

Cooperación médica internacionalista

Caracterización del estado de las alteraciones de la movilidad en una comunidad rural venezolana

Lisis Osorio Illas¹ y Wendy Miguel Paisán Rizo¹

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo en la población de adultos mayores de una comunidad rural perteneciente al municipio Piar, en Venezuela, durante los meses de marzo-abril de 2004, para conocer diferentes aspectos epidemiológicos relacionados con la inmovilidad. Se analizaron como variables: la edad, el sexo, los factores de riesgo, las causas, las complicaciones y la clasificación de las alteraciones de la movilidad. Estos datos se reflejaron a través de tablas. Como resultado se obtuvo que 56 de los pacientes estudiados presentaron alteraciones de la movilidad, con el sexo masculino como el más afectado. Los principales factores de riesgo fueron el medio donde vive el adulto mayor y las artropatías, que afectaron a 42 y 38 pacientes respectivamente. El 53,6 % de las alteraciones de la movilidad fueron leves. Las afecciones músculo-esqueléticas (44,7 %) fueron las causas fundamentales de la inmovilidad, y se supo que las principales complicaciones estuvieron relacionadas con el sistema osteomioarticular y la esfera psicosocial.

Palabras clave: Inmovilidad, adultos mayores, comunidad rural.

En los inicios del siglo XXI se visualiza un gran fenómeno relacionado con el envejecimiento acelerado de la población, y se le considera como uno de los mayores logros de la humanidad; sin embargo, no deja de ser fuente de preocupación para las naciones por la readaptación social, económica y familiar que ello exige. Esta tendencia al envejecimiento de la población se observa en mayor medida en aquellos países con resultados de desarrollo social, basado en programas de atención a la salud del individuo y la comunidad, como el nuestro, donde los mayores de 60 años ocupan el 13,6 % de la población total.^{1,2}

Las alteraciones de la movilidad se definen como cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de las distintas actividades de la vida diaria, y que pueden en algunos casos llegar a la inmovilidad.³⁻⁵

La inactividad y las alteraciones de la movilidad resultan problemas comunes en la población adulta mayor, por lo que con frecuencia constituyen motivos de consulta, o habitualmente son observados durante las visitas al hogar. Este deterioro de su capacidad funcional se convierte en un factor de riesgo importante para numerosos eventos adversos, como son, las caídas, la institucionalización y el aislamiento social, que no pocas veces conduce a una dependencia progresiva hacia terceras personas.

El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando este está activo. La pérdida de la capacidad de la marcha y el equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo.⁴⁻⁶ Por ello, se hace necesario, como consideración principal mantener la calidad de vida en estos pacientes, especialmente para aquellos cuya capacidad

funcional ya no pueda recuperarse, y posibilitarle, en la medida de lo posible, una intervención rehabilitatoria.

Es este trabajo un modesto aporte para avanzar en el logro de estos objetivos, por lo que se decidió caracterizar el estado de las alteraciones de la movilidad en el adulto mayor en una comunidad rural perteneciente al municipio Piar, en Venezuela; identificar los principales factores de riesgo de inmovilidad en la población objeto de estudio; describir las causas determinantes de inmovilidad de la población adulta mayor; determinar el grado de inmovilidad en los pacientes estudiados; así como describir las complicaciones más frecuentes encontradas durante el estudio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo que incluyó a los 106 pacientes adultos mayores pertenecientes a la comunidad rural Monte Ralo, pueblo pequeño del municipio Piar, en Venezuela, durante los meses de marzo-abril del año 2004. La recopilación de datos primarios estuvo a cargo de los investigadores, que utilizaron como guía para ello los factores de riesgo y las causas determinantes de inmovilidad de la población adulta mayor.

Las fuentes de obtención de esos datos primarios fueron: las historias de salud familiar, las historias clínicas individuales y la participación comunitaria. Los datos obtenidos fueron procesados y analizados por métodos manuales expresados en frecuencias absolutas, relativas y porcentajes. Se expusieron los resultados en tablas, y se arribó a conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

En el estudio realizado encontramos que de una población total de 106 adultos mayores, 55 pertenecieron al sexo masculino y 51 al femenino. De los pacientes estudiados, 56 presentaron alteraciones de la movilidad, con un predominio del sexo masculino (34) sobre el femenino (22) (tabla 1).

TABLA 1. Clasificación de las alteraciones de la movilidad según el sexo

| Sexo | No. | % |
|-----------|-----|------|
| Masculino | 34 | 60,7 |
| Femenino | 22 | 39,3 |

Fuente: Historia Clínica Individual.

Los principales factores de riesgo que incidieron en esas alteraciones fueron, entre otros, el medio donde vive el adulto mayor y las artropatías, que afectaron a 42 (75 %) y 38 pacientes (68 %) respectivamente (tabla 2).

TABLA 2. Factores de riesgo que afectan la movilidad

| Factores de riesgo | No. | % |
|--------------------|-----|---|
| | | |

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Medio donde vive el adulto mayor | 42 | 75 |
| Artropatías | 38 | 68 |
| Sedentarismo | 19 | 34 |
| Trastornos visuales | 18 | 32,1 |
| Trastornos afectivos | 12 | 21,4 |
| Uso de medicamentos | 9 | 16,1 |
| Vasculopatía periférica | 7 | 12,5 |
| Enfermedades cardiovasculares | 3 | 5,4 |
| Obesidad | 2 | 3,8 |
| Desnutrición | 1 | 1,8 |
| Trastornos de la audición | 1 | 1,8 |
| Enfermedades oncológicas | 1 | 1,8 |

Fuente: Historia Clínica Individual.

La tabla 3 muestra los diferentes grados de alteraciones de la movilidad, con un predominio del 53,6 % de las leves, el 41 % de las moderadas y el 5,4 % de las severas. Entre las principales causas de inmovilidad el 44,7 % correspondió a las músculo-esqueléticas, el 21,4 % a otras causas y el 19,6 % a enfermedades cardiovasculares. Igualmente observamos que las principales complicaciones fueron: las contracturas musculares en el 41 %, la deprivación social en el 26,7 %, las atrofias musculares en el 25 %, y la depresión en el 21,4 % (tabla 4).

TABLA 3. Clasificación de las alteraciones de la movilidad

| Alteraciones de la movilidad | No. | % |
|------------------------------|-----|------|
| Leves | 30 | 53,6 |
| Moderadas | 23 | 41 |
| Severas | 3 | 5,4 |

Fuente: Historia Clínica Individual.

TABLA 4. Complicaciones más frecuentes en los pacientes afectados

| Complicaciones | No. | % |
|---|-----|------|
| Contracturas | 23 | 41 |
| Deprivación social | 15 | 26,7 |
| Atrofias musculares | 14 | 25 |
| Depresión | 12 | 21,4 |
| Cambios físicos asociados a deprivación sensorial | 11 | 19,6 |
| Constipación | 9 | 16,1 |
| Trombosis venosas | 6 | 10,7 |
| Neumonías | 6 | 10,7 |
| Incontinencia urinaria | 4 | 7,1 |
| Úlcera de presión | 4 | 7,1 |

| | | |
|--------------------------------|---|-----|
| Hipotensión ortostática | 3 | 5,4 |
| Trastornos hidroelectrolíticos | 1 | 1,8 |

Fuente: Historia Clínica Individual.

DISCUSIÓN

Las alteraciones de la movilidad constituye uno de los problemas de salud más comunes en la población de 60 años y más.^{3,4}

En la población estudiada no se encontró un predominio llamativo de un sexo sobre el otro cuantitativamente, aunque se pudo conocer a través de la literatura revisada que estudios anteriores reportaban que el sexo femenino era afectado en mayor medida por algún grado de alteración de la movilidad,^{7,8} a diferencia de nuestros resultados, en los que predominó el sexo masculino. Creemos que esto se debe a que en los estudios consultados la recogida de datos se realizó en instituciones especializadas (asilos, hogares, etc.), y por la asistencia a consulta, que como se conoce, cuenta con visitas más frecuentes del sexo femenino,⁷⁻⁹ mientras que nuestros datos se identificaron en actividades de terreno.

La aparición de inmovilidad puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales,^{9,10} lo cual queda reflejado en nuestros resultados, pues en nuestra comunidad se dificulta el acceso a los recursos que satisfacen las necesidades básicas de este grupo poblacional (agua, servicios médicos, transporte, etcétera).

El medio adverso, y el trabajo agrícola como fuente fundamental de ingresos económicos de nuestra comunidad, requiere de grandes esfuerzos, y los cambios biológicos propios de este grupo etáreo favorecen la incidencia de las artropatías, señaladas anteriormente como factor de riesgo de inmovilidad.^{5,8}

Se señala también un predominio de las alteraciones leves de la movilidad con mayor por ciento en el sexo masculino, discrepando así con trabajos anteriores consultados, en los que el sexo femenino fue el más afectado.

Las complicaciones dependientes del aparato osteomioarticular fueron las más frecuentes. El 40 % de las personas mayores de 65 años padecen de artralgias.^{5,8} Es ampliamente conocido que el sistema músculo-esquelético es fuente común de sintomatología y de limitación funcional en el adulto mayor.

Importante es también señalar la repercusión en la esfera psicosocial, pues, por ejemplo, la depresión, puede afectar a 1 ó 2 de cada 10 individuos. La inmovilidad predispone o se asocia a la depresión, indicador que coincide con otros resultados.^{11,12}

CONCLUSIONES

Luego de nuestro estudio, se puede concluir que la inmovilidad es un problema de salud que afecta en gran medida la población estudiada, que además se agrava por las condiciones socioambientales desfavorables, las cuales pueden incrementar su grado y

el riesgo de complicaciones. Se conoció también que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario.

RECOMENDACIONES

1. Dirigir acciones de salud específicas para la prevención de las enfermedades osteomioarticulares y sus complicaciones.
2. Estimular la participación comunitaria en el mejoramiento del medio de vida del adulto mayor.
3. Realizar actividades integradoras de la vida comunitaria y el adulto mayor.
4. Elaborar estrategias de atención integral al adulto mayor.

SUMMARY

Characterization of the state of mobility alterations in a Venezuelan rural community

An observational descriptive study was conducted in the population of older adults from a rural community of "Piar" municipality, in Venezuela, from March to April, 2004, aimed at knowing the different epidemiological aspects related to immobility. Variables such as age, sex, risk factors, causes, complications and the classification of the mobility alterations, were analyzed. These data were shown in tables. As a result, it was observed that 56 of the studied patients presented mobility alterations and that males were the most affected. The main risk factors were the setting where the older adults live and arthropathies that affected 42 and 38 patients, respectively. 53.6 % of the mobility alterations were mild. The musculoskeletal affections (44.7 %) were the fundamental causes of immobility, whereas the main complications were related to the osteomyoarticular system and to the psychosocial sphere.

Key words: Immobility, older adults, rural community.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca GR. Temas de Medicina Interna. Editorial Ciencias Médicas. 4ta ed. La Habana. 2001.
2. Moragas R. Gerontología social. Barcelona: Harder; 1991.
3. Amate A. Discapacidad. Asesora Regional de Rehabilitación, Washington, 1991.
4. Moreno, Sinfiorano R, Castellano Suárez A. Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (CEPSS); 1995.
5. Quinet RJ. Osteoarthritis: increasing mobility and reducing disability. *Geriatrics* 1986; 41(2):36-50.
6. Prieto O, Vega E. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996.
7. Michet CJ, Evans JM, Fleming KC. Common rheumatologic diseases in elderly patients. *Mayo Clin Proc* 1995; 70:1205-14.
8. Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutka DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary care approach. *Mayo Clin Proc* 1995; 70:890-910.
9. King MB, Tinetti ME. Falls in community-dwelling older persons. *JAGS* 1995; 43:1146-54.

10. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med* 1996; 100:438-43.
11. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997;278:1186- 90.
12. NIH Consensus Development Panel. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992; 268:1018-24.

Recibido: 20 de diciembre de 2004. Aprobado: 7 de enero de 2005.

Dra. *Lisis Osorio Illas*. Urbanización "La Floresta". Quinta" Gladys No. 23. Esquina Tabira y San Antonio, Ferro minera campo A2, Puerto Ordaz, Estado Bolívar, Venezuela (Upata. Municipio Piar). Email: wendypaisan@yahoo.es

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral.