

FICHA DE LEITURA – SÍNDROME DO IMOBILISMO

No âmbito do Ensino Clínico em Cuidado Gerontogeriatrico em Contexto de Longevidade a decorrer na FFF- Portunhos, achei pertinente realizar uma ficha de leitura com o tema de “Síndrome do Imobilismo”, devido a uma certa quantidade de utentes presentes na unidade terem mobilidade reduzida ou nenhuma mobilidade.

Segundo (Biolo et. al, 2005), a imobilidade corresponde a uma síndrome geriátrica afetando na generalidade com problemas incapacitantes, o que culmina na abolição dos movimentos articulares. A causa deste comprometimento de mobilidade é multifatorial, sendo predominante as causas neurológicas e músculo-esqueléticas.

O diagnóstico da Síndrome do imobilismo deve ter em conta dois critérios: um critério maior, que pode ser um deficit cognitivo de médio a grave e a presença de contraturas; ou um critério menor, que engloba alterações cutâneas, perda parcial ou total da fala. O utente é diagnosticado com esta síndrome quando apresenta dois critérios menores ou um dos maiores. (Siqueira & Cordeiro, 2005)

Considera-se que as classificações baseadas no tempo de imobilidade do utente indicam o seguinte: de 7 a 10 dias representa um período de repouso, enquanto de 12 a 15 dias é considerado imobilização, e a partir do 15º dia é classificado como decúbito de longa duração.

As imobilizações do doente no leito têm consequências multisistémicas como dito anteriormente. O imobilismo resulta na perda de massa óssea, aumentando a predisposição do utente para fratura, limitações funcionais que vão ter efeito nas transferências, limitações nas atividades de vida diária, alterações na marcha e aumento do risco de úlceras de pressão.

CONSEQUÊNCIA A NÍVEL RESPIRATÓRIO

Segundo (Winkelma, 2009), a ventilação e a perfusão pulmonar podem também ficar afetadas devido ao elevado tempo de imobilização, o que se vai traduzir em episódios de hipoxemia, capacidade de reserva ventilatória reduzida, aumento da dispneia e maior dificuldade no processo de desmame ventilatório.

A imobilidade prolongada, pode causar diversos prejuízos a nível respiratório. A redução da movimentação compromete a função pulmonar, levando à diminuição da capacidade pulmonar total e do volume de ar expirado. Além disso, a perda de força muscular afeta diretamente os músculos intercostais e o diafragma, o que torna a respiração mais superficial e menos eficiente. Um quadro deste tamanho, vai favorecer o acúmulo de secreções nas vias aéreas, decorrente da limitação da força muscular. Como consequência, a tosse torna-se então menos eficiente no que diz respeito à remoção das secreções. A respiração superficial, por sua vez, pode levar ao aumento dos níveis de dióxido de carbono no sangue, o que estimula uma elevação da frequência cardíaca como tentativa do organismo para compensar esta alteração.

CONSEQUÊNCIA A NÍVEL TEGUMENTAR

Outro problema associado à imobilidade é o aparecimento de lesões por pressão, que representam um grave problema de saúde, com repercussões na pessoa, ao nível da mortalidade e morbilidade e os valores de prevalência destas tendem a aumentar nas populações de risco, nomeadamente as pessoas em estado crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

A imobilidade prolongada, é um dos principais fatores de risco para a aparição de lesões por pressão. Estas lesões, ocorrem devido à pressão contínua sobre determinadas áreas do corpo, geralmente em regiões que estão associadas a maior pressão tais como: sacro, calcâneos, quadris e ombros, comprometendo assim a circulação sanguínea local. Esta diminuição do fluxo sanguíneo, leva à isquémia tecidual, que, se não for aliviada, pode resultar em feridas abertas e no pior dos casos à necrose.

Além da pressão, outros fatores como a fricção e humidade também contribuem para o agravamento destas lesões. Utentes imobilizados durante um tempo prolongado, apresentam frequentemente redução na sensibilidade e na capacidade de mudar autonomamente de posição, o que dificulta a prevenção natural deste problema. A pele e os tecidos subjacentes, tornam-se então mais vulneráveis, especialmente quando há comprometimento nutricional ou outras comorbidades.

CONSEQUÊNCIAS A NÍVEL CARDIOVASCULAR

Segundo Dittmer e Teasell (1993), as complicações cardiovasculares derivadas da imobilidade dividem-se, essencialmente, em 4 subtipos: aumento do ritmo cardíaco, diminuição da reserva cardíaca, hipotensão ortostática e episódios tromboembólicos venosos.

No que toca à taquicardia, acredita-se que durante o repouso no leito, a frequência aumenta cerca de 1 batimento por minuto a cada dois dias, sendo possível verificar a gravidade de imobilizações prolongadas. Devido ao aumento do ritmo cardíaco, é possível observar uma diminuição do tempo de diástole e diminuição do tempo de ejeção sistólica, com consequências no fluxo sanguíneo coronário e respetiva perfusão miocárdica. (Dittmer & Teasell, 1993). Associadamente surge, em imobilizações superiores a 3 semanas, uma incapacidade do organismo se adaptar a uma postura ereta, surgindo hipotensão ortostática. Hipotensão ortostática define-se como a queda da tensão arterial entre a posição de decúbito e a posição sentada, mais concretamente uma redução da pressão arterial sistólica de pelo menos 20mmHg ou diastólica de mais de 19 mmHg num período de levante superior a 3 min. (Momeyer M, 2014)

A imobilidade (repouso no leito, imobilizações engessadas e paralisia dos membros inferiores devido a condições neurológicas) aumenta o risco de trombose venosa, sobretudo devido à estase sanguínea e ao aumento da coagulabilidade sanguínea. Acredita-se que 4 dias seja o suficiente para a génese de eventos tromboembólicos. (Cushman M, 2007) A maior parte dos utentes com episódios de trombose venosa profunda não demonstra sintomas clínicos, sendo que a sintomatologia inicial tende a aparecer com graus severos de inflamação e em grande área de extensão. Os sinais mais comuns são dor, rigidez, dilatação, distensão venosa, palidez ou cianose e positividade

ao sinal de Homans. (Dittmer & Teasell, 1993)

CONSEQUÊNCIAS AO NÍVEL MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Falando agora sobre as alterações decorrentes do imobilismo no sistema músculo-esquelético, podemos observar a diminuição da massa óssea, mudanças no tecido conectivo peri-articular e intra-articular, além da perda de densidade óssea.

Estas alterações ocorrem em poucos dias de restrição ao leito, causando a atrofia dos músculos esqueléticos e resultando em fraqueza muscular, falta de coordenação e desequilíbrio. A redução da massa muscular pode chegar a 10% a 15% por semana, o que aumenta a má qualidade do movimento. Como consequência da imobilidade, surgem, também, contraturas definidas como deformidades fixas articulares que ocorrem por um processo de reposição do tecido conjuntivo e muscular que, em situações de imobilidade, tende a ser imperfeito devido à inexistência de movimento. (Dittmer & Teasell, 1993)

Os fatores que contribuem para o surgimento de contraturas incluem, entre outros, o posicionamento inadequado no leito, a colocação dos membros em posições encurtadas ou ainda o próprio processo patológico associado à imobilidade. Essas contraturas têm um caráter limitante, tanto pela dificuldade de locomoção e pela perda da autonomia em atividades como o banho, quanto pela dor que promovem, agravando o quadro de imobilidade e gerando um ciclo patológico que deve ser prevenido para preservar a funcionalidade do idoso. O manejo dessa complicação relacionada à imobilidade baseia-se principalmente na mudança frequente das posições do paciente e na realização de mobilizações passivas e ativas das articulações afetadas, frequentemente com o uso de termoterapia por calor como recurso facilitador. A prevenção envolve a aplicação de protocolos específicos de exercício, como a realização de 6 a 8 repetições a 75–85% da intensidade máxima, com ênfase em contrações concêntricas e excêntricas, especialmente em pacientes acamados por mais de 14 dias. (Bamman et al., 1998)

Quanto a consequências a nível esquelético, segundo Dittmer & Teasell (1993), a osteoporose é identificada em indivíduos acamados e caracteriza-se por hipercalcúria e hidroxiprolinúria. O fator predominante apresenta ser o aumento da reabsorção óssea o que leva a uma perda óssea de cálcio superior a 200mg/dia.

PREVENÇÃO

“Apesar de o repouso ser uma arma fundamental nos esquemas terapêuticos para a maioria das patologias agudas e crônicas graves, utilizado e reconhecido há séculos, é necessária a compreensão de que, tal como outros atos ou prescrições médicas, o acometimento ao leito apresenta efeitos adversos, muitas vezes prejudiciais ao processo de resolução da enfermidade primária, sendo que esse facto, tal como na utilização das estratégias farmacológicas, leva a que esta opção seja utilizada de forma limitada no tempo e reduzida à “dose” mínima necessária à cura ou a uma boa evolução clínica. É necessário reconhecer ainda que a execução de uma estratégia não farmacológica, baseada em estratégias de nutrição, prática de exercício físico e ações fisiátricas, se reveste de uma importância comparativa superior a qualquer ação farmacológica que possa ser tomada.” (Quintela, 2015)

Depois desta explicação, concluo que a imobilização é um processo complexo que requer cuidados preventivos e intensivos para evitar o desenvolvimento de algumas das situações descritas anteriormente. Algumas formas preventivas durante o período de imobilização incluem a realização de exercícios de alongamento e flexibilidade, fortalecimento muscular e redução da gordura corporal, sempre respeitando os limites de dor e a condição do doente. A utilização de instrumentos padronizados de mensuração permite também uma boa aceção da funcionalidade, possibilitando programas de reabilitação, estratégias de prevenção.

BIBLIOGRAFIA

- Bamman MM, Clarke MS, Feedback DL, Talmadge RJ, Stevens BR, Lieberman SA, Greenisen MC: Impact of resistance exercise during bed rest on skeletal muscle sarcopenia and myosin isoform distribution. *Journal of Applied Physiology* 1998, 84(1):157-163.
- Biolo G, Piccoli A, Zanetti M. Metabolic consequence of physical inactivity. *J Ren Nutr.* 2005;15(1)49-53.
- Cushman M: Epidemiology and risk factors for venous thrombosis. In: *Seminars in hematology*; 2007: Elsevier; 2007: 62-69.
- Dittmer D, Teasell R: Complications of immobilization and bed rest. Part 1: Musculoskeletal and cardiovascular complications. *Canadian Family Physician* 1993, 39:1428.
- Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013. Disponível na Internet: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Quintela, J. (2015). *Síndrome da Imobilidade no Idoso* [Review of *Síndrome da Imobilidade no Idoso*].
- Siqueira AB, Cordeiro RC. Imobilidade In: Ramos LR, Toniolo Neto J. Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp – Escola Paulista de Medicina – Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Manole; 2005. cap. 21.
- Winkelman C. Bed rest in health and critical illness: A body systems approach. *AACN Adv Crit Care* [revista em linha]. 2009; 20(3):254-66. Disponível na Internet: https://www.researchgate.net/publication/26701683_Bed_Rest_in_Health_and_Critical_Illness

Alex Damas Santos (a22101256)