



SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

INFORMAZIONI PER DEGENTI, PARENTI ED AMICI



COS'È LA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE O SINDROME IPOCINETICA?

È una condizione caratterizzata da ridotta o assente autonomia nel movimento, ad insorgenza acuta o cronicamente progressiva.

La sindrome ipocinetica **non è una vera malattia**, ma è la conseguenza di altre patologie.

NELLE PERSONE ANZIANE LA SINDROME IPOCINETICA È SPESSO LA CONSEGUENZA DI UNA PROLUNGATA IMMOBILIZZAZIONE A LETTO e, se non adeguatamente contrastata, può portare ad uno stato di disabilità inaggravante fino anche alla morte.

Il riposo a letto è spesso il primo rimedio che l'anziano adotta quando compare uno stato di malattia. Non bisogna dimenticare inoltre che l'invecchiamento fisiologico si accompagna alla riduzione della funzionalità di vari organi importanti per il movimento: la riduzione della forza muscolare, il rallentamento dei riflessi, etc. Esso raramente provoca di per sé immobilità, ma **ANCHE PICCOLE RIDUZIONI DELLA RISERVA FUNZIONALE POSSONO RENDERE DIFFICOLTOSE O IMPOSSIBILI DA COMPIERE ATTIVITÀ MOTORIE ANCHE SEMPLICI.**

PERCHÉ AVVIENE LA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE?

Le principali cause d'immobilizzazione nell'anziano sono:

1. **PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO:** artriti, osteoartrosi, osteoporosi e fratture.
2. **MALATTIE NEUROLOGICHE:** ictus, morbo di Parkinson, demenza, neuropatie periferiche.
3. **MALATTIE CARDIOVASCOLARI:** scompenso cardiaco (dispnea da sforzo), angina da sforzo, arteriopatie obliteranti periferiche (claudicatio intermittens).
4. **MALATTIE POLMONARI.**
5. **ALTRE CONDIZIONI:**
 - a) **La riduzione della vista** (cataratta, retinopatie, ecc.), patologie a carico dei piedi (ulcere, calli), malnutrizione, gravi malattie sistemiche (ad es. neoplasie), effetti collaterali di farmaci (sonnolenza indotta da ansiolitici, rigidità muscolare e bradicinesia da neurolettici), comorbidità.
 - b) **La depressione**, il timore di cadute e la perdita dell'abitudine al movimento (ad es. per decondizionamento da riposo prolungato a letto dopo malattie acute) sono condizioni che inducono

la persona anziana a stazionare più a lungo tra poltrona e letto.

- c) I **fattori socio-ambientali** come la solitudine, l'indigenza e la malnutrizione. La 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) possono inoltre ostacolare le prestazioni motorie.

Naturalmente questi fattori interagiscono tra di loro ed è da tale interazione che dipende la velocità con cui s'instaura e progredisce la sindrome da immobilizzazione.



COSA SUCCEDA SE NON SI PREVIENE LA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE?

✚ APPARATO LOCOMOTORE:

L'attività fisica è indispensabile per mantenere il normale funzionamento delle ossa, cartilagini e muscoli.



L'immobilizzazione prolungata porta a riduzione della massa (ipotrofia) e della forza muscolare (ipostenia), a cui talvolta si associano le contratture muscolari.

In assenza delle sollecitazioni meccaniche intermittenti che si producono normalmente durante il carico, le cartilagini vanno incontro ad una progressiva deformazione, sino a bloccarsi e non permettere alcun movimento.

Anche le ossa, quando non sopportano il peso del corpo, diventano più fragili (osteoporosi).

✚ APPARATO CARDIOVASCOLARE:

Una delle più temibili complicanze dell'allettamento è la trombosi venosa profonda; essa è una condizione caratterizzata dalla formazione di trombi, ovvero coaguli di

sangue adesi alla parete del vaso, che possono staccarsi, andare in circolo e ostruire una vena o arteria.

Un'altra complicanza riguarda la reistribuzione del flusso sanguigno verso la periferia nel momento in cui si riprende la posizione eretta; questa può determinare un calo della pressione, capogiri e senso di debolezza al minimo sforzo.



✚ APPARATO RESPIRATORIO:

La posizione distesa (supina) provoca una riduzione dell'espansione dei polmoni e un aumento del ristagno di secrezioni bronchiali. Queste due condizioni facilitano l'insorgere di bronchiti e polmoniti.

✚ APPARATO GASTROENTERICO:

La posizione supina può rendere difficoltosa l'introduzione di cibo e la deglutizione, mentre la mancanza di attività fisica riduce il senso di fame e l'appetibilità del cibo, portando a riduzione dell'apporto di nutrienti. I tempi di transito gastrointestinale sono prolungati e si incorre alla stipsi, sino alla formazione di fecalomi (feci molto dure e

difficili da espellere). La stasi di materiale fecale e le modificazioni della flora batterica locale possono causare inoltre fenomeni fermentativi, con conseguente meteorismo e incontinenza fecale.

APPARATO URINARIO:

Una delle manifestazioni più frequenti della sindrome da immobilizzazione è l'incontinenza urinaria, in quanto la posizione supina rende più difficile il controllo dei muscoli della vescica.

SISTEMA NERVOSO E PSICHE:

L'immobilizzazione riduce la possibilità di relazione con il mondo esterno: gli stimoli sensoriali diminuiscono, i processi mentali subiscono un rallentamento e così anche la capacità di orientamento. Frequente è la comparsa di una sindrome depressiva, poiché peggiora la qualità delle relazioni interpersonali e il soggetto si percepisce dipendente, passivo, bisognoso di cure e assistenza.

APPARATO TEGUMENTARIO:

L'evento più temuto della sindrome da immobilizzazione è la comparsa di lesioni da decubito (piaghe o ulcere).

Il principale meccanismo patogenetico è la compressione esercitata sui tessuti molli da parte di una superficie rigida (prominenza ossea) e ciò è quanto accade per gli anziani costretti in posizione supina o seduta e che non siano mobilizzati per più di due ore.

Le aree cutanee maggiormente interessate sono quelle che ricoprono il sacro, il grande trocantere, il calcagno, i malleoli, le scapole, il padiglione auricolare, etc. I fattori favorevoli sono la frizione, l'umidità della cute, la disidratazione cutanea e la riduzione del tessuto sottocutaneo.

Per tali motivi i **fattori di rischio per lo sviluppo delle ulcere da decubito, oltre all'immobilizzazione, comprendono l'incontinenza uro-fecale, la malnutrizione, la disidratazione, l'anemia, i disturbi cognitivi e la riduzione della sensibilità periferica.**



COME SI PREVIENE LA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE?

Ai fini della prevenzione e del recupero della sindrome da immobilizzazione non sono necessari provvedimenti speciali, ma semplici regole di comportamento e di assistenza.

- ✚ **Occorre evitare il prolungato riposo a letto,** incoraggiando invece la precoce mobilizzazione, appena le condizioni lo consentano. Sollecitare dapprima alla postura seduta (allo scopo di ridurre i disturbi dell'equilibrio) e, successivamente, al movimento ed alla ripresa delle consuete attività. **IMPORTANTE È STIMOLARE L'AMMALATO A MUOVERSI, ANCHE SE NON PUÒ SCENDERE DAL**

LETTO; INCORAGGIARLO A SVOLGERE PICCOLI MOVIMENTI COME PETTINARSI O MANGIARE AIUTA INOLTRE A MANTENERE L'AUTOSTIMA E L'AUTONOMIA NELLE SEMPLICI ATTIVITÀ QUOTIDIANE. Per una prevenzione efficace della sindrome ipocinetica è determinante LA MOTIVAZIONE non solo dell'ammalato, ma anche di chi lo circonda, senza la quale nessun successo potrà essere garantito.

✚ Per prevenire l'incontinenza urinaria è importante **accompagnare spesso** il malato ai servizi, anche se non avverte lo stimolo. Se il malato non può scendere dal letto, può essere utile stimolarlo e aiutarlo ad utilizzare il pappagallo o la padella.

✚ La stipsi può essere prevenuta assumendo una dieta varia e ricca di frutta, verdure e latticini (ad es. yoghurt).

Molto importante è **stimolare a bere** almeno un litro e mezzo di acqua o altri liquidi al giorno e aiutare a muoversi almeno un po' (anche piccoli spostamenti nel letto).



SE LA PERSONA È DIABETICA O SOFFRE DI IPERTENSIONE, INSUFFICIENZA RENALE O MALATTIE CARDIACHE, È FONDAMENTALE CHE LA DIETA E LA

QUANTITÀ DI LIQUIDI DA ASSUMERE NELL'ARCO DELLA GIORNATA SIANO CONCORDATE CON IL MEDICO.

✚ Per **prevenire la comparsa di lesioni** da decubito occorre osservare quotidianamente il malato ponendo particolare attenzione a:

- Alimentazione e idratazione: controllare che il malato assuma almeno metà del cibo offerto ai pasti ed eventuali spuntini. Stimolarlo a bere.



- **Umidità della cute:** ispezionare la cute e cambiare la biancheria qualora sia umida o bagnata.
- **Mobilizzazione:** aiutare la persona a mettersi seduta in poltrona o stimolarla a modificare la

propria postura nel letto. Mobilizzarla ogni 2 ore qualora non sia in grado di compiere alcun movimento.

- **Integrità della cute:** verificare la presenza di secchezza della cute e delle mucose, screpolature, arrossamenti. Nell'ambito dell'ispezione della cute, occorre fare particolare attenzione alle prominenze ossee in relazione alle diverse posture assunte dalla persona.

È utile l'impiego di sostanze emollienti e idratanti quando la cute è secca, e l'uso di pellicole protettive per proteggere i punti a maggior frizione (membrane semipermeabili in film di poliuretano).

Per contrastare gli effetti negativi dovuti alla pressione, quando la persona è allettata, è necessario stabilire un programma di cambio posturale. Va ricordata, nel cambio delle posture, la corretta successione delle 4 posizioni: decubito supino - fianco destro - decubito prono (se possibile e gradito dal paziente) - fianco sinistro, per evitare di rimettere sempre il malato in posizione supina ad ogni cambio. Utilizzare ausili (come cuscini o schiume) per alleviare la pressione sulle prominenze ossee. Utilizzare un sistema di supporto dinamico (ad esempio materassi a

pressione alternata) se il malato non è in grado di cambiare la sua posizione.



L'indicazione primaria è quella di svolgere quotidianamente un'accurata pulizia cutanea.

Il bagno o la doccia devono essere eseguiti tutti i giorni, evitando l'acqua troppo calda. Utilizzare prodotti idratanti ed emollienti per proteggere la cute, come creme, ossido di zinco all'acqua o all'olio, olio di mandorla e olio vitaminizzato. Non utilizzare profumi e talco, che causano secchezza della pelle, nonché pomate, creme e lozioni oleose, che possono indurre macerazione cutanea. Deve essere effettuata, inoltre, un'accurata igiene dopo ogni minzione ed evacuazione, per prevenire il rischio di infiammazioni e infezioni cutanee ed è indispensabile stimolare l'uso della padella o del pappagallo.

Per l'igiene dei piedi rivolgere particolare attenzione sia al lavaggio sia all'asciugatura degli spazi interdigitali (per evitare macerazioni o micosi). Se i piedi presentano secchezza o disidratazione ricorrere all'uso di sostanze idratanti o oli.



Edito dall'Ufficio Comunicazione su testi e immagini forniti dalla Dott.ssa Ivana Sossi e dalla Dott.ssa Daniela De Matteis del Dipartimento ad Attività Integrata di Medicina Interna, **in** **aderenza agli standard di Accreditamento Joint Commission International**

Ufficio Comunicazione

tel. 040 – 399 6300; 040 – 399 6301

e-mail: comunicazione@asuits.sanita.fvg.it

www.asuits.sanita.fvg.it

Strada di Fiume 447 – 34 149 Trieste

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA

RID: Dott.ssa Daniela De Matteis

Tel: 040 – 399 4150; Fax 040 – 399 4300

Mail: daniela.dematteis@asuits.sanita.fvg.it

Revisione4 – settembre 2017