

ARTÍCULOS ORIGINALES

Riesgos biológicos y psicológicos de inmovilización en pacientes geriátricos

Biologic and psychological risk factors of immobilization in geriatric patients

Dra. Lesvia Morales Obregón; Dra. Lisbet Núñez Rodríguez; Dra. Lorena Torregrosa Cortiñas

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para identificar algunos factores de riesgo, biológicos y psicológicos, de inmovilización en los pacientes ingresados en el servicio de geriatría del Hospital Amalia Simoni de Camagüey, de enero de 2002 a enero de 2003. La muestra estuvo constituida por los 150 pacientes que presentaron riesgo de inmovilización a los cuales se les aplicó una encuesta. El grupo de edades que predominó fue de 70-79 años y el sexo femenino; como riesgos de inmovilización predominaron los biológicos y dentro de ellos las enfermedades músculo-esqueléticas. En la evaluación de las capacidades se afectaron en mayor número las físicas, dentro de ellas las actividades instrumentadas de la vida diaria y entre los pacientes inmovilizados fueron más frecuentes las complicaciones sistémicas.

DeCS: ANCIANO; SALUD DEL ANCIANO; INMOVILIZACIÓN; FACTORES DE RIESGO

ABSTRACT

A descriptive study was conducted to identify some biological and psychological risk factors of immobilization in patients admitted in the geriatrics department of the Amalia Simoni Hospital of Camaguey, from January 2002 to January 2003. The sample was composed by 150 patients who presented immobilization risks; a survey was made to these patients. The age group 70-79 years old and the female sex predominated; biological risks predominated as immobilization risks and among them the muscular-skeletal diseases. In the evaluation of the abilities, physical abilities were more affected, among them the activities of daily life. Among immobilized patients, the most frequent complications were the systemic complications.

DeCS: ELDERLY; HEALTH OF THE ELDERLY; IMMOBILIZATION; RISK FACTORS

INTRODUCCIÓN

La vejez se interpreta como el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se acentúa cada vez más en comparación con anteriores épocas de la existencia. En este período hay una pérdida de la vitalidad que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés que conduce en último término a la muerte. A medida que el hombre envejece ocurre un deterioro progresivo de casi todas sus funciones biológicas, incluso en ausencia de enfermedad. ¹

Dentro de los grandes síndromes geriátricos, la inmovilidad es una de las más graves consecuencias de las enfermedades que puede sufrir un anciano, constituye el conjunto de síntomas y signos que resultan de la descompensación o deterioro del equilibrio por desconexión de las funciones de relación del sistema neuromúsculoesquelético que condicionan la limitación funcional de postración y dependencia progresiva. ²

La prevalencia e incidencia de los problemas de movilidad en los ancianos aumentan con la edad. Por otro lado, la primera varía en dependencia de las circunstancias. Se estima que entre el 15 y 18 % de los mayores de 65 años tienen problemas para movilizarse por sí mismos; el 53 % de los ancianos de más de 75 años presenta

dificultades para salir de casa, y el 20 % está prácticamente confinado en su domicilio.³

Las consecuencias de la inmovilidad son graves y numerosas. El reposo en cama debe reservarse para aquellas situaciones críticas en las que el riesgo inherente a mantener una actividad física sobrepasa riesgos muy significativos de inmovilidad. La falta de omisión inherente a no reconocer los problemas de inmovilidad como situaciones patológicas y por lo tanto, potencialmente tratables, sólo es sobrepasada en frecuencia y severidad por el pecado de consejo que ocurre cuando familiares, amigos o profesionales de la salud recomiendan el reposo en cama como plan terapéutico para los ancianos. La inactividad prolongada o la permanencia en cama entrañan graves complicaciones locales y sistémicas que pueden ser evitadas desde la atención primaria.⁴

La inmovilización aparece con mayor frecuencia en la etapa geriátrica y es necesario identificar factores de riesgos biológicos y psicológicos a través del binomio del médico, la enfermera de la familia y el equipo multidisciplinario de atención gerontológico (EMAG) en la comunidad, para prevenir que estos pacientes lleguen a la discapacidad o inmovilización total y lograr un nivel de vida más sano; es por ello que se realiza esta investigación.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de identificar algunos factores de riesgos biológicos y psicológicos de inmovilización en pacientes ingresados en el servicio de geriatría del Hospital Provincial Amalia Simoni de Camagüey, desde enero de 2002 hasta enero de 2003. El universo estuvo constituido por los pacientes de 60 años o más ingresados en el servicio de geriatría durante el período analizado de los cuales se escogieron aquellos que presentaron riesgo de inmovilidad o algún grado de la misma (150), que constituyó la muestra de la investigación. Se les aplicó una encuesta la cual se convirtió en el registro primario de la investigación, cuyas variables fueron:

- Grupos de edades
- Sexo
- Riesgos biológicos y psicológicos
- Capacidad física:

Índice de Katz (para medir actividad de la vida diaria no instrumentada)

Índice de Lawton (para medir la actividad de vida diaria instrumentada)

• Capacidad psíquica:

Test minimal Examinations (MNT)

Escala de depresión geriátrica (Yessavage y Brinks)

Complicaciones locales y sistémicas

Los datos obtenidos se procesaron mediante el Programa Microstat, y se realizaron estadísticas de distribución de frecuencia.

RESULTADOS

En la muestra predominó el sexo femenino para un 63,33 % con respecto al masculino, y al relacionarlo con el grupo etáreo se encontró que el mayor número de pacientes afectados estaba entre 70-79 años para un 38,66 %; el 24 % correspondió el sexo femenino (Tabla 1).

Tabla 1. Relación edad-sexo

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	F	%	M	%	No	%
60-69	23	15,33	11	7,33	34	22,66
70-79	36	24	22	14,66	58	38,66
80-89	27	18	17	11,33	44	29,33
+ 90	9	6	5	3,33	14	9,33
TOTAL	95	63,33	55	36,65	150	100

Fuente: Registro primario

Sobre los factores de riesgo biológico ocuparon un primer lugar las enfermedades músculoesqueléticas (48 %), seguidas de las afecciones cardiovasculares (38 %), y por último, las debilitantes (32 %) dentro de las cuales se destacaron las enfermedades malignas. En la determinación de los factores de riesgo psicológico ocupó el primer lugar la depresión (28 %) y la demencia el segundo (12 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo

Factores de riesgo biológico	No	%
Enfermedades pulmonares	40	26,66
Enfermedades cerebrovasculares	57	38
Enfermedades neurológicas	35	23,33
Enfermedades músculo-esqueléticas	72	48
Enfermedades	48	32
Enfermedades metabólicas	31	20,66
Uso de medicamentos	29	19,33
FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO	No	%
Depresión	42	28
Demencia	18	12

Fuente: Registro primario

En relación con la capacidad física se encontró una mayor afectación de las actividades instrumentadas para la vida diaria (índice de Lawton), con un 47,9 % en relación con las actividades no instrumentadas (Índice de Katz) con 33,9 % (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de la capacidad física

Índice	Grado de capacidad funcional	Nº	%
Katz (AVD)	Dependencia total	25	16,6
	Dependencia parcial	26	17,3
	Independiente	99	66,0
	Total	150	100
Lawton (AIVD)	Dependencia total	25	16,6
	Dependencia parcial	47	31,3
	Independiente	78	52,0
	Total	150	100

Fuente: Registro primario

En cuanto a la evaluación de la capacidad psíquica se observó un predominio de los pacientes no deprimidos (72 %), seguidos por los afectados por depresión mayor (20, 66 %), y por último, por depresión menor (7, 33 %). Al evaluar la esfera cognitiva predominaron los pacientes sin deterioro cognitivo (88 %) y en el 6, 66 % de ellos fue ligero (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de la capacidad psíquica

Esferas psíquicas	Grado de capacidad psíquica	Nº	%
Afectiva	Depresión menor	11	7,33
	Depresión mayor	31	20,66
	No deprimidos	108	72
Cognitiva	Deterioro ligero	10	6,66
	Deterioro moderado	5	3,33
	Deterioro severo	3	2
	No deterioro	132	88

Fuente: Registro Primario

Dentro de las complicaciones locales predominaron el mareo y la inestabilidad con un 52 %, seguida la hipotensión ortostática con 36 %, y luego las enfermedades dermatológicas (úlceras por presión) en el 20 % de los pacientes estudiados. Dentro de las complicaciones sistémicas, las infecciones respiratorias estuvieron representadas por un 60 %, y le siguió la constipación en orden de frecuencia con 36 % (Tabla 5).

Tabla 5. Complicaciones locales y sistémicas

Complicaciones locales	No	%
1. Estado general:		
Atrofia de fibras musculares	4	16
Mareo e inestabilidad	13	52
Incoordinación motriz	6	24
Hipotensión ortostática	9	36
2. Dermatológicas:		
Úlceras por presión	4	20
Complicaciones sistémicas	No	%
Respiratorias	15	60
Tromboembolismo pulmonar	4	16
Constipación	9	36
Retención urinaria	3	12
Infección urinaria	5	20
Incontinencia	7	28
Osteoporosis	4	16
Depresión	6	24

Fuente: Registro primario

DISCUSIÓN

Con respecto a la caracterización de la muestra según edad y sexo los resultados coincidieron con la situación demográfica nacional e internacional. En Italia y Grecia más del 22 % de la población tiene 60 años y más, y se prevé que para el 2025 serán Italia y Japón las naciones con mayor proporción de personas mayores de 65 años.⁵ En todos los casos el sexo femenino predomina sobre el masculino. En países como Estados Unidos existe una proporción de 70 varones por cada 100 mujeres, cifra que disminuye a 41 varones por cada 100 mujeres a partir de los 85 años.⁶ Vellas⁷ y Ylisastigui⁸ encuentran que los grupos de edades entre 70-89 años son los que más accidentes sufren con predominio del sexo femenino, lo que coincidió con nuestros resultados. En cuanto a la relación de la edad con la inmovilidad Miller⁹ plantea que ésta aumenta con la edad, lo que reafirma que el 18 % de las personas

mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda y a partir de los 75 años esta situación aumenta en más del 50 %.

La mayoría de los autores destaca que dentro de los factores de riesgo biológico la osteoartritis es la enfermedad articular más habitual y constituye la causa más frecuente de incapacidad entre los mayores de 65 años,¹⁰ lo que se correspondió con nuestra investigación. Las limitaciones por trastorno del sistema osteomioarticular (SOMA) se igualan a las cardiovasculares,⁷ las cuales ocupan un segundo lugar en la muestra estudiada. Los ancianos con antecedentes de cardiopatía isquémica corren un alto riesgo de sufrir episodios discapacitantes. El no utilizar el tratamiento energético y adecuado en la insuficiencia cardíaca aumenta el riesgo de deterioro funcional. En cuanto a las enfermedades debilitantes provocan una pérdida de la reserva fisiológica que hace que el paciente sea más susceptible a la incapacidad, este estado de fragilidad condiciona caídas frecuentes e inmovilidad.¹¹

En relación con los factores de riesgos psicológicos se encontraron resultados similares a la bibliografía revisada. Martínez encuentra que un 15 % de los ancianos que viven en la comunidad presentan síntomas depresivos significativos.¹² Por otra parte Milagros¹³ encuentra un 30 % de deprimidos entre los institucionalizados; para Vellas⁷ la depresión es significativa. Bowlby¹⁴ plantea que el 15 % de las personas mayores de 65 años presentan episodios de depresión en algún momento. En el mismo informe se destaca que al menos 25 % de los participantes refirieron sentimientos de tristeza y melancolía y alrededor del 20 % experimentó ideas persistentes de muerte en el mismo período. Dentro de los síntomas que se describen en la depresión están la falta de interés por el ambiente social, el letargo y retraso psicomotor con tendencia al aislamiento y por consiguiente, a la inmovilización. La demencia también se cuenta como un importante factor de riesgo para otros problemas geriátricos como caídas, incontinencia e inmovilización. También se dice que la incidencia de esta enfermedad se dobla cada cinco años a partir de los 60 años y la presentan entre el 30 y 50 % de los mayores de 85 años en los Estados Unidos.¹⁵

Muchos trabajos hacen referencia acerca de la evaluación de la capacidad física para la realización de las actividades de la vida diaria de los ancianos. Ylisastigui⁸ encuentra que un 58,5 % de los casos presenta discapacidad para la misma después de las caídas. Otros plantean que la velocidad de deambulacion se mantiene estable hasta los 70 años para empezar a caer cerca de un 15 % por cada década para la marcha habitual y de un 20 % por cada década máxima.¹⁶ A esto se le

puede agregar la prevalencia de vértigo crónico entre los ancianos. Ambas situaciones condicionan miedo que puede llevar al paciente a la inmovilización. Por otra parte, la sobreprotección familiar frente a enfermedades crónicas y algún grado de discapacidad ligera es capaz de provocar una discapacidad o agravarla.¹⁷

En relación con la evaluación de la esfera psicológica, Tabares¹⁸ reporta que la depresión mayor es menos frecuente en edades avanzadas que en edades anteriores y afecta el 3 % de los ancianos en la comunidad, al 11 % de los hospitalizados y al 12 % de los ancianos institucionalizados. Miyers et al.¹⁹ muestran síntomas depresivos en el 15 % de los ancianos de su estudio, y Blazer²⁰ refiere que del 1 al 2 % de sus ancianos deprimidos corresponde a la clasificación de mayores. En la esfera cognitiva predominó el deterioro ligero, pero la demencia severa trae aparejado déficit en la realización de las actividades, primeramente las instrumentadas y luego las básicas que lo conllevan a cuadros de deterioro severo por el grado de afectación y deterioro.²¹

Independientemente de la inestabilidad postural y la dificultad para deambular, con la edad aparecen fisiológicamente otras entidades clínicas que son responsables de su inmovilización posterior. Aparece el vértigo el benigno de posición, que es un trastorno vestibular periférico causado por partículas de desecho del oído interno que se exacerba con los cambios de posición. También es frecuente encontrar la insuficiencia vertebrobasilar por la obstrucción de las arterias y por la arteriosclerosis, así como la espondilosis cervical por lesión degenerativa de la columna cervical. Todos se relacionan con el movimiento, provoca gran miedo para la deambulación del anciano y lo lleva al estado de inmovilización.^{22, 23} La hipotensión ortostática también es un síntoma muy frecuente en los ancianos debido a amplias variaciones de la presión arterial, los cambios de postura y se asocia frecuentemente al uso de fármacos. Para algunos estudiosos del tema se observa del 15 al 20 % de los residentes en comunidad y aumenta a un 50 % en pacientes geriátricos ingresados con enfermedad de larga duración.²⁴ En relación con las complicaciones sistémicas encontradas en nuestro estudio, las sepsis respiratorias se relacionan con los cambios de la flora orofaríngeo que presentan los ancianos asociados a la inmovilidad, constituye el mecanismo patogénico para la aparición de éstas. Las infecciones respiratorias bajas representan la cuarta causa de muerte general y la primera de causa infecciosa en este grupo de edades y suele ser el evento terminal de enfermedades graves y prolongadas, se le ha denominado la amiga de los ancianos.²⁵ Algunos autores describen el estreñimiento como la queja

gastrointestinal más habitual entre las personas de edad avanzada. Otros estiman su incidencia entre un 4 y un 25 %, pero todos coinciden en que la inmovilidad absoluta o relativa parece desempeñar un papel fundamental. ²⁶

CONCLUSIONES

Prevalció el grupo de edades de 70-79 años y el sexo femenino. Los riesgos biológicos, dentro de ellos las enfermedades músculoesqueléticas, fueron los de mayor relevancia. La capacidad física se afectó con más frecuencia que la psíquica; las actividades instrumentadas de la vida diaria fueron las más dañadas. La presencia de complicaciones sistémicas fue más frecuente en el adulto mayor inmovilizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaimovveiz F. Health of Brazilian elderly just before of the dist century current problems, forecast and alternatives. Rev Saude Pública 1997;16(4):90-6.
2. Diéguez Dacal R. Síndrome de inmovilidad. En: Rocabruno Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Científico Técnica; 1999. p. 178-83.
3. Cáseres Manso E, Bali BM. Mortalidad por causas externas: caídas. En: Cáseres Manso E, Bali BM. El anciano: indicadores demográficos y de salud: análisis de información. Ciudad de La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 1998. p. 56-8.
4. Gregorio Gil P, Casado Rivera JM. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. En: Farreras R, Rozman C. Medicina Interna. 14 ed. España: Harcourt; 2000. p. 1275-99.
5. Kane Robert LI. Inestabilidad y caídas. En: Kane Robert LI. Geriatria. 3 ed. México: McGraw Hill- Interamericana; 1997. p. 175-96.
6. Coni N, Davison W, Webster S. Caídas e inmovilidad. En: Coni N, Davison W, Webster S. Geriatria. 3 ed. México: El Manual Moderno; 1999. p. 73-7.
7. Vellas B, Faisant C, Lauque S. Estudio ICARE: investigación de la caída accidental: estudio epidemiológico. En: Vellas B, Faisant C, Lauque S. Trastornos de la postura y riesgo de caídas. Toulouse; 1996. p. 15-27.
8. Ylisastigui Romero LE. Análisis evolutivos en pacientes con fracturas de caderas

operados: su relación con el tiempo preoperatorio. Rev Cubana de Ortop Traumatol 1994;4(2):97-102.

9. Miller RA. The biology of aging and longevity. En: Hazzard WR. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Philadelphia: McGraw Hill Internacional; 1996. p. 3-18.

10. Bravo Bernabé PA. Problemas músculoesqueléticos. En: Lozana Cardoso A. Introducción a la Geriatria. 2 ed. México: Méndez Ed; 2000. p. 167-78.

11. Lozana Cardoso A. Introducción a la Geriatria. 2 ed. México: Méndez Ed; 2000. p. 71-90

12. Martínez JA. Envejecimiento normal, trastornos mentales y principios generales de la asistencia psicogeriatrica. Rev Psicol Santiago de Chile 2001;1(10):23-8.

13. Milagro M. Envejecimiento y cambios psicológicos. Rev Psicol Santiago de Chile 2001;1(10):37-40.

14. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 3 ed. Madrid: Morata; 1999. p. 23-36.

15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Indicadores de salud en la población de la tercera edad: resumen de publicaciones. Ciudad de La Habana; 1996.

16. Seliksons D, Hamaerman D. Risk factor associated with immobility. J Geriatric Soc 1994;5(8):107-12.

17. Beers HM, Berkow R. Manual Merck de Geriatria. 2 ed. Madrid: Harcourt; 2001. p. 17-20.

18. Tabares JR. Sinais e sintomas em psicogeriatrica. En: Guimaraes RM. Sinais e sintomas em Geriatria. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p. 59-106.

19. Myers JK, Weissman MM. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. J Geriatric Soc 1996;5(2):959-67.

20. Blazer D, Hughes DC. The epidemiology of depression in an elderly community population. Gerontologist 1996;6(3): 251-7.

21. Folino JO. Delirium y demencias. En: Suárez Richard M. Introducción a la Psiquiatria. México: Salerno; 2000. p. 19-27.

22. Bravo G, Jiménez C, Bastán JJ. Síndrome de inmovilización y úlceras por presión. En: Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: OPS; 1997. p. 159-71.

23. Hurtado Soler C. Cuidados de enfermería en el paciente inmovilizado. Rev Enfermería Integral 2000;55(4):4-6.

24. Morley JE. Is low blood pressure dangerous? J Am Geriatric Soc 1996;5(3):12-9.
25. Paine R, Make B. Pulmonary rehabilitation for the elderly. En: Mahler D. Clinic in geriatric Medicine. Philadelphia: Saunders; 1995. p. 78-83.
26. Wald A. Constipations and fecal incontinence in the elderly. Gastroenterol Clin North Am 1998;3(4):86-92.

Recibido: 18 de febrero de 2004

Aceptado: 20 de mayo de 2004

Dra. Lesvia Morales Obregón. Especialista de I Grado en Geriatria y Gerontología.
Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey. Cuba.
lisnu@finlay.cmw.sld.cu

