

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

**NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ**

**MATERIA: GERIATRIA**

**TEMA: RESUMEN SINDROME DE INMOVILIDAD**

**UNIDAD: SEGUNDA UNIDAD**

**GRADO Y GRUPO: 6° “A”**

**FECHA DE ENTREGA: 17-OCTUBRE-2020**



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 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 de miocardio, u otros muchos, situación en la cual la prioridad es determinar la causa condicionante de la inmovilidad.

Cuando dicha inmovilidad se prolonga por tres meses, la mortalidad alcanza 33% y hasta 58% al año. También puede ocurrir en forma lenta y paulatina en aquellos ancianos que experimentan un envejecimiento patológico o padecen los mitos del envejecimiento que restringen de forma gradual su desplazamiento en su entorno (localidad u hogar) y probablemente sólo contemplan la vida desde su dormitorio.

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.

## ETIOLOGIA DEL SINDROME 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. Un diagnóstico neurológico y funcional, además del conocimiento del estilo de vida del paciente, son factores primordiales para establecer objetivos reales.

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.

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.

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.

Las enfermedades vasculares periféricas 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.

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.

## CONSECUENCIA 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. Cabe señalar que estos aditamentos no evitan el daño de la piel y que sólo facilitan los cambios de posición. Lo esencial es el cambio de posición al menos cada 2 h de forma cuidadosa.

Asimismo, se presentan consecuencias en el entorno social del individuo: las dependencias física y económica. Ambas tienen gran trascendencia en la relación médico paciente, 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.

## 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.

#### BIBLIOGRAFIA

ROSALIA RODRIGUEZ GARCIAS. (2000). PRACTICA DE LA GERIATRIA. México, DF: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.