

LAS CAÍDAS EN GERIATRÍA

Sergi Sánchez Hernández¹, Antonia González Cortés².

1. Diplomado en Podología.
2. Diplomada en Fisioterapia.

CORRESPONDENCIA

Sergi Sánchez Hernández
Estricadors, 43
Sant Feliu de Codines
08182 Barcelona
E-mail: podolegsergi@gmail.com

RESUMEN

Las caídas en las personas mayores, son un punto de estudio dentro del ámbito de la geriatría, y debería serlo también en los estudios de podología, ya que podemos llegar a resolver muchísimos problemas causados por las caídas como fracturas, convalecencias, y lesiones que imposibilitan la vida diaria de nuestros mayores.

En este artículo se pretende dar a conocer las caídas que se sufren en geriatría e introducirnos en un mundo multidisciplinar, donde la podología tiene un papel que desempeñar.

PALABRAS CLAVE

Caídas, podología, geriatría.

ABSTRACT

Falls in older people, are a point of study within the field of Geriatrics, and it should be also in studies in podiatry, since we can get to solve many problems caused by falls as fractures, convalescence, and injuries that preclude the everyday life of our elders. This article intends to introduce a new area of our profession and enter a multidisciplinary world, where the podiatry has a great role to play.

KEY WORDS

Fall, podiatry, geriatry.

INTRODUCCIÓN

La geriatría es una rama de la medicina profundamente distinta a las demás especialidades médicas, y aunque a simple vista no lo parece, es de una gran complejidad.

Hay que tener en cuenta que el proceso degenerativo en personas mayores, produce cambios que influyen negativamente en la marcha, a lo que hay que sumar las múltiples patologías, que suelen ser polimedicados, y muchos sobrellevan problemáticas sociales que puede agravar su salud.

De todas estas alteraciones hay multitud de estudios, tratamientos y una gran cantidad de herramientas para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, pero si quisieramos definir a grandes rasgos que alteraciones son las más importantes en geriatría, podríamos definirlas como la inmovilidad, la inestabilidad la incontinencia y las alteraciones intelectua-

les y/o cognitivas¹.

Pero existe otra dolencia, que es el resultado de la suma de todas ellas, y es sin duda una de las alteraciones más complejas en geriatría, tanto por su etiopatogenia, como por su complicado tratamiento, que es multidisciplinar y donde intervienen médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y podólogos.

Las caídas en personas mayores suponen un importante problema de salud, aproximadamente el 30% de la población anciana joven (65 a 74) sufre una caída/año. Este número puede aumentar hasta el 50% en personas mayores de 80 años¹.

Las caídas en geriatría son causadas por una multitud de mecanismos, y generalmente no se informa de ellas a no ser que produzcan lesiones o incapacidades. Por este motivo es muy importante hacer una buena anamnesis para detectar tanto a los pacientes con riesgo de caídas como para tratar a todos aquellos que ya las han padecido.

FISIOPATOLOGÍA DE LAS CAÍDAS

La marcha de por sí es un acto inestable, que consta de una pequeña base de apoyo y donde cualquier actividad comporta un desequilibrio.

Como se ha indicado anteriormente, las causas y los mecanismos de las caídas son múltiples, por este motivo vamos a detallarlos para hacernos una idea de su complejidad:

- **Alteraciones de la conciencia.**

La perdida de conciencia, los mareos, las bajas de glucosa, la hipotensión ortostática pueden ser el desencadenante de una caída al igual que la Epilepsia y las alteraciones circulatorias como las arritmias.

- **Fármacos relacionados con las caídas.**

Algunos fármacos pueden alterar la conciencia, producir somnolencia y alterar la velocidad de respuesta.

Estos fármacos pueden ser los utilizados como antihipertensivos, sedantes, tranquilizantes, tratamientos para el Parkinson, diuréticos y muchos otros, que además suelen ser muy habituales en los pacientes geriátricos.

- **Enfermedades neurológicas.**

Todas aquellas enfermedades neurológicas que alteren la marcha, son susceptibles de producir una caída.

Entre las enfermedades neurológicas que más comúnmente se relacionan en pacientes que ha sufrido una caída nos encontramos con el ictus o hemiplejía, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson.

- **Enfermedades del sistema musculo esquelético.**

El dolor, la rigidez articular, la pérdida de masa y fuerza muscular, las deformaciones en las articulaciones, son elementos que predisponen al paciente a padecer caídas.

La rigidez y el dolor articular hacen que el paciente modifique el patrón de la marcha, colocando el pie en el suelo en una posición incorrecta¹ y que se altere el equilibrio.

Los pacientes con deformaciones estructurales del pie, tienen una plataforma de apoyo ineficaz, y en ocasiones, ser el responsable de la caída¹.

- **Deterioro cognitivo.**

Las demencias son, en sí mismas, una entidad propia dentro de la geriatría, son complejas y su etiopatogenia es múltiple y poco conocidas todavía. Lo que si podemos decir, es que los pacientes con demencias, aunque no presenten alteraciones de la marcha y padecen alteraciones del equilibrio y esto hace que un paciente tenga más probabilidades de caerse.

- **El miedo a caer.**

El miedo, es sin lugar a dudas, una de las causas de caídas en pacientes que ya han caído con anterioridad. Es muy usual que un paciente que ha presentado una caída presente miedo a volver a caerse, esto genera ansiedad y altera la deambulación al estar más pendientes del entorno (para poder sujetarse), que de caminar en sí.

- **Alteraciones vestibulares y visuales.**

La alteración de la visión, la propiocepción y las alteraciones vestibulares pueden alterar el equilibrio. Una correcta visión nos proporcio-

na información de nuestro entorno y la propiocepción y el sistema vestibular nos informa de nuestra posición en el espacio, por lo que, si no hay alteraciones en este campo, el paciente se encuentra más seguro y puede reaccionar a tiempo ante cualquier adversidad¹.

CAÍDAS Y PODOLOGÍA

La actuación del podólogo ante la prevención de las caídas, es poco conocida y poco estudiada, ya que en la mayoría de centros en los que se trabaja este tipo de alteraciones, la figura del podólogo es prácticamente inexistente. En la mayoría de bibliografía consultada se cita la importancia de los pies en el proceso de las caída, pero no se ha hecho prácticamente nada, para mejorar la salud de los pies. Los únicos consejos que se detallan, son el cambio de calzado y las características que debe de tener. Solo en Australia y EEUU se han hecho estudios con soportes plantares estandarizados en los que como resultado de aumentar la estabilidad y el confort en los pies se han disminuido en número de caídas. En ningún caso que ha hecho estudios con soportes plantares a medida.

Es de dominio público que las caídas son multifactoriales donde intervienen muchísimas variables, ¿Pero cómo es posible que nadie haya observado que una hiperqueratosis plantar puede alterar la marcha, por el dolor que produce?

Como podólogos es habitual, observar (incluso en pacientes jóvenes) que cualquier punto de dolor, como un heloma plantar o interdigital, hiperqueratosis plantares, pueden alterar la marcha, ya que los pacientes evitan pisar sobre zonas de dolor y esto produce alteraciones de la deambulación con la consecuente aparición de nuevas algias a nivel de rodilla o en cadera y que con una simple quiropodia podríamos evitar.

Pero no solo esto, las personas mayores presentan una atrofia de tejido adiposo plantar, atrofia muscular (sobretodo musculatura intrínseca) y disminución de la potencia muscular que hace que la bóveda plantar disminuya, aplanando el pie.

Muchos pacientes presentan deformidades en el pie como Hallux valgus o rígidos y dedos en garra, que alteran la arquitectura del pie, la marcha y la capacidad de adaptación del pie con el suelo y con el calzado, por lo que estaría totalmente aconsejado la utilización de soportes plantares personalizados, para disminuir y redistribuir presiones.

El poder acomodar el pie mediante un soporte plantar para dar estabilidad, disminuir el dolor, la utilización de ortesis de silicona y la cirugía podológica, son medidas que deberían de utilizarse como apoyo ante la prevención de las caídas en geriatría.

ACTUACIÓN PODOLÓGICA

Hay una prueba que el podólogo podría realizar en sus consultas, o centros de trabajo, cada vez que un paciente refiera antecedentes de caída o se sospeche de ella.

El TEST DE TINNETTI (anexo 1) sirve para identificar el riesgo de caídas. Es fácil, rápida y no necesita de material específico.

Consta de dos partes: una para la valorar la marcha (o deambulación) y otra para el valorar el equilibrio.

Tanto la valoración de la marcha como la valoración del equilibrio, consta de unos ejercicios, y cada uno de estos, les pertenece una puntuación. La máxima puntuación para la marcha es de 12 y para la del equilibrio 16. La suma de las dos subescalas (marcha y equilibrio) nos valora el riesgo de caídas en un periodo de un año. A mayor puntuación menos riesgo de una caída. Una puntuación menor a 19 nos da un alto riesgo de caída, una puntuación entre 19-24 nos da un riesgo moderado y una puntuación por encima de 24 nos indica un riesgo bajo de caída.

Para valorar la marcha: partimos con el paciente en bipedestación y le pedimos que camine y tenemos que fijarnos en:

1. El inicio de la marcha (si vacila o duda al empezar o no).
2. La longitud del paso (si un pie adelanta al otro o no).
3. Altura del paso (si levanta el pie del suelo, o si por el contrario, lo arrastra).
4. Simetría y continuidad de la marcha, la trayectoria (si es capaz de caminar en línea recta o si se desvía).
5. Si utiliza algún soporte o ayuda técnica, si existe balanceo del cuerpo o algún tipo de compensación con los brazos y la distancia entre los talones al caminar.

Para la valoración del equilibrio partimos con el paciente sentado en una silla con apoya-brazos y nos fijamos:

1. En el equilibrio en sedestación (si mantiene una buena postura o por el contrario se resbala o inclina).
2. Le pedimos que se levante de la silla y nos fijamos en si necesita más de un intento o del uso de los brazos para conseguirlo.
3. Una vez de pie nos fijamos en si mantiene el equilibrio correctamente o necesita un punto de apoyo y, en la posición de los pies (si los tiene juntos o separados para aumentar la base de sustentación).
4. Se le intenta desequilibrar dándole pequeños toques en los hombros y valoramos si se desequilibra (se valora primero con los ojos abiertos y luego con los ojos cerrados).
5. Le pedimos que realice un giro de 360º y valoramos la continuidad y estabilidad.
6. Por último pedimos al paciente que se siente en la silla y nos fijamos en si necesita del uso de los brazos, se deja caer o se sienta de forma poco segura.

CONCLUSIONES

Las caídas son multifactoriales tanto en su prevención como en su tratamiento, donde el podólogo puede ejercer un papel, quizás no determinante, pero si de soporte y ayuda. Y estoy seguro, que muchos profesionales, que actualmente se dedican a este tipo de patologías, se sorprenderían de lo que un podólogo les podría aportar.

EQUILIBRIO	
Equilibrio en sedestación	Se inclina o resbala en la silla 0 Parece seguro 1
Se levanta	Incapaz 0 Capaz utilizando los brazos como ayuda 1 Capaz de levantarse en un primer intento 2
Intentos de levantarse	Incapaz sin ayuda 0 Capaz pero necesita más de un intento 1 Capaz de levantarse en un primer intento 2
Equilibrio inmediato	Inestable 0 Estable pero con aumento de la base de sustentación 1 Estable 2
Equilibrio en bipedestación	Inestable 0 Estable pero con aumento de la base de sustentación 1 Estable 2
Empujar al paciente	Tendencia a caer 0 Se tambalea, pero se mantiene sin caer. 1 Estable 2
Empujar al paciente con ojos cerrados	Inestable 0 Estable 1
Giro de 360º	Pasos discontinuos 0 Pasos continuos 1 Inestable 0 Estable 1
Paso de bipedestación a sedestación	Inseguro 0 Utiliza los brazos o hace movimientos bruscos 1 Seguro 2
TOTAL EQUILIBRIO (max 16)	

MARCHA			
Equilibrio en sedestación		Duda, multiples intentos para iniciar la marcha	0
		No duda	1
Longitud del paso			
Balanceo del pie derecho		No sobrepasa el pie izquierdo	0
		Sobrepasa el pie izquierdo al dar el paso	1
		El pie derecho no se levanta completamente	0
		El pie derecho se levanta al dar el paso	1
Balanceo del pie izquierdo		No sobrepasa el pie derecho	0
		Sobrepasa el pie derecho al dar el paso	1
		El pie izquierdo no se levanta completamente	0
		Se levanta completamente del suelo	1
Simetría del paso		La longitud del paso en el pie derecho y el izquierdo es distinta	0
		Los pasos son de la misma longitud	1
Continuidad de los pasos		El paciente se para o hay discontinuidad entre los pasos	0
		Los pasos son continuos	1
Trayectoria (3 metros de recorrido)		Desviación marcada	0
		Desviación moderada o leve, o utilitza ayuda	1
		No hay desviación, trayectoria recta.	2
El tronco		Marcado balanceo	0
		No balanceo , pero separa los brazos	1
		No hay balanceo	2
Postura en marcha		Talones separados	0
		Talones que se tocan al caminar	1
TOTAL MACHA (max 12)			
TOTAL EQUILIBRIO + MARCHA	Entre 24-28 RIESGO BAJO	Entre 19-23 RIESGO MEDIO	Entre 0-18 ALTO RIESGO

Anexo 1. Test de Tinetti.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Norman Exton-Smith y Marc E. Weksler. Tratado de Geriatría. Editorial JIMS.
2. Isabelle Herbaux, Hubert Blain, Claude Jeandel. Podología Geriátrica. Editorial Paidotribo 2007.