

## **PARTE II:**

# **Alteraciones de la Movilidad (Inmovilidad)**

**GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO**

**2**



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Regional de la  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

## OBJETIVOS

1. Reconocer las causas e iniciar el diagnostico diferencial.
2. Identificar las indicaciones para referencia a un segundo nivel de atención.
3. Conocer las complicaciones del reposo prolongado.
4. Reconocer la necesidad de un abordaje interdisciplinario para corregir el problema.
5. Elaborar y ejecutar un plan para la prevención de complicaciones.

## **1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

### **¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LAS ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD PARA EL ADULTO MAYOR?**

El 15% del total de la población mayor de 65 años y dos terceras partes de los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados tienen en algún grado trastornos de la movilidad. Esta situación puede llevar a un estado de dependencia progresiva hacia terceras personas, y en grados avanzados de inmovilidad, a la presentación de complicaciones que pueden conducir al paciente a la muerte.

### **¿CÓMO SE DEFINEN LAS ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR?**

Se definen como cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, y que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad.

### **¿CÓMO PODRÍAMOS CLASIFICAR LAS ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR?**

En cuanto a su forma de presentación pueden presentarse en forma SÚBITA o GRADUAL.

En cuanto a su intensidad, pueden clasificarse en:

**ALTERACIÓN LEVE:** dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras.

**ALTERACIÓN MODERADA:** dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar.

**ALTERACIÓN SEVERA:** va desde la dificultad para la movilización independiente de su cama o sillón para realizar las actividades básicas de la vida diaria, hasta la inmovilidad total.

El grado de alteración de la movilidad depende del tipo de población, es decir, que los niveles mencionados anteriormente, dependerán de la situación en particular y de las necesidades del adulto mayor. Por ejemplo: para un adulto mayor de la comunidad, una alteración severa puede ser el no poder hacer sus actividades del hogar por sí solo y por ende requerir de ayuda externa; sin embargo, esta misma alteración en un adulto mayor en residencia de cuidados prolongados, podría considerarse de leve a moderada, ya que para la mayoría de los habitantes de estos sistemas de atención, esta problemática es constante.

## **1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN**

Usualmente la inmovilidad es ignorada como un problema en sí mismo. Lo habitual es reconocerla cuando la persona solicita una visita domiciliaria por otras causas, generalmente, complicaciones de la propia inmovilidad.

## **2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO**

### **2.1.- PRINCIPALES CAUSAS <sup>1</sup>**

- Enfermedad articular degenerativa.
- Estados post-fractura de cadera.
- Enfermedad vascular cerebral (EVC).
- Falta de acondicionamiento físico, asociado a enfermedad aguda o dolor.
- Estados depresivos.
- Dolor.
- Medicamentos (ej: benzodiazepinas, metoclopramida, cinarizina, haloperidol, etc.).

### **OTRAS CAUSAS**

#### **MÚSCULO – ESQUELÉTICAS:**

- Osteoporosis.
- Fracturas (cadera o fémur).
- Trastornos de los pies, etc.

#### **NEUROLÓGICAS:**

- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso.
- Neuropatías.

#### **CARDIOVASCULARES:**

- Insuficiencia cardíaca crónica severa.
- Enfermedad coronaria (angina frecuente).
- Enfermedad vascular periférica (claudicación frecuente).

#### **PULMONARES:**

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa.

#### **OTRAS:**

- Trastornos de la visión.
- Miedo (inestabilidad y miedo a caer).
- Inmovilidad forzada (asilos u hospitales).

---

<sup>1</sup> Adaptado de: Kane, Robert L., J. Ouslander, I. Abrass (1994) Geriátría Clínica. 3a. Edición. México: McGraw Hill Interamericana Editores. Edición PALTEX de la Organización Panamericana de la Salud.

- Ayuda inadecuada para la movilización.
- Desnutrición o malnutrición.
- Enfermedad sistémica grave o severa (p. ej. neoplasia maligna diseminada).

## **2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA**

### **¿CÓMO SE ABORDAN LOS TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD?**

Descarte en primer lugar las causas de inmovilidad aguda:

- Medicamentos.
- Enfermedad aguda.
- Restricción o sujeciones.
- Enfermedad de los órganos sensoriales.

A continuación, considere los distintos factores de riesgo y patologías que afectan la movilidad con una nemotecnia.

#### **MOVILIDAD TOTAL:**

- **M**edicamentos.
- **M**edio donde vive el adulto mayor (escaleras, obstáculos en la vivienda, etc.).
- **O**besidad.
- **V**asculopatía Periférica.
- **I**nsuficiencia Cardíaca.
- **L**ocomotor, enfermedad del aparato (dolor, etc.).
- **I**nsuficiencia Respiratoria.
- **D**esnutrición.
- **A**fecto.
- **D**esacondicionamiento físico.
- **T**rastornos de la vista y la audición.
- **O**ncológica, enfermedad.
- **T**erminal, enfermedad.
- **A**ccidente vascular cerebral.
- **L**as fracturas de cadera.

## **GRADUACIÓN DE LA ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD A TRAVÉS DE:**

- Tolerancia al esfuerzo.
- Valoración de la marcha y el balance con el Test de Levántate y Anda (ver Guía 5: Caídas).
- Evaluación mental y del estado de ánimo (ver módulo 4).
- Evaluación funcional (ver módulo 3).
- Evaluación social (ver módulo 7).

## **COMPLICACIONES DE LA INMOVILIDAD:**

---

- Úlceras por decúbito (por presión).
  - Balance negativo del sodio-potasio.
  - Contracturas.
  - Disminución del calcio y fósforo.
  - Estreñimiento.
  - Trombosis y embolia.
  - Incontinencia urinaria.
  - Reducción de los volúmenes Sanguíneos.
  - Atrofia muscular.
  - Insuficiencia respiratoria (neumonía).
  - Hipotensión ortostática.
  - Depresión.
  - Cambios físicos asociados a privación sensorial.
  - Deprivación social.
- 

## **3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA**

### **3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS**

#### **PRINCIPIOS BÁSICOS:**

- Tratar las enfermedades concomitantes.
- Prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad.
- Ser realista e individualizar las metas.
- Enfatizar el logro de la independencia funcional.
- Motivar y apoyar psicológicamente al paciente, familia y cuidadores.

## ¿QUÉ MEDIDAS DEBEMOS TOMAR PARA EVITAR COMPLICACIONES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON INMOVILIDAD?

Aparatos y sistemas	Acciones
Generales	Movilización (activa y pasiva). Evitar posiciones viciosas, hidratación.
Cardiovasculares	Heparina profiláctica. Inclinación a 45 grados.
Respiratorias	Evitar anticolinérgicos y antitusivos. Drenaje postural, ejercicios respiratorios.
Digestivas	Nutrición, hidratación. Estimular reflejo gastrocólico, emolientes fecales. Estímulo rectal digital, supositorios y lavado intestinal periódico.
Urinarias	Vigilar retención urinaria. Hidratación.
Locomotorias	Posicionamiento. Ejercicios pasivos (arcos de movimiento). Ejercicios isométricos e isotónicos. Reeducación de las transferencias y la marcha.
Cutáneas	Vigilar presencia de úlceras por presión. Cambios frecuentes de posición. Evitar la maceración.
Metabólicas	Evitar sedantes hipnóticos. Vigilar electrolitos, glucemia y función renal. Hidratación.
Psíquicas	Estimulación sensorial. Apoyo emocional.

## ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN PARA LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD?

Objetivos de la terapia física	Objetivos de la terapia ocupacional
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aliviar el dolor.</li><li>• Mantener y mejorar rango de arcos de movimiento.</li><li>• Mejorar la fuerza.</li><li>• Mejorar la realización de actividades motoras.</li><li>• Mejorar la coordinación.</li><li>• Mejorar la marcha y la estabilidad.</li><li>• Valorar la necesidad de medios auxiliares y enseñar su uso (bastón sencillo, de cuatro puntos de apoyo, andador, silla de ruedas, etc.).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Restaurar la independencia.</li><li>• Evaluar y mejorar la función sensorial.</li><li>• Evaluar y mejorar la función perceptual motora.</li><li>• Mejorar la capacidad de resolver problemas.</li></ul>

Para información detallada sobre **rehabilitación** puede ver módulo 8.

### 3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

#### ¿QUÉ OTRAS INTERVENCIONES SON IMPORTANTES EN EL MANEJO DEL ADULTO MAYOR CON ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD?

- Programa de ejercicios prescritos.
- Visita domiciliaria para revisión del ambiente y dar recomendaciones.
- Uso de medios auxiliares (en la cocina, el vestirse, etc.).
- Uso de medios de seguridad (barandales, agarraderas, elevación de los excusados, sillas para bañarse etc.).
- Evaluar el nivel de movilidad (en cama, transferencias cama-silla, en silla de ruedas o andador; balance y marcha).

### 3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

Para realizar el diagnóstico definitivo y definir una conducta específica, puede ser necesaria la consulta con especialistas:

TRASTORNO MOTOR: valorar interconsulta por geriatría, medicina interna o neurología.

TRASTORNO PSICOMOTOR: valorar interconsulta por geriatría, neurología o neuropsicología.



INTOLERANCIA AL ESFUERZO: efectuar evaluación cardiopulmonar por medicina interna ó cardiología.

INCOMPETENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: referir a geriatría y evaluar los órganos de los sentidos (oftalmología y otorrinolaringología).

TRASTORNO DEL ENTORNO SOCIAL: se requerirá de trabajo social y/o de enfermera como primer contacto con la familia.

#### **4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR**

Las alteraciones de la movilidad son determinantes en:

- La autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.
- En el mantenimiento de la competencia funcional, para continuar con la actividad laboral.
- En el desarrollo de la vida social y en el mantenimiento de un equilibrio psicológico.

#### **5.- LECTURAS SUGERIDAS**

Kane Robert L., J. Ouslander, I. Abrass. Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: McGraw-Hill Interamericana, edición PALTEX de la Organización Panamericana de la Salud. 1997.

Reuben DB, Yoshikawa TT; Bedsdine RW, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine, 3<sup>rd</sup> ed. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company for the American Geriatrics Society: 1996.

Studenski S. Gait and balance disorders. Clin Geriatr Med 1996 (Nov.) 12 (4): 635-922.

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients: standard neuromuscular examination or direct assessment. JAMA 1988; 259: 1190-93.