

Sindrome da immobilizzazione detta anche “Sindrome IPOCINETICA”

Di Alessandra Vernacchia

Le ultime rilevazioni dell'Istat indicano che la popolazione degli over 65enni attualmente rappresenta il 22,3% della popolazione totale ed è integrata da una 8% di persone immigrate, con cultura ed abitudini differenti dalle nostre.

Gli attuali 65enni sono il frutto del periodo post bellico, nati durante la ricostruzione dell'Italia (1950), quando era logico abbandonare le terre per trasferirsi nelle città. Sono i figli della sedentarietà, della televisione, dei computer, della nascita dei mezzi di trasporto tecnologici che sostituiscono la bicicletta. Sono le persone che progressivamente perdono la loro autonomia motoria con una modifica anche strutturale della muscolatura (ipotrofia ed ipostenia).

Nelle persone anziane la Sindrome Ipocinetica può essere la conseguenza di un prolungato allettamento. Non si tratta di una patologia ma ne è la conseguenza. Si instaura nel momento in cui si realizzano piccole riduzioni della riserva funzionale che possono rendere difficoltose, o impossibili da compiere, attività motorie anche semplici. Le patologie che compromettono tali funzionalità sono:

- **Patologie a carico dell'apparato muscoloscheletrico:** artriti, osteoartrosi, osteoporosi e fratture.
- **Patologie neurologiche:** demenza, ictus, morbo di Parkinson, neuropatie periferiche.
- **Patologie cardiovascolari:** scompenso cardiaco (dispnea da sforzo) angina da sforzo, arteriopatie obliteranti periferiche (claudicatio intermittens).
- **Patologie respiratorie.**
- Altre condizioni morbose.

Tale sindrome può essere volontaria o obbligatoria. E' volontaria nel momento in cui l'anziano decide spontaneamente di “**arrendersi alla vita**”. E' obbligatoria quando si realizza a seguito di un allettamento prolungato non voluto, come può essere una frattura di femore non operabile a causa di comorbidità che devono essere prima stabilizzate.

Si sviluppa in tre fasi che ne dettano la reversibilità e quindi la possibilità di recuperare il paziente intervenendo con i giusti stimoli:

Prima Fase reversibile: Perdita della normale “sequenza motoria dell'alzarsi”

Seconda Fase reversibile: Perdita del coordinamento e dell'iniziativa motoria

Terza Fase irreversibile: Grave decondizionamento dei meccanismi di controllo posturale.

Nella fase irreversibile il paziente ormai non ha più il controllo del proprio corpo e dipende in tutto e per tutto dal caregiver che lo assiste. Ogni azione rivolta a renderlo autonomo sarà fallimentare.

Tale stato di disabilità ingravescente può comportare ulteriori compromissioni che possono coinvolgere i vari apparati. La prolungata immobilizzazione comporta ipostenia e ipotrofia a cui talvolta si associano anche contratture muscolari. La posizione supina (distesa) provoca una riduzione dell'espansione dei polmoni con conseguente aumento del ristagno delle secrezioni bronchiali che facilitano l'insorgere di bronchiti e polmoniti. Tale posizione rende difficile anche l'introduzione di cibi con l'alterazione della deglutizione. Inoltre la scarsa mobilizzazione riduce il senso della fame e quindi dell'appetito, facendo ridurre l'apporto dei nutrimenti. Anche l'apparato urinario ne risente in tale posizione, in quanto si ha difficoltà ad avere il controllo dei muscoli che regolano la vescica e quindi si genera incontinenza urinaria. Ulteriore condizione è la formazione di trombi e quindi la realizzazione di una TVP (Trombosi Venosa Profonda). Tutte queste alterazioni comportano un allontanamento dalle relazioni esterne con conseguente diminuzione degli stimoli sensoriali. I processi mentali subiscono un rallentamento e così anche la capacità di orientamento.

Ma l'evento che più si teme è l'alterazione **dell'apparato Tegumentario** e quindi l'insorgenza di **Lesioni da Pressione**.

In questo caso è fondamentale osservare quotidianamente il paziente ponendo particolare attenzione all'Alimentazione ed idratazione, al controllo dell'Umidità della cute gestendo le perdite urinarie. Mobilizzarlo per quanto possibile e preservare l'integrità cutanea mediante l'uso di emolienti, idratanti e medicazioni avanzate preventive quali idrocolloidi e film di poliuretano per evitare le forze di attrito e di frizione.

Per il paziente allettato prevedere una idonea superficie antidecubito. Per il paziente che si mobilizza un ausilio preventivo per la sedia a rotelle come i cuscini antidecubito.

A seguire parleremo dei presidi antidecubito e del loro corretto utilizzo.

- Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson J, et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997;52:M106-10.
- Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH, et al. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1435-40.

- Phillips LP. *Ulcers*. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapardini RD, eds. *Dermatology*. Philadelphia, PA: Mosby 2003, pp. 1631-49.

