



**DOCENTE:** DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

**ALUMNOS:** CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

**LICENCIATURA:** MEDICINA HUMANA

**SEMESTRE:** 6º

**UNIDAD:** 2

**MATERIA:** GERIATRIA

**TITULO DEL TRABAJO:** (Resumen) Síndrome de Inmovilidad.



## **Síndrome de inmovilidad**

La inmovilidad no es una característica de la vida y menos aún del envejecimiento. En realidad, la vida fluye gracias a la adaptación, que se convierte en una amenaza en general para la vida y en particular para la salud cuando no es suficiente o se pierde; es reflejo de múltiples interacciones de sistemas y subsistemas que hacen posible la vida. La inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras por cuando menos tres días. Esta pérdida súbita de la independencia que confina al sujeto a la cama o a una silla es efecto de problemas igualmente repentinos, como traumatismos, enfermedad vascular cerebral, delirium o infarto agudo del miocardio, u otros muchos, situación en la cual la prioridad es determinar la causa condicionante de la inmovilidad. **Etiología del síndrome de inmovilidad.** La inmovilidad es el resultado de problemas diferentes de salud, desinformación relacionada con los estilos de vida y muchos mitos y creencias que deterioran la capacidad de movimiento en cualquier etapa de la vida. Los problemas neurológicos que limitan los movimientos gruesos y finos, y que reducen la fuerza, coordinación y sensibilidad, se observan con más frecuencia conforme se incrementa la edad. En alrededor de 50% de los individuos con enfermedad vascular cerebral perduran grandes secuelas que requieren el apoyo de cuidadores;

por fortuna con la rehabilitación es posible un mejor pronóstico funcional e incrementar los beneficios si se proporciona el tratamiento desde el inicio del problema. Con toda seguridad, las causas más frecuentes de las alteraciones para la movilización son los problemas del aparato de locomoción. Cuanto mayor sea la edad, mayor es la tendencia a desarrollar cambios degenerativos osteoarticulares que causan limitaciones de actividades, sobre todo en ambientes fríos. Las articulaciones más afectadas suelen ser aquellas que soportan peso. La enfermedad articular degenerativa tiene diversos grados en la clínica y muchos de ellos no son incapacitantes, si se realiza un programa de ejercicios que no sólo permita el movimiento, sino que disminuya también o alivie el dolor. La inmovilidad conduce a un dolor más intenso por los cambios

ultraestructurales de los tejidos de las articulaciones, más inmovilidad por acortamiento de las fibras musculares e hipotrofia de las masas musculares y más dificultades para la rehabilitación si ésta se inicia tardíamente. Los pacientes portadores de artritis reumatoide suelen envejecer con problemas articulares muy graves que los confinan a una silla de ruedas, en el mejor de los casos; estos sujetos se ven más beneficiados de los tratamientos para mitigar el dolor, como la parafina, compresas, aplicación de frío y calor, ultrasonido terapéutico y movimientos pasivos. Un aspecto poco revisado por los médicos en general son los pies. Ya se mencionó que los cambios degenerativos ocurren con más frecuencia en las articulaciones que sostienen peso, y los pies se hallan a la cabeza en importancia a ese respecto. No obstante, también se pueden lograr enormes diferencias con sugerencias sencillas en relación con el calzado y muchas de las alteraciones podológicas son consecuencia del uso de calzado inadecuado por muchos años, sobre todo de las mujeres al usar tacones altos y zapatos reducidos. Se requiere una atención especial para los pies de los diabéticos, en especial para el corte de las uñas y reducción de zonas hiperqueratósicas. La clave del éxito de estos individuos es la oportunidad con la que reciban tratamiento quirúrgico, con un programa dinámico de rehabilitación de la marcha, así como psicológico para desvanecer el miedo a caer porque esta idea los limita con frecuencia para lograr la independencia.

Las metástasis óseas reflejan un estadio terminal de una enfermedad neoplásica. Sin duda alguna, el pronóstico funcional del paciente depende no sólo de estas metástasis, sino del estado general; además, una valoración geriátrica hace posible conocer hasta qué punto puede intervenir para atenuar las complicaciones de la inmovilidad. La deshidratación de los viejos habitualmente es lenta y, por ende, imperceptible: la primera manifestación puede ser la inmovilidad secundaria a hipersomnia o *delirium* hipoactivo, debilidad y trastornos electrolíticos (hiponatremia o hipopotasemia) por la notoria falta de ingestión de alimentos y líquidos. En algunos sujetos se desarrolla una reducción en la sensación de sed, una anomalía que puede tener peores

complicaciones en regiones o temporadas calurosas. Es útil contar a la brevedad con un registro de electrólitos séricos para la administración de sueros orales o parenterales con los electrólitos necesarios; muchas veces esto es suficiente para comenzar a movilizar al enfermo de manera activa. Dada la presentación de la enfermedad en ancianos vulnerables con manifestaciones inespecíficas, es necesario sospechar siempre problemas tiroideos como causa de una inmovilidad crónica o aguda. Tras realizar el diagnóstico diferencial, el tratamiento debe posibilitar la elaboración de un plan que haga factible la incorporación del paciente a la vida. Los trastornos del metabolismo del calcio representan un abordaje individual que permite conocer las medidas preventivas y terapéuticas y no sólo limitarse a la sustitución del electrólito. Las enfermedades vascular periférica y pulmonar obstructiva crónica suelen desarrollarse antes de la vejez y sus manifestaciones deterioran la calidad de vida en grado extremo. Es probable que, en estas dos anomalías, el ejercicio exacerbe el estado del paciente y, en tal caso, es preciso un cuidado meticuloso en relación con las restricciones y libertades que tolera el paciente. Es frecuente encontrar a individuos en quienes estas enfermedades coexisten con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica u otra afectación sistémica o crónica degenerativa que exige del terapeuta un conocimiento profundo de las repercusiones en la reserva homeostática general. La inestabilidad se debe a varias causas, entre ellas los fármacos. Los primeros que deben mencionarse son los psicotrónicos; infortunadamente, muchos ancianos toman este tipo de medicamentos por trastornos del sueño; en consecuencia, deben revisarse otros fármacos que tengan acción sinérgica, su dosificación y confirmar si en verdad existe alguna indicación vigente para su administración. La movilidad de los ancianos se afecta de forma gradual según sea la forma de tratar la alteración de la marcha. El dolor acompaña con regularidad a este problema; en realidad, si se tratara de forma oportuna puede cambiarse radicalmente la condición de los ancianos. La sarcopenia es característica en aquellos individuos con gran fragilidad y refleja un largo periodo de inmovilidad las más de las veces secundario a enfermedades consuntivas. En estos casos, el objetivo real consiste en mantener

lo mejor posible los arcos de movilidad de las extremidades, así como la piel en la mejor condición posible; tal vez con ello el enfermo intente colaborar en la mayor parte de las actividades básicas de la vida diaria. Existe otro grupo de pacientes también frágiles que sufre fractura de cadera; según las estadísticas, sólo 25% de estas personas puede caminar de manera independiente y readoptar su estilo de vida. Otro 25% de ellos puede deambular con ayuda de ortesis y 50% restante queda confinado a una cama o silla. La mayoría de estos últimos sujetos experimenta hipotensión ortostática al adoptar la posición erguida, ya que los barorreceptores se han alterado por el reposo prolongado y escasa movilización en cama, de tal modo que se crea un círculo vicioso en el cual el paciente evita los cambios de posición. Un clínico experto debe indicar las andaderas, bastones, barras de sujeción, calzado ortopédico, entre otras medidas, de manera individualizada para que sean en verdad una herramienta útil; además, el sujeto debe adaptarse y familiarizarse con la técnica adecuada de uso, dado que de otra forma estos auxiliares pueden poner en peligro la marcha e integridad del paciente. Existe otro grupo de la población geriátrica que súbitamente se ve confinado a una cama y que experimenta al intentar desplazamientos falta de fuerza en miembros pélvicos, rigidez en articulaciones, así como mareo, todo lo cual causa desacondicionamiento físico. En estos individuos, la fisioterapia tiene gran utilidad para recuperar el nivel de actividad a corto o mediano plazos. **Consecuencias de la inmovilidad.** Ante un enfermo que debe mantenerse en cama por algún problema de salud, pareciera no ocurrir nada de forma paralela. Sin embargo, el equipo de salud no sólo debe atender el problema que desencadena o exacerba la inmovilidad, sino vigilar con cuidado las consecuencias de la inmovilidad, que son más notables en los ancianos y sobre todo en los más frágiles.

**Bibliografía:** Rosalía Rodríguez García, Guillermo Antonio Lazcano Botello. (2011). Síndrome de Inmovilidad. En *Práctica de la Geriátrica*(195 a la 201). Mexico D.F, : Mc Graw Hill.