

LA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

Dott.ssa Antonella Geri

SINDROME IPOCINETICA

SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

Il **sindrome ipocinetica** indica una condizione caratterizzata da **ridotta o assente autonomia nel movimento, ad insorgenza acuta o cronicamente progressiva**. Se non adeguatamente contrastata essa porta inesorabilmente l'anziano ad uno stato di **disabilità** ingravescente fino anche alla **morte**.

La massima espressione clinica delle conseguenze multisistemiche della grave immobilità, esemplificata dal confinamento a letto, è la **sindrome da immobilizzazione**.

- La sindrome da immobilizzazione è un problema **non esclusivo dell'età geriatrica**. Molte persone disabili a causa di condizioni croniche o acute incorrono in questo rischio e in questo danno.
- Nell'anziano rappresenta un evento sempre incombente per la **facilità** con cui può realizzarsi e progredire fino alle conseguenze più disabilitanti.

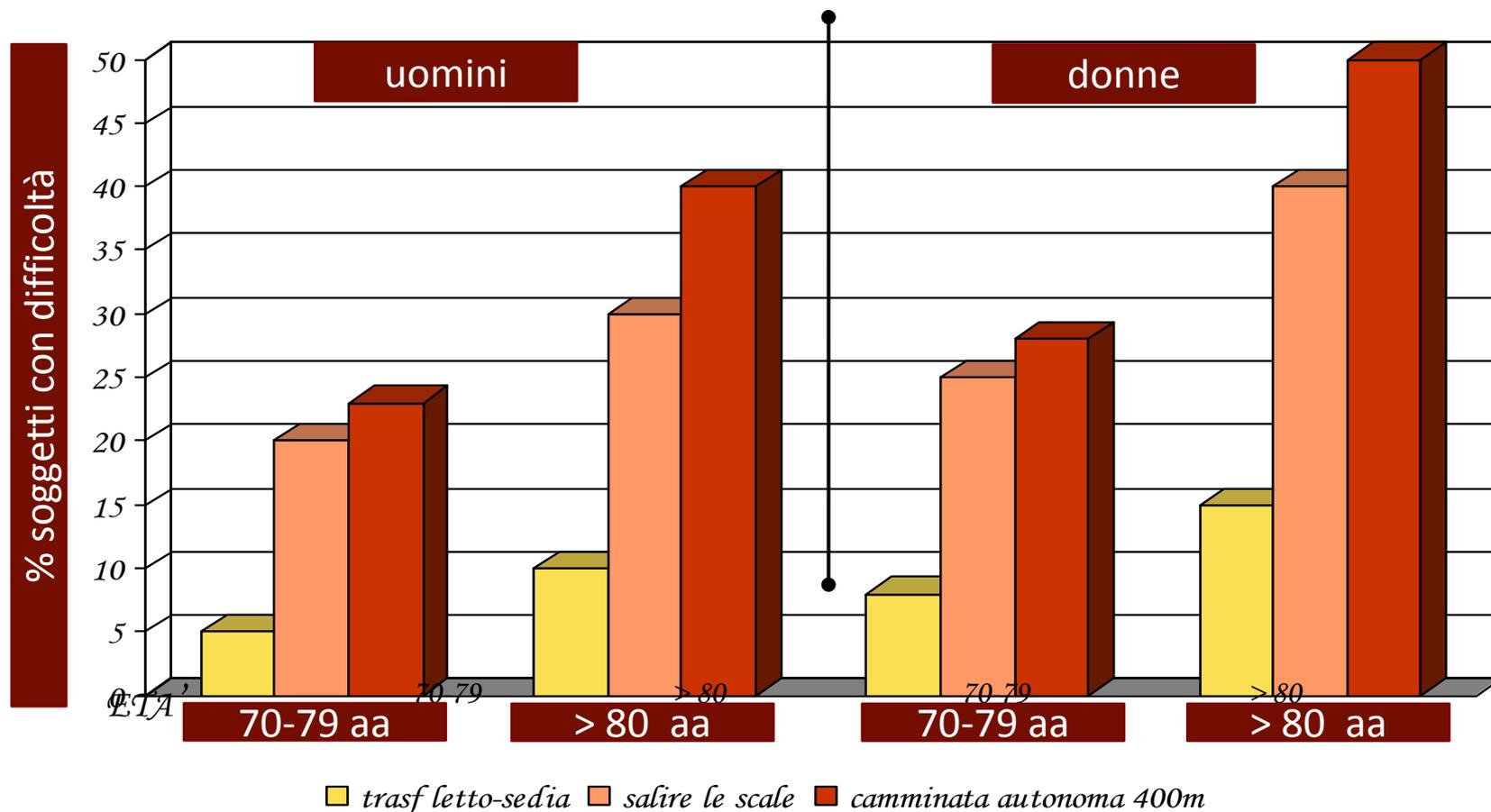
- Esso raramente provoca di per sé immobilità, ma comporta una **riduzione del livello massimo di capacità**, per cui si giunge spesso molto vicino alla **soglia minima** al di sotto della quale si instaura la disabilità; di conseguenza anche piccole riduzioni della riserva funzionale determinate da malattie o da altre cause possono condurre al danno e causare la sindrome da immobilizzazione

Nell'anziano si presenta maggiore frequenza di

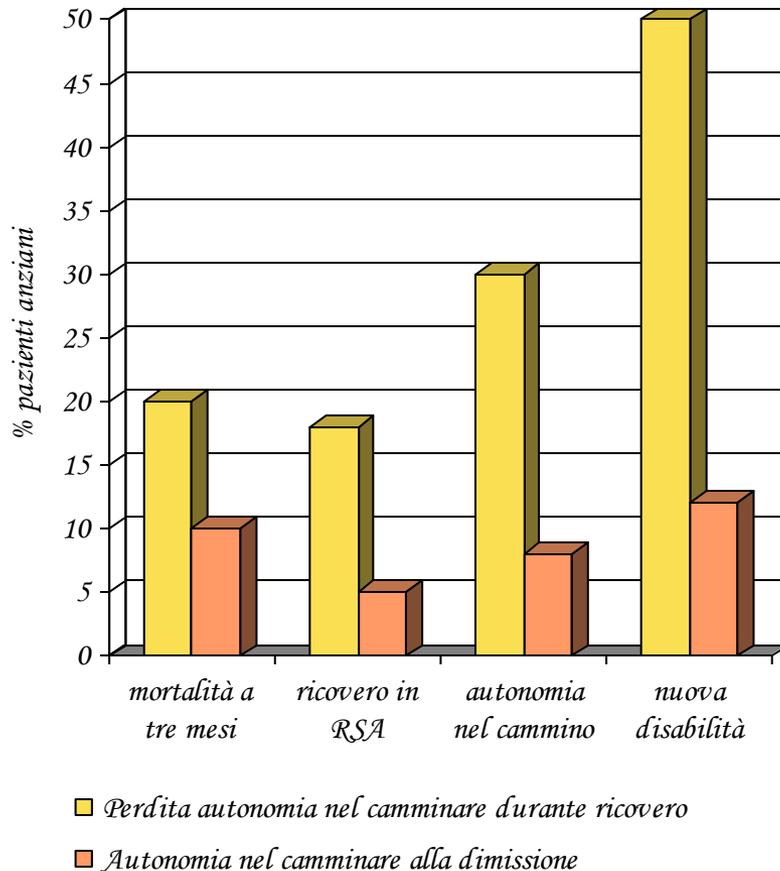
- **Fisiologico decremento prestazione fisica** (riduzione della forza muscolare, del potere aerobico, riduzione della resistenza, della flessibilità, attenuazione della risposta dei barocettori, rallentamento dei riflessi ...)
- **Riduzione capacità funzionale degli apparati**
- **Maggiore morbilità** per patologie croniche
- **Emarginazione**
- **Debolezza psicologica**
- **Fattori economici**

Prevalenza

Prevalenza molto elevata nelle classi di età più avanzate (> 85 anni), soprattutto nel sesso femminile e per le attività che richiedono maggior sforzo

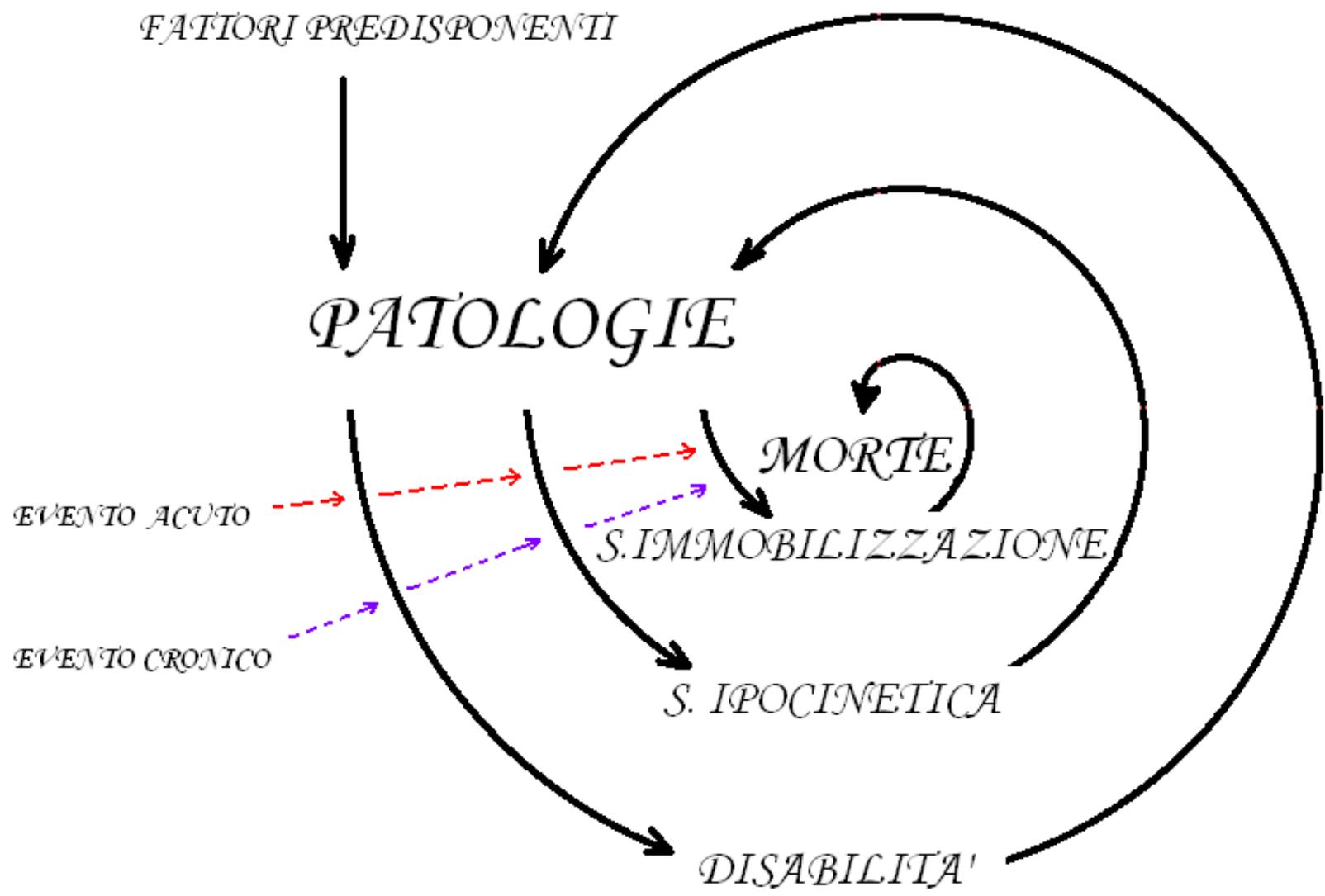


Fattori predittivi



- **Fattori predittivi** per S.I. in anziani ricoverati per patologia acuta e autonomi nella deambulazione a domicilio:
 - **età avanzata**
 - **parziale disabilità pre-ricovero**
 - **uso di ausili per la deambulazione**
 - **elevata comorbidità**
 - **diagnosi di tumore**
- Negli stessi nei tre mesi successivi al ricovero aumenta :
 - **incidenza di mortalità**
 - **istituzionalizzazione**
 - **la disabilità**

- La Sindrome da immobilizzazione espone l'anziano a gravi **complicanze** ed è una importante **causa di morte**.
- Un fattore fondamentale nell'insorgenza di questa sindrome è il **mancato riconoscimento della persona a rischio**.
- E' indispensabile **allontanare l'assistito dal letto**, tranne in pochissime controindicazioni assolute
- L'obiettivo prioritario è riacquisire la capacità di mantenere la **posizione eretta**, eventualmente anche avvalendosi dei **ausili**.



Cause

- Cause **biologiche**
- Cause **psicologiche**
- Cause **socio ambientali**

I meccanismi attraverso i quali la sindrome si instaura sono fondamentalmente tre:

- 1) **assenza di movimento**
- 2) prolungata **posizione clinostatica**
- 3) la **deprivazione sensoriale**

Cause biologiche

Cause di immobilità nelle persone anziane

Malattie muscoloscheletriche

- Osteoartrosi
- Osteoporosi (fratture)
- Polimialgia reumatica
- Borsotendiniti
- Malattie degenerative spinali

Dolore,
limitazione funzionale del
movimento,
debolezza muscolare,
decondizionamento



Cause di immobilità nelle persone anziane

Cardiopatie

- Scompenso Cardiaco
Congestizio
- Cardiopatia ischemica
- Valvulopatie

Dolore

Dispnea

Riduzione della capacità di
lavoro aerobico
(Intolleranza allo sforzo)



Cause di immobilità nelle persone anziane

Malattie neurologiche

Morbo di Parkinson

- Ictus cerebri
- Demenze
- Neuropatia periferica
- Compromissioni midollari
- Vertigini



Deficit di forza fisica muscolare,
perdita dei riflessi propriocettivi,
anormalità nell'andatura,
vertigini,
Aprassia (=incapacità di compiere movimenti volontari finalizzati a uno scopo o di comprendere l'uso di oggetti abituali)

Cause di immobilità nelle persone anziane

Pneumopatie

- BPCO
- Malattie polmonari restrittive

Dolore

Dispnea

Riduzione della capacità di lavoro aerobico
(Intolleranza allo sforzo)



Cause di immobilità nelle persone anziane

Altre cause

- Vasculopatie periferiche
- Iper e-ipotiroidismo
- Patologie a carico dell'occhio
- Ipotensione ortostatica
- Anemie
- Farmacoterapia

Dolore

Debolezza muscolare

Intolleranza allo sforzo

Deficit visivo

Instabilità nella marcia

Riduzione della capacità lavorativa

Confusione mentale

Demotivazione



Cause Socio - Ambientali

- Inadeguatezza del **supporto sociale** che può causare **solitudine, indigenza e malnutrizione**
- Presenza di **barriere architettoniche** (ad es. gradini) e l'assenza di **ausili** per il movimento (ad es. bastoni o altri tipi di appoggi mobili, calzature apposite, sponde o corrimani appropriatamente posizionati), in ambiente domestico o negli istituti di ricovero
- **Supporti familiari** carenti o iperprotettivi
- Assenza di programmi idonei di mobilitazione nei reparti ospedalieri per acuti o negli istituti di assistenza

Cause Psicologiche

- depressione
- il **timore di cadute** (soprattutto in persone già cadute)
- la perdita **dell'abitudine al movimento**

Tutte quelle condizioni che inducono i pazienti a mettersi più spesso a letto o a stazionare più a lungo in poltrona.

Deprivazione Neurosensoriale

Favorita da:

Scarsità di stimolazioni visive, uditive, tattili.

Scarsità di contatti sociali.

Determina:

Disturbi del tono dell'umore.

Disturbi dello stato cognitivo.



Stato confusionale

Disorientamento spazio-temporale

Allucinazioni

Agitazione psico-motoria prevalentemente notturna

Alterazione del ritmo circadiano

La sindrome da
immobilizzazione causa
modificazioni sistemiche
importanti



Sindrome da immobilizzazione: manifestazioni cliniche

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

- ↓ **gittata cardiaca**
- ↓ capacità di **adeguamento** del cuore ad ↑ richiesta di prestazioni
- Stato di **SC** con facile insorgenza di edema polmonare acuto
- ↓ capacità di **aggiustamento pressorio** nel passaggio dal clino all'ortostatismo a causa del decondizionamento dei barocettori

Sindrome da immobilizzazione: manifestazioni cliniche

SISTEMA ARTERIOSO

- ↑ **aggregazione piastrinica** con **ischemia** dei tessuti
- ↓ **liberazione di prostaglandine**
- ↑ **rischio di trombosi arteriosa**

SISTEMA VENOSO

- **Stasi periferica** (arti inferiori, pelvi...)
- ↑ rischio di **trombosi venosa**
- ↑ rischio di **embolia polmonare**

Sindrome da immobilizzazione: manifestazioni cliniche

APPARATO RESPIRATORIO

- **Ipossia e ipercapnia da modificazione del rapporto Ventilazione/Perfusione**
- ↓ capacità vitale per modificazione dei **volumi respiratori**
- **Atelettasia**
- Complicanze infettive da ristagno di secreti, **riduzione del riflesso della tosse**

Sindrome da immobilizzazione: manifestazioni cliniche

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO

- Manifestazioni muscolari: **ipostenia, ipotrofia, contratture**
- Manifestazioni articolari: **fibrosi di tendini**, legamenti e capsule
- Manifestazioni ossee: **osteoporosi**
- Limitazione funzionale: fino alla **anchilosi**

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO

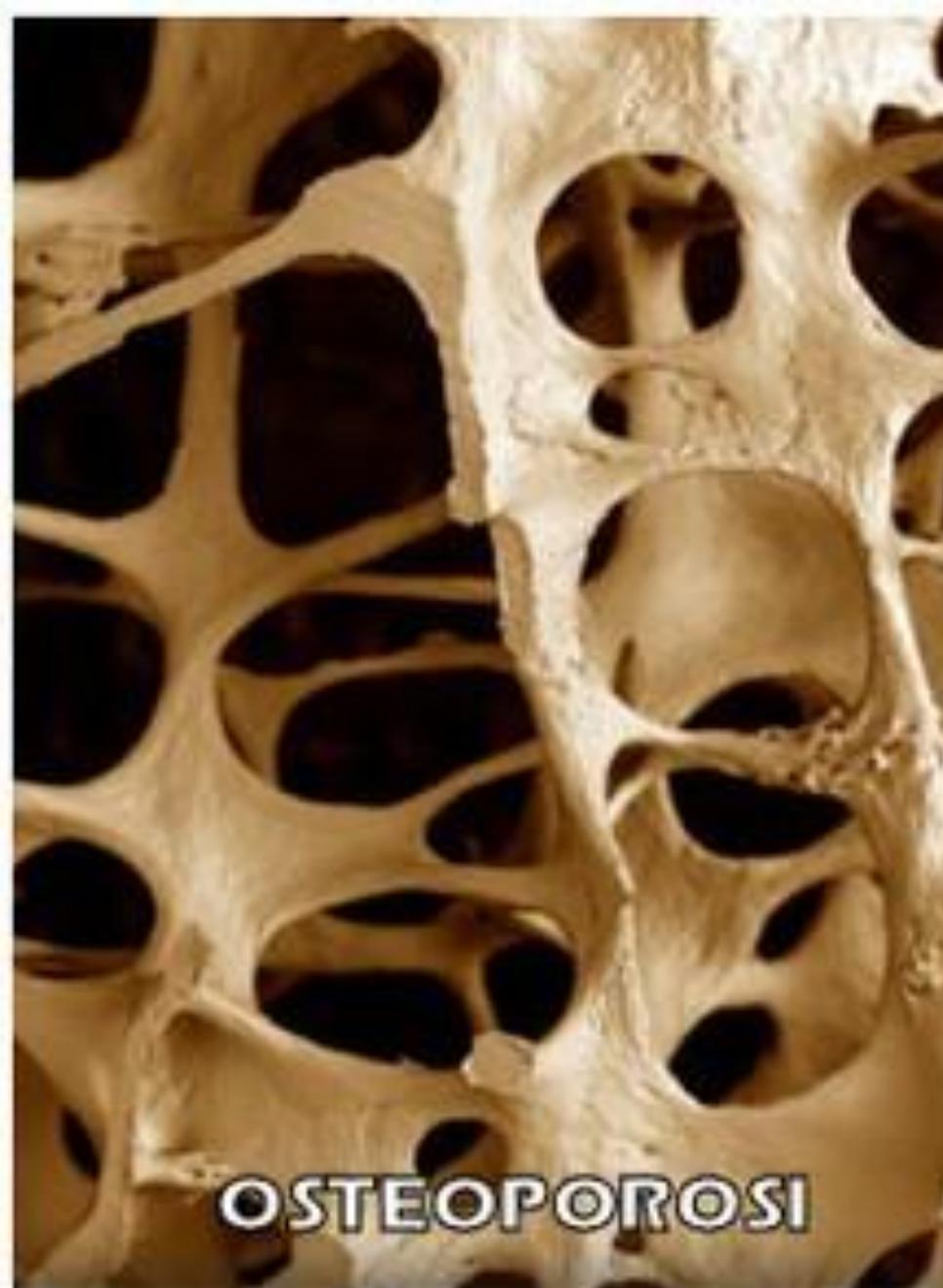
- riduzione della massa (**ipotrofia**) e della forza muscolare per **decondizionamento**
- perdita della **forza contrattile** nell'ordine dell'1-1,5% per giorno di allettamento (**maggiore agli arti inferiori**) dopo **1 settimana si verifica una perdita del 10% della forza muscolare e il superamento della soglia di disabilità**
- talvolta si associano **contratture** muscolari
- la **posizione accorciata** determina un'atrofia doppia rispetto alla posizione allungata

APPARATO OSTEOARTICOLARE

- **riduzione dell'azione osteosintetica** degli osteoblasti ed impoverimento della struttura e della massa ossea (**osteopenia**)
- allettamento prolungato → la perdita di contenuto minerale osseo associata alla perdita marcata di calcio con le urine può comportare l'insorgenza di grave **osteoporosi**.
- A livello articolare → fenomeni di fibrosi di tendini, legamenti e capsule assieme ad alterazioni degenerative simil-artrosiche delle cartilagini e del tessuto osseo sub-condrale → **progressiva perdita dell'escursione articolare fino all'anchilosi**.



NORMALE



OSTEOPOROSI

Ingrandimento al microscopio del tessuto osseo

Sindrome da immobilizzazione: manifestazioni cliniche

Anoressia

- minore richiesta energetica dell'organismo
- rallentamento dei processi digestivi
- stasi fecale
- fattori neuropsicologici confusione mentale, la deprivazione sensoriale e la depressione

Stipsi

- insufficiente introito di liquidi e fibre
- farmaci (anticolinergici, sedativi oppioidi, antiparkinsoniani, antidepressivi triciclici, antiacidi a base di alluminio e calcio, diuretici)
- assunzione ridotta di cibo
- cambiamento orari ed abitudini
- mancanza di privacy

frequente formazione di fecalomi cui spesso consegue la comparsa di **quadri subocclusivi**

Sindrome da immobilizzazione: manifestazioni cliniche

APPARATO URINARIO

- ↑ rischio di **urolitiasi** (da stasi e ↑ secrezione di calcio)
- ↓ **sensibilità vescicale** con alterazioni del meccanismo di svuotamento: - **ritenzione** urinaria
- **Infezioni** delle vie urinarie
- **Incontinenza**
- Ripercussioni **psicologiche di tipo depressivo**

Sindrome da immobilizzazione: manifestazioni cliniche

MANIFESTAZIONI NEUROPSICOLOGICHE

- **Deterioramento cognitivo**, causato dalla **deprivazione neurosensoriale**, dalla **ipoperfusione cerebrale** e da **fenomeni reattivi**
- Stati **confusionali**
- Labilità **emotiva**
- **Depressione**
- **Indifferenza od ostilità** verso l'ambiente e le persone

Sindrome da immobilizzazione: manifestazioni cliniche

APPARATO TEGUMENTARIO

- **Lesioni pressorie**
- Fragilità e secchezza cutanea
- Micosi e processi infiammatori **intradigitali** e sotto le **pliche cutanee**
- **Alopecia**

Trattamento

*...il grande medico non cura ciò che è malato,
ma ciò che non lo è ancora...
(Antica massima cinese)*

Trattamento della sindrome da immobilizzazione

La **riabilitazione** dell'anziano non si identifica

- Nè nel solo trattamento della patologia scatenante
- Nè nella sola rieducazione funzionale, che rappresenta uno degli strumenti tecnici

Ma interviene sull'individuo nella sua globalità, dovendo considerare le componenti psicofisiche, funzionali e socio-ambientali.

Quindi richiede un lavoro **integrato** di equipe tra medici, infermieri, fisioterapisti, educatori, OSS, famiglie ed il sociale.

Norme Generali

- Infondere **fiducia** nell'anziano, fargli capire l'importanza degli atti medici, infermieristici, far notare al paziente anche i più piccoli progressi
 - Coinvolgere, se possibile, nel programma di recupero i familiari e i **caregivers**: per maggiore collaborazione del paziente e potenziare le possibilità di recupero in ospedale e a domicilio.
 - **No more no less**: ... richiediamo perciò da ogni anziano tutto quello che è in grado di fare stimolandolo a conservare i suoi livelli di autonomia, anche se questo comporta un maggiore impiego di tempo e di energie e una maggiore difficoltà organizzativa
- ... a nulla vale la “guarigione clinica” se l'anziano non riesce a lasciare il letto e a riacquistare l'autonomia

Elementi principali della riabilitazione

- attenta **valutazione** delle capacità funzionali del soggetto
- perseguimento di **obiettivi realistici**
- il paziente deve essere **coinvolto attivamente**
- prevenzione delle disabilità secondarie e delle complicanze dell'immobilizzazione (**alimentazione e idratazione, sensi, dolore, igiene, alvo e diuresi, postura, bisogno di sicurezza ...**)
- **adattamento delle capacità funzionali residue all'ambiente e viceversa, adattamento dell'ambiente alle residue capacità funzionali**

Pianificazione infermieristica

Diagnosi infermieristiche **ipotizzabili** →

Diagnosi di problemi attuali o di rischio:

- Compromissione dell'integrità cutanea (Lesione)
- Mobilità compromessa
- Intolleranza all'attività fisica
- Deficit della cura di sé
- Dolore (acuto o cronico)
- Stipsi funzionale cronica
- Perfusionazione periferica inefficace
- Compromissione della funzionalità respiratoria
- Compromessa della perfusione tissutale periferica

- Infezione
- Intolleranza all'attività
- Compromissione della mobilità
- Disturbo della percezione sensoriale
- Senso di impotenza
- Disturbo dell'immagine corporea
- Isolamento sociale
- Rischio di cadute
- Rischio di compromissione della dignità umana
- Tensione del caregiver
- Coping compromesso o inefficace della famiglia
- Ansia di morte
- ...

Interventi

- Somministrare la terapia
- Monitorare l'evoluzione nel tempo
- Favorire la mobilizzazione
- Alternare il decubito postura
- Usare presidi antidecubito (materasso, archetto alzacoperte, cuscini posturali...)
- Stimolare la persona a lavarsi almeno parzialmente in maniera autonoma
- Compensare con l'assistenza le ADL quanto è necessario
- Favorire in generale l'autonomia della persona sfruttando al massimo le capacità residue
- Coinvolgere, educare e supportare i caregiver

- Stimolare la motivazione e far osservare i progressi
- Laddove possibile promuovere l'adesione alla riabilitazione e alla terapia occupazionale
- Stimolare gli interessi della persona
- Cura meticolosa nell'alimentazione e nella idratazione
- Monitoraggio e cura costante dell'apparato tegumentario
- Monitoraggio dell'alvo e della diuresi
- Istruire l'assistito sull'importanza del cambio di posizione (preferire la posizione seduta se possibile)
- Allestire l'ambiente in maniera sicura e adeguata al bisogno
- Favorire la privacy e il confort ambientale
- Personalizzazione...
- ...

Terapia Riabilitativa specifica

- Rivolta al soggetto anziano **colpito da malattia disabilitante** al fine di recuperarlo al più alto livello di autonomia possibile (ictus cerebrale, postumi di fratture ossee, morbo di Parkinson, infarto miocardico e scompenso cardiaco ...)
- Comprende le forme di riabilitazione intensiva o sub-intensiva post-acuzie ed è generalmente attuata in ambiente specialistico (reparti di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, istituti di degenza riabilitativa).

Terapia Riabilitativa aspecifica

- Rivolta all'anziano che, **in conseguenza di uno stato di malattia e della immobilità da essa indotta**, vede ridursi la propria capacità fisica in misura tale da rendergli difficoltoso lo svolgimento delle abituali attività della vita quotidiana, con ripercussioni spesso negative sullo stato psico-cognitivo.
- Comprende anche le forme di riabilitazione estensiva o di mantenimento come prosieguo dei programmi intensivi ed è generalmente attuata **nelle strutture residenziali o a domicilio** (tuttavia alcuni studi hanno dimostrato la sua utilità anche nei pazienti anziani con acuzie).

Terapia occupazionale

- Terapia occupazionale, finalizzata **ad incrementare la capacità del paziente di eseguire le attività di base e strumentali del vivere quotidiano**, stimolando l'utilizzo delle capacità residue anche attraverso l'uso di ausili (ad es. utensili per la prensione, per mangiare e cucinare; calzature apposite).
- Anche la terapia occupazionale può estendersi oltre i tempi del ricovero in ambiente **domiciliare**, o in **centri diurni** o **associazioni**...

ESISTE

UNA SOLA VERA EFICACE SOLUZIONE

CHE SI

CHIAMA

CONTRO LA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE



PREVENZIONE!



GLI AUSILI PIÙ COMUNI



bastone



tripode o
tetrapode



bastone
canadese



deambulatore
con 4 puntali



deambulatore
con ruote



carrozzina
ad autospinta



carrozzina



sistema di
postura



Ormesa



Carrozzina elettrica con joystick



Sistema di postura elettrico con joystick



Sistema di postura a culla
(indoor)





barella doccia



sedia doccia



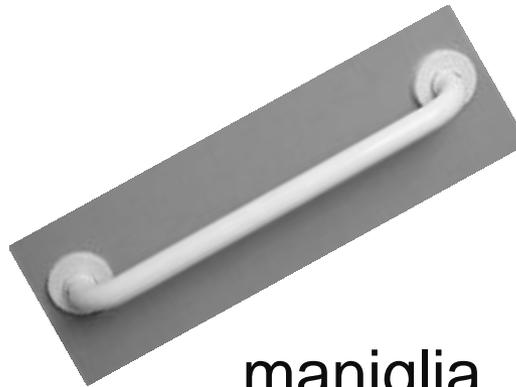
sedia comoda doccia



cuscini posturali



Sedile per vasca



maniglia



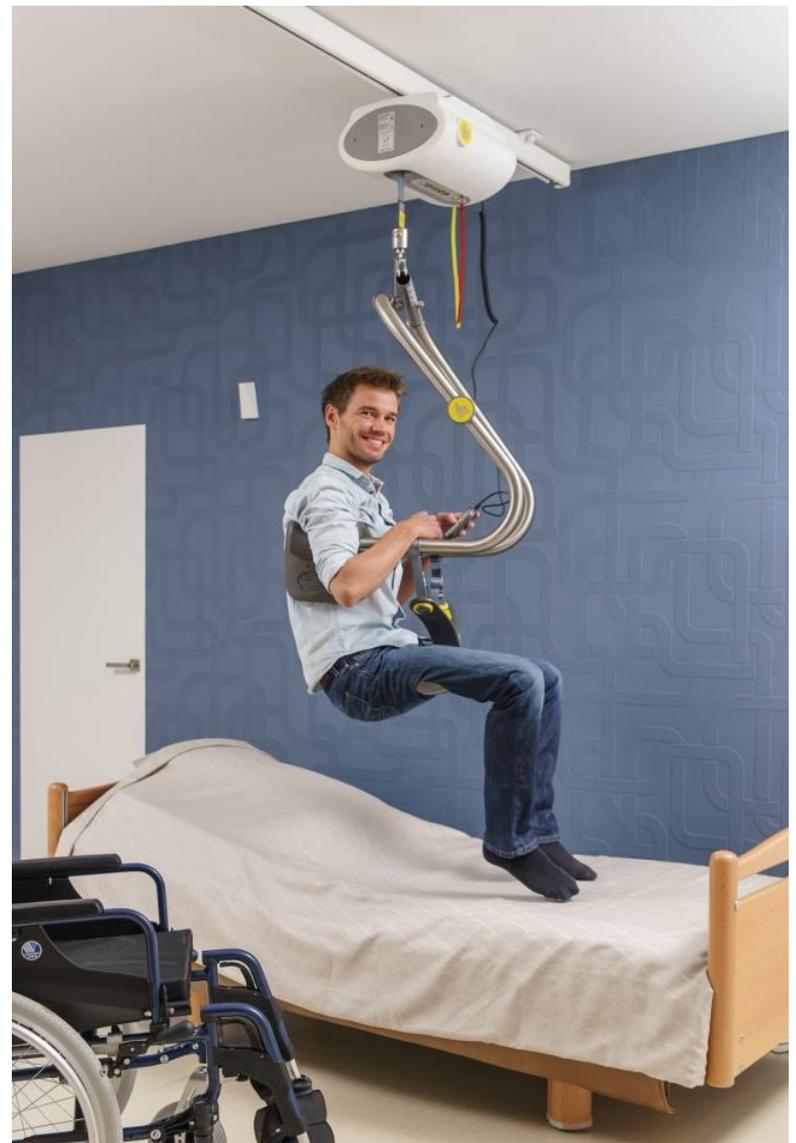
alzawater



trapezio o capra



Sollevatore



Sollevatore a soffitto



WC con bidet integrato



Sollevatore da muro

Piano inclinato
Supino/prono





Statica



...mi piace se ti
muovi...

BIBLIOGRAFIA

- William Hazzard, «*Principi di Geriatria e Gerontologia*», Mc GrawHill
- Giorgio Nebuloni, «*Assistenza infermieristica alla persona anziana*», Casa Editrice Ambrosiana. Edizione Seconda, aprile 2017