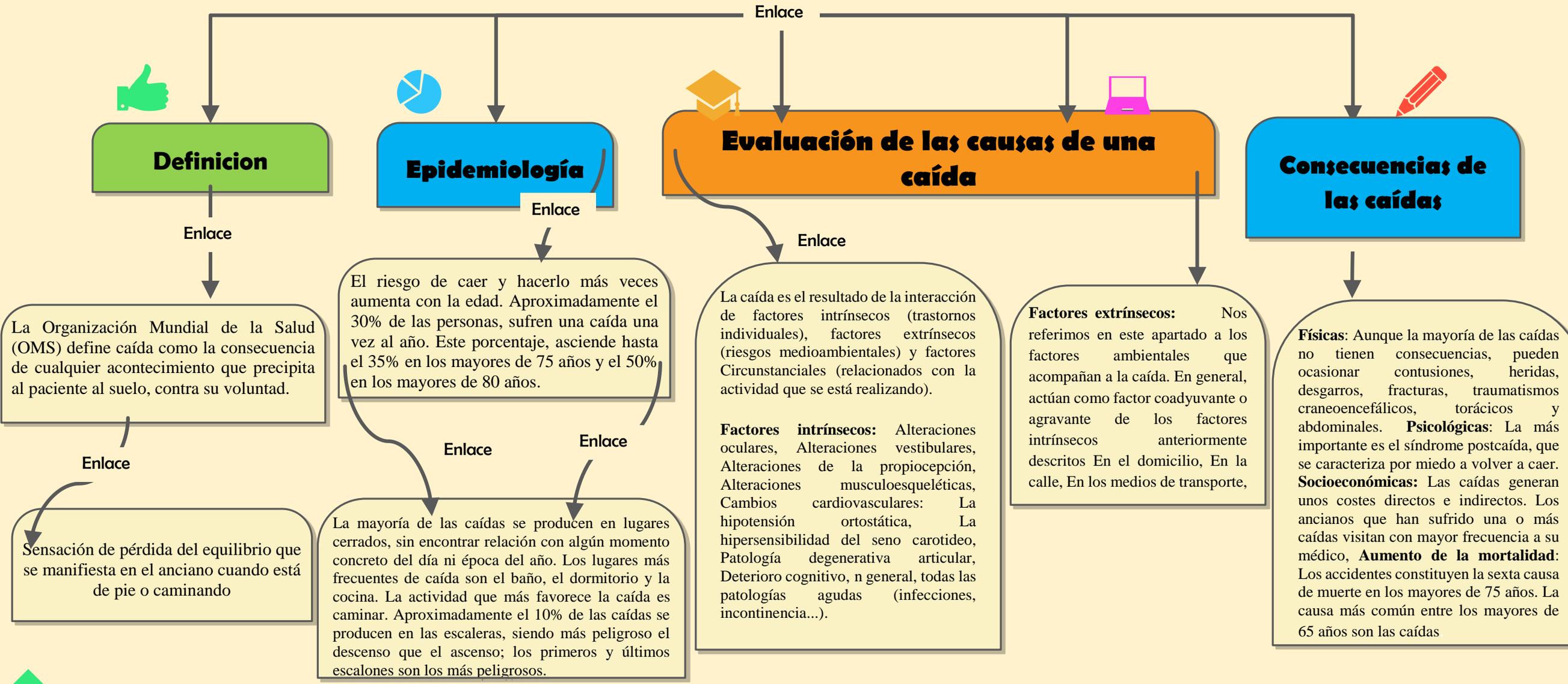
“Mapa conceptual.”

Materia: Geriatria.

6-º. Semestre.

Grupo: “A”

Caídas, trastornos de la marcha e inestabilidad



Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad.

Epidemiología

El riesgo de caer y hacerlo más veces aumenta con la edad. Aproximadamente el 30% de las personas, sufren una caída una vez al año. Este porcentaje, asciende hasta el 35% en los mayores de 75 años y el 50% en los mayores de 80 años.

Evaluación de las causas de una caída

La caída es el resultado de la interacción de factores intrínsecos (trastornos individuales), factores extrínsecos (riesgos medioambientales) y factores Circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando).

Factores intrínsecos: Alteraciones oculares, Alteraciones vestibulares, Alteraciones de la propiocepción, Alteraciones musculoesqueléticas, Cambios cardiovasculares: La hipotensión ortostática, La hipersensibilidad del seno carotideo, Patología degenerativa articular, Deterioro cognitivo, n general, todas las patologías agudas (infecciones, incontinencia...).

Consecuencias de las caídas

Físicas: Aunque la mayoría de las caídas no tienen consecuencias, pueden ocasionar contusiones, heridas, desgarros, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, torácicos y abdominales. **Psicológicas:** La más importante es el síndrome postcaída, que se caracteriza por miedo a volver a caer. **Socioeconómicas:** Las caídas generan unos costes directos e indirectos. Los ancianos que han sufrido una o más caídas visitan con mayor frecuencia a su médico, **Aumento de la mortalidad:** Los accidentes constituyen la sexta causa de muerte en los mayores de 75 años. La causa más común entre los mayores de 65 años son las caídas.

Sensación de pérdida del equilibrio que se manifiesta en el anciano cuando está de pie o caminando

La mayoría de las caídas se producen en lugares cerrados, sin encontrar relación con algún momento concreto del día ni época del año. Los lugares más frecuentes de caída son el baño, el dormitorio y la cocina. La actividad que más favorece la caída es caminar. Aproximadamente el 10% de las caídas se producen en las escaleras, siendo más peligroso el descenso que el ascenso; los primeros y últimos escalones son los más peligrosos.



Evaluación de la caída en un paciente



Enlace

1. Anamnesis detallada. Debemos preguntar acerca de síntomas prodrómicos o acompañantes, Circunstancias de la caída, la actividad que Estaba realizando, las consecuencias, si permaneció en el suelo y cuánto tiempo **2. Valoración geriátrica integral:** — Esfera biomédica. Recogeremos los antecedentes médicos y patológicos, hábitos tóxicos, historia farmacológica detallada y estado nutricional. Esfera funcional. Conocimiento del nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentadas de vida diaria, ya que éste se asocia a un mayor riesgo de caídas. **3. Exploración cardiovascular:** Pulso arterial periférico y carotideo, detección de soplos, tercero y cuarto tono, arritmias y toma de TA (tensión arterial). **4. Exploración neurológica:** Con ella podemos detectar los déficit focales neurológicos, alteraciones cerebelos, parkinsonismo y otros eventos que favorecen las caídas en el anciano **5. Exploración del sistema locomotor:** Valoraremos la deformidad, presencia de dolor y amplitud de movimiento de las articulaciones, alteraciones de los pies, atrofia y pérdida de fuerza muscular. **7. Trastornos del equilibrio y de la marcha:** El interés de evaluar un trastorno de la marcha está en poder llegar a conocer el mecanismo por el que se ha producido y la entidad responsable del mismo, todo ello encaminado a instaurar un tratamiento. **8. Evaluación del entorno:** Debemos preguntar acerca de las características de la vivienda, escaleras, suelos, mobiliario, etc **9. Pruebas complementarias:** No existe un protocolo general de pruebas diagnósticas para el paciente que ha sufrido una caída.

Enlace



Prevención y tratamiento de las caídas

Enlace

Una de las grandes metas de la geriatría es conseguir un envejecimiento saludable con el tiempo más corto posible de morbilidad, incapacidad y dependencia: esperanza de vida libre de enfermedad.

Prevención primaria: 1._Educación para la salud. Son todas aquellas actuaciones que tienen como objetivo promover un estado físico, mental y social óptimo de la población, así como la prevención de enfermedades. La promoción de la salud en la persona mayor tiene como objetivo último prolongar el período de vida independiente, potenciar la calidad y mantener al individuo en su entorno el mayor tiempo posible, 2._Aumento de la seguridad ambiental. Consiste en la corrección de los factores de riesgo extrínsecos enumerados en el apartado de etiología de las caídas. 3._Detección precoz de determinadas patologías. La comorbilidad de un anciano es el factor más determinante en la génesis de una caída.

Prevención secundaria: Destinada a prevenir nuevas caídas en aquellos ancianos que previamente ya han sufrido alguna, 1._ Valoración de factores intrínsecos y extrínsecos relacionados. 2._ Corrección de las causas. **Prevención terciaria:** Son todas aquellas actuaciones que tratan de disminuir la incapacidad desencadenada por una caída — 1._Adecuado tratamiento de las complicaciones físicas y psicológicas de la caída 2._ — Rehabilitación de la marcha y el equilibrio 3._ Enseñar a levantarse tras una caída

INMOVILIDAD

Definición

— **Movilidad.** Capacidad de desplazamiento en el medio. La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida. — **Inmovilidad.** Disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. — **Deterioro funcional.** Restricción en la capacidad de realización de actividades esenciales para la vida diaria (sin repercusión en otros sistemas). — **Síndrome de inmovilidad.** Vía común de presentación de enfermedad, generada por una serie de cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas condicionados por la inmovilidad y el desuso acompañante. Es un cuadro clínico generalmente multifactorial, potencialmente reversible y prevenible

Epidemiología

Aproximadamente un 18% de las personas mayores de 65 años presentan dificultades para moverse sin ayuda.

un 50% de los mayores de 75 años tienen problemas para salir del domicilio.

A nivel hospitalario, un 59% de los ancianos ingresados en unidades de agudos inician dependencia en una nueva AVD (actividad de la vida diaria).

Exploración de la movilidad

Cambios posturales y transferencias: Se examinará la movilidad en la cama, capacidad de girar e incorporarse a la posición de sedestación y posteriormente, a bipedestación
Evaluación de la marcha y del equilibrio: Para identificar de forma precoz pérdidas funcionales será importante valorar el equilibrio del paciente anciano en tándem (situando un pie delante del otro) o semitándem (pies paralelos pero medio pie por delante del otro), también habría que valorar la marcha (tipo y tiempo) mediante la observación de la deambulación en un espacio de unos 2,5 m, la capacidad para levantarse de una silla sin apoyarse y más detalladamente mediante la escala de Tinetti o el test up and go.

Cambios fisiopatológicos

Sistema cardiovascular: Existe alteración del flujo sanguíneo que puede provocar tendencia sincopal y fatigabilidad, pérdida de fluidos con aparición de ortostatismo; intolerancia al ejercicio y riesgo de desarrollar complicaciones tromboembólicas: TVP (trombosis venosa profunda), tromboflebitis y TEP
Sistema musculoesquelético: Disminuye la fuerza muscular hasta un 55% a las seis semanas de inmovilización y de un 1-3% al día, con una tasa de recuperación de un 6% a la semana, **Sistema respiratorio:** Se observa desaturación y riesgo de aparición de atelectasias y neumonías, **Sistema nervioso:** Disminuye la coordinación y aparece inestabilidad en bipedestación. También puede existir deprivación sensorial, depresión y aislamiento social, **Sistema digestivo** Disminuye el apetito, puede existir reflujo gastroesofágico y estreñimiento, **Sistema genitourinario** Se favorece la aparición de cálculos,

Riesgos y contraindicaciones

Los riesgos dependerán de la intensidad y la duración de los ejercicios incluyendo: cansancio extremo, HTA (hipertensión arterial), muerte súbita, IAM (infarto agudo de miocardio) y lesiones. Habrá que prestar atención a cualquier signo de alarma que pueda relacionarse con dichas patologías.
Las contraindicaciones serán: deterioro severo del equilibrio o debilidad muscular extrema (frecuentes, por ejemplo, en pacientes con demencias en fases avanzadas), fases agudas de artritis, dolor no controlado con la movilización, falta absoluta de motivación del enfermo y riesgo de agravar la patología subyacente.

Enlace



Prevención del síndrome de inmovilidad

Primaria: La mejor medida preventiva es mantener el grado de movilidad. Diversos estudios coinciden en señalar el ejercicio físico como principal factor para prevenir la inmovilidad.

1._ Ejercicio físico: Los ejercicios de potencia o fuerza muscular se realizan con la musculatura extensora de extremidades superiores, desde atrás hacia delante y sin separar los brazos lateralmente.2._ Los ejercicios de resistencia aumentan de forma importante la fuerza y la masa muscular, siendo bien tolerados por las personas mayores frágiles e independientes,3._ Los ejercicios de flexibilidad incluyen los estiramientos musculares y pueden realizarse de forma activa o pasiva.4._ Los ejercicios de equilibrio pueden reducir el número de caídas.

Prevención secundaria: 1._ Puertas: tener en cuenta la amplitud, el peso y la facilidad para abrirlas o cerrarlas, 2._ Barandillas: uso en pasillos para apoyarse,3._ Iluminación: adecuada, con interruptores en lugares accesibles y cómodos,4._ Sillas: sólidas, pesadas, con respaldo alto y brazos.

Prevención terciaria:1._ Decúbito supino: suele ser bien tolerado por el paciente. La cabeza en la línea media sobre una almohada plana adaptada al cuello. El tronco debe estar recto, alineado con la cabeza y el raquis y conservando la lordosis y cifosis fisiológicas,2._ Decúbito prono: poco tolerado, reservado para conseguir la extensión completa de las caderas y aliviar la presión en las zonas posteriores del cuerpo. Dificulta la función respiratoria



Ayudas técnicas

Bastones: Soportan el 15-20% del peso corporal y han de utilizarse con la extremidad contraria al lado afecto. La altura debe ser individualizada, y para calcularla se puede medir desde el suelo a la apófisis estiloides del cúbito **Muletas:** También conocidas como bastón inglés. En caso de debilidad muscular de ambas EEII, imposibilidad de apoyar una de las dos EEII o afectación importante del equilibrio. Pueden aguantar todo el peso del cuerpo, proporcionan más sujeción, descarga y estabilidad, **Caminadores:** Se recomienda su uso en períodos prolongados de inmovilidad, con debilidad generalizada o si la marcha no es estable. Aguantan el peso de una extremidad inferior, pero no todo el peso del cuerpo. Existen diferentes tipos: con asiento, cesta, plegables, de cuatro patas, con ruedas (indicados si hay dolor en hombros o tendencia a la retropulsión, pero si hay riesgo de antepulsión están contraindicados por el riesgo de caídas), etc., **Sillas de ruedas:** tienen que adaptarse a la constitución, peso, discapacidad y pronóstico del paciente. La silla tiene que ser cómoda, estable y distribuir las presiones de forma adecuada, así como facilitar las transferencias. La estabilidad se consigue con la cabeza y cuello en posición vertical, caderas flexionadas a 100°, caderas en ligera abducción y hombros en rotación interna, con los brazos y pies apoyados y la espalda ligeramente inclinada hacia atrás.



Tratamiento y manejo de la inmovilidad

La situación de inmovilización debería ser incluida dentro del listado de problemas del paciente geriátrico. Una vez valorada la situación de inmovilidad del paciente se realizará un plan de actuaciones que incluya: — Tratamiento de la causa de la inmovilidad.

— Plan de rehabilitación encaminado al tratamiento de la inmovilidad existente y a evitar su progresión.

— Uso de ayudas y adaptaciones en el hogar.

— Prevención de las complicaciones asociadas.

Encamamiento: Si la inmovilidad es total se realizarán cambios posturales pasivos, asegurando una postura correcta. Si existe estabilidad médica se puede iniciar movilización articular pasiva (ejercicios de estiramiento y relajación muscular) evitando provocar dolor, **Sedestación:** Cuando el enfermo está encamado hay que iniciar la sedestación al borde de la cama con los pies colgando enseñándole a hacerlo sin ayuda, **Transferencias:** Dependerán del grado de dependencia del enfermo, requiriendo mayor o menor grado de ayuda según el mismo, **Deambulaci3n:** Se iniciará en la habitación con la ayuda técnica más adecuada a cada caso: inicialmente con ayuda de un caminador y, después, muleta o bast3n.

ç



Enlace

Bibliografía.

Tratado de Geriátria para residentes; sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Año de publicación: 2007