

Síndrome 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. 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. En consecuencia, 18% de los sujetos de 65 a 74 años de edad tiene problemas para movilizarse y, a partir de los 75 años de edad, más de la mitad de ellos tiene al parecer dificultades para salir de su casa; una proporción de 20% permanece en su domicilio. Este inconveniente no se consigna a menudo en el historial clínico a pesar de que da origen a múltiples complicaciones; muchas veces el problema no lo reconocen los miembros del equipo de salud, como familiares y cuidadores, dado que es habitual que sea muy frecuente en la vejez. 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. 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. 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. 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. 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. En realidad, el paciente envejecido inmóvil o con disminución reciente de su movilidad sufre también los problemas enlistados.

El siguiente sistema con afectación temprana es el de la locomoción. El músculo estriado se hipotrofi a 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. Visto desde otra perspectiva, en ausencia de movimiento, los nutrientes no se incorporan a la síntesis proteica para el recambio en los tejidos. De las repercusiones iniciales que no son fáciles de cuantificar figuran aquellas concernientes al sistema cardiopulmonar por desacondicionamiento. 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. El programa de rehabilitación puede alterarse por la presencia de la hipotensión y la hiperviscosidad sanguínea predispone a fenómenos tromboembólicos (en el cerebro o miocardio), razón por la cual está indicada la profilaxis con heparinas de bajo peso molecular o antiagregantes plaquetarios con personas que permanecen inmóviles determinado tiempo. En el parénquima pulmonar, los alvéolos de la periferia tienden a colapsarse y disminuyen las unidades funcionales para el intercambio gaseoso (volumen vital). Las neumonías por

aspiración son más frecuentes en los pacientes postrados, ya que se facilita el refl ujo gastroesofágico.

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.