

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: GERIATRIA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

TEMA: SINDROME DE INMOVILIDAD.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

SINDROME DE INMOVILIDAD

Existen algunos principios básicos que deben considerarse en relación con el síndrome de inmovilidad en la población geriátrica:

La vida es movimiento.

La inmovilidad es resultado de varios factores que interaccionan de forma negativa. Es importante dilucidar qué factores contribuyen a la inmovilidad para valorar el potencial de la rehabilitación.

Los fármacos contribuyen con frecuencia.

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. Etiología del síndrome de inmovilidad: Al estudiar las causas de la inmovilidad, se observa que son diversas e infortunadamente pueden coexistir. Al clasificarlas se puede dar prioridad a las más urgentes o de fácil tratamiento. 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. Un diagnóstico neurológico y funcional, además del conocimiento del estilo de vida del paciente, son factores primordiales para establecer objetivos reales. Es importante conocer también las limitaciones del sujeto en relación con el apoyo familiar o de instituciones para aprovechar al máximo los recursos. Por otro lado, la fisiopatología de la enfermedad de Parkinson ha experimentado grandes avances y ahora es

posible ofrecer una mejor calidad de vida funcional en las etapas que anteceden a la más avanzada gracias a la fisioterapia y desde luego al tratamiento farmacológico. Debe tenerse un cuidado permanente durante el seguimiento de estos individuos y aquellos que desarrollan neuropatías, dado que la farmacodinamia y farmacocinética pueden alterarse al lograr más independencia de la persona y mejorar la ingestión de líquidos y alimentos. 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 osteo articulares 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. Cada caso debe individualizarse para mejorar los síntomas y funcionalidad e independencia.

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 (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 fractura de cadera es un capítulo aparte; aquí sólo se asienta que su tratamiento es multidisciplinario ya que suele requerir la intervención del personal de urgencias, traumatólogos, geriatras, rehabilitadores, gericultistas, enfermeras y otros (en particular la familia) con un enfoque gerontológico del problema. 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. El delirium y la depresión deben detectarse y tratarse de forma oportuna.

En el primer caso se espera que remita y permita contar con la participación activa del individuo; cabe destacar que, si se trata de las formas hiperactiva o mixta del delirium, lo menos apropiado es aplicar restricciones físicas (sujeciones) ya que el desacondicionamiento y lesión directa a la piel complican más las condiciones adversas que pueden desencadenar en complicaciones más serias; es en este punto en el que los cuidadores tienen una primordial participación dentro de un hospital o en casa y deben recibir orientación para optimizar la atención y la recuperación del paciente. En la depresión hay que recordar que el tratamiento es largo y, de nueva cuenta, la familia o cuidadores deben estar informados para hacer más eficaz su desempeño y las acciones que requiere el paciente. Los cuidadores también deben considerarse como sujetos de atención, ya que la inmovilidad y los problemas como éstos generan una gran carga del cuidador. Tal carga puede desalentarlos pronto, fatigarlos y llevarlos a abandonar al paciente de manera involuntaria o, en otros casos, a omitir indicaciones que entorpecen el plan terapéutico o incluso a maltratar al enfermo por abuso y negligencia. Esto también suele presentarse en los casos de demencia avanzada, en los cuales muchas veces

la movilidad es prácticamente imposible; es en esos casos en los que intervienen aspectos de la bioética, desde el óptimo cuidado del enfermo hasta la integridad del cuidador y la funcionalidad de la familia, así como evitar el encarnizamiento en las propuestas de tratamiento. Desde luego, un enfermo con movilidad representa una tarea fácil para el equipo de salud y la familia, por lo que es deseable organizarse con todos los recursos posibles. La deshidratación de los viejos habitualmente es lenta y, por ende, imperceptible: la primera manifestación puede ser la inmovilidad secundaria a hipersomnolia o delirium hipo activo, 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 electrolitos séricos para la administración de sueros orales o parenterales con los electrolitos 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.

Bibliografía: Carlos Romero Aparicio. (2011). Síndrome de inmovilidad. En practica de geriatría de Rosalía Rodríguez García (195-201). México: MC GRAW HILL.