DISMOVILIDAD EN GERIATRÍA:
Una década definiendo un concepto clínico

Dinamarca M, José Luis

Geriatra, Programa de Ortogeriatría, Servicio de Ortopedia y Traumatología Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Chile (HGF)

RESUMEN

El síndrome de Inmovilidad es uno de los grandes síndromes geriátricos. Su definición es bastante constante en la bibliografía, resumiéndose como el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Aunque se condice con la realidad clínica, es difícil - desde esta definición - operacionalizar grupos comparables y establecer perfiles epidemiológicos de los pacientes portadores. Así, habría entre 5 y 33% de prevalencia en la población mayor, dependiendo de variables como edad, sexo y otras.

Se realiza una revisión de los principales tópicos relacionados con una redefinición clínica del Síndrome de Dismovilidad, incluidos en distintos trabajos del autor, con el objeto de mejorar su comprensión clínica y académica. Éstos atañen a tres ámbitos de la definición (forma, continente y contenido):

Con respecto a la forma, el Síndrome muestra dos causas diferentes (agudas y larvadas), con consecuencias motoras en común. Siendo diferentes las causas, varían las formas de presentación, historia natural y por tanto pronóstico y manejo. Con respecto al continente, se sugiere denominar esta patología "Dismovilidad", definiéndola (Contenido) como "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".

Palabras Clave: Dismovilidad, síndromes geriátricos.

ABSTRACT

Dysmobility in geriatrics: A decade defining a clinical concept

Immobility syndrome is one of the major geriatric syndromes. Its definition is fairly constant in the literature and summarized as the decline in ability to perform activities of daily living because of impairment of motor functions.

Although it is consistent with clinical reality, it is difficult – from this definition – operationalize comparable groups and establish epidemiological profiles of patients. Thus, there would be between 5 and 33% prevalence in the population, depending on variables such as age, sex and other.

This reviews contains main topics related to a clinical redefinition of Dysmobility syndrome included in other works of the author, in order to improve it clinical and academic understanding. These include three areas of definition: Clinical, form and content.

With respect to clinical, the syndrome shows two different causes (acute and larval), with locomotive consequences in common. With different etiology, we have different clinical debut, evolution, prognosis and management. With regard to the continent, this pathology is suggested called "Dysmobility", defining it (Content) as "The discomfort, difficulty and/or inability to mobilize parts of the body and/or move, secondary to any condition or disease, which affects the quality of life and/or have risk of progression."

Key words: Immobility, Dysmobility, Geriatric Syndromes.

GENERALIDADES

A mediados de los años ´60 Bernard Isaacs describió un conjunto de síndromes de elevada prevalencia en pacientes mayores, a los que llamó "Gigantes de la Geriatría": Ictus (Accidentes cerebrovasculares), Inmovilidad, Incontinencia, Inestabilidad de la marcha y Demencia (Impaired Intelect). En gran medida la patología del sujeto mayor puede asociarse a estos síndromes clásicos, de los que hoy se han definido también varios en las dimensiones social y funcional. La prevalencia de estas patologías en sujetos menores de 65 años es significativamente menor [1,2].

Estos síndromes tienen además una serie de características propias, entre las que destacan:

Progresión lineal: Evolucionan irremisiblemente hacia la pérdida de funcionalidad, dependencia y muerte si es que no se realizan intervenciones a tiempo.

Autoperpetuación: Generación de círculos viciosos que dificultan la recuperación, facilitando más bien la progresión de la patología.

Contagiosidad: No tanto en el estricto sentido de la palabra como en el figurado, pues la pérdida de autonomía es asumida por terceros que terminan comprometiendo sus propios recursos funcionales.

Expansividad: Estas patologías se asocian entre sí y atacan diversas áreas que aparentemente no tienen que ver unas con otras [3].

Correspondencia: doctordinamarca@yahoo.es

INMOVILIDAD, POSTRACIÓN Y CONCEPTOS RELACIONADOS

La inmovilidad o "inmovilismo" es por tanto un síndrome geriátrico, y su definición teórica varía poco entre las diferentes fuentes: "restricción, generalmente involuntaria, en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales"[4].

En términos clínicos esta definición permite la identificación de los pacientes afectados, pero sin establecer diferencias entre ellos en cuanto etiología, historia natural, pronóstico ni manejo. En cuanto a la investigación, permite la descripción de grandes grupos de sujetos portadores, pero no la comparación estadística fina entre distintos centros ni con relación a la evolución de series de pacientes. Para suplir estas deficiencias se ha utilizado escalas de funcionalidad, siendo las más conocidas las que miden independencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria tales como el índice de Katz, de Pfeiffer, de Pfeffer, de Barthel y de Lawton-Brody. Sin embargo, en estricto rigor lo que estas escalas miden es funcionalidad y no necesariamente movilidad. Finalmente, es destacable comentar que la ausencia de movimiento, la verdadera "inmovilidad", no existe en el universo físico.

El concepto de "Dismovilidad" en Geriatría comenzó a gestarse en enero de 2002, de la mano de la necesidad de este autor y su grupo de definir la normativa de ingreso de pacientes a un programa domiciliario de Postrados [5]. La definición de postración es extremadamente variable y las fuentes que la citan no son necesariamente clínicas ni médicas sino más bien académicas y ligadas a la Historia, al estudio de las lenguas e incluso de las religiones. ¿A partir de cuándo un individuo debe considerarse "postrado"? ¿Existen diferencias entre distintos "niveles" de postración? ¿Qué siente un familiar cuando se le informa que su madre quedará "postrada"?

El término "postración" se origina en la sustantivación del verbo "postrarse", o "prosternarse", que significa literalmente "arrodillarse", "encuclillarse", "hincarse". Es un arcaísmo de origen latino, utilizado con diversos fines (Se "postró" en adoración a su Dios; solicitó clemencia postrándose ante su Majestad, etc), que por lo general tienen en común la humillación voluntaria (y ganancial) de quien lo utiliza [3].

Actualmente también se acepta la acepción "enflaquecer, debilitar, quitar el vigor y fuerzas a alguien" [6]. Su uso en salud surge en la noche de los tiempos, asociado a patologías agudas cuyas complicaciones llevaban a los pacientes a gran debilidad y a la flexión involuntaria del miembro inferior. Lo que es equívoco e inexacto, puesto que la flexión de rodillas se encuentra ausente en una gran cantidad de pacientes considerados "postrados". Por otra parte, debido quizá al origen y a la terminalidad de la mayoría de los casos, la condición de postrado adquirió también una connotación peyorativa.

DEFINIENDO DISMOVILIDAD

Las definiciones de "inmovilidad", "inmovilismo" o "postración", de este modo, no fueron de utilidad para resolver problemas clínicos. Hacía falta complementar la definición con elementos etiológicos, diagnósticos, evolutivos, terapéuticos y pronósticos:

a. **Etiología:** Tomar en cuenta todos los posibles orígenes. No sólo las alteraciones biológicas, sino también las mentales, sociales y espirituales, esta última un área sub-explorada por la Medicina, y que en las personas mayores adquiere una especial relevancia.
b. **Diagnóstico:** Medir capacidad motora y no solo independencia. La movilidad no se limita al ámbito exclusivo de las actividades de la vida diaria. Éstas son un importante patrón para medir calidad de vida, pero la vida diaria es más que sus actividades, sean éstas básicas, instrumentales, avanzadas, recreativas, productivas o cualquiera que sea la clasificación utilizada.
c. **Evolutivos:** Rangos y etapas. Esto permitiría la intervención para evitar la progresión a etapas más profundas, estudiar el pronóstico y definir el mejor manejo según cada etapa. incluir sujetos con etiología transitoria (aparentemente intrascendente) y aquellos que, sin tener definitivamente un descenso de sus capacidades, pueden cumplirlas pero con molestia.
d. **Terapéuticos:** Concepto de traslado. El mero desplazamiento no implica el sentido, el "para qué". Esto ampliaría 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?
e. **Pronósticos:** Concepto de progresión. Característica de los síndromes geriátricos, fundamentada en la historia natural de la patología. Esto permitiría transformar un resultado final en un proceso, que puede ser pesquisado en etapas iniciales, e intervenido a tiempo para evitar que progrese.

La Dismovilidad, entonces, fue definida como "la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, secundaria a situaciones de origen biológico, mental, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión". A su vez, "molesta" es 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 [7].

Esta definición se complementa a su vez con un método diagnóstico triaxial. El primer eje corresponde a la forma de instalación, según la cual la Dismovilidad puede ser aguda o larvada. Esto permitió diferenciar etiologías, evolución, pronóstico y tratamientos diferentes en uno y otro caso, lo

que significa que nos encontramos frente a dos síndromes distintos: Dismovilidad Aguda y Dismovilidad Larvada [7]. Las diferencias entre ambos se establecen en la Tabla 1 y Gráficos 1 y 2.

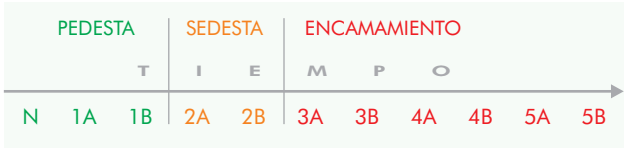
El segundo eje corresponde al tiempo de evolución, según lo cual la Dismovilidad puede ser reciente o antigua. Se define como reciente aquella Dismovilidad con evolución de hasta un año; y antigua aquella con más de un año de evolución [7].

El tercer eje es la Etapificación de la Dismovilidad (ETADI), un sistema dinámico (continuum) que caracteriza 3 tipos básicos de movilidad (pedestación, sedestación y encamamamiento), que consta de 5 etapas con 2 subetapas cada una. De este modo, se tiene: ETAPA 1: Paciente con vida de pedestación. ETAPA 2: Paciente con vida sedente. ETAPAS 3, 4 y 5: Etapas de Encamamiento [8]. ETADI puede apreciarse en la Tabla 2 y Figura 1.

Combinando la forma de instalación y el tiempo de evolución, existen 3 tipos de Dismovilidad: DAR (Dismovilidad Aguda Reciente), DAA (Dismovilidad Aguda Antigua) y DLA (Dismovilidad Larvada Antigua). (La Dismovilidad Larvada Reciente debe considerarse como DAR).

A guisa de ejemplo, un sujeto que ha sufrido una fractura de cadera hace 2 días se encuentra con una DAR secundaria a fractura de cadera. Si está fuera de alcance quirúrgico, tras 1 año el diagnóstico habrá evolucionado a una DAA, secundaria a fractura de cadera.

FIGURA 1
Continuum de la Dismovilidad en sujetos mayores (Dinamarca 2012).

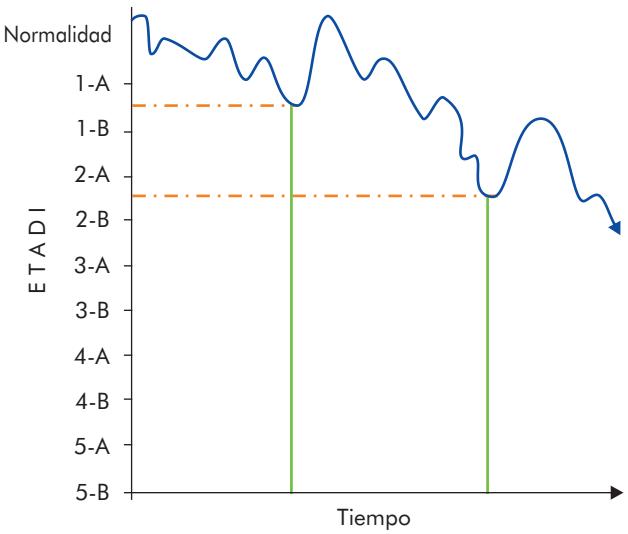


La flecha representa el eje del tiempo, donde N = Normalidad y las distintas etapas de la Dismovilidad se van engarzando unas con otras, conformando un ***proceso*** dismovilizante. Nótese que las etapas 2A y 2B (etapas de sedestación) forman una etapa intermedia entre la vida de pedestación y el encamamiento.

TABLA 1
Diferencias entre Dismovilidad Larvada y Aguda (Dinamarca, J.L. 2012)

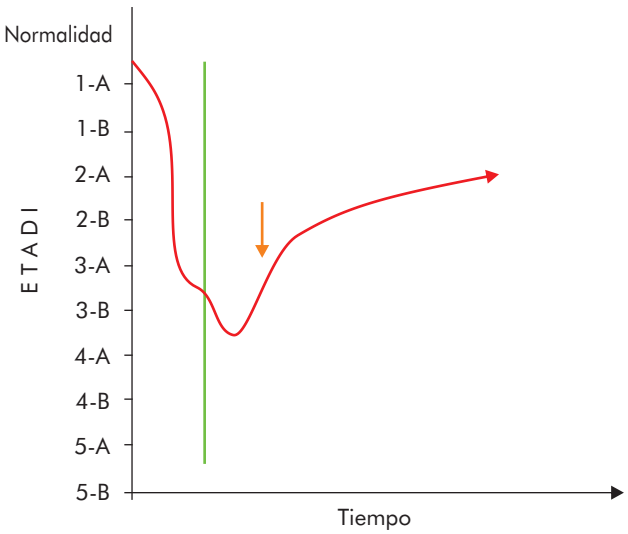
	Dismovilidad Larvada	Dismovilidad Aguda
Forma de instalación	• Lenta y solapada	• Abrupta, generalmente espectacular
Etiología (ejemplos)	• Osteoporosis • Síndrome Metabólico • Déficit vitamínicos • Trastornos esfinterianos • Tabaquismo - EPOC • Hipercortisolismo • Osteoartrosis • Demencias • Déficit sensoriales • Estitiquez • Alcoholismo • Hipotiroidismo	• Caídas • Infarto al miocardio • Fecaloma • Delirium • Enfermedad tromboembólica • Infecciones (Urinaria, respiratoria) • Fractura de cadera • Infarto cerebral • Retención urinaria • Depresión
Evolución	• Múltiples patologías crónicas que producen el síndrome. • Signosintomatología: Alta variabilidad en el tiempo. Evolución inespecífica en el largo plazo. • Buena respuesta al manejo médico-farmacológico y estilos de vida saludable. • Escasa morbimortalidad secundaria.	• Fallo homeostático agudo por patología crónicamente descompensada. • Bastante específica y evidente. Evolución típica en corto tiempo. • Respuesta variable ante el tratamiento agudo. Alta probabilidad de secuelas, complicaciones y recaídas. • Alta morbimortalidad secundaria.
Diagnóstico	• Paciente y familiares tienen diversas opiniones acerca del diagnóstico. • El paciente "convive" con la patología durante mucho tiempo, antes de realizarse una hipótesis diagnóstica. • Lugar: Generalmente en atención ambulatoria (consultorios, consultas privadas) o domiciliaria.	• Paciente y familiares sospechan con alto nivel de certeza un mismo diagnóstico. • En un tiempo muy corto se establece al menos un diagnóstico sindromático. • Generalmente en el primer centro asistencial donde acuda el paciente. Alto porcentaje en unidades de emergencia.

GRÁFICO 1
Evolución natural de la Dismovilidad Larvada y respuesta tras iniciar Rehabilitación Motora (Dinamarca 2004).



La línea azul muestra una pérdida lenta de la capacidad locomotora, con remisiones y agudizaciones difíciles de percibir pero que progresan constantemente hacia etapas cada vez más profundas de Dismovilidad. Suelen implementarse sucesivas medidas sintomáticas sobre diagnósticos inespecíficos en momentos de pérdida motora mayor (líneas anaranjadas), como el paso de etapa 1-A a 1-B (uso de bastones, ocurrencia de caídas) o de 2-A a 2-B (dificultad para levantarse de la silla). En el corto plazo tienen efectos beneficiosos, pero por lo general son abandonados y entre la implementación de uno y otro es notoria la consolidación del deterioro locomotor (líneas verdes).

GRÁFICO 2
Evolución natural de la Dismovilidad Aguda y respuesta tras iniciar Rehabilitación Intrahospitalaria (Dinamarca 2004).



La línea roja muestra una rápida pérdida de capacidad motora. Entre el evento agudo y el momento diagnóstico (línea verde) transcurre poco tiempo. Puede existir recuperación funcional si en poco tiempo se instaura un tratamiento de rehabilitación interdisciplinario.

TABLA 2
ETADI (Etapas de la Dismovilidad) (Dinamarca 2004)

			ETAPAS				
			1	2	3	4	5
			Permanece la mayor parte del día de pie. (Pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado)	Permanece la mayor parte del día sentado.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de movilizarse en la cama	Permanece la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en la cama.
SUBETAPAS	A	Camina sin ayuda	Se sienta y se incorpora solo	Puede salir de la cama solo o con ayuda	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda	Puede expresarse y darse a entender	
	B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros) (Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes)	Deben sentarlo y/o incorporarlo.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giros	No puede expresarse, no puede darse a entender	

Según esto, existen 3 tipos de Dismovilidad: DAR (Dismovilidad Aguda Reciente), DAA (Dismovilidad Aguda Antigua) y DLA (Dismovilidad Larvada Antigua). La Dismovilidad Larvada Reciente debe considerarse como DAR.

COMENTARIOS

Desde un punto de vista clínico, la introducción de este grupo de conceptos ha permitido una caracterización cada vez más completa de los sujetos dismovilizados, de las patologías que originan los distintos tipos de Dismovilidad, sus historias naturales, las complicaciones más frecuentes y los tratamientos más adecuados [9-12]. Desde un punto de vista estadístico y de investigación, estas herramientas hacen posible la definición de grupos precisos y la comparación entre ellos, tanto dentro de un mismo centro como entre centros diferentes [13]. Desde el punto de vista académico, se facilita el estudio y el proceso de enseñanza y aprendizaje de este síndrome geriátrico [14]. Y desde un punto de vista administrativo, se facilita el establecimiento de normativas para el uso de recursos en salud [15].

Desde su publicación en 2003, tanto el término "Dismovilidad", como su definición y el sistema de diagnóstico propuesto han sido de utilidad en atención primaria, publicaciones científicas, y sistemas administrativos.

Si bien la Dismovilidad es considerada un síndrome geriátrico para efectos de esta publicación, y los gráficos y sistemas de medición propuestos han surgido con base en la observación de población mayor, el concepto de Dismovilidad podría aplicarse, con independencia de la edad, a cualquier grupo poblacional, variando los sistemas de medición que pudiesen utilizarse.

REFERENCIAS

1. **Kaplan**, R; Jáuregui, JR; Shapira, CM. El anciano enfermo: Metodología del estudio y correlaciones clínico-semiológicas. Instrumentos de valoración gerátrica. En "Geriatría desde el principio", tema 7, 117-164. 2ª edición, Ed Glosa, Barcelona, España 2005.
2. **Guillén** Llera, F; Ruipérez Cantera, I. Manual de Geriatría. 3ª edición, Masson, Barcelona, España 2002.
3. **Dinamarca** M, JL. De la inmovilidad a la Dismovilidad en Geriatría. Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría. Santiago, Chile 2005.
4. **González** Montalvo, JI; Alarcón Alarcón, T. Grandes Síndromes Geriátricos, concepto y prevención de los más importantes, Medicine 2003, 8 (108):5778-5785).
5. **Dinamarca** M, JL; Rojo F, E; Brito D, Claudia. Síndrome de Inmovilidad: Diagnóstico situacional y proyecto de atención domiciliaria". Libro de resúmenes, IV Congreso Latinoameriano de Geriatría y Gerontología COMLAT-IAG, Santiago de Chile, 3-6 de septiembre 2003.
6. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, XXII edición. Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=postrarse
7. **Dinamarca** M, JL. Reconceptualización del Síndrome de Inmovilidad. Boletín Mensual Red Latinoamericana de Gerontología 2005; (7) 69. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Reconceptualizacion_Sindrome_Inmovilidad.pdf
8. **Dinamarca** M, JL. Etapificación de la Dismovilidad. Boletín Mensual, Red Latinoamericana de Gerontología 2005; (7) 69. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Etapificacion_de_la_Dismovilidad.pdf
9. Varios Autores. Guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria. Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador. Disponible en http://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf
10. **Von Mühlenbrock** S, F; Gómez D; R; González V, M; Rojas A, A; Vargas G, L; von Mühlenbrock P, C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2011; 49 (4): 331-337. Disponible en http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf
11. **Soto** Rodríguez, Alejandro Jorge, Garcés Carracedo, José Ezequiel. Particularidades de la funcionabilidad motriz en el anciano con dismovilidad. Multimed 2010; 14(3). Disponible en: http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2010/v14-3/10.html
12. **Becerra** Hoebel, Valentina; Becerra Hoebel, Eduardo; Tiznado Retamal, Jimena. Perfil de la patología crónica de los adultos mayores dismóviles del Consultorio de Nueva Aurora. Bol. Hosp. Viña del Mar; 65(3/4):110-117, dic. 2009.
13. **Dinamarca** M, JL. Estadísitcas en Dismovilidad. Boletín Mensual, Red Latinoamericana de Gerontología 2005; (7) 69. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Estadisticas_en_Dismovilidad.pdf
14. **Luna**, Leonor. Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores. En "La salud de los adultos mayores, una visión compartida", páginas 191 - 214. Ediciones de la Universidad del Zulia, colección Textos Universitarios. 1ª edición, Zulia, Venezuela 2008.
15. Visitas Domiciliarias. Guía del Usuario, Sistema de atención integral en salud de la Universidad Veracruzana. México, 2012. Disponible en: https://dsia.uv.mx/saisuv/Publico/PXCGUIUSU.aspx

copyright © 2012 Fundación Lucas Sierra