

MAREOS Y CAIDAS EN LOS ANCIANOS*

Dr. Max Otiniano
Gerontólogo

INTRODUCCION

Uno de los cuadros que se presenta con más frecuencia en los ancianos son los mareos y caídas, que son fuentes frecuentes de fracturas, de dependencia física, de deterioración psicológica y de internamiento.

Este trabajo tiene por objetivo determinar en una primera parte, los diferentes factores etiológicos, fuente de mareos y caídas; en una segunda parte se definirá una actitud práctica a fin de permitir un acercamiento sistemático de lo que puede llamarse un verdadero problema de la sociedad.

DEFINICIONES

Por mareo, se entiende todos los accidentes, pequeños o grandes, que van desde la vaga sensación de inestabilidad hasta el síncope, pasando por la llamada pesadez de cabeza, sensación de cabeza hueca, nublado de vistas, aturdimiento, debilidad y vértigo; el síntoma debe ser de aparición brutal.

La caída es la consecuencia de todo acontecimiento que hace caer al anciano contra su voluntad.

El número de caídas en los ancianos aumenta año tras año, no solamente en razón del envejecimiento de la población, sino también en razón de:

- a) Enfermedades crónicas de invalidez y de la patología iatrogénica.
- b) De la evolución de la célula familiar que favorece la soledad y el desamparo moral, responsables de la "caída-síntoma", que es una reacción de angustia, un signo de llamado.

Como muchos de los síntomas que sobrevienen en los ancianos, los mareos y caídas no deben ser considerados como banales, ligados a la edad. La actitud que consiste en inquietarse cuando un síntoma sobreviene en un paciente de 40 años y de banalizarlo cuando sobreviene después de los 70 años, es una actitud cómoda, de demisión que conduce al laxismo diagnóstico y terapéutico, es decir, en el caso de mareos y caídas, a la prescripción rutinara de productos de enfoque cerebro-vascular, prescripción que marca frecuentemente la ausencia de todo diagnóstico coherente.

* Trabajo de incorporación a la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú como Miembro Asociado.

PRINCIPALES CAUSAS DE MAREOS Y CAIDAS

- 1) Causas Mecánicas.
- 2) Síncope:
 - A) Disminución de la Perfusión Cerebral:
 - Disminución del débito cardíaco: arritmia, valvulopatía, infarto de miocardio, embolia pulmonar, cardiomiopatía obstructiva.
 - Hipovolemia: deshidratación, anemia, hemorragia.
 - Vasoconstricción deficiente: reflejo vasovagal.
 - B) Causas Metabólicas:
 - Hipoxia
 - Hipoglicemia
 - Hiperventilación
- 3) Hipotensión Ortostática:
 - A) Causas Hemodinámicas
 - B) Causas Neurológicas
- 4) "Drop - Attacks":
 - A) Insuficiencia Vértebro - basilar
 - B) Espondilitis Cervical
 - C) Robo de la Arteria Subclavia
- 5) Vértigo
 - A) Menière
 - B) Vascular
- 6) Lesión Neurológica:
 - A) Demencia
 - B) A.V.C.
 - C) Epilepsia
 - D) Trastornos de la Marcha
- 7) Iatrogenia:
 - A) Sedantes
 - B) Antihipertensivos
 - C) Hipoglicemiantes
 - D) Neurolépticos

CAUSAS MECANICAS

Las causas mecánicas son responsables del 50% de caídas. No siempre es fácil hacer la diferencia entre una caída no precedida de mareo, es decir, mecánica de tipo resbalón, empujón o torpeza y una caída precedida de mareo.

Las escaleras irregulares, las alfombras, tapices y pisos de parquet resbalosos, la ausencia de iluminación suficiente representan entre otros el peligro para nuestros ancianos. Muy frecuentemente ellos son inválidos

por una disminución de la agudeza visual, por un trastorno de la marcha de origen neurológico u ortopédico.

Es importante señalar que los ancianos van a describir su caída como: "he resbalado, he caído de la cama, me sucede frecuentemente". Los pacientes tienen la tendencia de banalizar su propia enfermedad.

Es importante tener una descripción precisa de las circunstancias de la caída.

Los geriatras conocen bien estos pacientes, que por una causa desconocida caen y progresivamente limitan su autonomía por temor de hacer una nueva caída. Ellos no dejan más su domicilio, su cuarto, su sofá; una incontinencia funcional se instala y evolucionan hacia la cronicidad.

SINCOPE

Por síncope se entiende una pérdida de conocimiento breve; se explica fisiológicamente por una disminución de la perfusión cerebral que sigue a una modificación de la composición de la sangre.

A) Causas Cardíacas:

- Arritmia Cardíaca: El mareo se produce cuando hay cambio brutal del débito impuesto por la modificación del ritmo, que puede desaparecer cuando el trastorno del ritmo persiste.

Es preciso también encontrar una causa posible del trastorno del ritmo como: infarto de miocardio, estenosis mitral, embolia pulmonar, empleo de beta-bloqueadores o digital.

El trazo electrocardiográfico hecho lo más pronto posible precisa el tipo y algunas veces la etiología de la enfermedad.

El examen Holter revela que en 75% de casos existe una arritmia.

- Síndrome de Stokes — Adams: Es un síndrome que asocia trastornos neurológicos de gravedad variable y trastornos de conducción cardíaca.

La pérdida de conocimiento se presenta al inicio, sin pródromos durante segundos, el paciente está pálido, con pulso imperceptible; la caída del débito cardíaco es debido a un período de asistolia o menos frecuentemente de taquicardia paroxística. La recuperación del conocimiento es brutal, acompañado de un acceso vaso-motor de la cara, seguido del retorno al ortostatismo. El E.C.G. es un elemento determinante en el diagnóstico.

- Enfermedad Auricular: corresponde a una disfunción de la aurícula, caracterizado por variaciones de la actividad eléctrica bajo formas de episodios de bradicardia sinusal, bloqueo sino-auricular, paro sinusal que alterna con episodios de taquicardia supraventricular.

El diagnóstico es el E.C.G. o el examen Holter.

- Hipersensibilidad del Seno Coronario: El mareo o la pérdida de conocimiento se presenta cuando hay movimientos rotatorios de cabeza, favorecido por disminución de la luz de los vasos del cuello.

Se hace el diagnóstico cuando los síntomas pueden ser reproducidos por masaje del seno carotídeo; pero es preciso notar que esta maniobra presenta riesgos y no es recomendable por migración de una placa de ateroma.

B) Causas Metabólicas:

- Hipoglicemia: Es frecuente, se deberá pensar en pacientes tratados con insulina o hipoglicemiantes orales. Los pródromos pueden ser enmascarados y los síntomas limitados a un episodio confusional; la recuperación del estado de conciencia es espontánea y progresiva.

El diagnóstico es clínico y biológico, confirmado por la aplicación de una inyección de glucosa hipertónica.

HIPOTENSION ORTOSTATICA

Puede provocar un mareo o un síncope que se manifiesta al cambio de la posición acostado o sentado hacia la posición de pie.

Se habla de hipotensión ortostática cuando la presión sistólica cae 20 mm. Hg y la presión diastólica 10 mm. Hg, cuando se produce el cambio de la posición acostado a la posición de pie.

En las formas hemodinámicas, el síncope es menos frecuente que el mareo, los síntomas son la taquicardia, la ansiedad, sudoraciones; se investigará la prescripción de un medicamento hipotensor o antidepresor por tricíclicos o inhibidores de la M.A.O., pérdida o disminución de aportes líquidos. En las formas neurológicas no existe taquicardia o vasoconstricción reaccional; se investigará los signos de disfunción autonómica: diarrea, impotencia, retención urinaria, alteración pupilar.

Las causas principales son la diabetes, el tabes dorsal, la amiloidosis, el síndrome de Shy y Drager.

“DROP – ATTACKS”

Los “drop - attacks” producen caídas por flaqueza de miembros inferiores, sin pérdida de conocimiento, ni pródromos, ni factor desencadenante, ni ningún otro síntoma acompañante y el paciente se levanta rápidamente.

Al examen clínico se observa evidencias de lesiones equimóticas a nivel de rodillas y palma de las manos, que es un elemento determinante de diagnóstico.

- A) Insuficiencia Vértebro - Basilar: Es necesario investigar los signos acompañantes como diplopia, disartria, vértigo, hemianopsia, trastornos motores y la pérdida de conocimiento que es rara; todos estos signos son totalmente regresivos en minutos o algunas horas. Las causas son aterosclerosis, espondilitis cervical y el robo de la arteria subclavia. El diagnóstico es confirmado por el examen Doppler cervical y la arteriografía vertebral.

VERTIGO

El vértigo corresponde a una sensación subjetiva u objetiva de dar vueltas, en estos casos se puede acompañar de náuseas y vómitos.

Es preciso investigar una patología del laberinto, una lesión del 8º par craneal y una lesión central.

A) Patología del Laberinto:

- Síndrome de Menière: es frecuente, pero raramente responsable de caídas; es un vértigo rotatorio, sistemático en el sentido horizontal o vertical, donde el paciente se ve dar vueltas. El diagnóstico es fácil cuando se presenta la tríada de vértigo, acúfenos y sordera.
- Causas Tóxicas: el paciente anciano parece ser particularmente sensible a los aminosidos, que son tóxicos para el laberinto y la coclea. Son igualmente en menor grado, el ácido etacrínico y el ácido acetisalicílico.
- Vértigo Posicional Benigno: es un vértigo de corta duración y por lo general intenso, se presenta únicamente cuando la cabeza se encuentra en ciertas posiciones. Podría ser favorecido por la existencia de microlitiasis de los canales semicirculares.

B) Lesión del 8º Par: los tumores a nivel del ángulo pontocerebeloso se manifiestan eventualmente por un vértigo, pero sobre todo por una lesión de nervios craneales e igualmente por signos cerebelosos unilaterales.

C) Lesión Central: los vértigos de origen central son excepcionalmente responsables de caídas; el paciente presenta una inestabilidad e ilusión acompañada de ebriedad.

Las causas son isquémicas, tumorales, inflamatorias (esclerosis en placas), excepcionalmente traumáticas.

LESIONES NEUROLOGICAS

La noción esencial que se debe considerar es que la presencia de signos neurológicos focalizados de corta duración, no implica necesariamente

que sea de una patología de oclusión arterial (embolia cardíaca, placa de ateroma de un gran vaso de cuello, disminución de calibre de un eje vertebral, robo de la arteria subclavia).

A) Estados Multilacunares: son debidos a lesiones capilares cerebrales difusas, presentan un síndrome clínico de ataxia-abasia, donde el paciente que no presenta ningún déficit neurológico, es incapaz de colocar un pie delante del otro, dando la impresión como si estuvieran pegados, tirándose hacia atrás, produciendo así las caídas de retropulsión. Un apoyo discreto, casi simbólico, es suficiente para hacer posible la progresión de la marcha.

B) Hipertonías: existen de 2 tipos:

— Extrapiramidales: se presentan en pacientes con síndrome de Parkinson, de la forma akineto-hipertónico y las caídas pueden ser de 2 clases:

— Caídas en retropulsión: que se presentan en la marcha neta, sin prodromos, el paciente cae hacia atrás como una estatua.

— Caídas hacia adelante: que se presentan al iniciar la marcha, con pisoteo; hay bloqueo akinético de la marcha.

— Piramidales: son responsables de caídas de la forma para-paresia, espasmódicas, progresivas, que pueden ser debidas a una compresión medular lenta o a una medulopatía inflamatoria (esclerosis en placas):

C) Hipotonías: existen de 2 tipos:

— Síndrome de Gelineau: que se define por la asociación de 2 síntomas fundamentales.

— La narcolepsia, que es una necesidad progresiva e irresistible de sueño, que dura aproximadamente 15 minutos y que desaparece brutal y espontáneamente.

— La cataplexia, que es un descenso del tono postural con inhibición de la motricidad generalizada, produciendo caída en el lugar.

— Acceso de Cataplexia: responsable de caídas de aparición brutal, progresiva, la onda de disolución del tono invade sucesivamente todas las masas musculares y hay el aspecto de una debilidad del cuerpo.

D) Epilepsia: la crisis tónico-clónica se acompaña siempre de una disolución de conciencia y de una caída brutal, frecuentemente responsable de lesiones traumáticas.

En el paciente epiléptico conocido y tratado, conviene investigar los factores desencadenantes clásicos: como la interrupción del tratamiento, la falta de sueño y el consumo excesivo de alcohol.

El trazo E.E.G. determina el diagnóstico.

- E) Trastornos de la Marcha: es un factor fundamental de caídas. Para que la marcha se realice normalmente es necesario la presencia de 3 factores fundamentales:
- Sinergia: es la contracción simultánea de los distintos grupos musculares que intervienen en un movimiento complejo.
 - Diadococinesia: es la regulación de los movimientos complejos por medio de movimientos asociados sucesivos.
 - Eumetría: es la adecuación de los movimientos para no llegar más allá o quedarse más acá de la finalidad propuesta.
- Estos 3 factores están regulados por el cerebelo, que por vía extrapiramidal eferente influye en el tono muscular.

IATROGENIA

Los pacientes ancianos son particularmente sensibles a los efectos secundarios de diferentes medicamentos, numerosos son aquellos que pueden modificar los mecanismos de adaptación postural.

- A) Trastornos del ritmo: digital, beta-bloqueador, cordarona, laxantes.
- B) Hipoglicemia: insulina y sulfamidas.
- C) Hipotensión ortostática: L- dopa, diuréticos, hipotensores, neurolépticos.
- D) Hemorragia interna: anticoagulantes.

ESTUDIO CLINICO

INTERROGATORIO

El interrogatorio constituye parte esencial del estudio clínico y las preguntas toman un valor diagnóstico determinante. El interrogatorio deberá precisar:

- A) Los antecedentes patológicos e ingesta de medicamentos.
- B) El fenómeno inicial que haya producido la caída: mareo, obstáculo, torpeza.
- C) El tipo de mareo (frecuentemente difícil de precisar), su comienzo: brutal, sincopal o progresivo.
- D) La existencia de una pérdida de conocimiento brutal o no, de movimientos convulsivos, de pérdida de orina, de mordedura de lengua.
- E) Las circunstancias de la caída:
 - Durante la marcha, en posición de pie, inmóvil o al momento de levantarse, que evoca una hipotensión ortostática.
 - Durante un esfuerzo: que evoca una coronariopatía, estenosis aórtica, cardiomiopatía obstructiva.
 - Durante una emoción, un esfuerzo de tos, una micción o una defecación, hace pensar en un síncope vaso-vagal.
 - Durante un movimiento de torsión de cuello, que evoca una insuficiencia vértebro-basilar.

- Hacer precisar el tipo de caída: sea en retropulsión, hacia delante, lateralizado o de rodillas.
- Por último, es necesario precisar la duración de la impotencia funcional

EXAMEN CLINICO

El examen clínico comenzará al mismo tiempo que el interrogatorio, por los gestos simples (auscultación cardíaca e investigación del signo de Babinsky), que van a permitir encontrar una etiología de expresión transitoria (modificación del ritmo cardíaco, AVC).

Se realizará en seguida un examen traumatológico:

- Fracturas
- Hematomas
- Heridas
- Traumatismo craneano

Después se realizará un examen metódico, particularmente el examen cardiovascular:

- Ritmo cardíaco
- Presión arterial en los 2 brazos, acostado y si es posible de pie.
- Palpación de pulsos radiales.
- Auscultación cardíaca y de vasos de la base del cuello.

Examen neurológico:

- Investigar un déficit motor: reflejos osteotendinosos, signo de Babinsky, trastornos del tono muscular.
- Investigar un síndrome de Parkinson: akinesia, rigidez, temblor de reposo.
- Investigar una diplopía o una hipermetropía.

Examen de la marcha: si el examen traumatológico es negativo, se debe analizar los movimientos en las diversas situaciones; además, permite devolver confianza al paciente y decidir si es necesario hacer una reeducación.

Apreciación del estado psíquico:

- Estado depresivo
- Deterioración intelectual
- Confusión mental

Por último, no olvidar de verificar la coloración de las conjuntivas, la existencia o no de sudor de un pliegue cutáneo, sequedad de la boca, de una fiebre.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Estos deben ser simples, hechos rápidamente y orientados por el interrogatorio y la clínica:

- El E.C.G. es el más importante.
- Un hemograma
- Glicemia, electrolitos.

Estos exámenes pueden ser realizados en domicilio y evitar así una hospitalización de urgencia, que sería factor de stress en el anciano.

COMPLICACIONES

Las fracturas constituyen la mayor complicación de las caídas precedidas o no de mareos. Estas deben ser sistemáticamente investigadas después de una caída. Si el anciano ha tenido únicamente un mareo sin caída o una caída sin fractura, es necesario tener presente que a cada nuevo mareo habrá riesgo de caída y a cada nueva caída, riesgo de fractura.

Existen tres tipos de fractura que son particularmente graves y frecuentes en esta edad:

- A) Las fracturas de miembros inferiores, sobre todo de cuello de fémur, que causa la muerte de muchos ancianos o deja un porcentaje importante de dependencia.
- B) Las fracturas múltiples de costillas, que obstaculizan una función respiratoria normal y pueden producir una insuficiencia respiratoria aguda.
- C) Las fracturas de cráneo, que son causas de hemorragia meníngea y hematomas.

TRATAMIENTO

TRATAR LAS CONSECUENCIAS DE LA CAIDA

- A) Tratamiento de las fracturas, heridas; la prevención antitetánica es importante.
- B) Calmar el dolor con analgésicos no sedativos.
- C) Tranquilizar al paciente con la utilización de ansiolíticos menores en ausencia de sospecha de trastornos neurológicos.
- D) Evitar la deshidratación, haciendo beber líquidos.
- E) Hacer caminar al paciente el mismo día de la caída (en ausencia de fractura).

TRATAR LA PATOLOGIA RESPONSABLE DE LA CAIDA

Se debe investigar la causa médica precisa responsable de la caída.

PREVENIR LA RECIDIVA Y LA PERDIDA DE AUTONOMIA

- A) Luchar contra los déficits ligados al envejecimiento.
- B) Instaurar la recuperación inmediata de las actividades de autonomía elementales:
 - Alimentación, aseo, continencia y vestido.
 - Levantarse de la cama, colocarse los zapatos.
 - Cuidados de podología.
 - Cuidados de enfermería; la enfermera ayudará a efectuar las actividades elementales de autonomía.
 - Cuidados de kinesiterapia:
 - Reeducción de la marcha:
 - Obtener el equilibrio de pie.
 - Caminar en 2 barras paralelas.
 - Caminar con ayuda de un andador, después con 2 bastones y luego con un solo bastón.
 - Reeducción de la sensibilidad profunda, caminando con los pies descalzos.
 - Reeducción de la rapidez de reacción: juego con una pelota.
 - Reeducción del equilibrio y musculación del cuádriceps.
 - Acondicionamiento del habitat:
 - Fijar los tapices y alfombras.
 - Iluminar las escaleras.
 - Instalar barras de apoyo en los baños y pasadizos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Bouchon, J.P. "Malaises et chutes chez la personne agée". D.U. Gérontologie Clinique. Ivry - France. 1984.
- (2) Ceulemans, S. "Malaise et chute chez la personne agée". Service de Gériatrie du Pr. Berthaux. Hopital Charles Foix. Ivry - France. 1986.
- (3) Drevon, J.P. - Savoye B. "Bilan etiologique des chutes". La revue de médecine. Paris - France. 1982.
- (4) Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) "Colloque sur l'épidémiologie des chutes chez les personnes agées". Versailles - France. 1985.
- (5) Salgado, A. "Mareos y Caídas". Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Madrid - España. 1986.
- (6) Vellas, B. "La chute chez la personne agée". Institut de produits de synthèse et d'extraction naturelle. Toulouse - France. 1985.