

RECONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE INMOVILIDAD

Dr. José Luis Dinamarca Montecinos*
Hospital Geriátrico de Limache

ABSTRACT:

La definición del Síndrome de Inmovilidad es constante en la bibliografía: "Descenso de la capacidad para desempeñar AVD por deterioro de funciones motoras". Aunque se condice con la realidad clínica, es difícil desde esta definición operacionalizar con certeza grupos comparables y establecer perfiles epidemiológicos de los pacientes portadores del Síndrome. Así, habría entre 5 y 33% de prevalencia en la población geriátrica, dependiendo de variables como edad, sexo y otras.

Objetivos: Redefinir este Síndrome; mejorar su comprensión Clínica y Académica.

Se recolectó prospectivamente los datos desde el examen clínico, registrado en Ficha, de 640 pacientes >60 años de tres grupos: Ingresados para rehabilitación en Hospital Geriátrico, atendidos ambulatoriamente en Policlínico del Hospital Geriátrico, y pertenecientes al Programa Domiciliario del Hospital de Limache, entre 2002 y 2004.

Resultados: Atañen a tres ámbitos de la definición:

Forma: El Síndrome mostró claramente dos causas diferentes con una consecuencia común: Causas Agudas y causas Larvadas, que producen problemas para movilizarse. Siendo diferentes las causas, varían las formas de presentación, Historia Natural y por tanto Pronóstico y Manejo.

Contínente: Sugiero denominar esta patología "Dismovilidad", que puede ser Aguda o Larvada.

Contenido: "La molestia, dificultad y/o imposibilidad de movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, secundaria a cualquier condición o patología; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión".

Conclusiones: Estamos ante dos enfermedades diferentes, y la visión actual de la Dismovilidad contempla los *resultados* de dos *procesos* como si fueran uno solo.

A. INTRODUCCIÓN, DEFINICIONES Y ETIMOLOGÍAS

El presente trabajo surge motivado en el afán de redefinir un Síndrome Geriátrico y aclarar algunos términos que se utilizan en la práctica habitual tanto primaria como de especialidad, y que a mi juicio pueden, al ser replanteados, facilitar enormemente el manejo de los pacientes portadores de esta enfermedad, mejorando sustancialmente sus resultados.

La definición actual de la enfermedad denominada "Síndrome de Inmovilidad", "Inmovilismo" o "Inmovilización" consiste en *"el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulaci3n."* (C. Jiménez Rojas y B. Carrillo Manrique, Manual de Geriatria Salgado Alba, Editorial Masson, 3ª Edici3n, Barcelona 2002). Otro grupo incluye el término de "desplazamiento", definiéndola como la *"restricci3n, generalmente involuntaria, en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales."* (J. I. González Montalvo y T. Alarc3n Alarc3n, Grandes Síndromes Geriátricos, concepto y prevenci3n de los más importantes, Medicine 2003, 8 (108):5778-5785).

Es conocido que en esta enfermedad existe un deterioro de la capacidad de desempeñar las actividades de la vida diaria (AVD). No obstante, se ha comprobado que el deterioro de éstas progresa no sólo a partir de deterioro de las funciones motoras, sino desde el deterioro progresivo de cualquiera de las esferas: biológica, psíquica, social, espiritual o funcional, lo que, eso sí, termina por afectar de alguna manera la capacidad de moverse del paciente. En la vida no existe inmovilidad. Aún con un paciente encamado en las últimas etapas existe latente la capacidad de ser trasladado, además de la movilidad autónoma, pasiva o vegetativa. Ejemplos de ella son la movilidad cardiovascular, ocular, respiratoria y digestiva. Así visto, un paciente inmovilizado en la práctica no existe: Los seres humanos dejan de moverse sólo cuando mueren.

Por estos motivos, se sugiere sustituir el término “inmovilidad” (Ausencia de movilidad) y sus derivados por “Dismovilidad” (Movilidad dificultosa), cuya definición es:

La molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse secundaria a situaciones patológicas diversas de origen biológico, psíquico, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión.

(Dinamarca 2003)

Definiéndose como “**molesta**” aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento (“arco del movimiento”) y “**dificultosa**” aquella movilidad que permite lograr lo deseado pero que altera para ello el curso físico normal del movimiento.

B. COMPLEMENTARIEDAD DE LAS DEFINICIONES:

La complementariedad de esta definición a las actuales radica en que:

- a.** Precisa el rango de la enfermedad al cambiar el término “descenso” por “molestia, dificultad y/o imposibilidad”. Esto permite la inclusión de los pacientes con una enfermedad transitoria; aparentemente intrascendente; y de pacientes que sin tener definitivamente un descenso de sus capacidades pueden cumplirlas pero con alguna molestia. Esto permite la intervención para evitar la progresión.
- b.** Incorpora el concepto de “TRASLADO”, no considerado o considerado parcialmente (“desplazamiento” no implica el sentido, el “para qué”). Esto amplía enormemente las posibilidades diagnósticas y de manejo, puesto que “traslado” implica parte del “para qué” de la movilidad. La traslación es un tipo de movimiento que debe considerarse al hablar de enfermedad de la movilidad. ¿Qué se gana con poder moverse sin poder trasladarse? ¿Es más importante desplazarse o trasladarse?
- c.** Considera el concepto de PROGRESIÓN, el que se fundamenta en la HISTORIA NATURAL de esta enfermedad.. Esto permite: transformar la Inmovilidad en Dismovilidad, transformar un resultado final en un proceso, que puede ser pesquisado en etapas iniciales, e intervenido a tiempo para evitar que progrese.
- d.** Toma en cuenta todos los posibles orígenes, no sólo las alteraciones en la esfera natural, sino también en la sobrenatural (dimensión espiritual), un área sub-explorada por la Medicina, y que en las personas mayores adquiere una especial relevancia.
- e.** No se limita al ámbito exclusivo de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Éstas son un importante patrón para medir la Calidad de Vida, pero la vida diaria es más que sus actividades, sean éstas básicas, instrumentales, recreativas, productivas o cualquiera que sea la clasificación utilizada. La vida es VIDA *per se*, además de sus actividades. No hace falta realizar actividades para SER. Hay quienes no pueden realizar ninguna actividad... pero están vivos!

f. Toma en cuenta el concepto de “calidad de vida individual”, también llamada “relativa” o “personalizada”. Hay pacientes que no sienten menoscabada su calidad de vida producto de una enfermedad que les dificulta o molesta la movilidad, a pesar de que evidentemente portan dicha enfermedad. No es por ello un criterio único el que exista una calidad de vida afectada “objetivamente”: Es también importante que exista riesgo de progresión, propiedad clásica de los Síndromes Geriátricos.

Un ejemplo de esto son los pacientes con ausencia congénita de alguna extremidad, que se adaptan de manera excelente a las condiciones de vida habituales de una persona normal. Para ellos, la vida transcurre en una normalidad relativa. No obstante, su capacidad de reserva está sumamente disminuida, y son por lo mismo muy frágiles ante las agresiones del medio, teniendo una Dismovilidad puesto que, por lo mismo, su riesgo de progresión es superlativo.

C. VIRTUDES DE LA NUEVA DEFINICIÓN.

Así, tienen posibilidad de manejo terapéutico o preventivo todos los pacientes que tengan restricción del espacio vital, ampliando y precisando la definición de Isaacs desde “aquel lugar donde la persona pasa sus días y sus noches” a “todo lugar al que la persona deba acceder para tener una vida de buena calidad”.

Ejemplo clásico de una enfermedad del espacio vital con repercusiones severas en la movilidad son los Cuidadores de pacientes encamados, que por falta de formación descuidan peligrosamente su propia movilidad, restringiendo su espacio vital al domicilio en el que se encuentra y ocasionalmente a sus alrededores más inmediatos. Sin existir una enfermedad del aparato locomotor, sí existe una situación patológica de índole funcional multidimensional que puede ser corregida. Si esta corrección no se realiza a tiempo, producirá efectos perjudiciales en la vida y la salud del cuidador: Trastornos psíquicos (Trastornos del ánimo, trastornos de Angustia y cuadros fóbicos o paranoides), alteraciones del sueño, fibromialgia, y toda la constelación de síntomas del denominado Síndrome del Cuidador; además de favorecer la obesidad, riesgo de caídas, pérdida o deterioro de los vínculos sociales y familiares, etc; redundando todo esto, lógicamente, en un aumento del riesgo de progresión de su Dismovilidad. Por otro lado, los cuidadores en general asumen su rol con la premisa de que la vida del paciente a su cargo depende en forma exclusiva de ellos. Un altísimo porcentaje de los cuidadores cree que debe pasar las 24 horas del día a cargo de su paciente.

Si a esto sumamos que entre el 40 y el 60% de los cuidadores de pacientes encamados son familiares directos de estos, existe además no sólo un riesgo asociado, sino un riesgo de tipo genético de que estos elementos faciliten la instalación de una Dismovilidad más profunda.

También se benefician los pacientes con enfermedades consideradas habitualmente como intrascendentes, de poca importancia o desvinculadas de fases más profundas de la Dismovilidad: Ptosis Palpebral, Parálisis Facial periférica, Secuelas de Esguinces, Desgarros, Síndrome Vertiginoso, Fibromialgia, Contracturas; etc. Es decir, una gran cantidad de entidades nosológicas que, en la persona mayor, DEBEN vincularse con la Dismovilidad, puesto que forman parte inicial de ella. Esto es: producen Dismovilidad en etapas iniciales.

Por otro lado, es importante destacar que los pacientes en etapas profundas de Dismovilidad NO PUEDEN realizar ninguna actividad de la vida diaria. Por lo tanto, lo que hay en el fondo no es un descenso en su capacidad de realizarlas, sino una *ausencia*. Esto que a simple vista pudiera aparecer como una pequeña disquisición semántica, tiene una trascendencia e importancia conceptuales de primer orden: Un paciente que tenga dolor y que esté encamado en etapa profunda (5-A, por ejemplo), no podrá realizar AVD, pero el dolor igualmente afectará su calidad de vida, no por impedirle realizar las AVD, sino por el simple hecho de tenerlo.

A pesar de que para comprobar definitivamente todo lo expuesto haría falta un estudio prospectivo de series, puede rescatarse con facilidad, en un estudio retrospectivo de casos, la patente asociación entre enfermedades que no son del aparato locomotor y la instalación larvada o aguda de una Dismovilidad.

Otra virtud importante de la presente definición es que puede ser fácilmente comprendida por grupos no profesionales de personas ligadas a la salud, atención de enfermos y familiares en general, permitiendo su sola comprensión la toma de actitudes más resolutivas y tendiendo al trabajo interdisciplinario.

D. DISMOVILIDAD Y “POSTRACIÓN”. ALGUNOS ALCANCES HISTÓRICOS.

Es interesante referirse al término “postración” y sus derivados, tan habitualmente usados a todo nivel. Los pacientes llamados “postrados” deben ese apelativo a la posición viciosa de coxa y genuflexión secundaria a retracción y espasticidad del Miembro Inferior acompañada de anteflexión progresiva del tronco.

Pero... ¿Por qué? ¿Cómo nace la aplicación de este término académico (Postrarse) en Medicina? La Medicina Occidental pudo ver esta condición y describirla no asociada a enfermedad geriátrica, sino fundamentalmente a malformaciones congénitas, secuelas de traumatismos raquimedulares y, principalmente, a las llamadas “pestes”. Al no existir una terminología técnica, se adoptó la descripción en términos académicos: “Postrarse” es sinónimo de “Hincarse, arrodillarse”, y los pacientes crónicamente encamados producto de estas enfermedades terminaban adoptando una posición similar a estar hincado. Sobra señalar que no es una similitud feliz.

Entonces, la palabra “postración” es un arcaísmo por demás no técnico, un “vulgarismo”, poseedor de una gran carga peyorativa y efectos sumamente nocivos, especialmente psicosociales, y debe procurarse su erradicación. Esto a pesar de que académicamente una acepción de “postración” es “estar abatido por una enfermedad”, sin especificar tiempos.

No es lo mismo decir a un paciente *“tiene una Dismovilidad no estabilizada”* que *“se está postrando”*. Del mismo modo, no es lo mismo decir a un Cuidador que *“está a cargo de un postrado”* que *“es el Cuidador Principal de un paciente con Dismovilidad en etapa 4”*.

De hecho, la presencia de posturas viciosas del miembro inferior no es necesaria para que un paciente sea portador de Dismovilidad, en cualquiera de las etapas que luego se describen.

Se propone usar el término “Dismovilizado” para estos pacientes. El grado de Dismovilidad debe precisarse catalogando la etapa en que se encuentra (Ver **Capítulo II**) o refiriéndose al tipo de vida que lleva: “de pie”, “de silla” o “de cama”. Los pacientes con Dismovilidad profunda pueden ser llamados “encamados”.

E. PROYECCIONES.

Nos encontramos, entonces, frente a una entidad nosológica que debe re-definirse, especialmente en lo que se refiere a sus etapas iniciales y finales, es decir, a su progresión e Historia Natural.

Sus causas más frecuentes y evidentes corresponden a la esfera biológica, y corresponden a alteraciones del aparato locomotor, aunque es posible establecer que en un gran número de casos, ya existía un nivel de Dismovilidad previo a la aparición de estas causas; y a que, por regla general, una vez que es posible determinar las enfermedades que afectan el área motora, el daño que ya se encuentra establecido.

Creo que resulta de fundamental utilidad, entonces, un abordaje que permita determinar la etapa en que se encuentra la enfermedad, lo que a su vez permite asumir una actitud mucho más activa, tanto del punto de vista curativo, preventivo y de rehabilitación.

F. ALGUNAS ACLARACIONES:

Cabe aquí señalar que la definición de Dismovilidad propuesta tiene como principal objetivo ser lo más funcional y abierta posible para lograr la PESQUISA PRECOZ DE LAS ETAPAS INICIALES DEL PROCESO DISMOVILIZANTE, y NO el diagnóstico clínico de las mismas, lo que es posterior.

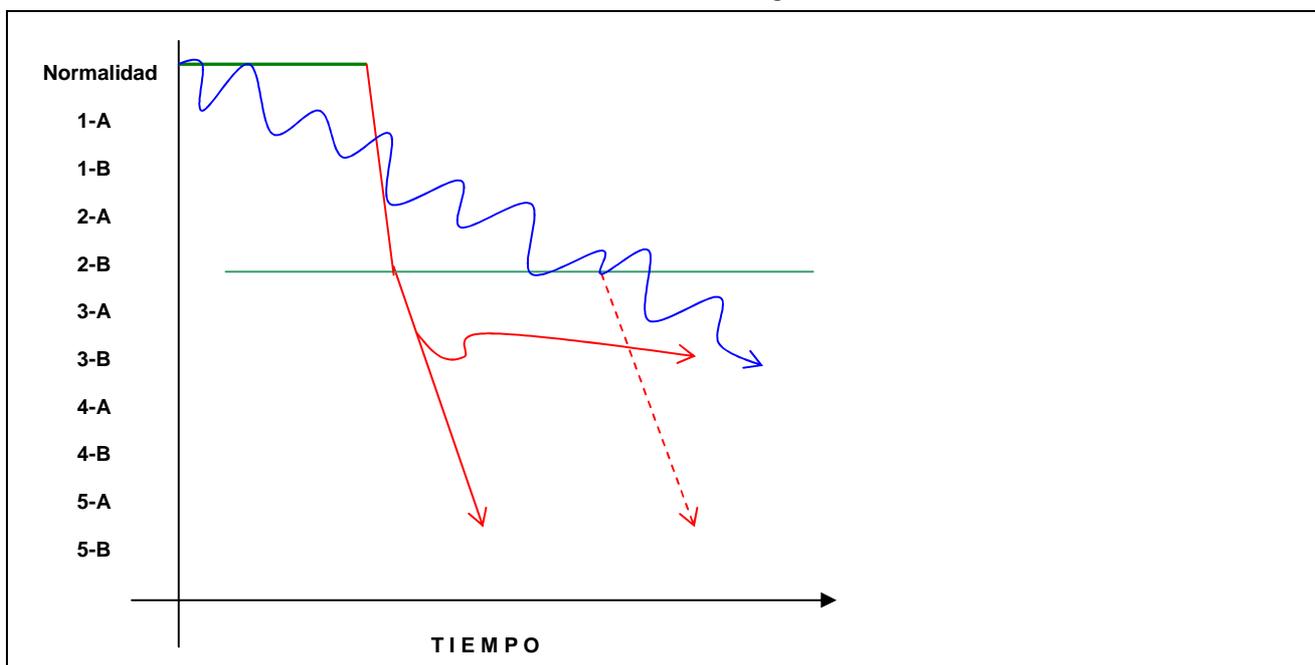
Por tanto y además, el que la definición incluya los términos “molestia” y “dificultad”, de difícil objetivación, debe entenderse siempre en el contexto de que es el Diagnóstico de Dismovilidad el momento culminante del proceso de estudio, el que incluye la máxima objetivación, por parte del clínico, de esa molestia y/o dificultad en cada caso en particular.

G. FORMAS DE INSTALACIÓN

En general, la Dismovilidad progresa en forma lineal tras su instalación y en la mayoría de los casos, la evolución está ligada, en cuanto a rapidez, a la forma de instalación. Una vez instalada, la Dismovilidad de instalación aguda progresa en forma más rápida que la Dismovilidad larvada. Puede decirse también que es la Dismovilidad aguda la que se diagnostica con mayor acuciosidad y rapidez, puesto que las entidades nosológicas causales tienen una gran dosis de espectacularidad, y la pérdida de funcionalidad es abrupta y evidente en relación al nivel de actividad previo del paciente. No obstante, en términos de similitud, existe un común denominador para la Dismovilidad aguda y larvada: Ambas se diagnostican cuando existe un deterioro importante, que en general coincide con una etapa avanzada. Sólo que en la Dismovilidad de instalación aguda el diagnóstico es precoz, y en la forma de instalación larvada, el diagnóstico generalmente es bastante tardío.

Esto puede apreciarse en el **Gráfico 1**.

GRÁFICO 1
Evolución Natural de la Dismovilidad según su instalación



La línea roja continua indica la progresión de la Dismovilidad aguda.

La línea azul indica la progresión de la Dismovilidad larvada.

La línea roja discontinua indica la ocurrencia de un evento agudo en un paciente con Dismovilidad de evolución larvada.

La línea verde indica el momento del diagnóstico.

Dismovilidad aguda: existe un lapso corto entre la ocurrencia del evento desencadenante y el diagnóstico, que puede incluso ser inmediato. Esto permite sindicar claramente una enfermedad causal. Además, el nivel de funcionalidad previo del paciente es normal, lo que es muy frecuente de observar. En general la Dismovilidad aguda, además, se salta varias etapas de una sola vez. Puede progresar rápidamente hacia etapas más profundas si no se establece un manejo inmediato, y a veces puede observarse un efecto de “rebote” de la curva en alguna etapa, tendiendo inicialmente a la regresión, para luego continuar progresando con una curva menos pronunciada.

La instalación aguda de Dismovilidad, definida como pérdida de movilidad hacia la vida encamada o de “cama-silla” en 72 horas o menos, independientemente de su etiología, debe ser considerada una **URGENCIA GERIÁTRICA**, por su gran morbilidad, y pérdida de funcionalidad y calidad de vida.

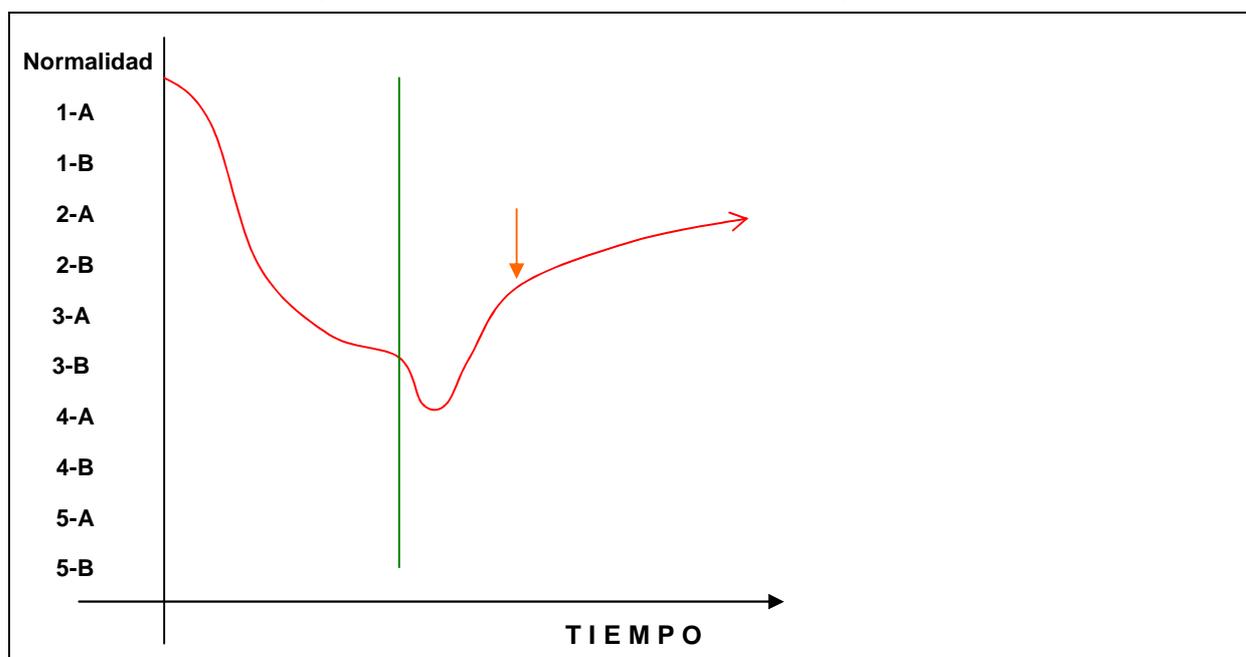
Dismovilidad larvada: en general va progresando lentamente, los períodos de paso entre una etapa y otra se hacen laxos y las etapas sufren períodos de traslape, lo que dificulta determinar la etapa precisa en que se encuentra.

El tiempo que se tarda en hacer el diagnóstico es mayor, y las enfermedades causales, generalmente varias, suelen perderse en el tiempo, al igual que el momento en el que se comenzó a establecer la Dismovilidad. A veces el diagnóstico se establece debido a la ocurrencia de un evento agudo, lo que pone al clínico frente a un paciente previamente deteriorado con una Dismovilidad de larga data que se ha complicado.

Las principales diferencias clínicas existentes entre los pacientes que presentan en forma súbita o larvada la Dismovilidad, se refieren a las enfermedades causales y a la respuesta que presentan a la rehabilitación, lo que puede observarse en la **TABLA 1** y en los **GRÁFICOS 2 y 3**.

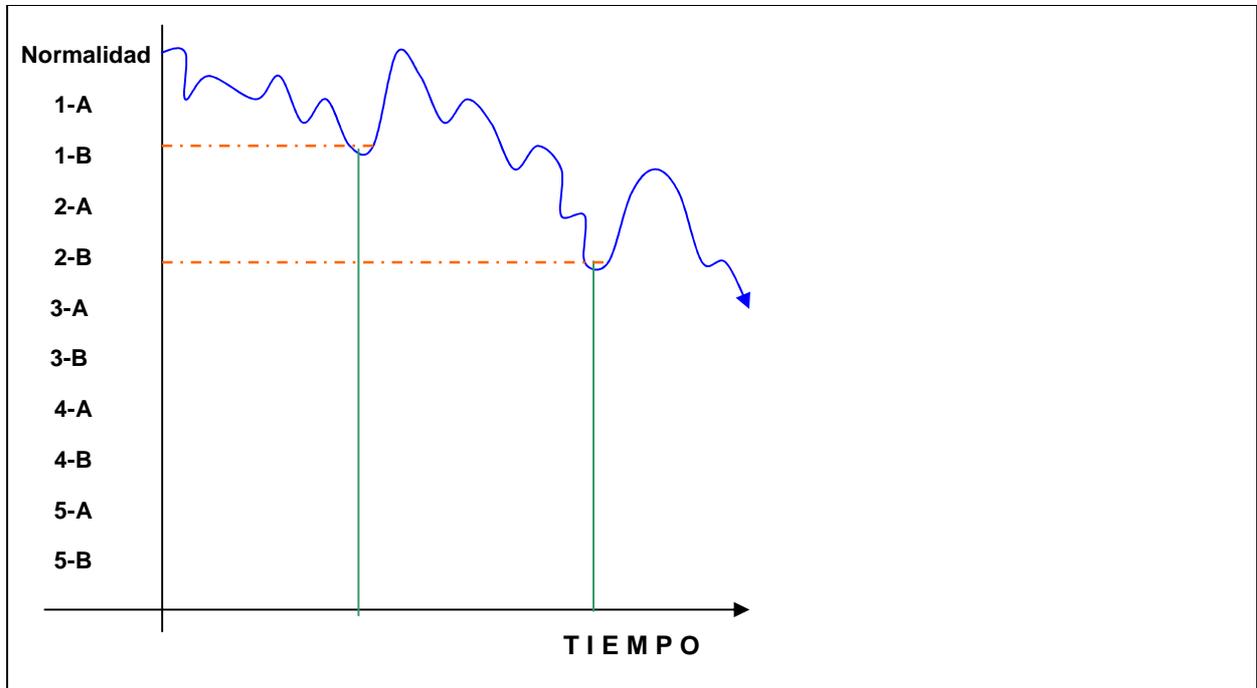
TABLA 1 CAUSALES DE DISMOVILIDAD en el anciano	
AGUDA	LARVADA
Accidente Vascular Encefálico Hospitalización por Infección Fracturas y Traumatismos Infarto Agudo al Miocardio Síndrome del Cuidador Amputación 2aria a Diabetes Trastorno del animo Crisis de fe	Osteoartritis Degenerativas Obesidad Demencias Sedentarismo Enfermedad de Parkinson Trastornos visuales Hidrocefalia Normotensiva EPOC Cáncer Trastorno del animo

GRÁFICO 2
Evolución Natural de la Dismovilidad Aguda
y respuesta tras iniciar Rehabilitación Intrahospitalaria



Tras la instalación de una Dismovilidad Aguda, suele ocurrir una rápida reacción del paciente y/o de la Red Social de Apoyo en busca de ayuda. Cuando esa reacción se concreta en el inicio de un proceso de Rehabilitación Intrahospitalario, representado por la línea verde, generalmente los primeros 5 a 7 días ocurre un deterioro, explicable por el cambio de ambiente al cual el paciente es sometido, luego de lo cual ocurre una marcada regresión en poco tiempo, graficada en la parte ascendente de la curva. A este tiempo sucede un período de inflexión de la curva, señalado por la flecha naranja, tras lo cual la curva de regresión tiende a aplanarse, hasta hacerse necesario prolongar mucho el eje del tiempo para apreciar que efectivamente continúa un ascenso en regresión. El lograr delimitar bien ese momento, en el caso de los pacientes hospitalizados, es fundamental para determinar la programación del alta.

GRÁFICO 3
Evolución Natural de la Dismovilidad Larvada
y respuesta tras iniciar Rehabilitación Motora



El curso de la Dismovilidad Larvada está marcado por sucesivos momentos en los que se hace necesaria una intervención de rehabilitación, que en el Gráfico se señalan con líneas verdes.

Estos momentos coinciden generalmente con una inflexión descendente de la curva y con el paso de una a otra subetapa, como señalan las líneas naranjas discontinuas del gráfico. Como efecto del proceso de rehabilitación, se produce una regresión de la Dismovilidad. No obstante, en general se puede apreciar que la curva de regresión cambia al poco tiempo, progresando con velocidad variable hacia fases más profundas, y generando cierto tipo de "tolerancia" en el paciente y en su familia, lo que permite que al momento de realizar una nueva intervención de rehabilitación la Dismovilidad sea mayor.

Debe destacarse que estos Gráficos se construyeron tomando en cuenta pacientes que tenían como únicas alternativas de rehabilitación la Intrahospitalaria o la Ambulatoria.

Con posibilidades de realizar Rehabilitación Domiciliaria y/o Comunitaria (cuya existencia en nuestro país no es significativa aún), se mantendrían los efectos de los procesos de rehabilitación, logrando en realidad un impacto, no sólo un efecto, y haciendo incluso innecesaria la hospitalización.

H. CONCLUSIONES.

Según la etiología de la Dismovilidad, su evolución, sus pronósticos y sus requerimientos terapéuticos, **estamos frente a dos entidades nosológicas distintas: Dismovilidad Aguda y Dismovilidad Larvada.**

El factor tiempo se integra en el momento diagnóstico, cuando se debe precisar si la Dismovilidad diagnosticada, ya Aguda o Larvada, es de instalación reciente o antigua. Para definir el límite entre reciente o antigua, proponemos un período de 1 año, debido a que transcurrido este tiempo, la rehabilitación comienza a entorpecerse debido al establecimiento de secuelas, trabajándose más en la optimización funcional que en la regresión, aunque nunca debe renunciarse a ella.

Así, es de suma importancia definir al momento del diagnóstico frente a qué Dismovilidad nos encontramos, pues ello permitirá, entre otras cosas:

- a. Establecer un pronóstico mucho más acertado.
- b. Encauzar en forma adecuada las intervenciones, con el fin de lograr no sólo un efecto, sino un impacto en la mejoría de la curva evolutiva, esto es, lograr que ésta mejore en forma sostenida en el tiempo.
- c. Facilitar el seguimiento de la curva evolutiva.

*** Dr. José Luis Dinamarca Montecinos.**

Médico Cirujano, Universidad de Valparaíso

Diplomado en Geriátría y Gerontología Clínica, Universidad de Concepción

Médico Tratante, Hospital Geriátrico de Limache

Docente, Diplomado en Geriátría y Gerontología Clínica, Universidad de Concepción

Gerente, Departamento de Docencia, Capacitación e Investigación, Hospital Geriátrico de Limache.

Encargado, Programa de Asistencia Domiciliaria al Dismovilizado, Hospital Geriátrico – Hospital Santo Tomás de Limache.