

SINCOPE O CAÍDAS: CASUÍSTICA Y COMO DIFERENCIARLOS.

Everest Barrientos López



CONTENIDO:

- Definición.
- Importancia.
- Caídas / síncope
- Puntos clave
- Como diferenciarlos
 - Instrumentos
- Conclusiones.



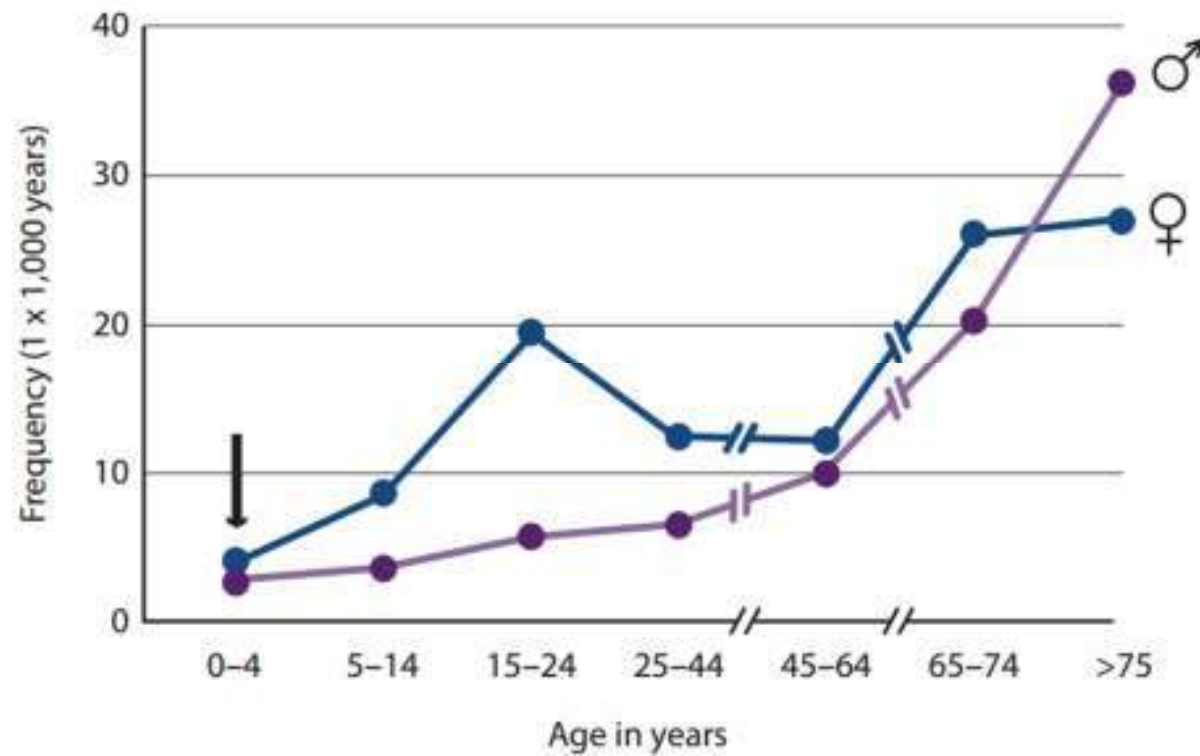
SINCOPE / CAÍDAS

El problema de **las caídas** en la población de adultos mayores (AM) es claramente más que una simple **incidencia alta**, porque **los niños pequeños y los atletas** tienen una mayor incidencia de caídas que todos los grupos, **excepto los AM más frágiles**.

Solo el 36% de los hombres y el 50% de las mujeres que cayeron en el año anterior hablaron con su médico acerca de las caídas



FRECUENCIA DE CAÍDAS EN AM COMO CAUSA DE CONSULTA AL MÉDICO GENERAL.



DEFINICIÓN



Caídas



Síncope



Prevalencia de síncope y caídas en un año The Irish Longitudinal Ageing Study (TILDA)

Año previo	%	50 – 64 años	65 – 74 años	75+ años	Total
Síncope		4.17	4.74	4.84	4.42
Caidas		17.46	19.46	24.43	19.19
No accidentales / Inexplicadas		7.61	9.41	11.58	8.87



IMPORTANCIA

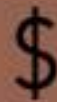


Costos médicos estimados atribuibles a caídas fatales y no fatales aproximadamente \$ 50.0 mil millones.



Para caídas no fatales

Medicare pagó \$ 28.9 mil millones
Medicaid \$ 8.7 mil millones
privados \$ 12.0 mil millones.
UK 1 mil millones Libras



El gasto médico general para caídas fatales se estimó en \$ 754 millones.



EL costo de lesiones relacionadas a caídas en USA 20 mil millones. El costo directo de lesiones 32 mil millones al 2020.

- Medical Costs of Fatal and Nonfatal Falls in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2018.
- International comparison of cost of falls in older adults living in the community: a systematic review. Osteoporos Int 2010; 21: 1295–306.
- Review of fall risk assessment in geriatric populations using inertial sensors. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation 2013



CAÍDAS

- Lesiones no intencionadas son la 5^a causa de muerte en AM.
- 2/3 causa de las fatalidades.
- 30 a 60% de AM en la comunidad caen.
- La mitad de ellos tiene múltiples caídas.
- 20% tienen atención medica y 5% sufren fractura o lesiones.
- **centros de retiro** 1.6 (0.2-3.6) VS **hospital** 1.4 (0.5-2.7).
- 1.7 (0.6-3.6) en **centros de retiro** VS **comunidad** 0.65 (0.3.1.6).

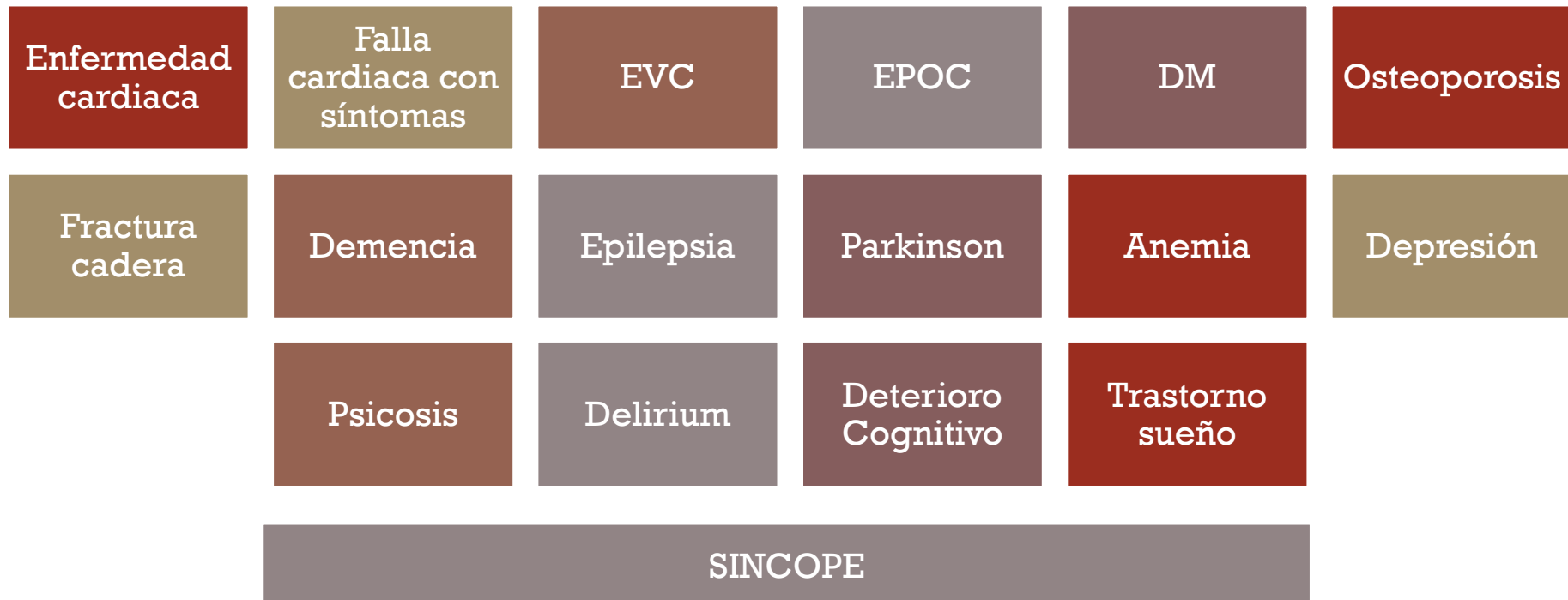
Falls in the general elderly population BMC Geriatrics 2013, 13:81

The epidemiology of falls and syncope. Clin Geriatr Med 18 (2002) 141-158

Epidemiology of Falls in Residential Aged Care: Analysis of More Than 70,000 Falls From Residents of Bavarian Nursing Homes JAMDA 13 (2012) 187.e1e187.e6



CAUSAS DE CAÍDAS: PATOLOGÍAS



CAUSAS DE CAÍDAS: MEDICAMENTOS

Sedantes /
hipnóticos

Neurolépticos

Anticolinérgicos

Antihipertensivos

Diuréticos

Otras fármacos



CAUSAS DE CAÍDAS: MISCELÁNEOS



3% de Ingresos a urgencias VS 1% de ingresos a hospital.

6% de Residentes de **centros de retiro** lo presentan y 30% lo repiten.

> riesgo de lesiones mayores o fracturas

SINCOPE

En promedio una tasa de **mortalidad a 2 años** del 30%.

Pacientes tienen **3.5 mas enfermedades** y toman **3 veces mas medicamentos**.

Riesgo aumentado con la edad.

Sincope vasovagal es el mayor causante de alteraciones del estado de alerta.



TIPOS DE SINCOPE

Table 3: Numbers and Percentages of Patients with One or More Causes of Syncope

Age Group (Years)	Number of Diagnoses					0-4
	0	1	2	3	4	
<40	49 (21.6)	156 (68.7)	21 (9.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	227 (23.0)
40-64	62 (22.9)	164 (60.5)	40 (14.8)	5 (1.8)	0 (0.0)	271 (27.5)
65-75	44 (16.3)	168 (62.2)	50 (18.5)	8 (3.0)	0 (0.0)	270 (27.4)
76-79	19 (16.7)	65 (57.0)	26 (22.8)	4 (3.5)	0 (0.0)	114 (11.6)
≥80	21 (20.0)	57 (54.3)	25 (23.8)	1 (1.0)	1 (1.0)	105 (10.6)
Total	195 (19.8)	610 (61.8)	162 (16.4)	19 (1.9)	1 (0.1)	987 (100)

44%

30%

15%

8%

Causes include cardiac (bradyarrhythmia, supraventricular tachyarrhythmias, ventricular tachyarrhythmias, hypertrophic obstructive cardiomyopathy (long QT); non-cardiac (reflex – vasovagal syncope, carotid sinus hypersensitivity, autonomic dysfunction/orthostatic hypotension, cerebrovascular disease); other; unknown, stratified by age group (values are number [percentage] of patients). With permission from Elsevier.²²

Wong, CW. Complexity of syncope in elderly people: a comprehensive geriatric approach. Hong Kong Med J 2018;24:182-90
 O'Brien, H. Syncope In The Elderly. European Cardiology Review 2014; 9 (1) 28-36



PUNTOS CLAVE

FACTORES DE RIESGO FRECUENTEMENTE IDENTIFICADOS EN CAÍDAS.

Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People
A Systematic Review and Meta-analysis

Silvia Deandrea,^{ab} Ersilia Lucenteforte,^{ab} Francesca Bravi,^{ab} Roberto Faschi,^a Carlo La Vecchia,^{ab} and Eva Negri^a

	Caen OR	Repiten OR
Historia de caídas	2.79	3.09
Vértigo	1.50	2.18
Enfermedad de Parkinson	3.89	6.17
Miedo a caer	1.57	2.21
Trastorno de la Marcha	2.30	2.34
Auxiliar de la marcha	2.02	2.18
Uso neurolépticos	1.70	3.19

Epidemiology 2010; 21: 658-668

Falls in the general elderly population: a 3- and 6- year prospective study of risk factors using data from the longitudinal population study 'Good ageing in Skane'

Magnus Steinhagen¹, Henrik Ekström, Eva Nordell and Solve Elmståhl

	OR
ICC con / sin síntomas	1.36 / 1.88
Osteoartritis cadera/rodilla	1.54
Uso neurolépticos	3.30
Uso de drogas predisponentes	1.48
Vértigo	1.36
Nicturia	1.75
Alteración de movilidad	1.50
Velocidad de marcha lenta	1.77
Adaptación al interior	1.45
Dependencia en AVD	1.35

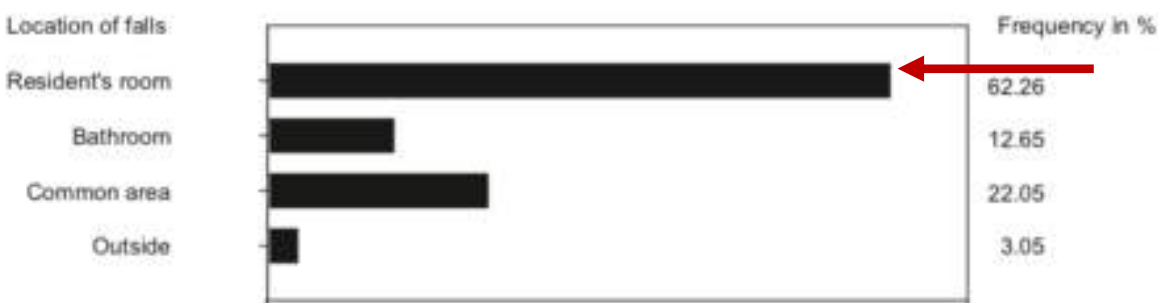
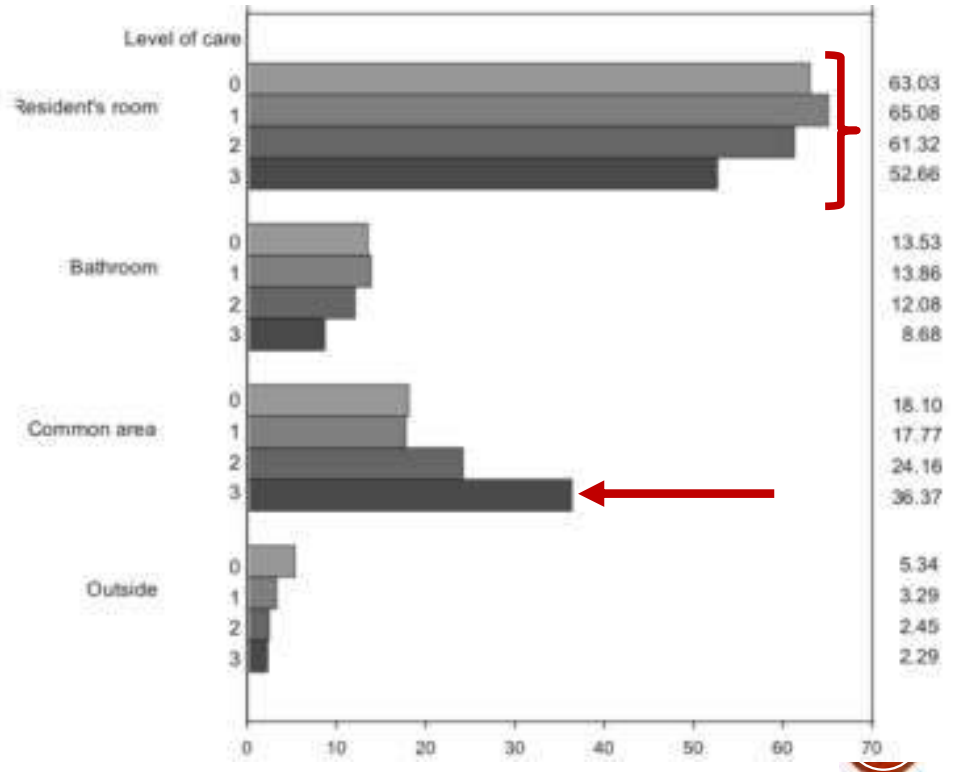
BMC Geriatrics 2013, 13:81



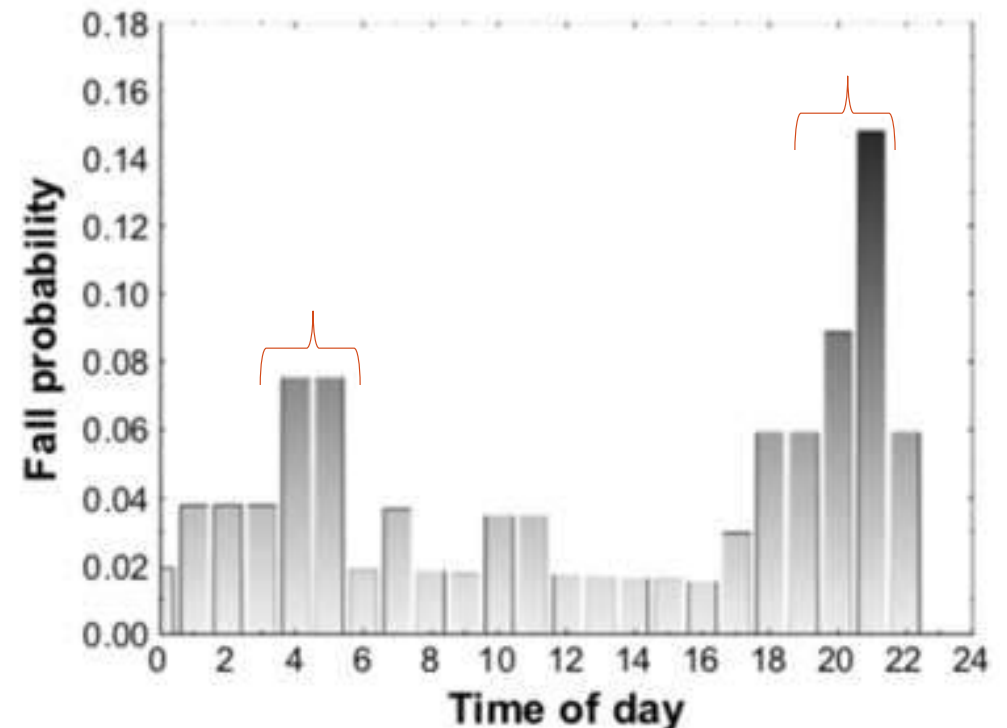
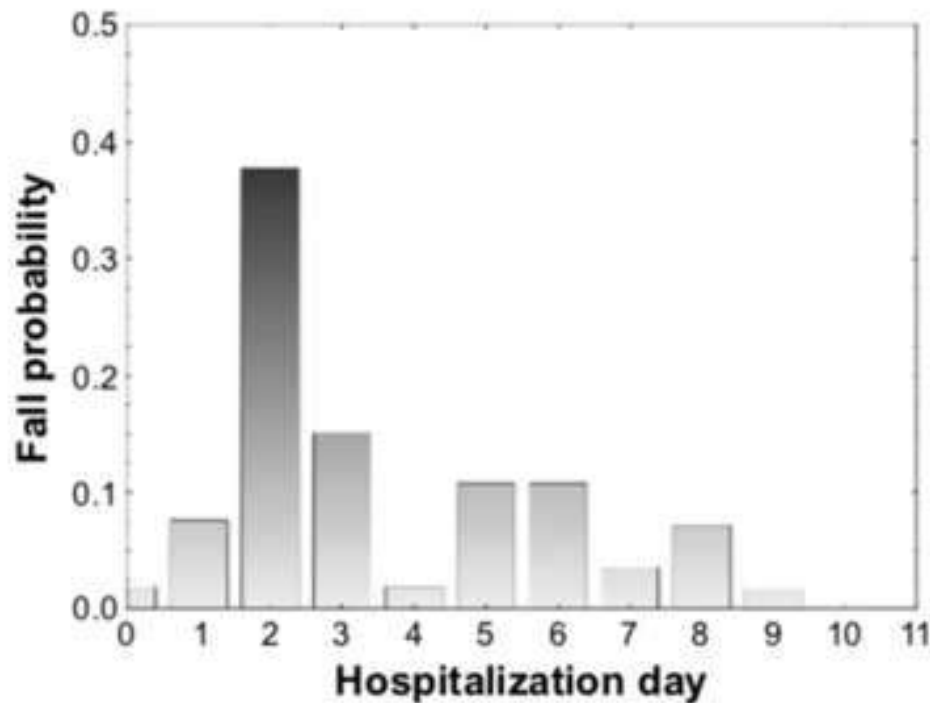
Epidemiology of Falls in Residential Aged Care: Analysis of More Than 70,000 Falls From Residents of Bavarian Nursing Homes

Kilian Rapp MD, MPH^{a,b,*}, Clemens Becker MD^a, Ian D. Cameron MB BS, PhD^c, Hans-Helmut König MD, MPH^d, Gisela Büchele PhD, MPH^b

JAMDA 13 (2012) 187.e1e187.e6



Geriatric falls in the context of a hospital fall prevention program: delirium, low body mass index, and other risk factors



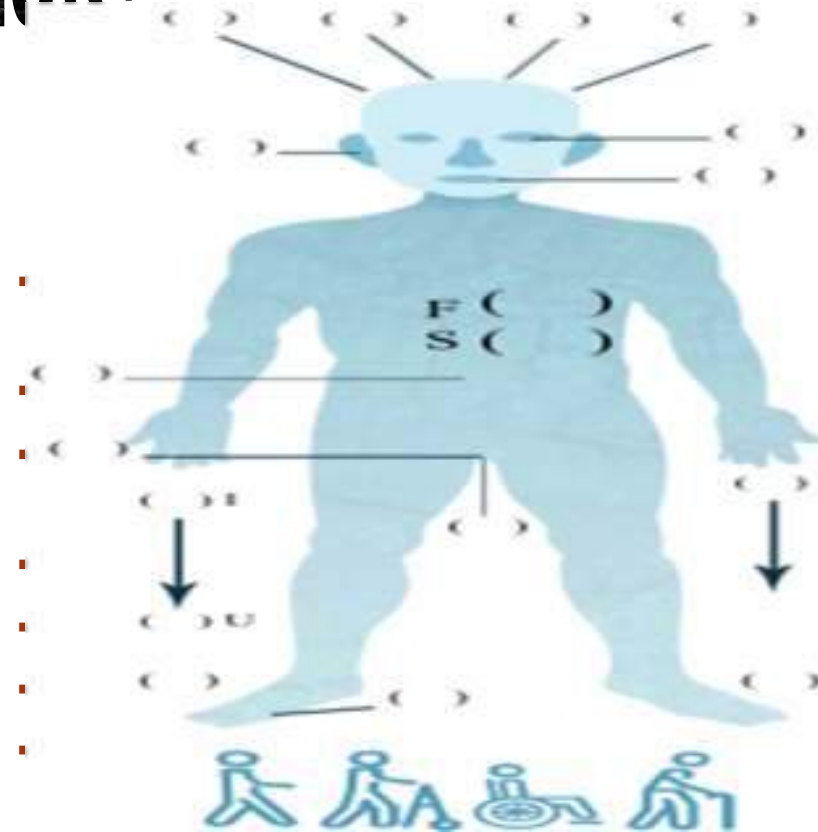
Mazu, K. Geriatric falls in the context of a hospital fall prevention program: delirium, low body mass index, and other risk factors. *Clinical Interventions in Aging* 2016;11 1253–1261



¿CÓMO DIFERENCIARLOS?

CAÍDAS

- LUGAR / HORA
- VGI
 - FUNCIONALIDAD.
 - COMORBILIDAD/MULTIMORBILIDAD
 - FÁRMACOS.
 - ENTORNO.
 - RED DE APOYO
 - SINDROMES GERIÁTRICOS.



Deschodt, M. Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: a prospective cohort study. BMC Geriatrics (2015) 15:54

Chu, J. A poor performance in comprehensive geriatric assessment is associated with increased fall risk in elders with hypertension: a cross-sectional study. J Geriatr Cardiol 2015; 12: 113-118.

Alpert, J. Syncope in the Elderly. October 2019. Volume 132, Issue 10, Pages 1115-1116

Wong, CW. Complexity of syncope in elderly people: a comprehensive geriatric approach. Hong Kong Med J 2018;24:182-90



INSTRUMENTOS:

- CDC STEADI: Stopping elderly accidents deaths and injuries



STARS
PO Box 175
Stratford-upon-Avon
Warwickshire
CV37 8YD
+44 (0) 1789 450 564
info@stars.org.uk
www.stars.org.uk

Common causes and preventative advice on syncope in older people



FOLLOW UP with patient in 30-90 days.
(Discussion to improve patient understanding of the campaign and address barriers.)

A prospective study of the association between orthostatic hypotension and falls: definition matters. Age and Ageing 2016; 0: 1-7



INSTRUMENTOS:

- AAN Hipotensión ortostática.
- EGSYS risk score
- The Task Force® Monitor (TFM)
- Valoración geriátrica.

Abnormal EKG and,
Abnl EKG includes cc
bradycardia, BBB, LV
disease includes isch
disease, heart failure

Palpitations before

Syncope during eff

Syncope in supine p

Autonomic prodrom
Nausea/vomiting

Predisposing and/c
Warm or crowded pl
fear/pain/other emt



Yes +3

Yes +4

Yes +3

Yes +2

Yes -1

Yes -1

A prospective study of the association between orthostatic hypotension and falls: definition matters. *Age and Ageing* 2016;0: 1-7
PIROZZI, G. Syncope in the elderly: An update. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics* 4 (2013) 69e74)



¿SINCOPE O CAÍDAS?



CONCLUSIONES.

- Pueden identificarse riesgo y causas de caídas en los AM por instrumentos.
- El uso de neurolépticos aumenta el riesgo de caídas.
- El miedo a caer debe ser investigado debido el riesgo alto de volver a caer.
- Se debe de investigar patología estructural cardiaca en el AM.
- Caída inexplicable o accidental no presenciada debe considerarse como Síncope.
- Estrecha vigilancia en centros de retiro, hospital y domicilio en habitaciones.
- Énfasis en atención en los horarios de mayor incidencia de caídas.
- Valoración geriátrica integral.

