



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Indice del
volumen Volume
index

Comité Editorial
Editorial Board

Comité Científico
Scientific
Committee

Normas para los
autores

Instruction to
Authors

Derechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SÍNDROME INMOVILIDAD PACIENTE GERIÁTRICO

Lucía Román, Ricardo Ariel Ovejero

Unidad Geriatria. Hospital Durand. Buenos Aires. Argentina

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2014;1:19-24.

[Comentario de la revisora revisora Romina Rubin MD.](#) Médica clínica y Geriatria. Magíster en Gestión de Servicios de Gerontología Directora Médica del Hogar LedorvaDor. Vice Directora de la Carrera de Especialista en Geriatria (Sede LedorvaDor) de la Universidad de Buenos Aires. Argentina

[Comentario del revisor Jose R. Jauregui MD, PhD.](#) Médico Geriatria - UBA. Doctor Universidad de Salamanca-España. Presidente Comlat - IAGG Prof. UNLaM. Medicina. Investigador Asistente. Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN:

Objetivo: Determinar características epidemiológicas, la incidencia, prevalencia y complicaciones del Síndrome de Inmovilidad en los adultos mayores y que estrategias tomar desde la auditoria médica para prevenir o tratar el síndrome inmovilidad
Materia y métodos: ingresaron al estudio una muestra de 50 pacientes (media edad: 81 años) hospitalizados entre marzo y junio 2013. Se consideraron motivos de internación, la procedencia, tiempo de inmovilidad, parámetros nutricionales.
Resultados: De los adultos mayores que ingresaron al medio hospitalario el 57.1% se encontraba encamado y el 65.3% presentaban algún tipo de escara. Los motivos de internación fueron en el 31,37% por infecciones urinaria; 10,2 % por las infecciones de piel y partes blandas; 10,2 % por ACV, 6,1% por deshidratación. La mortalidad durante la internación fue del 49.0%.
Conclusión: Los pacientes mayores de 60 años que ingresan al medio hospitalario con diagnóstico de síndrome inmovilidad tienen alta prevalencia de escaras, elevada dependencia y elevada mortalidad.

PALABRAS CLAVE: geriatria. Síndrome de inmovilidad. Anciano

SUMMARY:

Objective: To determine epidemiological characteristics, incidence, prevalence and complications of immobility syndrome in older adults and medical strategies to prevent or treat this syndrome.
Materials and methods: A sample of 50 hospitalized patients (mean age 81 years) were studied between March and June 2013. Reasons for hospitalization, origin, time of immobility, and nutritional parameters were considered.
Results: Among older adults admitted to hospital environment 57.1 % were bedridden, and 65.3% had some type of scar. The reasons for hospitalization were urinary infection (31.37%); skin and soft tissue infection (10.2%), stroke (10.2%), and dehydration (6.1%). Mortality during hospitalization was 49.0%.
Conclusion: Patients older than 60 years admitted to hospital environment diagnosed with immobility syndrome had a high prevalence of bedsores, dependence and mortality.

KEY WORDS: Geriatrics. Immobility syndrome. Elderly

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de las últimas décadas se ha observado un aumento sostenido de la población de adultos mayores tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. El incremento de la expectativa de vida ha ido adquiriendo gran importancia; en EEUU en 1997 el 13% de la población era mayor de 65 años, es decir 34 millones de personas de las cuales 4 millones eran mayores de 85 años. Según la proyección para el año 2030 esos números se duplicarán llegando a 70 millones de personas mayores de 65 años, con 8 millones de mayores de 85 años¹. Según datos de la OMS en 1995, en Europa, el 13,7% de la población era mayor de 65 años, y el 3,2 % mayor de 80. Por otra parte, en América del Norte el 12,6% era mayor de 65 años y el 2,8% mayor de 80 años, mientras que en América Latina y el Caribe el 4,6 % era mayor de 65 años y el 0,8% mayor de 80 años².

Según publicó la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación, el 9,98% de la población argentina es mayor de 65 años. Los mayores de 80 años representan el 2,07% y los mayores de 90 años representan el 0,26% de la población argentina. En Ciudad Autónoma de Buenos Aires los mayores de 65 años representan el 16,96% del total mientras que en la provincia de Buenos Aires son el 10,55%³⁻⁴.

Con el crecimiento de la expectativa de vida, son mayores las probabilidades de contraer enfermedades, principalmente crónicas, dependiendo las mismas del lugar de residencia del adulto mayor. Así en EEUU las personas mayores de 65 años no institucionalizadas presentan como patologías crónicas más prevalentes: osteoartritis, hipertensión arterial y problemas auditivos, mientras que los que residen en geriátricos presentan patología cardiovascular o cerebro vascular, desórdenes mentales y deterioro cognitivo⁵.

Aproximadamente un 18% de las personas mayores de 65 años presentan dificultades para movilizarse sin ayuda. Asimismo, un 50% de los mayores de 75 años tienen problemas para salir del domicilio⁶.

A nivel hospitalario, un 59% de los ancianos ingresados en unidades de agudos inician dependencia en una nueva AVD (actividad de la vida diaria)⁶. Dada esta situación mundial, surge la necesidad de conocer las características epidemiológicas de los adultos mayores de nuestro país, y principalmente de nuestro medio. Conociendo esta situación se podrán plantear estrategias que optimicen la atención en la comunidad y el medio hospitalario de adultos mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, en el servicio de Geriatria del Hospital Durand, Buenos Aires (Argentina). Para ello se realizó una recopilación de datos de los pacientes mayores de 60 años, de ambos sexos, que ingresaron entre marzo y junio de 2013 a la sala de Geriatria del Hospital.

Se elaboró una ficha de ingreso especial para el estudio que incluyó datos demográficos como edad, sexo, evaluación funcional al ingreso y comorbilidades, parámetros nutricionales, procedencia, tipo de cuidadores y tiempo de inmovilización. Se interrogó al paciente o al cuidador según el estado del paciente sobre los antecedentes del mismo. Los datos se completaron a partir de la historia clínica de los pacientes y de las indicaciones médicas. Se excluyeron los pacientes que no podían recordar sus antecedentes patológicos por distintos motivos y/o no tenían cuidadores acompañantes que pudieran suministrar dicha información.

RESULTADOS:

El total de pacientes hospitalizados estudiados fue de 50. La media de edad fue de 81 años, con un rango de 58 a 100. El 61.2% eran mujeres y el 38.8% varones.

Dentro de los motivos de internación más frecuentes (tabla 1) se encontraron las infecciones urinarias (22.4% si lo evaluamos como causa única, y 31,37% asociadas a otra causa), luego seguidos por las infecciones de piel y partes blandas (10,2%); accidente cerebro vascular (ACV) y deshidratación e Infecciones respiratorias (6,1%).

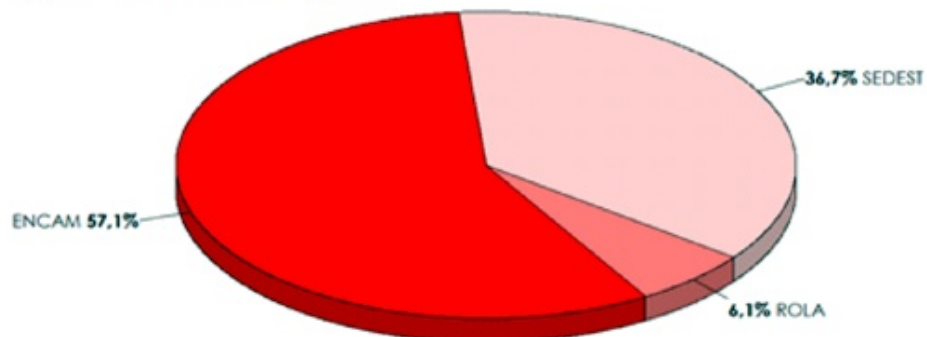
Tabla 1.- Motivos de internación

Motivo	n	%
ACV (accidente cerebro vascular)	3	6.1
Bolo fecal-suboclusión	1	2.0
deshidratación	3	6.1
deshidratación + otros	1	2.0
Infección de piel y partes blandas (PB)	5	10.2
Infección respiratoria + hiponatremia	1	2.0
Infección respiratoria + piel y PB	1	2.0
Infección respiratoria	3	6.1
Intercurrencia enfermedad base (Abdomen agudo pop)	1	2.0
Intercurrencia enf. base + Descomp fliar	1	2.0
infección urinaria (ITU)	11	22.4
ITU + infección respiratoria	2	4.1
ITU - hipotiroidismo grave	1	2.0
ITU - infección de piel	1	2.0
ITU + otros	1	2.0
TVP / TEP	2	4.1
Otros	12	24.4

TVP: trombosis venosa profunda, TEP: trombo embolismo pulmonar

La evaluación de los pacientes al momento del ingreso a la sala de internación de la unidad de Geriátrica mostro que el 57.1% (IC95: 42.2- 71.2%) se encontraba encamado; que el 6.1% (IC95: 1.3- 16.9%) tenía la capacidad de rolar y el 36.7% (IC95: 23.4- 51.7%) de sedestar (figura 1); y el 65.3% (IC95: 50.4- 78.3%) de los pacientes presentaban algún tipo de escara.

Figura 1.- Situación al ingreso.



Al evaluar la procedencia de los pacientes observamos que el 28.6% (IC95: 16.6- 43.3%) se encontraba institucionalizado (vivía en geriátricos), mientras que el 71.4% (IC95: 56.7- 83.4%) provenía de su casa o vivienda familiar.

Los cuidadores de estos pacientes eran los familiares en el 46.9% (IC95: 32.5- 61.7%); un cuidador formal en el 24.5% (IC95: 13.3- 38.9%); y residían en geriátrico el 28.6% (IC95: 16.6- 43.3%).

El tiempo de inmovilidad promedio fue de $584 \pm$ días (mínimo 7, máximo 7200).

Teniendo en cuenta la Valoración Geriátrica Integral, y más precisamente la valoración funcional encontramos que la escala de Norton (evaluación de riesgo de padecer escara) fue de 10 ± 2 . (Mínimo 2, máximo 16), lo que implica un alto riesgo; la escala de Katz (Actividades Básicas de la vida diaria) fue de 13 ± 6 . (Mínimo 0, máximo 20), alto grado de dependencia para el auto cuidado; y en la evaluación de la escala de Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) fue de 1 ± 1 . (Mínimo 0, máximo 5) dependencia mayor. Ver tabla 2.

Tabla 2.- Evaluación Necesidad de Asistencia

Características	Valores
Asistencia para Higiene	79,6% (IC95: 65.7)
Asistencia para Nutrición	39,6% (IC95: 25.8)
Asistencia para Rotación	61,2% (IC95: 46.2)

Con respecto a la valoración cognitiva se realizó MMSE y test del Reloj en el 6,1% de los pacientes que ingresaron.

En la evaluación de la nutrición de los pacientes mediante los análisis de laboratorio: Linfocitos: $1407 \pm 757 \text{ mm}^3$. (Mínimo 310, máximo 3310); Proteínas totales: $5.3 \pm 0.9 \text{ g/dl}$ (Mínimo 2.0, máximo 6.5); Albumina: $2.9 \pm 0.5 \text{ g/dl}$ (Mínimo 1.9, máximo 3.9); Colesterol total: $145 \pm 36 \text{ mg/dl}$ (Mínimo 78, máximo 243).

Al examen físico el 28.6% (IC95: 16.6- 43.3%) presentaba hipotonía y el 36.7% (IC95: 23.4- 51.7%) rigidez.

La mortalidad durante la internación fue de un 49.0%. El 42.9% de los ingresados fueron dados de alta.

DISCUSIÓN:

En el presente trabajo se estudió a una población de edad avanzada dentro del grupo de adultos mayores, el promedio de edad fue 81 años superando la esperanza de vida de nuestro país de 74,28 años.

Los motivos de internación fueron principalmente de causa infectológica; en primer lugar las infecciones urinarias, seguidos por las infecciones de piel y partes

EL 71.4% de los pacientes internados provenían de su casa o vivienda familiar, de estos el 46.9% se encontraban al cuidado de un familiar y el 24.5% de un cuidador formal.

Los pacientes de nuestra muestra presentaban un alto grado de dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el 65.3% presentaban algún tipo de escara; y los que no se encontraban escarados tenían un alto riesgo de escarsarse según la escala de evaluación de riesgo de escaras (Escala de Norton)

Al evaluar los parámetros de nutrición encontramos: Linfocitos: $1407 \pm 757 \text{ mm}^3$; Proteínas totales: $5.3 \pm 0.9 \text{ g/dl}$; Albumina: $2.9 \pm 0.5 \text{ g/dl}$; Colesterol total: $145 \pm 36 \text{ mg/dl}$; estos nos hablan de inflamación y algún grado de malnutrición.

En el análisis univariado se correlacionó un mayor puntaje en la Escala de Norton con mayor probabilidad de alta en el período de seguimiento ($p= 0.0087$), y un menor nivel de Colesterol total ($p= 0.008$) y la presencia de Hipotonía ($p= 0.0468$) con la probabilidad de óbito en el seguimiento.

Durante el tiempo de seguimiento encontramos que la mortalidad en la internación fue de un 49.0%, y el 42.9% de los ingresados fueron dados de alta.

Entre las limitaciones del presente trabajo consideramos más relevantes lo pequeño de la muestra. La población que se estudió fue la que necesitaba internación por lo que es esperable que presentaran mayor número de comorbilidades y a su vez de utilización de medicamentos que la población ambulatoria. Este grupo incluyó pacientes que debieron internarse en medio hospitalario por falta de cobertura médica o por pertenecer a la cápita de PAMI (cobertura de salud equivalente al Medicare en Argentina) de nuestro hospital.

El servicio de Geriátría del Hospital Durand de Buenos Aires atiende en sus 30 camas a pacientes mayores de 60 años con patología aguda. Parte de los mayores de 60 años que ingresan al Hospital no pueden ingresar al servicio por falta de camas debiendo ingresar en otros servicios como ser Clínica Médica, Cirugía u Ortopedia y Traumatología. A pesar de que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 16,96% es mayor de 65 años, la única sala de internación Geriátrica es la del Hospital Durand; esto implica un total de 30 camas para más de 470.000 potenciales beneficiarios.

La gran mayoría de estos pacientes se encuentran viviendo en sus casas al cuidado de algún familiar y en un menor grado de un cuidador formal; debido a esta situación la implementación de la internación domiciliar sería esencial tanto para el paciente como para la familia. Cuando hablamos de internación domiciliar hacemos referencia al cuidado del paciente en el domicilio, con el seguimiento interdisciplinario del médico, enfermero y kinesiólogo y el sostén del servicio social, donde se realizaría tratamiento médico y rehabilitación. La internación domiciliar sería una medida en principio de bajo costo; ya que se contaría con los recursos humanos del hospital: médico, enfermería, kinesiología, servicio social. Si se evalúa el costo del día de internación en el segundo nivel, para estos pacientes que presentan alto grado de dependencia, alto consumo de insumos médicos, alta tasa de complicaciones infecciosas hospitalarias y la alta mortalidad que presenta este síndrome; la internación

domiciliaria sería costo efectivo.

CONCLUSIÓN: Los datos que se obtuvieron aunque no son extrapolables al resto de la población mayor de 60 años nos orientan para postular políticas de salud más inclusivas. Se debe tener en cuenta que la población de adultos mayores tiene más comorbilidades, incluido el deterioro cognitivo y mayor mortalidad que otros grupos etarios. En la Ciudad de Buenos Aires en la región N° 3, el 17,5 % son mayores de 65 años y en particular en la comuna 6, el 18%, según datos del 2008. Esto significa que desde el área programática y con intervención del equipo multidisciplinario con que cuenta nuestra unidad de Geriátrica (Hospital Durand de Buenos Aires) se podrían implementar medidas o planes para disminuir las internaciones y las complicaciones del síndrome de inmovilidad.

REFERENCIAS

1. Day JC. Population projections of the United States by age, sex, race and Hispanic origin: 1995 to 2050. US Bureau of the Census, Current populations reports. Washington U.S. Department of Commerce 1996: 25-1130.
2. Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en los ancianos. Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos 1995: 853.
3. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
4. Indicadores Básicos, Argentina 2006. Ministerio Salud de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. 2006: 1-20.
5. Linblad C, Gray S. Geriatrics. En: DiPiro J, Talbert E. (Eds.). Pharmacotherapy, A Pathophysiologic Approach. New York. MacGraw-Hill. 2005: 103-114.
6. M^a Dolores Nieto de Haro. Inmovilidad En: Tratado de Geriátrica para Residentes. Madrid. Soc. Esp de Geriátrica y Gerontología. 2007: 211-216.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Lucía Román
Unidad Geriátrica.
Hospital Durand.
Buenos Aires
Argentina

Comentario de la revisora Romina Rubin MD. Médica clínica y Geriatra. Magíster en Gestión de Servicios de Gerontología Directora Médica del Hogar LedorvaDor. Vice Directora de la Carrera de Especialista en Geriátrica (Sede LedorvaDor) de la Universidad de Buenos Aires. Argentina

Es de destacar la importancia de que este grupo haya investigado sobre el síndrome de inmovilidad, el cual representa un tema de altísima prevalencia en la población anciana hospitalizada, así como el hecho de que un mayor conocimiento del problema implica una base de conocimiento óptima para desarrollar estrategias que permitan intervenir este síndrome a fin de poder prevenir sus complicaciones.

Asimismo, la documentación, entre las variables estudiadas, de la presencia y proporción de "cuidadores formales" y "cuidadores informales" constituye un dato sumamente relevante a la hora de diagramar estrategias de capacitación para aquellos que carezcan de la misma.

Comentario del revisor Jose R. Jauregui MD, PhD. Médico Geriatra - UBA. Doctor Universidad de Salamanca-España. Presidente Comlat - IAGG Prof. UNLaM. Medicina. Investigador Asistente. Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Este artículo describe de manera apropiada una realidad en el ámbito hospitalario en el cuál reciben pacientes ancianos con inmovilidad severa y sus consecuencias. Tiene el valor de describir metodológicamente el estado del arte de esta problemática en un hospital público de pacientes agudos de la ciudad de Buenos Aires, y demuestra que las causas finales que los llevan a la internación son enfermedades comunes y que su mortalidad es elevada. Asimismo describe la vía final común de los grandes síndromes geriátricos y la fragilidad como favorecedores de desenlaces desfavorables.

Se trata de un estudio descriptivo que muestra que la más de la mitad de los adultos mayores que ingresan a un hospital de agudos lo hace en condiciones graves. Abre a su vez el camino para analizar por qué estos pacientes llegan en esas condiciones a la internación.

Recibido, 1 de abril de 2014.

Publicado, 30 abril de 2014