

Evaluación diagnóstica y abordaje terapéutico de la Dismovilidad

Dr. José Luis Dinamarca Montecinos
Geriatra

Autor del libro «De la Inmovilidad a la Dismovilidad en Geriatría»



Hacia un envejecimiento positivo



ÍNDICE

- 1. Conceptos generales:
 - Inmovilidad, Postración y Dismovilidad
- 2. Diagnóstico de la Dismovilidad
- 3. Manejo de la Dismovilidad
- 4. Caso clínico
- 5. Comentarios finales



1. CONCEPTOS GENERALES EN DISMOVILIDAD



Hacia un envejecimiento positivo



Desde la Inmovilidad...

- La inmovilidad o “inmovilismo” es 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»

González Montalvo, JI; Alarcón Alarcón, T. Grandes Síndromes Geriátricos, concepto y prevención de los más importantes, Medicine 2003, 8 (108):5778-5785)

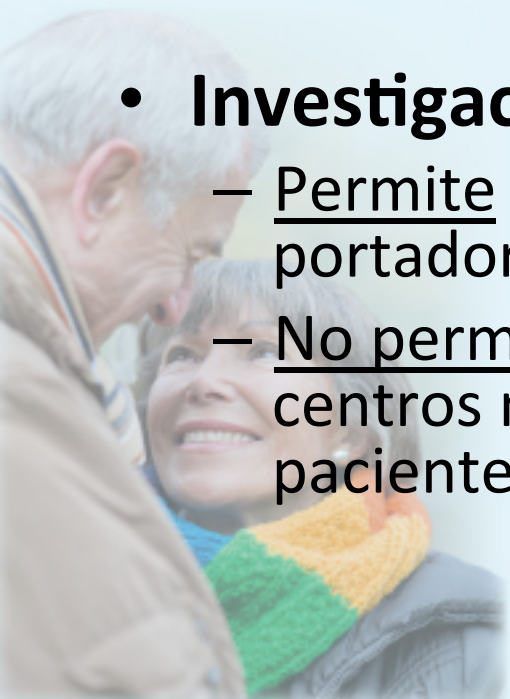
¿Qué permite/no permite esta definición?

- **Clínica:**

- Permite identificar pacientes afectados en etapas severas.
- No permite establecer diferencias entre ellos en cuanto etiología, evolución, pronóstico ni manejo.

- **Investigación**

- Permite describir grandes grupos de sujetos portadores
- No permite la comparación estadística 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 (índice de Katz, de Pfeiffer, de Pfeiffer, de Barthel y de Lawton-Brody).
- Sin embargo, en estricto rigor lo que estas escalas miden es funcionalidad y no necesariamente movilidad.



Desde la Inmovilidad...

- Es destacable comentar que:
- La ausencia de movimiento,
- la absoluta “inmovilidad”,
- *no existe en el universo físico.*



- El concepto de “Dismovilidad” en Geriatria 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 (*).
- 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

(*) Dinamarca M, JL; Rojo F, E; Brito D, Claudia. Síndrome de Inmovilidad: Diagnóstico situacional y proyecto de atención domiciliaria”. Libro de resúmenes, IV Congreso Latinoamericano de Geriatria y Gerontología COMLAT-IAG, Santiago de Chile, 3-6 de septiembre 2003.



Postración 1

- 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 (P.e. *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 .
- Actualmente también se acepta la acepción “*enflaquecer, debilitar, quitar el vigor y fuerzas a alguien*” .

(*) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, XXII edición. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=postrarse>

Postración 2

- Su uso en salud surge en la noche de los tiempos, asociado a patologías agudas (infecciones o «pestes», caídas de altura, accidentes laborales, deportivos y de guerra) cuyas complicaciones llevaban a los pacientes a gran debilidad y a la flexión involuntaria del miembro inferior.
- Esto es equívoco e inexacto, puesto que la flexión de rodillas se encuentra ausente en una gran cantidad de pacientes considerados “postrados”.



Postración 3

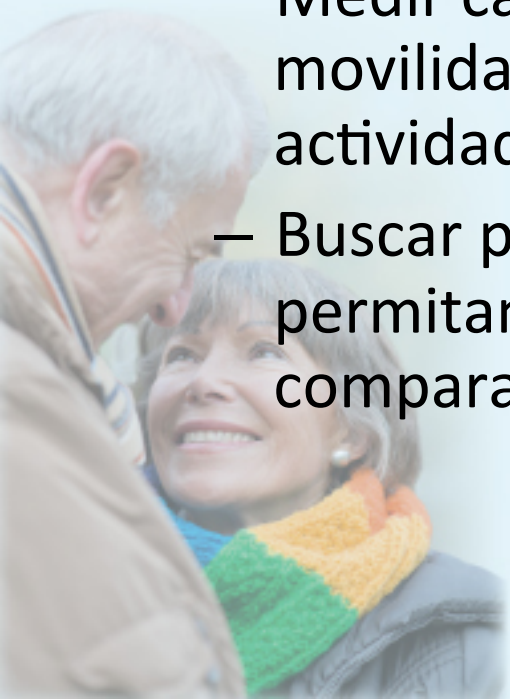
- Por otra parte, debido quizá al origen y a la terminalidad de la mayoría de los casos, la condición de postrado adquirió también una connotación peyorativa (origen en el occidente teocéntrico: «castigo divino», «pide perdón en vida».)
- ¿A partir de cuándo un individuo debe considerarse «postrado»? ¿Existen diferencias entre distintos “niveles” de «postración»? ¿Qué siente un familiar cuando se le informa que su madre quedará «postrada»?

... a la 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.
- **b. Diagnóstico:**
 - Medir capacidad motora y no solo independencia. La movilidad no se limita al ámbito exclusivo de las actividades de la vida diaria.
 - Buscar patrones diagnósticos estándares que permitan categorizar grupos bien definidos y comparables.



c. Evolutivos:

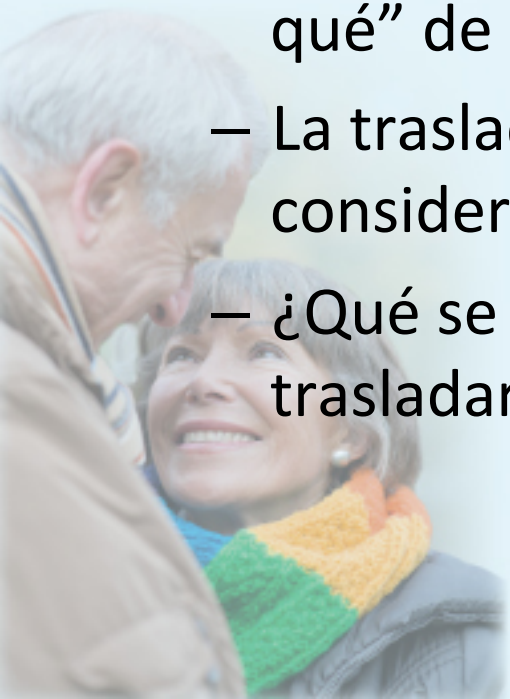
– Rangos y etapas. Esto permite:

- Intervención para evitar 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 amplía 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?



• e. Pronóstico:

- Concepto de progresión. Característica de los síndromes geriátricos, fundamentada en la historia natural de la patología.
- Esto permite 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”.



2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA DISMOVILIDAD



Hacia un envejecimiento positivo

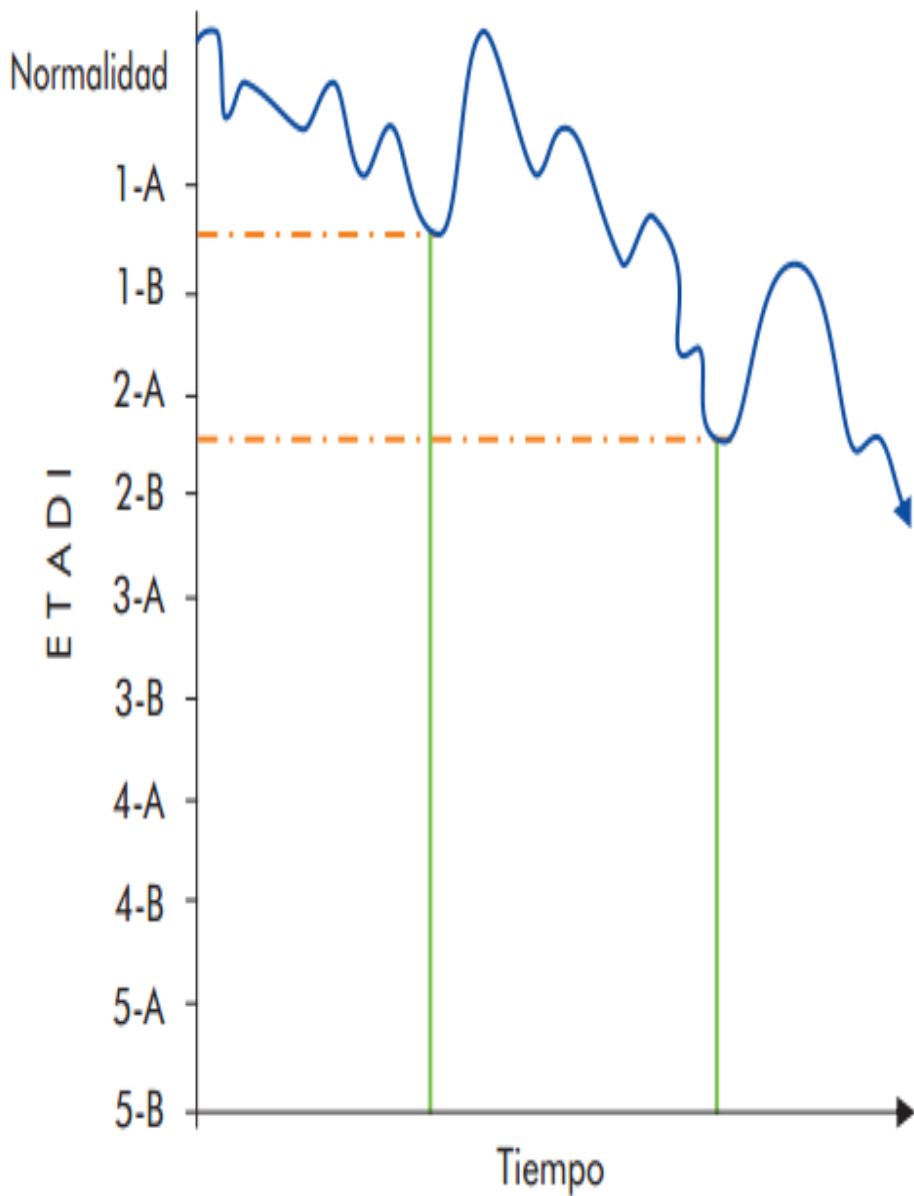


2. Diagnóstico de Dismovilidad

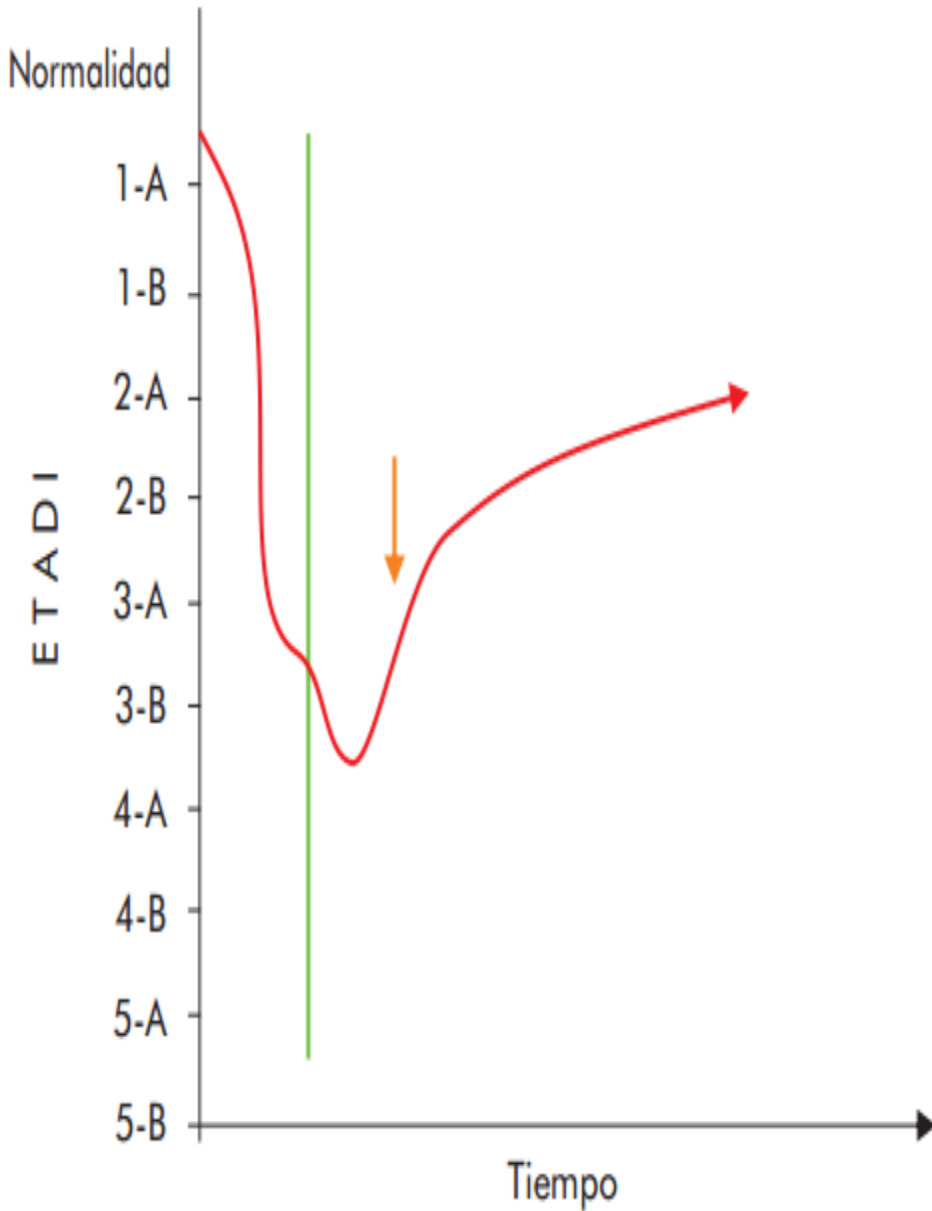
- Esta definición se complementa con un método diagnóstico triaxial.
- **Primer eje:**
 - Corresponde a la forma de instalación, según la cual la Dismovilidad puede ser aguda o larvada.



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



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





Dismovilidad Larvada

Forma de instalación • Lenta y solapada

Etiología (ejemplos)

- Osteoporosis
- Síndrome Metabólico
- Déficit vitamínicos
- Trastornos esfinterianos
- Tabaquismo - EPOC
- Hiper cortisolismo
- Osteoartrosis
- Demencias
- Déficit sensoriales
- Estitiquiez
- Alcoholismo
- Hipotiroidismo

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.

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.



Dismovilidad Aguda

Forma de instalación • Abrupta, generalmente espectacular

Etiología (ejemplos)

- Caídas
- Infarto al miocardio
- Fecaloma
- Delirium
- Enfermedad tromboembólica
- Infecciones (Urinaria, respiratoria)
- Fractura de cadera
- Infarto cerebral
- Retención urinaria
- Depresión

Evolución

- 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.

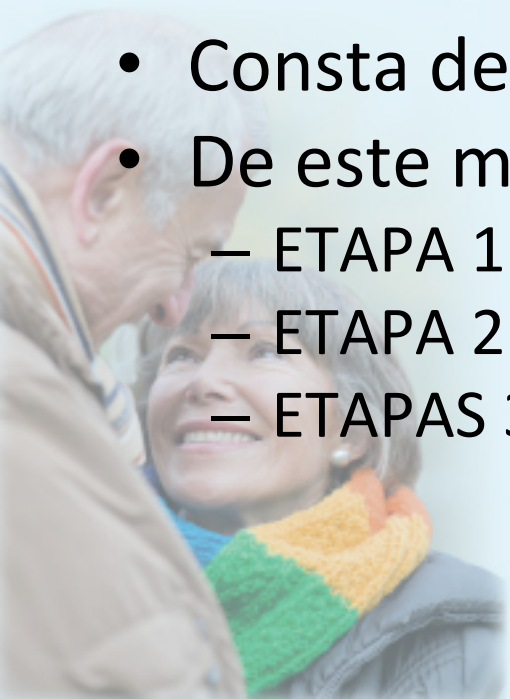
Diagnóstico

- Paciente y familiares 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.

- **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.

Dinamarca M, JL. Reconceptualización del Síndrome de Inmovilidad. Boletín Mensual Red Latinoamericana de Gerontología 2005; (7) 6 9

- **Tercer eje:**
- Etapificación de la Dismovilidad (ETADI), un sistema en continuum) que caracteriza 3 tipos básicos de movilidad (pedestación, sedestación y encamamamiento)
- 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 Encamamamiento .



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	con capacidad de movilizarse en la cama	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

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



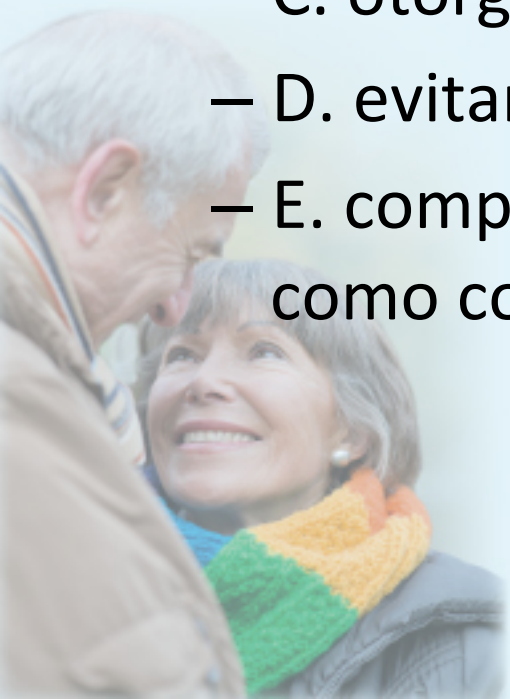
La flecha representa el eje del tiempo, donde N = Normalidad y las distintas etapas de la Dismovilidad se van engarzando unas con otras, conformando un *proceso* dismovilizante. Nótese que las etapas 2A y 2B (etapas de sedestación) forman una etapa intermedia entre la vida de pedestación y el encamamiento.

Dinamarca JL. Dismovilidad en Geriátría: Una década definiendo un concepto clínico. Bol Hosp Viña del Mar 2012, 68 (2):15-19

Hacia un envejecimiento positivo



- Por tanto, con ETADI podemos:
 - A. intentar evitar la progresión,
 - B. buscar la regresión/estabilización,
 - C. otorgar un pronóstico certero,
 - D. evitar la aparición de patología asociada y
 - E. comparar nuestros resultados tanto entre sí como con los de otros centros.



3. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DISMOVILIDAD



Hacia un envejecimiento positivo



3. Abordaje terapéutico de la Dismovilidad

- Eje 1: Diagnóstico motor
- Eje 2: Diagnóstico de patologías
- Eje 3: Diagnóstico Social



• Diagnóstico motor:

- A. Forma de presentación (aguda o larvada)
 - Permite definir el NIVEL DE ATENCIÓN
- B. Tiempo de evolución
 - Permite definir la PRIORIDAD de atención
- C. Etapificación
 - Permite definir OBJETIVOS MOTORES:
 - Impedir progresión, favorecer regresión, lograr estabilización.



• Ejemplo:

- A. Dismovilidad Aguda
 - Unidad de Emergencia
- B. Reciente
 - Atención inmediata
- C. Etapa 4-A
 - Tras resolución, debe lograr sedestación → marcha dependiendo de nivel motor previo al evento



Diagnóstico de patologías

– a. Etiología

- Permite definir ESTUDIO y TRATAMIENTO ESPECÍFICO



a. Fractura de cadera.

- a. Estudio radiológico, densitométrico, manejo quirúrgico vs ortopédico.

– B. Patologías de base

- Deben estudiarse y compensarse



b. Compensar

- a. Diabetes Mellitus
- b. Osteoporosis

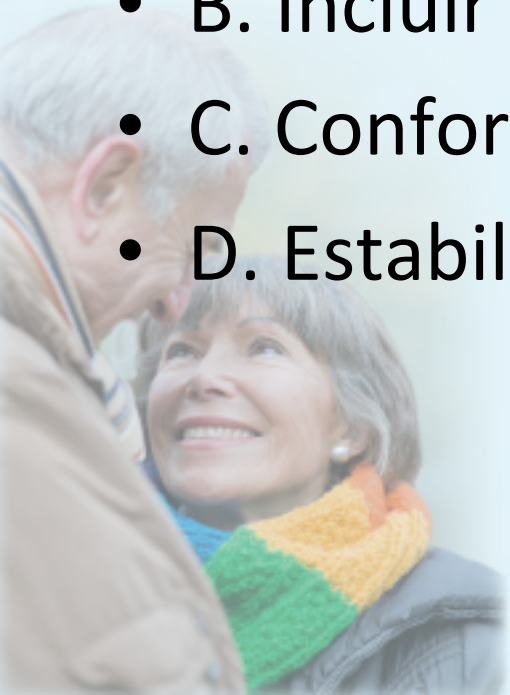
– C. Complicaciones

- Deben buscarse activamente, prevenirse y/o tratarse



Diagnóstico social

- A. Describir (ausente/presente, número, tipo)
- Ejemplo: Cuidador único, esposa. Cuidadores múltiples, hijos.
- B. Incluir (informar, decidir, colaborar)
- C. Conformar (derivar)
- D. Estabilizar (escuchar, definir, contener)



4. CASO CLÍNICO

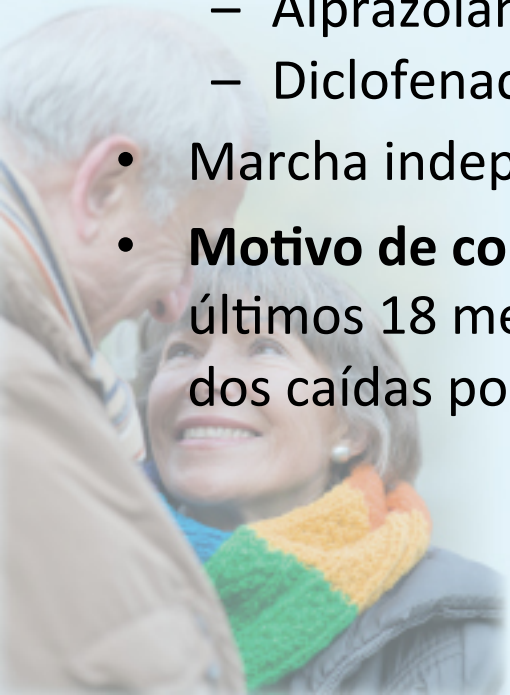


Hacia un envejecimiento positivo



Caso clínico

- Mujer, 83 años, asesora de hogar jubilada. Separada, sin hijos, institucionalizada por riesgo social en 2007 (Hogar de Cristo), trasladada desde otro hogar por medida precautoria. Escolaridad primaria. Hábitos: alcoholismo activo
- Medicamentos:
 - Nifendipino 20mg cada 12 hrs → HTA sistólica
 - Insulina retard 2 veces al día → DM2IR
 - Alprazolam 0.5mg 1 comp. → ¿?
 - Diclofenaco 50mg sos → Bigonartrosis
- Marcha independiente.
- **Motivo de consulta:** Caídas de repetición, con 3 fracturas en los últimos 18 meses (muñeca y tobillo), en el último tiempo al menos dos caídas por semana.



Caso clínico

- **Diagnóstico Motor:**
- **Dismovilidad Aguda Antigua 1-A**



Hacia un envejecimiento positivo



- **Diagnóstico de patologías:**
 - Etiología:
 - Caídas de Repetición
 - Base:
 - Alcoholismo (obs T. del ánimo)
 - Bigonartrosis
 - Uso de benzodiazepinas
 - Polifarmacia
 - Complicaciones:
 - Anemia
 - Ortostatismo
 - déficit B12
 - Osteoporosis
 - desnutrición.

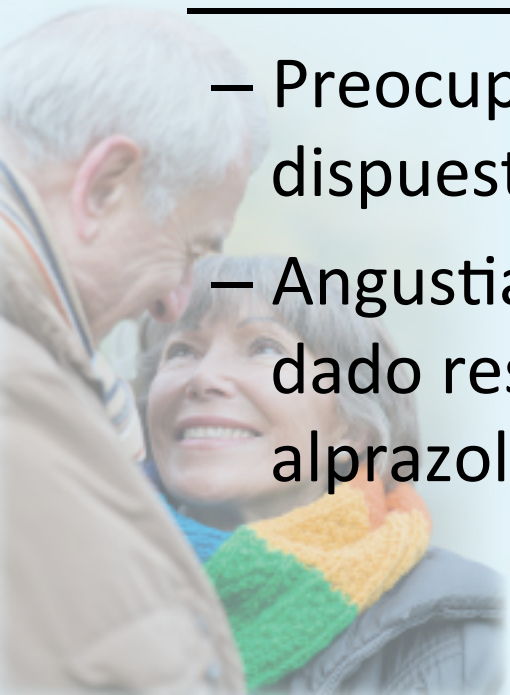
- **Diagnóstico social**

- A. Descripción:

- Conformado por personal paramédico y equipo de salud de centro de larga estadía. Turnos de cuidadores, alta rotación y recambio.

- B. Inclusión:

- Preocupados por evolución de la paciente, dispuestos a ayudarla a salir adelante.
- Angustiados pues medidas implementadas no han dado resultados (cerrar con llave, agregar alprazolam, tratar cariñosamente).



Plan de manejo: Motor

1. EVITAR LA PROGRESIÓN:

Manejo del alcoholismo.

Estudio de Depresión → Yesavage

Estudio de Duelo → Evaluación funcional
(Katz, Pfeffer, Lawton y Brody)

Estudio de Demencia → MMSE + Pfeffer

Mejorar entorno social.

Visitas / Búsqueda familiares. NUNCA SOLA

Disminuir riesgos de las caídas

- Tilt test
- Estudio de la higiene del sueño
- Entorno debe ser vigilado
- Uso de medidas de soporte (manillas, barandas, evitar escalas, alfombras y otros obstáculos), mejorar iluminación.



- **2. BUSCAR LA REGRESIÓN**

- Suspender uso de Benzodiazepinas. (RAM: *Depresión, Hipotensión ortostática, Caídas, Pseudodemencia, Inapetencia, visión borrosa, Astenia-adinamia*)
- Suspender uso de AINES SOS (Favorecen la automedicación, descontrol de la evolución de la patología de base, complicaciones propias de los AINES).
- **MANEJO DEL DOLOR ES INTERDISCIPLINARIO**
- Se suspendió el uso de Nifedipino.



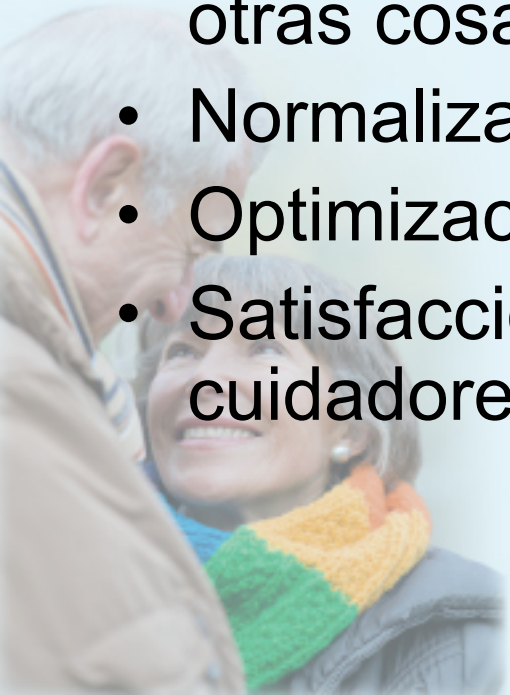
• 3. BUSCAR LA ESTABILIZACIÓN

- Uso racional de psicofármacos (mejorar el sueño, colaborar con el ánimo. Trazodona en bajas dosis nocturnas, inicial 50mg)
- Complejo B (Vitamina B12 10.000 mcg im) mensual.
- Calcio 1200mg + Vitamina D3 800 UI diario
- Educación a paciente y cuidador (SIEMPRE)
- Taller de estimulación cognitiva
- Fomentar la INDEPENDENCIA ÚTIL → Tareas rutinarias.



Objetivos logrados

- Disminución de la reincidencia OH.
- Mejoría cognitiva
- Mejoría anímica
- Disminución de la incidencia de caídas (entre otras cosas, por toma de conciencia del riesgo)
- Normalización de cifras de presión arterial
- Optimización del sueño
- Satisfacción de los profesionales, familiares, cuidadores...



Comentarios finales

- En Dismovilidad – como en casi toda las patologías en Geriatria – no puedo manejar sin diagnosticar.
- La Dismovilidad es un PROCESO, NO UN ESTADO.
- Existen 3 tipos de dismovilidad según el diagnóstico motor: DAR, DAA y DLA.
- El método propuesto ordena según etiologías, evolución, tratamiento y pronóstico.

Hacia un envejecimiento positivo





- Gracias

Hacia un envejecimiento positivo

