



## CARTAS AL DIRECTOR

### **¿Inmovilidad y postrado o dismovilidad y encamado?**

### **Immobility and prostration or dysmobility and bedding?**

Señor director editor

Me complace enviarle esta información con el fin de contribuir a la promoción del estudio y la investigación acerca del tema y se pueda decidir en un futuro próximo si se adopta en consenso el empleo de la nueva clasificación propuesta.

Los conceptos y términos evolucionan para mejorar el trabajo, facilitando el modo de clasificar, así mediante un nuevo enfoque adoptar medidas convenientes, en este caso para tratar de mejorar la atención relacionada con el adulto mayor mediante proyecciones futuras, es la razón que nos lleva a analizar los cambios relacionados con la reconceptualización del concepto de inmovilidad y postración, términos que se siguen usando en el país cuando en recientes publicaciones se insiste en su eliminación con sobrados argumentos. Se debe lograr un consenso en la actualización en temas tan importantes como este y profundizar en detalles sobre la nueva clasificación.

Dentro de los grandes síndromes geriátricos está el síndrome de inmovilidad, desde el 2002 se comenzaron a gestar los cambios en el concepto que fueron presentados en el IV Congreso Latinoamericano de Geriatria y Gerontología \_ COMLAT, 2003 en Santiago de Chile aún vigente. <sup>1</sup>

La definición de inmovilidad es bastante constante en la bibliografía consultada; es la restricción generalmente involuntaria en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosocial. En términos clínicos esta definición permite la identificación de los pacientes afectados, pero sin establecer diferencias entre ellos en cuanto a etiología, historia natural, pronóstico ni manejo. <sup>1</sup>

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 tales como el índice de Katz, de Pfeiffer, de Barthel y de Lawton-Brody, sin embargo, lo que estas escalas miden es funcionalidad y no necesariamente movilidad.

La ausencia de movimiento, la verdadera "inmovilidad", no existe en el universo físico, por ejemplo, hay movilidad respiratoria, cardiovascular, digestiva, ocular, etc.

Se acepta también la acepción "enflaquecer, debilitar, quitar el vigor y fuerzas a alguien". Su uso en salud surge asociado a patologías agudas cuyas complicaciones llevaban a los pacientes a gran debilidad y a la flexión involuntaria del miembro inferior. Lo que es equívoco e inexacto, puesto que la flexión de rodillas se encuentra ausente en una gran cantidad de pacientes considerados "postrados".<sup>1,2</sup>

Por otra parte, debido quizás al origen y a la terminalidad de la mayoría de los casos, la condición de postrado adquirió también una connotación peyorativa. No es lo mismo decir a un paciente "tiene una dismovilidad no estabilizada" que "se está postrando". Del mismo modo, no es lo mismo decir a un cuidador que "está a cargo de un postrado" que "es el cuidador principal de un paciente con dismovilidad en etapa 4". Estos términos generan desesperanza tanto en el enfermo como en el cuidador.

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". A su vez, "molesta" es aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento ("arco del movimiento") y "dificultosa" aquella movilidad que permite lograr lo deseado pero que altera para ello el curso físico normal del movimiento.<sup>1,2</sup>

Un primer eje corresponde a la forma de instalación, según la cual la dismovilidad puede ser aguda o larvada. Esto permitió diferenciar etiologías, evolución, pronóstico y tratamientos diferentes en uno y otro caso, lo que significa que nos encontramos: dismovilidad aguda y dismovilidad larvada.<sup>1,2</sup>

El 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.

El tercer eje es la etapificación de la dismovilidad. De este modo, se tiene: ETAPA 1. Paciente con vida de pedestación. ETAPA2. Paciente con vida sedente. ETAPAS 3, 4 y 5. Etapas de encamamiento. Esta clasificación consta a su vez de sub etapas, A y B.<sup>1,2</sup>

Dr. Pedro Luis Reyes Álvarez  
Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Diplomado en Gerontología y Geriatria.  
Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Pinar del Río, Cuba.  
[perucho@princesa.pri.sld.cu](mailto:perucho@princesa.pri.sld.cu)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dinamarca Montesinos JL. Dismovilidad. Red SSVQ. Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde. Santiago de Chile. MINSAL. [Internet] 2015. 1 [Citado 20 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/DISMOVILIDAD-MINSAL-2015.pdf>
2. Dinamarca JL. Dismovilidad en Geriatria: Una década definiendo un concepto clínico. Bol Hosp Viña Mar 2012,68 (2):15-19. Disponible en: [http://fundacionlucassierra.cl/wp-content/files\\_mf/1409856405Boletin2Dismovilidad2012.pdf](http://fundacionlucassierra.cl/wp-content/files_mf/1409856405Boletin2Dismovilidad2012.pdf)