

**Comportamiento del Síndrome de Inmovilización. Hogar de Ancianos, Las Tunas, 2011**  
**Behavior of the Immobilization Syndrome, Old People's Home, Las Tunas, 2011**

**Autores:** Dra. Mirian Thomas Santiesteban\*, Lic. Sahily de la Caridad Rojas Pérez\*\*, Dra. Lidia Maria Ortíz González\*\*\*, Dra. Aleida Pérez Sánchez\*\*\*\*, Dra. Mercedes Suárez Orama\*\*\*\*\*.

\* Especialista en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta”. Las Tunas. Cuba.

\*\* Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Medicina Bioenergética y Natural en la Atención Primaria de Salud. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Cuba.

\*\*\* Especialista en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Cuba.

\*\*\*\* Especialista en Medicina General Integral y Especialista en Imagenología. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. Cuba.

\*\*\*\*\* Especialista en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Banco Provincial de Sangre. Las Tunas. Cuba.

**Correspondencia a:**

Dra. Miriam Thomas Santiesteban

Correo-e: [sahily@.ltu.sld.cu](mailto:sahily@.ltu.sld.cu)

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para describir el comportamiento de la inmovilización en el Hogar de Ancianos Carlos Pupo Font, de la provincia de Las Tunas, durante el año 2011. El universo lo constituyeron la totalidad de pacientes institucionalizados y la muestra estuvo conformada por 98 pacientes con algún tipo de inmovilización. Las variables a medir fueron: tipo de inmovilidad, edad, sexo, raza, hábitos tóxicos, estado mental, cambios fisiológicos ocurridos con el envejecimiento, enfermedades frecuentes,

complicaciones y factores sociales. La información se obtuvo de la revisión de historias clínicas, fue procesada estadísticamente usando el Microsoft Excel, los resultados se mostraron a través de tablas y gráficos y se compararon con la literatura nacional e internacional. Se obtuvo predominio de pacientes con inmovilización relativa; el grupo de edad más afectado fue de 75 a 84 años, el sexo femenino, la raza blanca y el estado mental correspondiente a los demenciados; el hábito tóxico predominante fue el café; los cambios fisiológicos con el envejecimiento y las enfermedades más frecuentes corresponden a las del aparato músculo esquelético; las complicaciones predominantes fueron las digestivas seguidas por las respiratorias.

**Palabras clave:** SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN, ANCIANOS, INMOVILIZACIÓN.

**DESCRIPTORES:**

IMMOBILIZATION

INMOVILIZACIÓN

AGED

ANCIANO

HOMES FOR THE AGED

HOGARES PARA ANCIANOS

**ABSTRACT**

A descriptive and cross sectional study was carried out in order to characterize the immobilization behavior at Carlos Pupo Old People's Home in Las Tunas province during 2011. The universe of study was formed by all the hospitalized patients and the sample included 98 patients with any sort of immobilization. The variables to be measured were: type of immobilization, age, sex, race, toxic habits, mental status, physiological changes of the aging process, frequent diseases, complications, and social factors. The data was obtained from the revision of clinical histories and was statistically processed using Microsoft Excel. The results were shown through tables and graphics and compared to the national and international medical literature. Patients with relative immobilization predominated and the most affected age group ranged between 75 and 84 years old. Females and white race prevailed and coffee drinking was the predominant toxic habit. The physiological changes related to the aging process were connected to the musculoskeletal apparatus and the

prevailing complications were those of the digestive system followed, by respiratory conditions.

**Key words:** IMMOBILIZATION SYNDROME, ELDERLY, IMMOBILIZATION

## **INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento conlleva a ciertos cambios fisiológicos: atrofia muscular, enfermedades articulares; cambios psicológicos: soledad, depresión, deterioro cognitivo; y cambios socioeconómicos: limitación de recursos, aislamiento social, etc que todos pueden inducir a una cierta limitación de la movilidad.<sup>1</sup>

Para fomentar la movilidad, se requiere en ocasiones un considerable esfuerzo para vencer, no sólo nuestra propia inercia, sino también la del paciente y los cuidadores. Asimismo, la actitud del personal sanitario ante este problema encuentra que muy pocas veces queda reflejado en la historia clínica y que a menudo, ni médicos ni enfermeras son capaces de definir el grado de inmovilidad de sus pacientes.<sup>2</sup>

El Gobierno Cubano pone a disposición de la población múltiples opciones para el manejo de los ancianos, haciendo énfasis en la solución de su problemática a nivel de la comunidad, buscando no separarlos del medio donde siempre se desarrollaron y utilizando la institucionalización para los casos imposibles a cuidar en su área de salud; este grupo de gerontes es precisamente el de más difícil manejo; la carencia de familia, las discapacidades, la falta de vivienda, de economía, etc., exigen un mayor esfuerzo y dedicación al proveedor de cuidados gerontológico, que no siempre está preparado para enfrentar la compleja tarea.<sup>3</sup>

El Hogar de Ancianos “Dr. Carlos E. Font Pupo”, en la ciudad de Las Tunas, presta atención integral a 152 ancianos institucionalizados y 53 en servicio diurno, para un total de 205 pacientes. Esta unidad tiene fines promocionales, preventivos y rehabilitadores, debiendo cumplir la misión de elevar la calidad de vida y el grado de satisfacción de los ancianos y sus familias, en estrecha interrelación con los demás niveles de atención y la participación activa de la comunidad en todos sus niveles.

El inmovilismo debe ser llevado de forma interdisciplinaria requiriendo, por tanto, de prevención, detección y aplicación de un programa terapéutico integral. Caracterizar este síndrome es imprescindible para diseñar e implementar acciones contextualizadas que

posibiliten lograr el impacto deseado y ésta constituyó la principal motivación del presente estudio.

Objetivo general: describir el comportamiento del Síndrome de Inmovilización en el Hogar de Ancianos “Carlos Font Pupo” de Las Tunas.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de caracterizar el Síndrome de Inmovilización en el Hogar de Ancianos “Carlos Font Pupo” de la provincia de Las Tunas, durante el año 2011.

El universo estuvo conformado por la totalidad de pacientes geriatras, pertenecientes al centro de salud que presentaron cualquier tipo de inmovilidad, la muestra resultó ser 98 de éstos que presentaron la enfermedad en el período de estudio. La información se obtuvo a través de fuentes secundarias luego de revisar las historias clínicas y de fuentes primarias, a través de las anamnesis realizadas a los pacientes, así como del examen físico realizado por parte del personal médico. Los datos fueron procesados a través de la estadística descriptiva utilizando el análisis porcentual.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La prevalencia de pacientes inmovilizados resultó ser de un 49% ya que de los 205 pacientes institucionalizados, 98 presentaron algún tipo de inmovilización, de éstos, 12 presentaron inmovilización absoluta y 86 relativa. Los resultados se muestran a continuación.

**TABLA 1. Prevalencia de pacientes institucionalizados según tipo de inmovilización. Hogar de Ancianos “Carlos Font”, Las Tunas, 2011**

<b>Prevalencia de inmovilismo</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Total de pacientes institucionalizados	205	
Inmovilización absoluta	12	12.2
Inmovilización relativa	86	87.8
Total	98	49

Este resultado coincide con la literatura consultada. Se reporta que aproximadamente en el 15 % de los pacientes ancianos, aún en ausencia de algún tipo de enfermedad, existen

trastornos de la marcha que producen incapacidad.<sup>3</sup> Además, en la vejez existe un aumento de la incidencia y prevalencia de aquellas enfermedades, básicamente degenerativas, en las que la edad avanzada es un importante factor de riesgo y que tienden, en su evolución, hacia frecuentes situaciones de incapacidad.<sup>4, 5</sup>

En el estudio predominó el sexo femenino con 62 mujeres (63.2%), este resultado coincide con lo reportado en bibliografía. Las ancianas son más propensas a padecer enfermedades crónicas no trasmisibles que requieren medicación, como la aparición de signos radiológicos de osteoporosis, lo que las hace propensas a fracturas y las consecuencias asociadas a ello; el trastorno se debe a la pérdida del calcio de los huesos, que los debilita y los hace propensos a las fracturas. La osteoporosis marca la diferencia entre una caída sin consecuencias y una caída que provoca una fractura y una discapacidad permanente.<sup>6</sup>

Con respecto a la caracterización de la muestra según grupo de edades, se obtuvo predominio de los ancianos con edades comprendidas entre 75 y 84 años, esto coincidió con la situación demográfica nacional e internacional. Diversas bibliografías reportan que los pacientes en estos grupos de edades son los que presentan mayor inmovilización.<sup>7, 8</sup> Esto se debe fundamentalmente, a que 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 benigno de posición, además fisiológicamente el sistema osteomioarticular y el nervioso se van modificando, con las consecuencias negativas sobre la movilidad en estas personas.<sup>9</sup>

Se obtuvo mayor prevalencia de la raza blanca, coincidiendo con estudios estadísticos demográficos realizados en Cuba, donde predomina más esta raza que la negra.<sup>3</sup>

El comportamiento de las variables clínico psicosociales se muestran en la **tabla 2**.

**TABLA 2. Variables clínico-psicosociales en pacientes institucionalizados. Hogar de Ancianos “Carlos Font”, Las Tunas, 2011**

Variables		
Hábitos tóxicos	No.	%
Tabaquismo	19	19,3
Café	38	38,7
Alcohol	0	0

<b>Estado mental</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Deprimidos	13	13,3
Demenciados	61	62,2
<b>Factores sociales</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Soledad	12	12,2
Falta de apoyo familiar	46	47
<b>Cambios fisiológicos con el envejecimiento</b>		
Sistema músculo-esquelético	91	91,3
Sistema nervioso	65	66,3
<b>Enfermedades frecuentes</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Músculo-esqueléticas	90	90,2
Neurológicas	12	12,2
Cardio-respiratorias	80	81,2
Neuro-sensoriales	24	24,5
Psicológicas	31	31,6
Endocrino-metabólica	8	8,1
Iatrogénicas	0	0
<b>Complicaciones por inmovilidad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Sistema cardiovascular	3	3,06
Sistema respiratorio	18	19,5
Sistema nervioso	2	2,1
Sistema digestivo	68	68,3
Sistema genitourinario	8	8,1
Piel	0	0

Se obtuvo mayor prevalencia de la demencia (62.2%) como estado mental en estos pacientes. La literatura plantea que el 15% de las personas mayores de 65 años presentan episodios de depresión en algún momento, y que al menos el 25% de los pacientes institucionalizados están demenciados, lo cual en la mayoría de los casos es una de las causas de su institucionalización, se nota similitud con estos resultados. Dentro de los síntomas que se describen en la demencia está el 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,<sup>10, 11</sup> éstas en fases avanzadas conllevan, ya de entrada, a una alteración del tono postural con contracturas en flexión de los miembros y disminución de la fuerza muscular.<sup>12</sup> La falta de apoyo familiar fue el factor social que predominó en la muestra (47%). El hábito tóxico más frecuente resultó ser la adicción al café y el tabaquismo, esto también se corresponde con lo reportado en la literatura donde se plantea que la prevalencia de estos hábitos es alta en Cuba,<sup>3</sup> es necesario señalar que esto es algo preocupante, ya que el exceso de café puede contribuir a aumentar la incidencia de otras patologías como la hipertensión arterial, úlceras, etc. El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores contribuyentes al desarrollo de la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la bronquitis y la neumonía o ambas, y muchos tipos de cáncer, algunas de estas patologías son factores de riesgo para el inmovilismo en estos pacientes.<sup>4, 5</sup>

Otro resultado obtenido es la mayor prevalencia de cambios fisiológicos con el envejecimiento en el sistema músculo esquelético (90.2%). Este resultado coincide con la frecuencia de enfermedades más frecuentes que presenta este tipo de pacientes. La mayoría de los autores destacan que las enfermedades músculo esqueléticas constituyen la causa más frecuente de incapacidad entre los mayores de 65 años,<sup>13</sup> lo que se correspondió con esta investigación. El envejecimiento determina ciertos cambios fisiológicos que justifican una cierta limitación de la movilidad. Ocurre una discreta atrofia muscular, seguida de fibrosis, por lo que la contracción muscular es más lenta. Se reducen sobre todo el número de fibras musculares rápidas, encargadas de los ejercicios isométricos. En general, la fuerza muscular disminuye un 15% entre los 30 y 70 años. Por otra parte, tanto los ligamentos como los tendones y superficies articulares ven reducida su capacidad de amortiguación;<sup>5</sup> en consecuencia aparece debilidad muscular y cierta resistencia a la movilidad articular. Estas alteraciones pueden ser a su vez secundarias a una menor actividad física, cerrándose así un círculo vicioso que conduce a la inmovilidad.<sup>2</sup> Dentro de las enfermedades más frecuentes, las cardiorrespiratorias ocupan un segundo lugar en la muestra estudiada, esto se corresponde con lo reportado en literatura, donde se plantea que los ancianos con antecedentes de cardiopatía isquémica corren un alto riesgo de sufrir episodios

discapacitantes. El no utilizar el tratamiento enérgico y adecuado en la insuficiencia cardiaca aumenta el riesgo de deterioro funcional.<sup>14</sup>

En la tabla también se recogen las principales complicaciones que trae al paciente la inmovilización, y se obtuvo que las que comprometen el sistema digestivo son las predominantes (68.3%). El reposo afecta al sistema neurovegetativo y como resultado hay trastornos frecuentes de la deglución y digestiones lentas.<sup>15</sup> Algunos autores describen el estreñimiento como la queja gastrointestinal más habitual entre las personas de edad avanzada. Otros estiman su incidencia entre un cuatro y un 25 %, pero todos coinciden en que la inmovilidad absoluta o relativa parece desempeñar un papel fundamental, ya que persiste en estos pacientes un estado de inactividad y otros factores, como deficiente ingesta de agua y fibra, pérdida del ritmo de defecación o inhibición voluntaria del mismo e iatrogenia por fármacos.<sup>16</sup> Las afecciones respiratorias también mostraron cierto predominio en estos pacientes (19.5%); este resultado puede explicarse porque la posición en decúbito impide la función óptima de los músculos respiratorios, favoreciendo la hipoventilación pulmonar, en el caso de las sepsis, éstas se relacionan con los cambios de la flora orofaríngeo que presentan los ancianos asociados a la inmovilidad, ya que esto 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 suelen ser el evento terminal de enfermedades graves y prolongadas, se le ha denominado la amiga de los ancianos.<sup>11, 12</sup>

## **CONCLUSIONES**

El síndrome de inmovilización en el Hogar de Ancianos de Las Tunas se comportó de forma similar al resto del país y a lo reportado en la literatura internacional, predominó la inmovilidad relativa, el sexo femenino, la raza blanca y el grupo de edad entre 75 y 84 años, así como la adicción al café y al tabaco. La demencia y la falta de apoyo familiar estuvieron presentes en mayor grado en la muestra. Las enfermedades predominantes fueron las del sistema musculoesquelético, seguidas de las cardiorrespiratorias y las principales complicaciones identificadas correspondieron a las afecciones digestivas y las respiratorias.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Diéguez Dacal R. Síndrome de inmovilidad. En: Rocabruno Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriátrica Clínica. La Habana: Científico Técnica; 1999: p. 178-83.
2. Vives M, García-Toro M, Armengol S, Perez M, Fernández J, Gili M. Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. (Spanish). Actas Espanolas De Psiquiatria [serial on the Internet]. (2013, July), [cited December 16, 2013]; 41(4): 218-226. Available from: MedicLatina.
3. Guevara Hornia A. Enfermedades malignas y premalignas de piel en el paciente geriátrico. Sancti Spíritus. Año 2010. (Spanish). Gaceta Médica Espirituana [serial on the Internet]. (2012, Sep), [cited December 3 2013]; 14(3): 1-7. Available from: MedicLatina.
4. Periago Mirta Roses. Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas. Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2013 Dic 5]; 17(5-6): 295-296. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000500001&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000500001>.
5. Carrasco Marcela, Martínez Gabriel, Foradori Arnaldo, Hoyl Trinidad, Valenzuela Eduardo, Quiroga Teresa et al . Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2012 Dic 11] ; 138(9): 1077-1083. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000900001&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000900001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000900001>.
6. Martínez Querol César, Pérez Martínez Víctor T. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2012 May 2]; 22(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100001&lng=es).
7. Alonso Galbán Patricia, Sansó Soberats Félix J., Díaz-Canel Navarro Ana María, Carrasco García Mayra. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Ene 9] ; 35(2): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es).
8. Estrada A, Cardona D, Segura A, Chavarriaga L, Ordonez J, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. (Spanish). Biomédica: Revista Del Instituto Nacional De

Salud [serial on the Internet]. (2011, Dec), [cited may 11, 2013]; 31(4): 492-502. Available from: MedicLatina.

9. 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 2005: p. 31-41.

10. Rubén de León-Arcila. . Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009 [revista en la Internet]; 47 (3): 277-284.

Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id\\_revista=250&id\\_ejemplar=685](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=250&id_ejemplar=685)

11. Casas, Paola et al . Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. Rev Med Hered, Lima, v. 23, n. 4, oct. 2012 . Disponible en <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2012000400003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000400003&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 10 may. 2013.

12. Lluvia Karina Wilson-Escalante, Martha Asunción Sánchez-Rodríguez, Víctor Manuel Mendoza-Núñez. Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. Rev Fac Med UNAM Vol. 52 No. 6 Noviembre-Diciembre, 2009. Disponible en [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

13. Infante-Castro CI, Rojano-Mejía D, Ayala-Vázquez G, Aguilar-Esparza G. Factores pronósticos de funcionalidad en adultos mayores con fractura de cadera. Cirugía y Cirujanos 2013; 81125-130. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66225687008>. Consultado el 5 Diciembre 2013.

14. Dr. Felipe Salech y Cols. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Disponible en Rev. Med. Clin. Condes - 2012; 23(1) 19-29

15. Pavarini Sofia Cristina Iost, Barha Elizabeth Joan, Mendiondo Marisa Silvana Zazzetta de, Filizola Carmen Lucia Alves, Petrilli Filho José Fernando, Santos Ariene Angelini dos. La familia y la vulnerabilidad social: un estudio con octogenarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2012 May 12]; 17( 3 ): 374-379. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000300015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300015>.

16. González E, Orozco G, Poveda J, Perelli A, Calzolaio V, González R, et al. Sobrecarga del Cuidador Versus Autonomía Funcional del Anciano. (Spanish). Informe Medico [serial on

the Internet]. (2012, Aug), [cited December 5, 2013]; 14(8): 351-354. Available from:  
MedicLatina.