



Núcleo Temático III – Adaptação do Idoso e Família aos processos de doença

Síndromes Geriátricas

Síndrome de Fragilidade, Instabilidade e Quedas



Saúde

Funcionalidade Global

CAPACIDADE DE FUNCIONAR SOZINHO
Gerir a própria vida
Cuidar de si mesmo

AVD

AUTONOMIA

Cognição

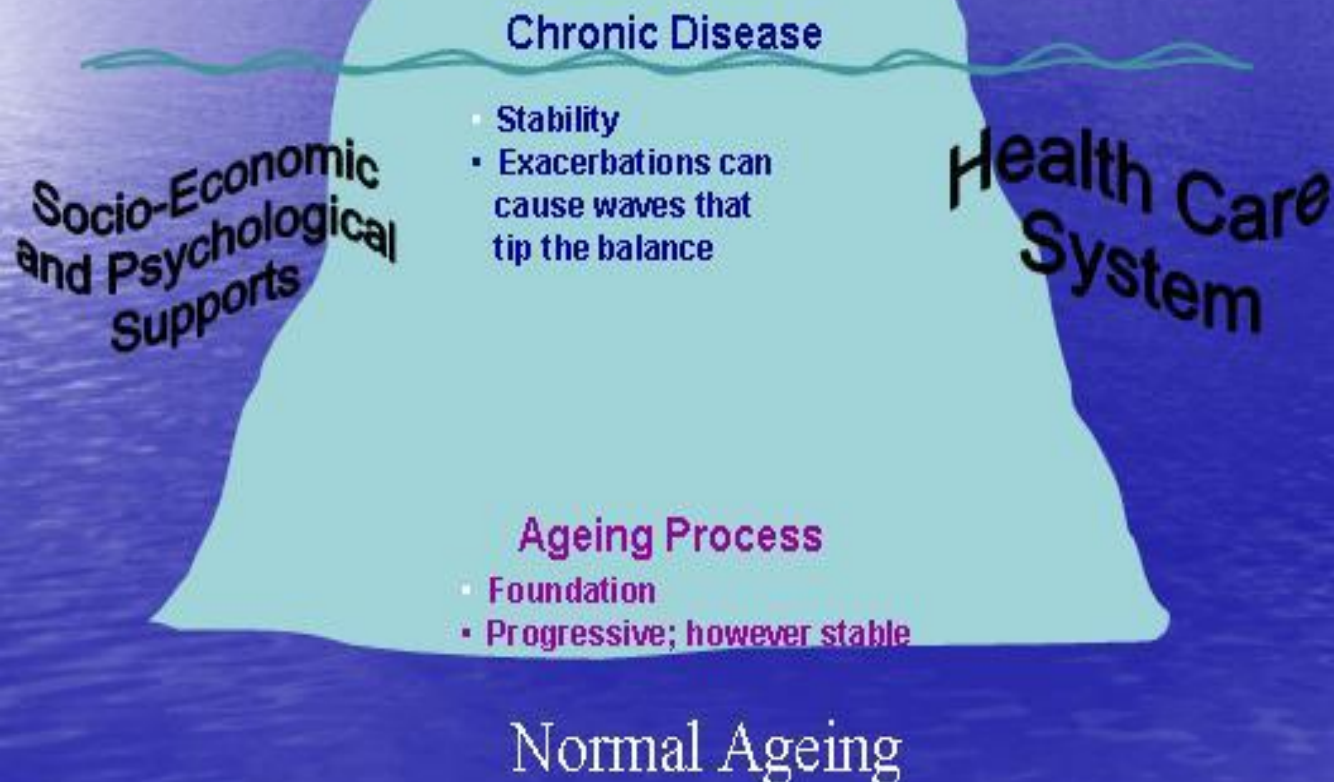
Humor

INDEPENDENCIA

Mobilidade

Comunicação

The Olds like the Iceberg Just Floating Along



Síndrome



Conjunto de manifestações clínicas que ocorrem em simultâneo associados a um processo mórbido, dependentes de uma só causa

SÍNDROME GERIATRICA (Medical Journal de Nueva York, 1909)



- “ Condições de saúde multifactoriais que ocorrem quando se acumulam os efeitos dos deficits nos múltiplos sistemas e tornam as pessoas idosas vulneráveis a situações de stress ou de doença”. Tinetti et all , 1995

SÍNDROMES GERIÁTRICAS

```
graph TD; A([SÍNDROMES GERIÁTRICAS]) --> B[Vinculados ao declínio funcional, ao aumento da fragilidade e podem agravar as condições de Saúde existentes]; A --> C[Condições, não doenças]; A --> D[Etiologia Multifactorial  
Factores de risco compartilhados]; A --> E[Elevada Prevalência]; B --> F[Dependência];
```

Vinculados ao declínio funcional, ao aumento da fragilidade e podem agravar as condições de Saúde existentes

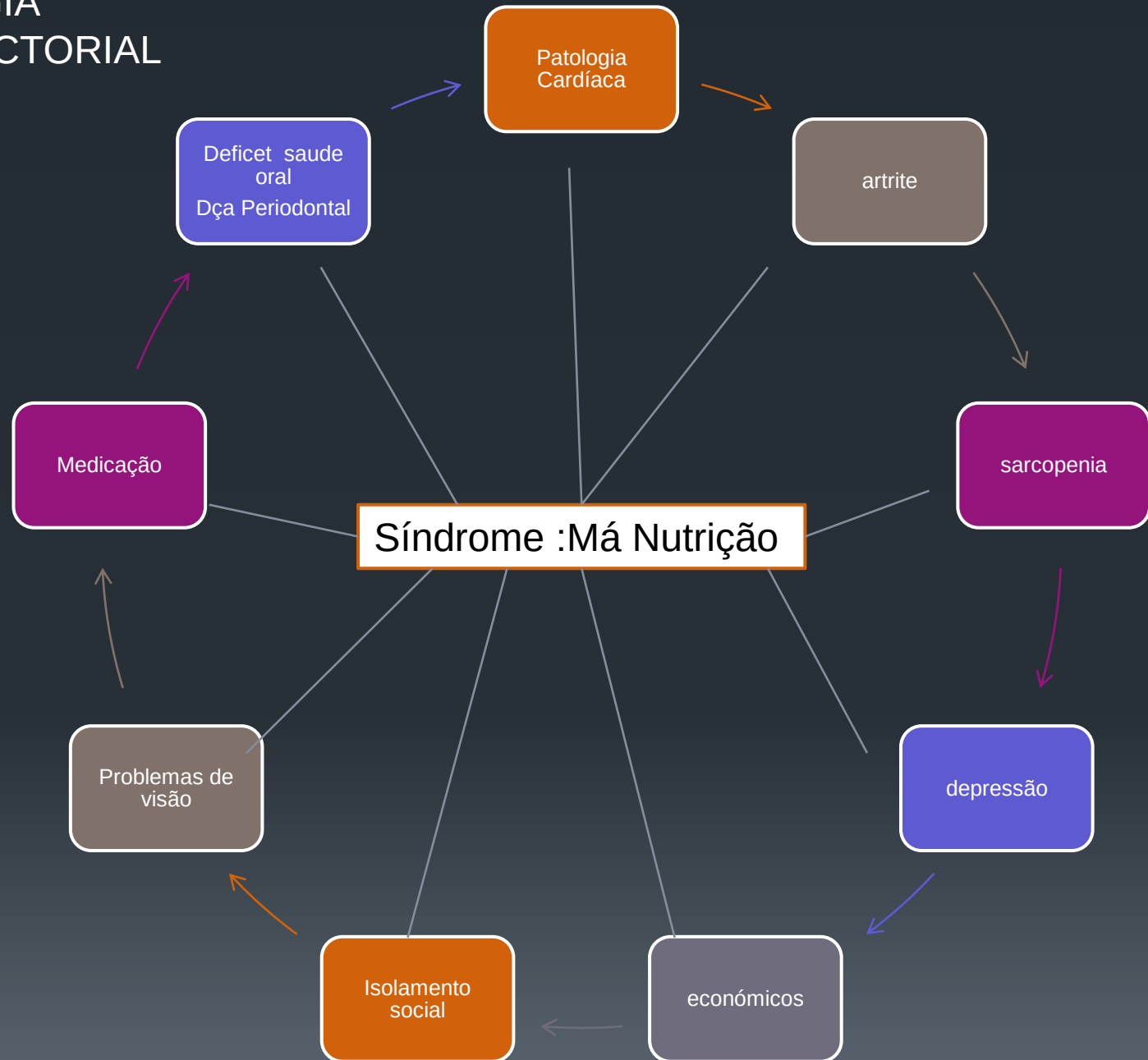
Dependência

Condições, não doenças

Etiologia Multifactorial
Factores de risco compartilhados

Elevada Prevalência

ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL



Factores de Risco Compartilhados

DIABETES

- Risco para:
Demência
Declínio na mobilidade
Incapacidade
Quedas
Incontinência urinaria

Má Nutrição

- Correlacionados com: -
Depressão - Demência –
Dependência funcional
- Associada a:
Comorbidades múltiplas

SÍNDROMES GERIÁTRICAS

- *Immobility*: Imobilidade
 - *Instability*: Instabilidade e Quedas
 - *Incontinence*: Incontinências
 - *Intellectual impairment*: Demência e Delirium
- (Isaacs, 1975)

- *Infection*: Infecções
 - *Inanition*: Desnutrição
 - *Impairment of vision and hearing*: Problemas auditivos e visuais
 - *Irritable colon*: Obstipação e Impactação fecal.
 - *Isolation (depression)/insomnio*: depressión/insomnio.
 - *Iatrogenesis*: Iatrogenia
 - *Inmune deficiency*: Imunodeficiência
 - *Impotence*: Impotência e /outras alterações expressividade sexual.
- (Kane ,1989)

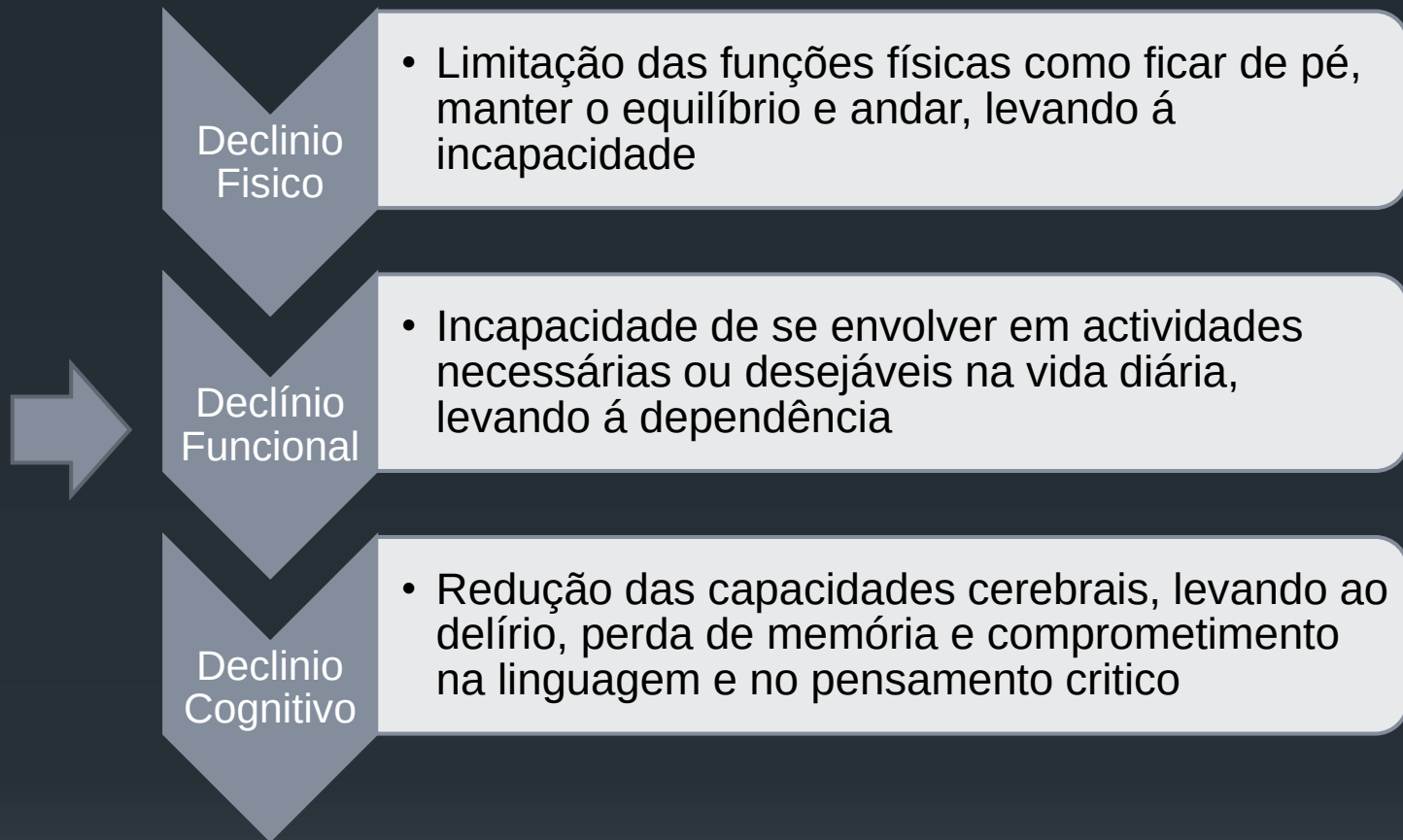
O que é a Fragilidade?

- É uma síndrome relacionada com o processo de envelhecimento que descreve o estado de “reserva funcional” ou “incapacidade de integrar respostas face ao stress”.



Parceria Europeia de Inovação no domínio do Envelhecimento Ativo e Saudável (PEI em EAS)- Grupo de Ação sobre a Prevenção da Fragilidade.

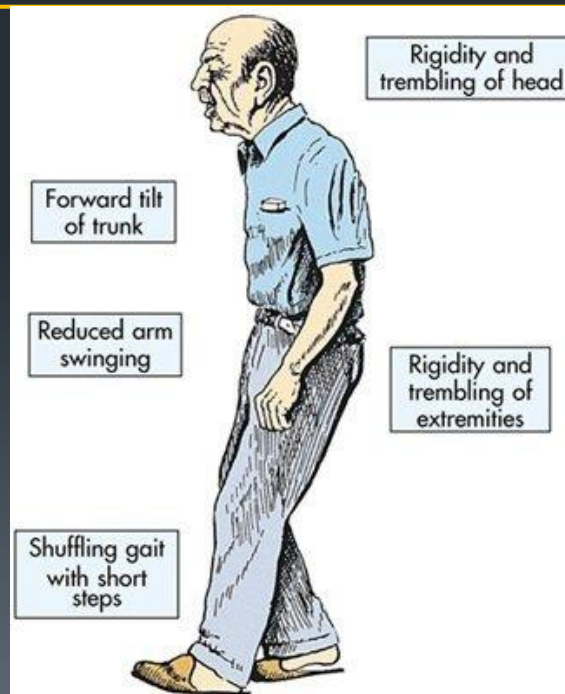
FRAGILIDADE



Quanto mais vulnerável é um indivíduo, maior é o risco de quedas, imobilidade ou incapacidade, institucionalização e morte

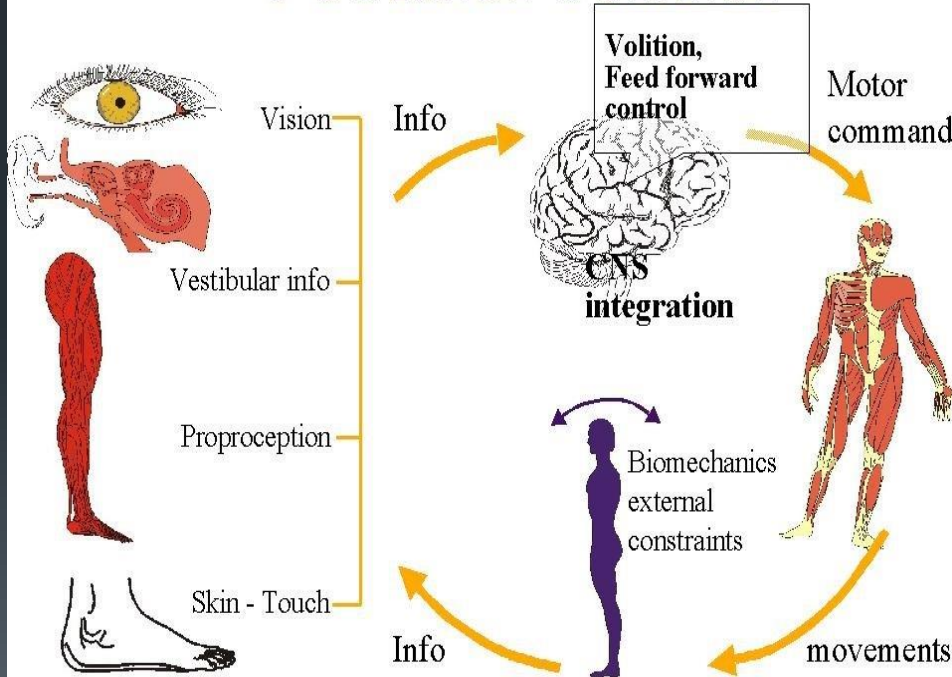
Síndrome da Instabilidade Postural

“ DIMINUIÇÃO OU PERDA DA CAPACIDADE DE MANTER OU RESTABELECER O EQUILÍBRIO, NA MARCHA OU NO REPOUSO ”



O **CONTROLE POSTURAL** é visto como o resultado de um relacionamento complexo e dinâmico entre : 1) sistema sensorial, composto por sistema vestibular, visual e proprioceptivo; 2) sistema nervoso central (SNC) e 3) sistema musculoesquelético

Postural control



- No CONTROLE da POSTURA, do MOVIMENTO e do EQUILÍBRIO, são essenciais as informações provenientes de todos os receptores sensitivos e sensoriais que registam e informam as alterações de posição e de movimento corporal.

Efeitos do Envelhecimento no Equilíbrio

- Sistema Nervoso Central e Sensorial (visão, sistema vestibular e propriocepção), e músculo esquelético (↓ Força muscular e amplitude articular; deformidades pés)
- Doenças crónicas (cardiovasculares, neurológicas, pulmonares, endócrino metabólicas etc)
- Fármacos (polimedicação)

Marcha Idoso

Encurtamento dos passos

Alargamento dos passos (afastamento dos pés)

Diminuição da altura dos passos

Aumento da superfície do pé no chão

Flexão das ancas e dos joelhos

Diminuição dos movimentos dos braços

QUEDA



É o deslocamento não - intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correcção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifactoriais comprometendo a estabilidade.

(Código E880-E888 in *International Classification of Disease-9 (ICD-9)* and as W00-W19 in *ICD-1*. (WHO, 2007, p.1).

- Risco de incapacidade funcional, institucionalização
- Utilização dos serviços de saúde e morte
- Sinal de alerta, sinalizador do declínio da capacidade funcional, ou até mesmo, de sintomas de uma nova doença.

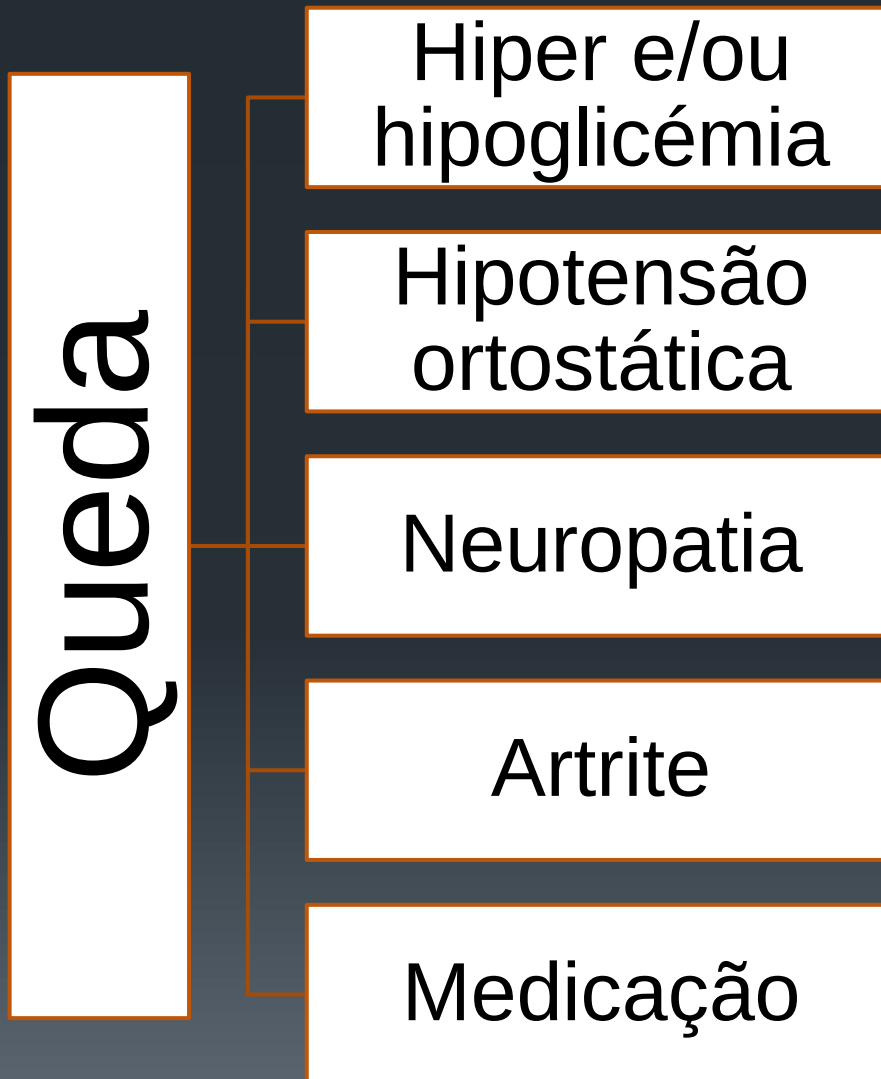


PROBLEMA SAÚDE
PUBLICA



Alta incidência, Complicações para a saúde e
Elevados custos assistenciais.

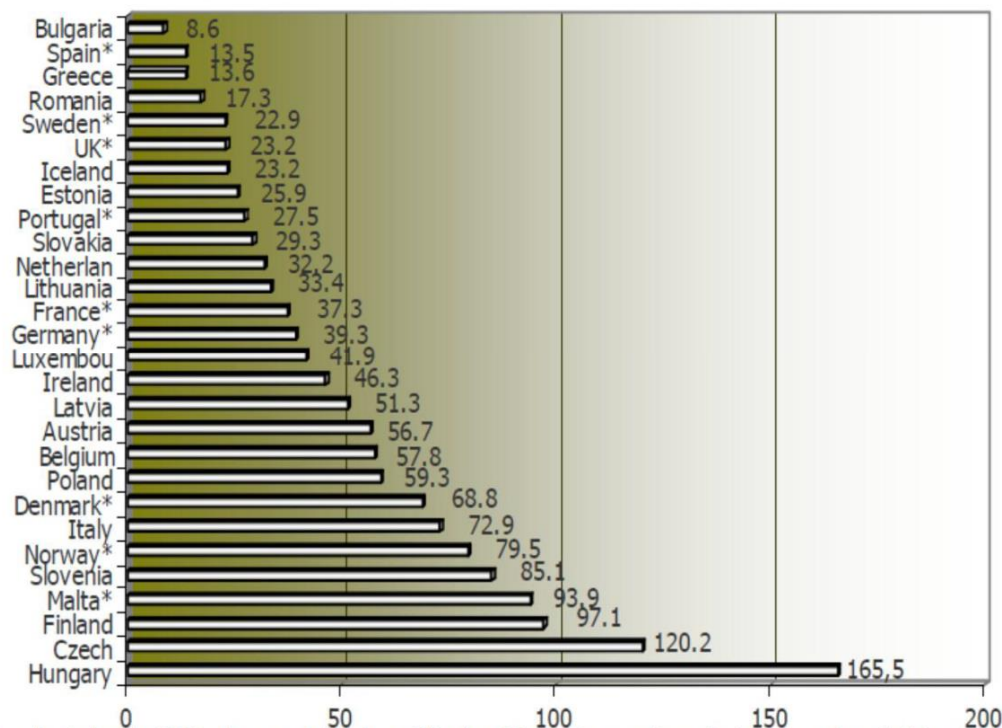
Síndrome Geriátrico



Mortalidade por quedas na UE

Na União europeia dos 27, ocorrem perto de 40 000 mortes/100 000 idosos devido a quedas

Taxas de mortalidade ajustada pela idade para mortes por quedas por 100 000 idosos na UE-27³
(dados para o Chipre e Liechtenstein não disponíveis)



Fonte: Base de dados da OMS sobre mortalidade, média dos últimos 3 anos disponíveis para cada país (circa 2002-2004)
ajustado por CEREPRI

A idade é um grande fator de risco para lesões por queda. 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% daqueles com mais de 80 anos caem todos os anos.

Os mais velhos que caem uma vez, têm uma probabilidade 2 a 3 vezes superior de cair outra vez durante o ano seguinte.

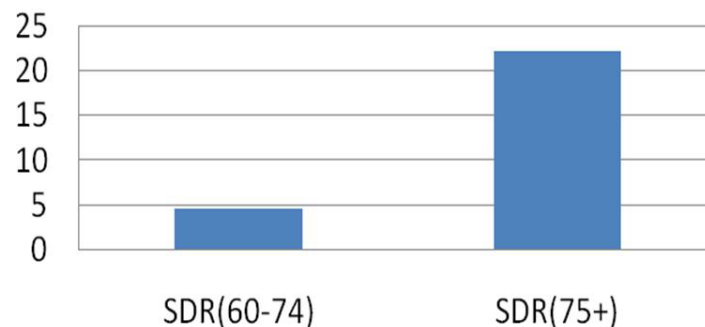
20 a 30% das pessoas que sofrem quedas, sofrem lesões que reduzem a mobilidade e independência e que aumentam o risco de morte prematura.

Mortalidade por quedas em Portugal

Mortalidade por quedas
acidentais, por 100.000, em
Portugal (2009)



Mortalidade por quedas
acidentais, por 100.000, em
Portugal (2009)



No ano de **2010 foram registados em Portugal** 344 óbitos por queda, dos quais 180 (52,3%) foram em idosos com 75 anos e mais.

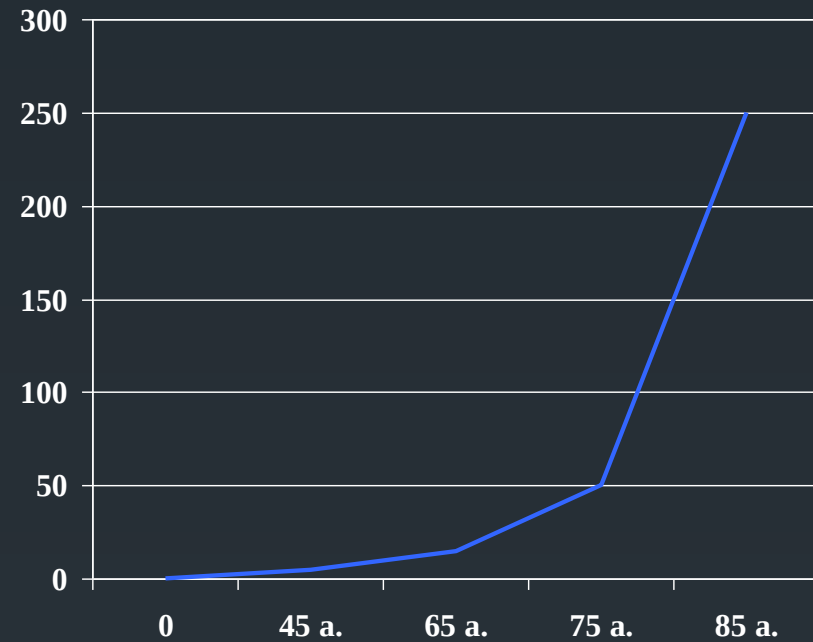
No ano de 2015 **foram registados em Portugal** 500 óbitos (INE, 2015)

Embora os idosos mais saudáveis caiam com menos frequência – cerca de 15% – (Gabell e cols, 1985), parece existir um maior risco de lesão, talvez porque tendem a ser um grupo mais activo e por consequência a sofrer quedas mais violentas.

SDR * Standardized Death Rate

Fonte: WHO- World Health Organization - Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFAMDB) [online database].

Mortalidade por quedas No domicílio



Mortes /100.000 hab.

Local de ocorrência de quedas

- O **local** onde ocorre a queda **parece estar relacionado** com as habilidades que o idoso apresenta para realizar as tarefas da vida diária e com a idade.
- Para Massud and Morris (2001) pessoas < 75 anos têm maior probabilidade de cair em ambientes externos e os idosos >75 anos caem mais no interior das próprias residências.
- A maior parte das quedas ocorre em períodos de actividade máxima no dia e somente 20% ocorre à noite.
- Estudos prospectivos indicam que entre **35% a 45% dos idosos residentes na comunidade** caem anualmente e aproximadamente metade refere quedas múltiplas (Perracini & Ramos, 2002; Reyes-Ortiz e cols., 2005).
- Rubenstein e Josephson (2002) afirmam que a cada ano **caem mais pessoas nas instituições que na comunidade**, com uma prevalência de 43% e diferencia-se em género, sendo que há um aumento de duas vezes mais para as mulheres e de quatro vezes mais para os homens. ?????

Em Portugal

Local	N	%
Quarto	10	27,8
Corredor	7	19,4
WC	6	16,7
Calçada	6	16,7
Causa	N	%
Barreira intrínseca	10	27,8
Barreira extrínseca	23	63,9
Comportamental	1	2,8
Não sabe	2	5,6

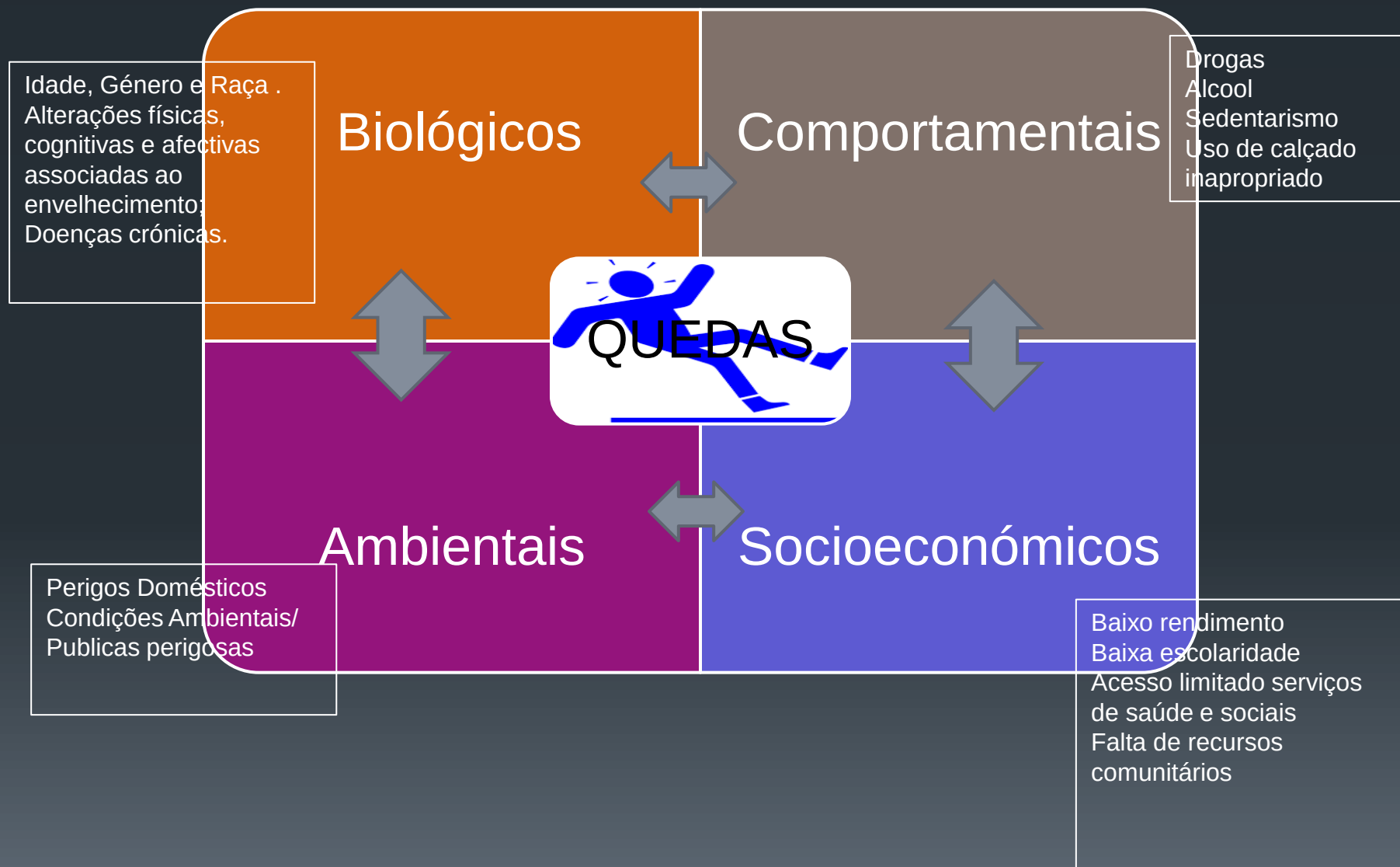
- ❑ Em cada ano, uma em cada três pessoas idosas sofre um acidente doméstico.
- ❑ A maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa.
- ❑ Nas pessoas idosas, os acidentes são essencialmente devidos a quedas.
- ❑ O tempo de internamento por acidentes com pessoas idosas é cinco vezes superior ao das crianças.

Distribuição de lesões por queda nos idosos por local⁶

Indicadores proporcionais: Local da Queda	Áustria		Dinamarca		França		Grécia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dentro de casa	640	46,2	6943	37,1	6102	54,8	12336	40.2
<i>Quarto</i>	246	17,8	3930	21	1524	13,7	3770	12.3
<i>Cozinha</i>	110	7,9	252	1,3	286	2,6	2053	6.7
<i>Casas de banho</i>	86	6,2	873	4,7	289	2,6	1480	4.8
<i>Outros dentro de casa</i>	198	14,3	1888	10,1	4003	35,9	5033	16.4
À volta da casa	159	11,5	4132	22,1	678	6,1	7661	25.0
Rua, pavimento	286	20,6	3286	17,6	1647	14,8	6652	21.7
<i>Área de quinta(cultivo/animais)</i>	5	0,4	4	0	9	0,1	778	2.5
Hospital ou lar	117	8,5	2597	13,9	-	-	868	2.8
Zonas comerciais ou serviços	33	2,4	379	2	1091	9,8	920	3.0
Outros ou não especificado	144	0,4	1360	7,3	1598	14,4	1479	4.8
Total	1384	100	18701	100	11125	100	30694	100.0

Fonte: Base de dados de Lesões na Áustria, Dinamarca, França (~2003) e Grécia (1996-2003); apresentados no Portal de Estatísticas de lesões CEREPRI

Factores de Risco (OMS, 2007)



Consequencias das Quedas

Adaptado de
Fabrício, S. et
al, 2002 e Llera
& Cantera, 2002

Físicas

Leves (Lacerações sem sutura, Escoriações)

Moderadas (Lacerações com sutura)

Graves (Fracturas ; Hematoma subdural *)

Síndrome “long-lie” (queda prolongada): rabdomiólise, desidratação.



Psicológicas

Medo de Cair ou “**Síndrome pós-queda**”
(perda autoestima, depressão, ansiedade)

Sociais

Internamento Hospitalar

Institucionalização

Morte

A lesão é a **sexta causa de morte em idosos** e a maior parte dessas fatalidades – cerca de 70% - resulta de uma queda.

síndrome "long-lie": **rabdomiólise**, desidratação.



Síndrome clínico laboratorial que decorre da lise das fibras musculoesqueléticas, com libertação de seus componentes celulares na circulação; o que pode ser potencialmente tóxico e ocasionar lesão nos rins (insuficiência renal aguda) e arritmias cardíacas, levando, em casos extremos, à morte.

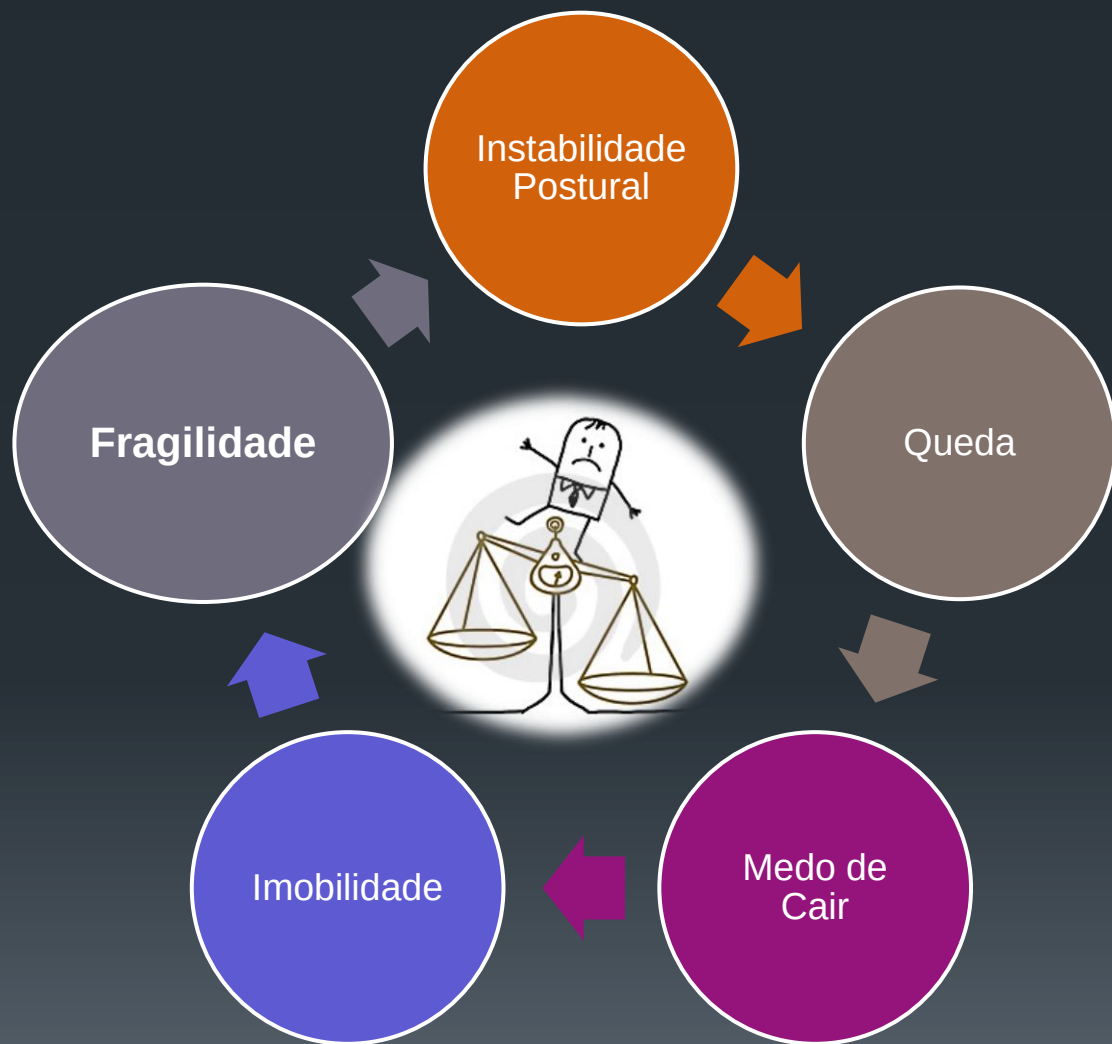
Portugal : Relatório ADELIA 2006-2008 (Acidentes Domésticos e de Lazer: anos 2006/7/8)

- Fraturas Fémur : 1989 / N= 5.600 ; 1994/ N= 6.718 e em 2006 N= 9523.

Após um ano :

- 10 a 20% dos doentes acabam por falecer,
- 50% apresentam perda funcional e/ou motora
- 30% obtêm recuperação funcional para os níveis anteriores à fractura.

No que se refere à mortalidade, estudos realizados em Portugal após a alta hospitalar, a taxa de mortalidade aos 3 meses é de 10,2% e aos 6 meses de 14,1%.

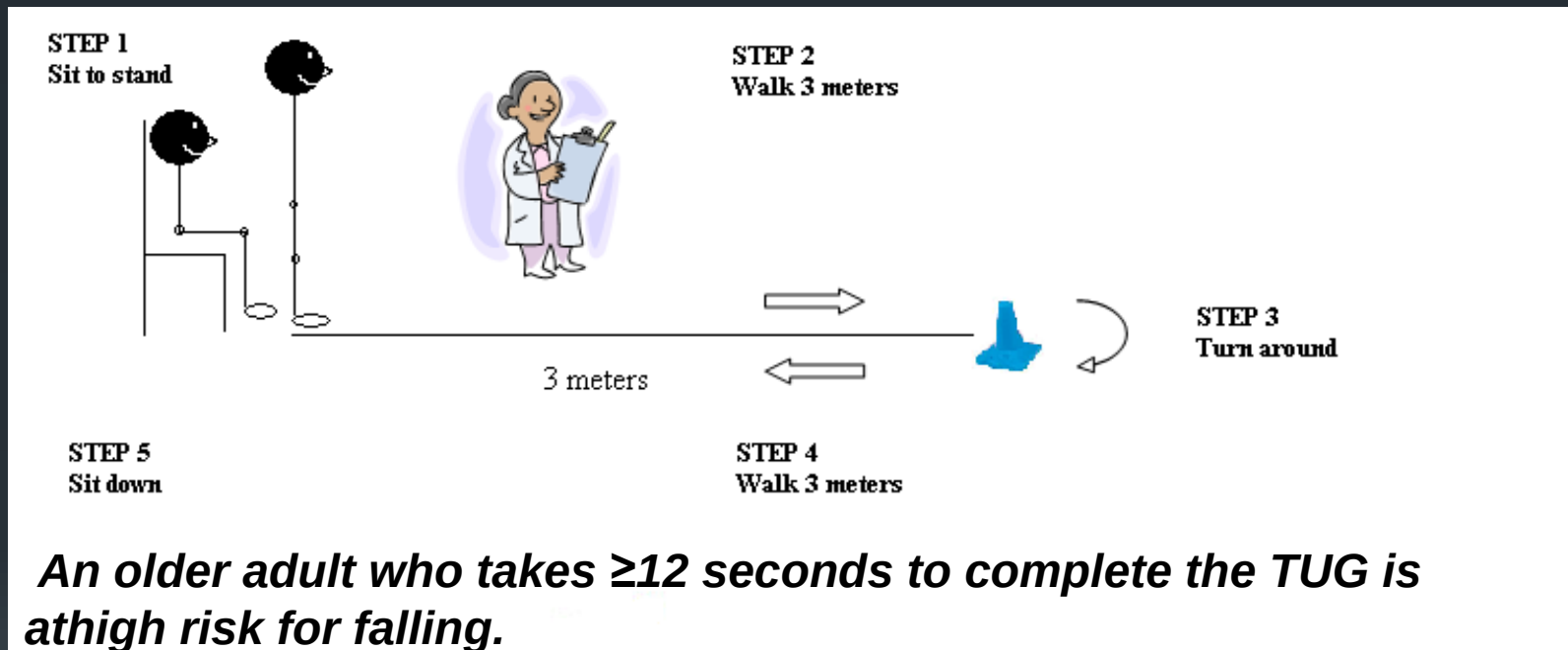


Prevenção Quedas : Guidelines

* Associação Americana de Geriatria e do Reino Unido

- Todos os idosos devem ser questionados pelo profissional de saúde sobre a ocorrência de quedas pelo menos uma vez por ano;
- Todos os idosos que reportem pelo menos uma queda devem ser monitorizados através do teste “get up and go”, e a identificação de problemas deve levar a posterior avaliação do risco de queda através de escala.
- Todos os idosos que reportem quedas recorrentes devem ser referenciados para um profissional capacitado e treinado, que lhes realize a **Avaliação do Risco de Queda**.

teste “get up and go”,



<https://youtu.be/j77QUMPTnE0>

Avaliação do Risco de Queda deve incluir:

- História das circunstâncias da queda;
- Avaliação clínica e Avaliação dos Riscos individuais;
- Identificação de doenças crônicas e revisão da medicação;
- Condição física e/ou história de reabilitação ou programas de exercícios;
- Educação: profissional de saúde e paciente;
- Avaliação sensorial (visual, neurológica);
- Avaliação ambiental e modificações daí decorrentes;
- Avaliada a necessidade de auxiliar de marcha e revisão do mesmo;
- Gestão da continência

Escalas de Avaliação

- **Escala de Equilíbrio de Berg** Avalia o equilíbrio na população acima dos 60 anos (Berg K, Wood-Dauphinée S, Williams JI. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada* 1989; 41: 304-11).
- **Escalas de Equilíbrio e Marcha:**
 - **Teste de Tinetti** : usado para avaliar o equilíbrio e as anormalidades da marcha. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1994;331: 821–7.
 - **Teste Timed Up and Go**
- **A Escala de Morse (MFS)** Avalia o risco de queda. Development of a scale to identify the fall -prone patient. *Canadian Journal on Aging* 1989; 8: 366 - 77. V2 -Adaptação cultural e linguística, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).
- **A Falls Efficacy Scale**, de Tinetti et al.(1990), é uma escala que avalia o medo de cair na realização de dez tarefas fáceis, relacionadas com as AVD.(Falls Efficacy As A Measure Of Fear Of Falling, *Journal of Gerontology*, 45(6), 239-243).

Quedas : Prevenção Primária



Para os idosos residentes na **comunidade**, evidências mostram que avaliação dos factores de risco relacionados à saúde e ao ambiente, com intervenções baseadas nesses resultados, é altamente efectiva na redução de quedas nos idosos que não tenham comprometimento cognitivo

Individual

- Treino de equilíbrio ★ e de marcha: marcha rápida, osteofit, tai-chi.
- Fisioterapia, Tapete e exercícios de baixa intensidade.
- Segurança Ambiental : Avaliação dos riscos ambientais e sua modificação;
- Revisão Periódica Medicação ;
- Tratamento dos problemas de visão;
- Tratar problemas dos pés e do calçado;
- Tratar da hipotensão ortostática e de outros problemas cardiovasculares

Exercícios para treinar o equilíbrio

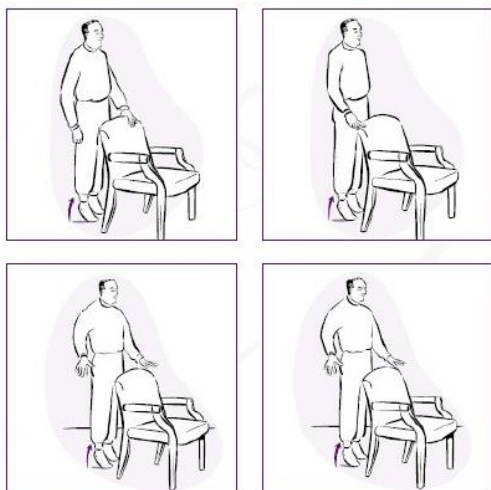
Ações do documento

-
-

last edited 4 years ago by luiz

Nesta seção apresentamos alguns exercícios para treinamento de equilíbrio e esses exercícios podem ser ministrados obedecendo os [princípios de treinamento](#). A ideia é que em cada sessão de treinamento todos os exercícios abaixo devem ser executados. É importante ressaltar que nem todos idosos são capazes de realizar tais movimentos, mas adaptações são possíveis a cada exercício.

• Flexão Plantar



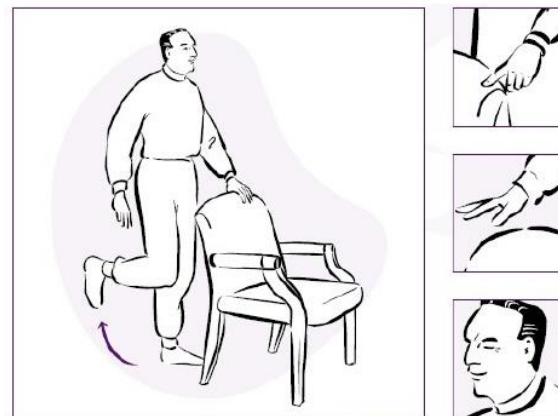
Este exercício tem por objetivo fortalecer os músculos do tornozelo e da região posterior da perna (panturrilha). O executante deve estar na posição ereta, com os pés totalmente apoiados no chão, segurando em um apoio para aumentar o equilíbrio (por exemplo o encosto de uma cadeira, como exemplificado na figura). O executante deve ficar nas pontas dos pés, o mais alto que puder. Deve levar 3 segundos para subir, permanecer no alto por 1 segundo, e levar mais 3 segundos para voltar à posição inicial.

A carga deste exercício pode ser aumentada colocando pesos extras nos tornozelos. À medida que a força e o equilíbrio aumentarem suficientemente, o executante pode passar a realizar este exercício com uma perna de cada vez (mas é importante o mesmo número de repetições seja realizado para cada perna), mas é importante lembrar que neste caso o aumento de carga é muito grande (só deve ser feito quando realmente a carga estiver muito baixa, mesmo com pesos extras, ao realizar o exercício com as duas pernas simultaneamente).

Resumo:

1. Mantenha o corpo ereto, segurando em um apoio para manter o equilíbrio;
2. Lentamente fique nas pontas dos pés, o mais alto que conseguir (expirando);
3. Mantenha a posição um pouco;
4. Lentamente desça os calcanhares até o chão (inspirando).

• Flexão de Joelho



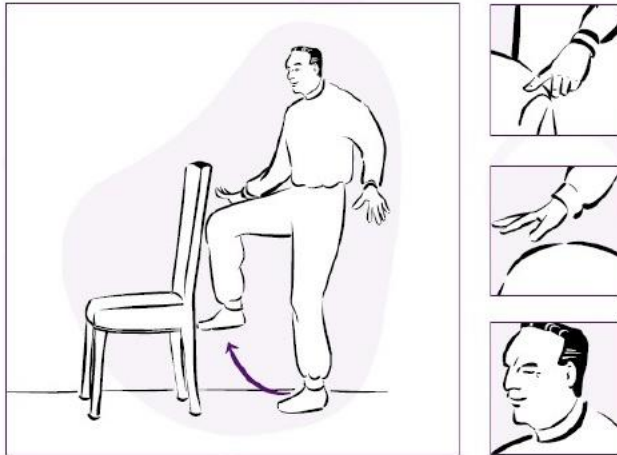
Este exercício serve para fortalecer a musculatura da região posterior da coxa e da panturrilha. O executante deve manter-se na postura ereta, segurando em um apoio para aumentar o equilíbrio. O executante deve levar 3 segundos para flexionar o joelho, tirando o pé do chão, de maneira que o tornozelo vá o mais alto possível (como ilustrado na figura). A coxa deve permanecer imóvel durante a execução do exercício, apenas o joelho deve ser flexionado. A volta à posição inicial também deve levar 3 segundos, terminando então uma repetição do exercício. A carga pode ser aumentada colocando pesos extras nos tornozelos.

Resumo:

1. Mantenha o corpo ereto, segurando em um apoio para manter o equilíbrio;

2. Lentamente flexione o joelho até o limite (expirando);
3. Mantenha a posição um pouco;
4. Lentamente abaixe a perna, voltando à posição inicial (inspirando);
5. Ao terminar a as séries com uma perna, repita com a outra.

• Flexão de Quadril

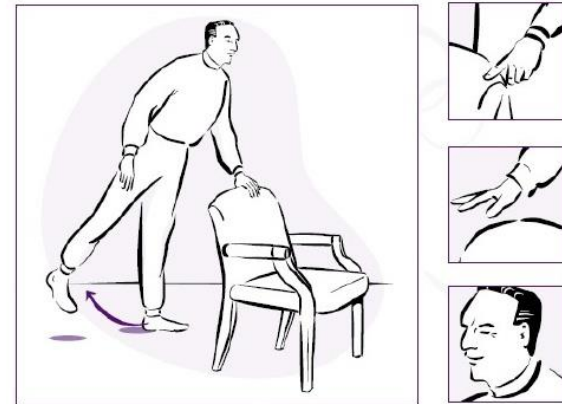


Este exercício tem como objetivo fortalecer os músculos da coxa e do quadril. O executante deve se posicionar atrás ou ao lado de uma cadeira (ou outro apoio qualquer). O movimento de levantar a perna deve levar 3 segundos. A posição deve ser mantida por 1 segundo, e a descida deve levar mais 3 segundos. A maneira de aumentar a carga do exercício é adicionando pesos extras nos tornozelos.

Resumo:

1. Mantenha o corpo ereto, segurando em um apoio para manter o equilíbrio;
2. Lentamente erga seu joelho na direção do peito, sem deixar o tronco descer em direção à coxa (expirando);
3. Mantenha a posição um pouco;
4. Lentamente abaixe a perna até o chão (inspirando);
5. Ao terminar as séries com uma perna, repita com a outra.

• Extensão de Quadril

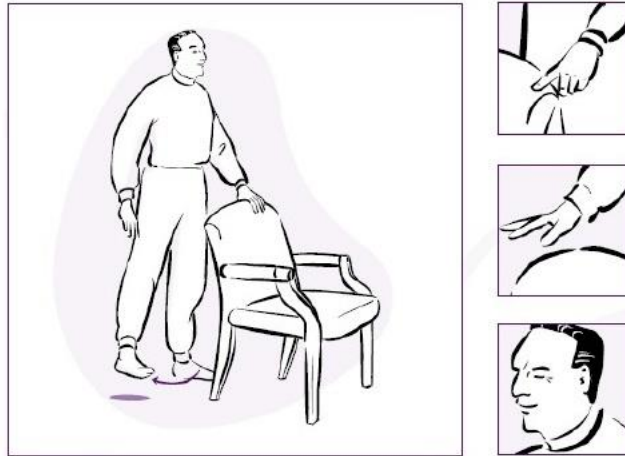


Este exercício serve para fortalecer a musculatura da região posterior da coxa e da região glútea. O executante deve ficar de 30 a 45 cm afastado de uma cadeira ou mesa (ou outro apoio para os membros superiores), com os pés ligeiramente afastados um do outro. O tronco deve estar inclinado a aproximadamente 45° (na direção do apoio). A perna deve ser erguida para trás sem flexão de joelhos, e este movimento deve levar aproximadamente 3 segundos. Durante a subida é importante não ficar nas pontas dos pés e nem levar o tronco mais à frente. A posição alcançada deve ser mantida por 1 segundo, e a volta à posição inicial deve levar 3 segundos, terminando então uma repetição do exercício. A carga pode ser aumentada colocando pesos extras nos tornozelos.

Resumo:

1. Se posicione entre 30 e 45 cm afastado de um apoio para os membros superiores;
2. Incline o corpo à frente e segure no apoio;
3. Lentamente erga a perna (estendida) para trás (expirando);
4. Mantenha a posição um pouco;
5. Lentamente abaixe a perna, voltando à posição inicial (inspirando);
6. Ao terminar a as séries com uma perna, repita com a outra.

• Elevação Lateral do Membro Inferior



Este exercício serve para fortalecer a musculatura da região lateral da coxa e do quadril. O executante deve manter-se na postura ereta, segurando em um apoio para aumentar o equilíbrio, com os pés ligeiramente afastados. O executante deve levar 3 segundos para elevar lateralmente a perna, sendo que o movimento deve ter um alcance de 15 a 30 cm. O tronco deve permanecer sempre reto, e as duas pernas estendidas. Os pés devem estar apontando para a frente. A posição alcançada deve ser mantida por 1 segundo, e a volta à posição inicial deve levar 3 segundos, terminando então uma repetição do exercício. A carga pode ser aumentada colocando pesos extras nos tornozelos.

Resumo:

1. Mantenha o corpo ereto, segurando em um apoio para manter o equilíbrio;
2. Lentamente eleve uma perna para o lado, de 15 a 30 cm (expirando);
3. Mantenha a posição um pouco;
4. Lentamente volte à posição inicial (inspirando);
5. Ao terminar a as séries com uma perna, repita com a outra;
6. O tronco e os dois joelhos devem estar estendidos durante toda a execução do exercício.

• Levantar e sentar sem a utilização das mãos



Este exercício tem por objetivo fortalecer os músculos do abdômen, das costas, do quadril e da coxa. O executante deve sentar-se na metade anterior do assento da cadeira e reclinár seu corpo até os ombros tocarem o encosto. As costas devem estar retas (apesar de o tronco estar reclinado), o que é facilitado colocando um apoio para a região lombar (como exemplificado na figura por um travesseiro). Os joelhos devem estar flexionados, e os pés devem estar com toda a planta em contato com o chão. Usando minimamente os membros inferiores (ou até mesmo sem usá-los, se possível), o executante deve trazer o tronco à frente, desencostando do encosto da cadeira e do apoio lombar. Para trabalhar adequadamente a musculatura abdominal, o tronco deve ser trazido à frente com as costas retas (sem que os ombros se inclinem à frente durante a subida). Partindo então desta posição sentada, com os pés totalmente apoiados no chão, o executante deve levar 3 segundos para se erguer até a posição ereta (usando minimamente as mãos), e mais 3 segundos para sentar. Durante a subida e a descida do corpo, é importante também manter as costas retas. Neste exercício, uma maneira de aumentar a carga é utilizar cada vez menos as mãos para auxiliar o movimento do corpo. Após estar sentado, o corpo deve novamente ser reclinado até o encosto da cadeira, terminando assim uma repetição do exercício.

Resumo:

1. Coloque um travesseiro no encosto de uma cadeira;
2. Sente na metade anterior do assento da cadeira, com os joelhos flexionados e com os pés totalmente apoiados no chão;
3. Recline sobre o travesseiro, permanecendo com o tronco inclinado e com as costas retas;
4. Leve o tronco à frente até ficar sentado com as costas retas, usando minimamente as mãos (inspirando);
5. Levante lentamente, usando minimamente as mãos (expirando);
6. Sente lentamente, usando minimamente as mãos (inspirando);
7. Recline novamente o corpo, apoiando as costas no travesseiro, retornando assim à posição inicial (expirando);
8. Mantenha as costas e os ombros retos durante toda a execução do exercício.

Adaptação 1 o exercício também pode ser feito sem a fase de trazer o corpo à frente (correspondendo apenas à segunda e à terceira imagens na figura), mas isso implica em

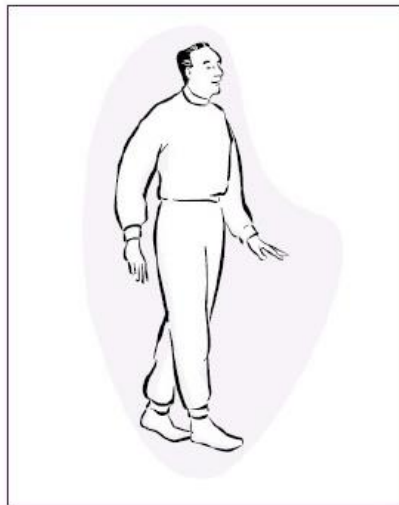
um menor ganho de força nos músculos abdominais, que são extremamente importantes para manter um bom equilíbrio.

Adaptação 2: Como nem todos conseguem realizar muitas repetições desse exercício, pode ser necessário adaptá-lo da seguinte maneira: ao invés de o idoso levantar por completo, ele deve somente iniciar o movimento de subida, perdendo assim o contato com a cadeira. A posição alcançada deve ser mantida por 1 segundo, e então o idoso retorna à posição sentada (podendo também reclinar se estiver utilizando um apoio lombar). Dessa maneira, o desgaste do exercício fica reduzido (permitindo assim um maior número de repetições), mas os mesmos músculos são trabalhados. Conforme o idoso ganha força e resistência muscular, essa adaptação deve ser deixada de lado para que ocorram maiores ganhos.

- **Outros exercícios**

Há ainda alguns exercícios que treinam o equilíbrio e podem ser praticados a qualquer hora, em qualquer lugar e quanto for desejado. Mas é importante que haja algum apoio por perto para gerar segurança em uma eventual instabilidade durante sua execução:

- Permanecer ereto em apenas um pé (alternando-os), o que pode ser feito durante atividades do cotidiano.
- Andar com passos bem curtos, de maneira que o pé que executou o passo encosta o calcanhar nos artelhos (dedos do pé) do pé de apoio.



Referências

- BEST-MARTINI, E., BOTENHAGEN-DIGENOVA, K.A. Exercise for Frail Elders. Human Kinetics, United States of America. 2003.

Quedas : Prevenção Primária

A incidência de lesões é substancialmente maior em idosos institucionalizados (Downton,1998) embora os baixos níveis de actividade e de superprotecção dos funcionários possam reduzir essa mesma incidência.

AMBIENTES RESIDENCIAIS (Instituições / Equipamentos Geriátricos):



- Actividades Preventivas
- Programas educativos
- Formação pessoal
- Protocolos





Preventing falls - how physiotherapy can help you

- <https://youtu.be/kNj83a2WmOo>

Quedas : Prevenção Secundária

▪ Protocolo básico de actuação :

1. Avaliação diagnóstica da queda:

- História detalhada da queda

2. AMG (idoso frágil/ risco)

3. Exame físico

4. Provas/ Exames Complementares Diagnostico

5. Correção de factores de risco Intrínseco:

- Tratamento de patologias causais
- Revisão fármacos

6. Correção de factores de risco extrínseco (riscos ambientais)

7. Psicoterapia : síndrome pós queda

ABORDAGEM

Médica
Reabilitadora
Ambiental
Psicossocial

Quedas : Prevenção Terciária



Diminuir o grau de incapacidade

- **Abordagem Adequada :**
 - Físicas – fracturas, hematomas, contusões
 - Psicológicas – medo de cair
- Reabilitar : marcha e equilíbrio
- Ensinar as precauções adequadas no momento da queda (saber cair) e a levantar-se, evitando a permanência no solo depois da queda (desidratação, hipotermia)

Patient referral and care pathway

CASE/RISK IDENTIFICATION IN GENERAL SERVICES

Ask if fallen in the past year and about frequency, context and characteristics of the fall. **C**
Observe for balance and gait deficit and potential to benefit from interventions to improve balance and mobility. **C**

FALLS SERVICE

All healthcare professionals dealing with patients known to be at risk of falling should develop and maintain basic professional competence in falls assessment and prevention. **D**

Primary and community care

Case/risk identified at health screen

Case/risk identified opportunistically at presentation with fall/other problem

Case/risk identified opportunistically at presentation with fall/other problem

Secondary care

Presentation at A&E with fall injury

MULTIFACTORIAL FALLS RISK ASSESSMENT

Offer multifactorial falls assessment. **C** This may include: **C**

- falls history
- gait, balance, mobility, muscle weakness
- osteoporosis risk*
- perceived functional ability
- fear of falling
- visual impairment
- cognitive impairment
- neurological examination
- continence
- home hazard
- cardiovascular examination
- medication review.

*Refer as necessary

The specialist services for falls and for osteoporosis should be operationally linked or dovetailed.

MULTIFACTORIAL INTERVENTIONS

Offer individualised multifactorial intervention to older people at risk including: **A**

- strength and balance training
- home hazard assessment and intervention
- vision assessment and referral
- medication review/withdrawal

After medical treatment for an injurious fall, patients should be offered multidisciplinary assessment and intervention. **A**

STRENGTH AND BALANCE TRAINING **A**HOME HAZARD INTERVENTION AND FOLLOW-UP **A**MEDICATION REVIEW/WITHDRAWAL **B**CARDIAC PACING **B**

EDUCATION AND INFORMATION

To promote participation of older people, falls prevention programmes should: **D**

- discuss changes a person is willing to make to prevent falls
 - information should be relevant and available in languages in addition to English
 - address potential barriers such as low self-efficacy and fear of falling.
- Programmes should be flexible to accommodate different needs. **D**
- Information on the following should be provided orally and in writing: **D**
- measures to prevent falls
 - motivation
 - preventable nature of some falls
 - physical/psychological benefits of modifying risk
 - further advice and assistance
 - how to cope with a fall.

Interventions that cannot be recommended

Brisk walking. There is no evidence that brisk walking reduces the risk of falling. One trial showed that an unsupervised brisk walking programme increased the risk of falling in postmenopausal women with an upper limb fracture in the previous year. However, there may be other benefits of brisk walking by other people.

Interventions that cannot be recommended because of insufficient evidence

We do not recommend implementation of the following interventions at present. This is not because there is strong evidence against them, but because there is insufficient or conflicting evidence supporting them.

- **Low intensity exercise combined with incontinence programmes.** There is no evidence that low intensity exercise interventions combined with continence promotion programmes reduce the incidence of falls in older people in extended care settings.
- **Group exercise (unattended).** Exercise in groups should not be discouraged as a means of health promotion, but there is little evidence that exercise interventions that were not individually prescribed for community-dwelling older people are effective in falls prevention.
- **Cognitive/behavioural interventions.** There is no evidence that cognitive/behavioural interventions alone reduce the incidence of falls in community-dwelling older people of unknown risk status. Such interventions included risk assessment with feedback and counselling and individual education discussions. There is no evidence that complex interventions in which group activities included education, a behaviour modification programme aimed at modifying risk, advice and exercise interventions are effective in falls prevention with community-dwelling older people.
- **Referral for correction of visual impairment.** There is no evidence that referral for correction of vision as a single intervention for community-dwelling older people is effective in reducing the number of people falling. However, vision assessment and referral has been a component of successful multifactorial falls prevention programmes.
- **Vitamin D.** There is evidence that vitamin D deficiency and insufficiency are common among older people and that when present they impair muscle strength and possibly neuromuscular function via CNS-mediated pathways. In addition, the use of combined calcium and vitamin D supplementation has been found to reduce fracture rates in older people in residential nursing homes and sheltered accommodation. Although there is emerging evidence that correction of vitamin D deficiency or insufficiency may reduce the propensity for falling, there is uncertainty about the relative contribution to fracture reduction via this mechanism (as opposed to bone mass) and about the dose and route of administration required. No firm recommendation can therefore currently be made on its use for this indication. Guidance on the use of vitamin D for fracture prevention will be contained in the forthcoming NICE clinical practice guideline on osteoporosis, which is currently under development.
- **Hip protectors.** Reported trials that have used individual patient randomisation have provided no evidence for the effectiveness of hip protectors to prevent fractures when offered to older people living in extended care settings or in their own homes. Data from cluster randomised trials provide some evidence that hip protectors are effective in the prevention of hip fractures in older people living in extended care settings who are considered at high risk.

Bibliografia

- American Geriatrics Society; British Geriatrics Society and american Academy of Orthopedic Surgeons Panel of Falls Prevention (2001) Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. Journal of American Geriatrics Society. 49 pp.664-672
- Buksman, S. et al; (2008) Quedas em Idosos: Prevenção; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro.
- Direcção Geral de Saúde (Online) (Acesso em Setembro de 2011). Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>
- Fabrício, S.; Rodrigues, R.& Costa Júnior, M. (2004) Causas e Consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público. Revista de Saúde pública; 38 (1) pp. 93-99
- JUNIOR, Paulo Freitas e BARELA, José A.. Alterações no funcionamento do sistema de controle postural de idosos: Uso da informação visual. *Rev. Port. Cien. Desp.* [online]. 2006, vol.6, n.1 [citado 2013-11-01], pp. 94-105 . Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232006000100011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1645-0523
- Moyano, J.I.; (2003) Caídas e Instabilidad; In: Llera, F.G. & Cantera, I.R.; Manual de Geriatria; Editora Masson (3ª ed.)
- Organização Mundial de Saúde, (ONLINE) Acesso em Outubro de 2012. Disponível em: URL: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/param.php>
- .Organização Mundial de Saúde; (2007) Global report on falls prevention in older age (ONLINE) Acesso em Julho de 2012. Disponível em URL: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- Perracini, M.R. & Ramos, L.R (2002) Factores associados a quedas em um coorte de idosos residentes na comunidade. Revista de Saúde Pública, 36 (6) pp.709-716
- Ribeiro et al. (2008) A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ciências & Saúde Colectiva, 13 (2) pp.1265-1273
- SANTOS, Angélica Cristina dos, **EXERCÍCIOS DE CAWTHORNE E COOKSEY EM IDOSAS: melhora do equilíbrio**, Fisioter. Mov. 2008 out/dez;21(4):129-136.
- Silva, T.; Nakatani, A; Souza, A.; & Lima, M. (Jan-Abr. 2007). A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. Revista Electrónica de Enfermagem; 9 (1) pp.64-78

