

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“SINDROME DE INMOVILIDAD”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ  
CELAYA**

**SEMESTRE: 6°**

**ASIGNATURA: GERIATRIA**

**UNIDAD: 2**

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

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS,  
SEPTIEMBRE DE 2020**

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.

La inmovilidad afecta de manera negativa al proceso de envejecimiento y la atención debe enfocarse en el aspecto físico, psicológico y espiritual del enfermo, ya que la identificación de las repercusiones enormes que ocasiona la inmovilidad permite establecer medidas preventivas y terapéuticas para minimizar sus consecuencias.

### **Etiología del síndrome de inmovilidad**

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.

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 deshidratación de los viejos habitualmente es lenta y, por ende, imperceptible: la primera manifestación puede ser la inmovilidad secundaria a hipersomnolia o *delirium* hipoactivo, debilidad y trastornos electrolíticos (hiponatremia o hipopotasemia) por la notoria falta de ingestión de alimentos y líquidos.

La inestabilidad se debe a varias causas, entre ellas los fármacos. Los primeros que deben mencionarse son los psicotrópicos; 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.

### **Consecuencias de la inmovilidad**

Sólo bastan poco más de dos horas sin cambios de posición para que la piel sufra los cambios que favorecen úlceras por presión, sobre todo en las zonas de apoyo o en salientes óseas: talones, región sacra, área trocantérica, codos, nuca, espalda e

incluso necrosis de los pabellones auriculares. La sistematización de los cambios posturales cada 2 h puede prevenir dichas úlceras, así como la protección de los puntos de apoyo con colchones especiales (de agua, aire), cojines rellenos con alpiste y, de preferencia, movilización activa o pasiva del individuo.

El siguiente sistema con afectación temprana es el de la locomoción. El músculo estriado se hipotrofia por desuso y se acortan las fibras musculares, de modo tal que prevalece el tono de los músculos flexores sobre los extensores.

También ocurren cambios ultraestructurales en los tejidos de la articulación que favorecen la anquilosis.

Basta una semana en cama para perder con una rapidez cinco a siete veces mayor la densidad mineral ósea, que a mediano plazo predispone a las fracturas. Lo anterior causa un equilibrio nitrogenado negativo, que clínicamente se traduce en desnutrición a pesar de que al paciente se le alimenta: se crea un círculo vicioso que consiste en inmovilidad, hiporexia, desnutrición, hipoproteïnemia, mala distribución hídrica, desacondicionamiento físico, inestabilidad, postración, dependencia y aislamiento social, para regresar de nueva cuenta a la inmovilidad. Debe recordarse que el envejecimiento puede ocasionar disfunción de los barorreceptores; si a ello se suma la reducción del volumen plasmático se tornan entonces muy frecuentes la hipotensión ortostática y la hiperviscosidad de la sangre, y, por ende, la estasis venosa.

Asimismo, se presentan consecuencias en el entorno social del individuo: las dependencias física y económica.

Ambas tienen gran trascendencia en la relación médicopaciente, por lo que no deben soslayarse.

La persona con escasa movilidad no puede satisfacer las necesidades mínimas indispensables para sobrevivir y requiere un cuidador formal (del equipo de salud) o informal (algún familiar).

Al prolongarse los cuidados, el cuidador se agota, más aún si no hay otros cuidadores secundarios u otras redes de apoyo. Entonces son posibles el descuido por cansancio y el aislamiento social y debe quizá considerarse a mediano plazo la institucionalización. Además, se debe actuar oportunamente cuando el paciente

comienza a desarrollar una sobredependencia de un cuidador específico, ya que el agotamiento aparece en menos tiempo o la relación enfermo-cuidador se deteriora por la mutua dependencia; al final, “no dejar morir” por parte del cuidador afecta el trato y el tratamiento médico.

### **Atención**

En presencia de un paciente que sufre inmovilidad debe recogerse la siguiente información:

1. Momento y forma de aparición de la inmovilidad y su limitación.
2. Antecedentes relacionados y alteraciones secundarias en el paciente.
3. Integración de diagnósticos médicos y gerontológicos, así como revisión de los fármacos que consume con regularidad el paciente.
4. Sensibilización de la familia para su participación en el hogar

## Bibliografía

Rodríguez, R. (2011). *Práctica de la geriatría*. México, D. F.: Mc GrawHill.