

Distúrbios da postura, marcha e quedas.

*Ana Caroline Alves Maciel
Acadêmica de Enfermagem*



Introdução

- As quedas são eventos frequentes entre indivíduos idosos
- Impactos físicos e psicológicos
- Causas únicas ou múltiplas
- As quedas estão intimamente relacionadas com a postura e a marcha.

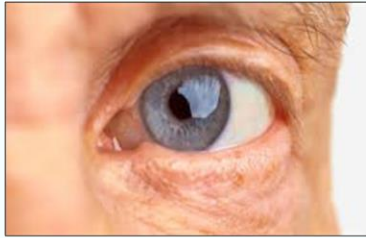
Controle postural e quedas

- Modelo Biomecânico
- Sistema Nervoso Central (SNC) provoca os padrões de atividade muscular necessários para coordenar a relação entre o CdM e a BdS
- CdM/BdS = Equilíbrio postural



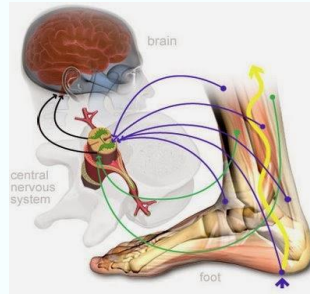
Mecanismos Aferentes

envio de informações para o sistema de controle postural



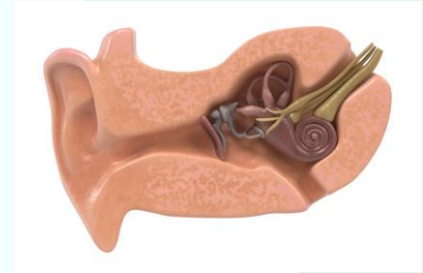
Visual

- Fornece informações sobre a localização e a distância de objetos no ambiente, o tipo de superfície em que se dará o movimento e a posição de uma parte corporal em relação à outra e ao ambiente.



Proprioceptivo

- Suprem o corpo com informações sobre o ambiente imediato, tornando possível ao organismo se orientar à medida que ele se movimenta ou se mantenha ereto em relação às próprias partes do corpo, seu apoio e superfície do solo



Vestibular

- Reflexo vestibuloocular (RVO) e o vestibuloespinal (RVE)
- Presta auxílio na resolução de informações conflitantes

Mecanismos Centrais

- Envolve o SNC
- Modificações do SNC relacionadas com o envelhecimento podem aumentar o risco de perturbações do controle postural
- Envelhecimento do sistema motor
- Sistema atencional

Mecanismos Eferentes

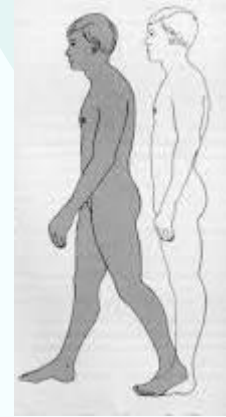
Estratégias de reação muscular para correção do equilíbrio:



Estratégia do calcanhar



Estratégia da bacia

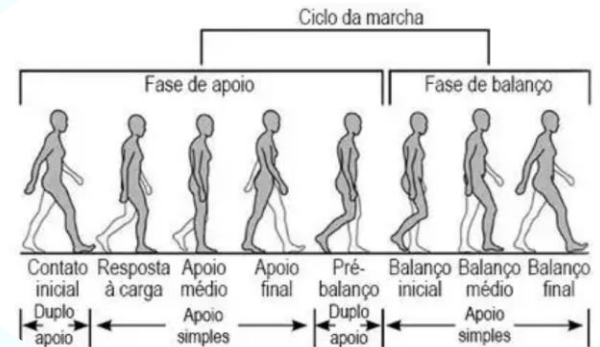


Sobrepasso

Marcha

Ciclo da Marcha:

- Fase de Apoio (60% do ciclo):
O contato inicial (batida de calcanhar)/ O apoio intermediário (apoio unipedal)/ O apoio terminal (calcanharfora)
- Fase de Balanço
Balanço inicial, intermediário e terminal.



Alterações Fisiológicas do envelhecimento

- Condicionamento Físico
- Período unipedal e bipedal
- Perda do balanço normal dos braços, diminuição da rotação pélvica e do joelho.
- Passos mais curtos, consomem menos tempo em apoio unipedal, caminham com a pelve rodada anteriormente e a bacia ligeiramente fletida.



Distúrbios Patológicos da Marcha

- **Marcha do lobo frontal:** Essa alteração se associa mais frequentemente a estágios avançados de doença de Alzheimer, demências ou síndromes multi-infartos, doença de Binswanger e hidrocefalia normobárica.
- **Marcha sensorial atáxica:** As causas mais frequentes incluem doenças que afetam a coluna posterior, nervos periféricos ou a coluna dorsal da medula espinal.
- **Marcha cerebelar atáxica:** Esse distúrbio em geral se associa a eventos vestibulares agudos, acidentes vasculares encefálicos (AVE), alcoolismo crônico e doenças degenerativas como atrofia de múltiplos sistemas e paralisia supranuclear progressiva

Distúrbios Patológicos da Marcha

- **Marcha espástica:** Observada em pacientes com hemiplegia ou hemiparesia e paraparesias. Causas comuns incluem infarto cerebral contralateral, lesões expansivas intracranianas e trauma cerebral.
- **marcha paraparética:** são causas frequentes mielopatia cervical espondilótica avançada, anemia perniciosa, compressão crônica da coluna espinal, hipertireoidismo e infartos lacunares
- **marcha anserina:** Condições comumente associadas incluem hipo e hipertireoidismo, polimialgia reumática, polimiosite, osteomalacia e neuropatias proximais.

Distúrbios Patológicos da Marcha

- **Marcha festinante:** Em geral associada à doença de Parkinson
- **Marcha por déficits multissensoriais:** envolve distúrbios concomitantes nos sistemas visual, proprioceptivo e vestibular. indivíduos geralmente utilizam bengalas e andadores ou tocam nas paredes e em outros móveis para se apoiar e obter informações de retroalimentação proprioceptiva.
- **Marcha vestibular:** Constante sensação de instabilidade ao caminhar; Condições comuns incluem labirintopatias, toxicidade por medicamentos (aminoglicosídeos) e tumores do ângulo pontocerebelar.
- **Marchas antálgicas ou gonálgicas:** Processos inflamatórios articulares



InShot

Quedas

- Determinação da contribuição externa à queda, avaliando-se se a contribuição teria sido suficiente para derrubar alguém saudável e mais jovem
- Investigação somente daqueles indivíduos que sofreram duas ou mais quedas
- Classificação da intensidade de movimento no momento da queda.

28 a 35% de quedas em indivíduos com mais de 65 anos, 35% naqueles com mais de 70 anos e 32 a 42% nos indivíduos com mais de 75 anos e até 50% em indivíduos com mais de 80 anos.



Complicações decorrentes de quedas

Morte

Acidentes são a quinta causa de morte em pacientes mais velhos e as quedas constituem 2/3 dessas mortes acidentais. Quase todas as mortes são consequentes à fratura de colo femoral.

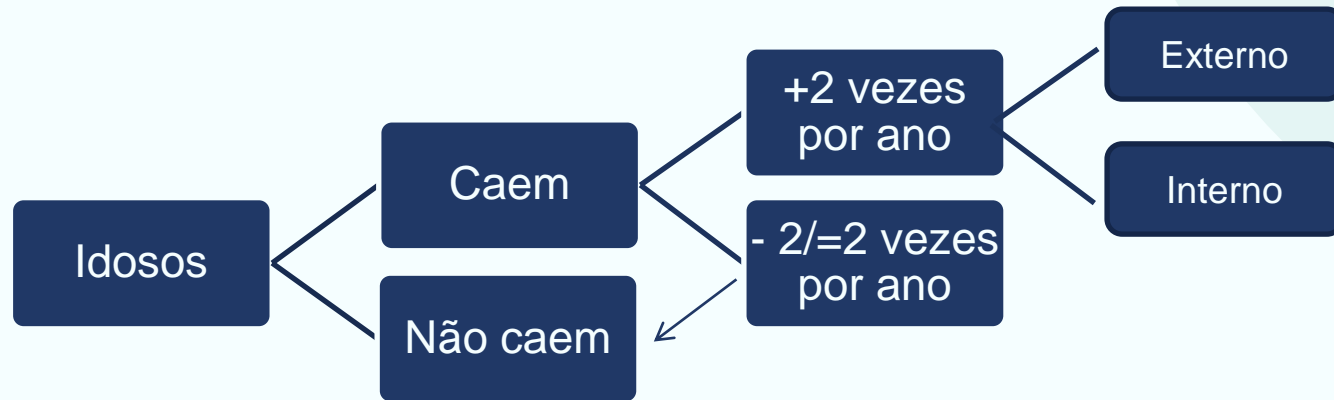
Lesões

As lesões resultantes de quedas são comuns, ocorrendo em 1/3 a 3/4, embora a maior parte seja de pequena gravidade e mais da metade dos pacientes não procure atendimento médico. Fraturas ocorrem em menos de 10% das lesões graves.

Medo de quedas

A perda de confiança na capacidade de deambular com segurança, pode resultar em piora do declínio funcional, depressão, sentimentos de inutilidade e isolamento funcional.

Classificação dos pacientes que caem



Causas das quedas em idosos

Fatores associados ao envelhecimento

- Tendência à lentidão dos mecanismos de integração central, importantes para os reflexos posturais.

Medicações

- Uso ≥ 5 medicamentos - \uparrow risco 3x \succ
- Psicotrópicos
Benzodiazepínicos e
Neurolépticos



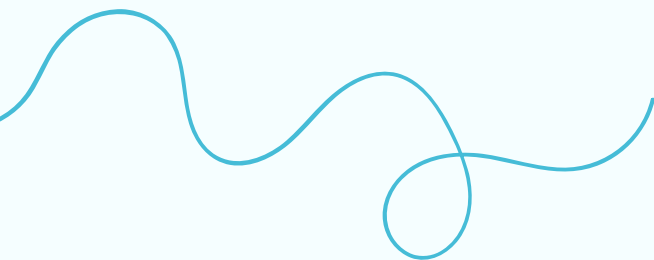
Causas das quedas em idosos

Doenças específicas

- Epilepsia
- Doença de Parkinson
- Síncope cardiogênica
- Demências
- .

Síndromes de quedas

- Déficits sensoriais múltiplos
- Doença cerebrovascular
- Ataques de quedas (*drop attacks*)



Avaliação e conduta em queda de idosos

- **Circunstâncias**

- Fatores de Risco
- Descrição do evento
- Estado Geral
- Localização Espacial
- Consequências após a queda



- **Avaliação clínica**

- Determinar ao menos alguns dos fatores que a causaram e oferecer algum tipo de tratamento par alguns deles, objetivando reduzir o risco de novas quedas

- **exame e os cuidados com a vítima após o evento e suas consequências**
- **avaliação do ambiente e dos fatores predisponentes.**



Avaliação e conduta em quedas de idosos

História

- Avaliação das atividades usuais e o nível funcional do paciente, história prévia de quedas e fraturas e a presença de doenças crônicas.
- Questionamento do indivíduo que caiu em relação às atividades que ele tem capacidade ou não de realizar.
- Verificar a utilização, por parte do paciente, de instrumentos de auxílio à marcha
- Investigação de história de instabilidade
- Uso de medicações



Exame Físico

- PA aferida – deitado/sentado/em pé.
- Neurológico.
- Avaliar pés, mobilidade da coluna vertebral, das articulações e do pescoço.
- IMC.

Teste de desempenho físico

- Avaliam as deficiências no equilíbrio, na força e na resistência.
- O controle postural dinâmico: Teste do alcance funcional
- Get-Up and Go test (teste para membros inferiores)



O paciente deve levantar-se de uma cadeira, sem o apoio dos braços,

Prevenção de quedas

- Adaptação ou modificação dos fatores ambientais no domicílio.
- Suspensão ou uso em doses e tempo mínimo de medicamentos psicotrópicos.
- Controle de hipotensão postural.
- Tratamento de problemas nos pés e intervenção sobre calçados.
- Exercícios.



Referências

- Tratado de Geriatria e Gerontologia – 4º Edição
- UEL.BR. Abordagem às Quedas em Idosos. Disponível em <http://www.uel.br/projetos/gesen/pages/arquivos/Abordagem%20%C3%A0s%20Quedas%20em%20Idosos%20WebConfer%C3%Aancia.pdf>.

Obrigada!

