



Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa	
Modulo	Fragilidade e queda em Idosos
Unidade 03	Síndrome da Imobilidade
Tópico 01	Introdução



Seja Bem Vind@ a Unidade
Síndrome da Imobilidade no Idoso

Nesta unidade estudaremos sobre essa síndrome, suas causas, efeitos e tratamento. Esperamos assim contribuir para a sua prática profissional, permitindo que você trate esse idoso de forma adequada melhorando a qualidade de vida do paciente!

[Clique aqui para conhecer os objetivos dessa unidade](#)

OBJETIVOS

Os objetivos dessa unidade são:

- Compreender a síndrome da imobilidade;
- Identificar as consequências desta síndrome;
- Saber orientar o idoso e seus familiares quanto a prevenção de suas complicações da síndrome da imobilidade.

A síndrome da imobilidade é definida como um conjunto de repercussões deletérias ao organismo acamado por um período prolongado. Sendo muito prejudicial principalmente para os indivíduos que apresentam idade superior aos 60 anos. As causas desta imobilidade são variadas, porém as mais predominantes são afecções neurológicas e músculo-esqueléticas.



7 a 10 dias

Quando o paciente passa de 7 a 10 dias restrito ao leito, considera-se este tempo como período de repouso.

10 a 15 dias

A partir de 10 dias, entre 12 e 15 dias, já é considerado imobilização.

A partir de 15 dias

Depois deste período, o paciente já assume uma condição de decúbito de longa duração. A cada semana de restrição ao leito, o paciente o paciente perde massa muscular e conseqüentemente força muscular. Ao final de quatro semanas, o indivíduo perde aproximadamente 50% da força inicial.

O sistema músculo-esquelético é o mais acometido por esta síndrome, porém não é o único. Praticamente todos os sistemas do organismo ficam comprometidos: cardiorrespiratório, vascular, endócrino, gastrointestinal, urinário e neurológico, além do tecido conjuntivo e epitelial.

Existe a possibilidade de a imobilidade afetar também o estado emocional do paciente, podendo levá-lo à apatia, isolamento, depressão, ansiedade. A síndrome da imobilidade representa um risco para o indivíduo acometido por causa da redução da capacidade funcional, a redução das funções fisiológicas e por causa das complicações. As complicações vão variar de acordo com a condição do paciente anterior à imobilidade, comorbidades pré-existentes e aos cuidados no leito com este paciente.



A etiologia desta síndrome é multifatorial. Sendo os principais fatores músculo-esqueléticos e neurológicos. Pode ser desencadeada por fatores psicológicos, sociais e físicos.

Aspectos psicológicos/neurológicos

O paciente depressivo, que apresenta medo de cair ou ainda alguma doença neurodegenerativa, como Alzheimer, podem passar a ficarem restritos no leito e desenvolverem a Síndrome.

Aspectos Sociais

Pacientes institucionalizados, pacientes que se isolam socialmente que não tem estímulos para se levantar, onde não há o apoio da família. Pessoas com este perfil têm uma tendência maior a se restringir ao leito, culminando nesta afecção.

Aspectos Físicos

Indivíduos idosos apresentam uma série de limitações físicas que podem levar o paciente a imobilidade no leito. Tais afecções podem ser: osteoporose, fraqueza muscular, insuficiência venosa. O tratamento de fraturas pode ser, em alguns casos, a restrição ao leito até que a mesma esteja consolidada. Isto pode fazer que o indivíduo fique acamado por até quatro semanas, trazendo benefícios para o local acometido, porém efeitos deletérios para o organismo de uma forma geral.

Critérios para a identificação da Síndrome de imobilidade

Os critérios para identificação desta síndrome são classificados em critérios maiores e menores. Existem dois critérios maiores: múltiplas contraturas e presença de déficit cognitivo. Os critérios menores são: úlcera de pressão, disfasia, dupla incontinência e afasia. O paciente é considerado como portador da síndrome da imobilidade quando apresenta os dois critérios maiores e dois dos quatro critérios menores.

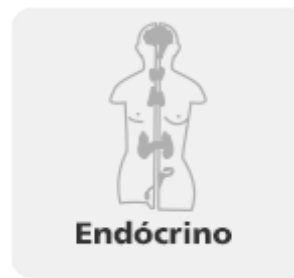
Sintomatologia

A imobilidade prolongada por consequência da restrição ao leito pode levar o indivíduo a uma redução geral da condição funcional, diminuição no nível de condicionamento físico, na força muscular, tornando-o mais suscetível a uma série de mudanças que podem comprometer ainda mais a sua condição, tais como: aumento de peso, com alterações na composição corporal, aumentando o percentual de gordura e diminuindo o de massa magra, aumento da pressão arterial, diminuição da amplitude de movimento das articulações, piora do condicionamento cardiovascular.



Os sinais e sintomas desta síndrome podem ser percebidos em praticamente todos os sistemas do organismo, e seu grau de comprometimento vai variar de acordo com as condições prévias do paciente, às comorbidades pré-existentes, e aos cuidados no leito com este paciente.

Os sistemas mais comumente afetados são: musculoesquelético, sistema cardiovascular, sistema endócrino, sistema gastrointestinal, sistema geniturinário e sistema respiratório.



Sistema Musculoesquelético

Este é o sistema onde as repercussões são mais percebidas pelos profissionais da saúde. Os pacientes podem apresentar osteoporose, fibrose, contraturas, atrofia muscular, conseqüentemente fraqueza e diminuição da resistência muscular, pois os músculos não mantêm a integridade de suas funções em decorrência da inatividade.

As transferências no leito ficam prejudicadas, o paciente passa a não poder auxiliar nas atividades da vida diária. Os primeiros músculos a serem lesados são os dos membros inferiores, pois a gravidade passa a não exercer seu papel com plenitude, o que pode contribuir também com a desmineralização óssea e conseqüente osteoporose. A falta de mobilidade acarreta inatividade muscular, fraqueza muscular e pode comprometer a irrigação sanguínea, diminuindo o aporte nutricional e a tolerância ao ácido lático.

Peri-Articulares

As contraturas miogênicas e dos tecidos conjuntivos Peri articulares, tem como conseqüência diminuição da amplitude articular, dor e desconforto aos movimentos, prejudicando ainda mais as atividades do paciente restrito ao leito. O posicionamento em que o paciente fica durante a restrição ao leito é muito importante para prevenir as contraturas. Evitar posições em flexão é uma boa medida para esta prevenção, além de exercícios passivos e mudanças de decúbito.

Intra-Articulares

As estruturas intra-articulares, como as cartilagens, são nutridas pelo líquido sinovial, que precisa de movimentação. Com a imobilidade, há a atrofia da cartilagem, desconstituição do tecido dos ligamentos, conseqüentemente proliferação de tecido fibroso e culminando em fibrose capsular.

Observa-se também durante a síndrome da imobilidade uma diminuição da massa óssea, desmineralização, devido à ampliação da atividade osteoclástica e diminuição da atividade osteoblástica.

Sistema Tegumentar

Durante a restrição prolongada ao leito é comum encontrarmos atrofia de pele, com epiderme fina, e úlceras de decúbito. Essas úlceras são definidas como locais que apresentam ulcerações com necrose celular causada por isquemia. A isquemia acontece quando uma pressão externa sobre o tegumento é maior que a pressão capilar, o que faz diminuir o fluxo sanguíneo para região, a oxigenação dos tecidos e seu aporte nutricional.

As úlceras de pressão causam dor e desconforto ao paciente, além de prolongar a doença, retardo de alta hospitalar e deixar o indivíduo mais suscetível a quadros infecciosos, devido à descontinuidade da pele, e à umidade e calor aumentados no local. Causam também o aumento da mortalidade dos indivíduos acometidos, por septicemia por pseudomonas aeruginosas estreptococos, estafilococos e escherichia coli, tanto local quanto e sistemicamente.

No quadro abaixo você conhecerá pelo que essas ulcerações são influenciadas,

Pressão do corpo no leito

Podem ocorrer em qualquer região do corpo, mas acometem preferencialmente áreas de maior atrito, com menor área de tecido adiposo e proeminências ósseas, como sacro, trocanter maior, escápula, maléolo lateral, coluna torácica, calcanhares, occipital, joelhos, tuberosidades Isquiáticas, orelhas, epicôndilos laterais;

Umidade da pele

Quanto mais úmida a pele se encontra, maior a probabilidade do aparecimento de úlceras;

Idade do Paciente

Quanto mais idoso o paciente, maior a facilidade de desenvolver este tipo de agravo, devido à fragilidade capilar, alterações na pele, retardo na cicatrização, entre outros;

Estado nutricional

Pois uma pessoa desnutrida apresenta maiores chances de ocorrência de úlceras;

Edema

Causa naturalmente uma menor espessura do tegumento comprometido;

Outras influências

- Alterações sensitivas;
- Distúrbios neurológicos;
- Colchão impróprio;
- Higiene corporal inadequada

Sistema Cardiovascular

Nesta síndrome há uma deficiência do retorno venoso, levando a um acúmulo sanguíneo nos membros inferiores, que além de agravar o edema destes membros, promove um enchimento incompleto do ventrículo esquerdo, levando a um déficit na eficiência cardiovascular.

Estes eventos desencadeiam um mecanismo compensatório, com objetivo de manter os níveis adequados de irrigação sanguínea. Faz parte deste mecanismo: o aumento da frequência cardíaca de repouso, onde há o aumento de um batimento por minuto a cada dois dias, elevação da pressão arterial sistólica causado pela resistência periférica aumentada e o tempo de ejeção sistólica absoluto e de diástole é encurtado, diminuindo o volume sistólico.

Sistema Endócrino

Com o imobilismo ocorrem várias alterações hormonais, tais como:

Aumento do paratormônio no sangue, possivelmente relacionado à hipercalcemia devido ao aumento da atividade osteodástica proveniente da imobilização.

Diminuição dos níveis de hormônio do crescimento, ACTH e da produção de adrenalina e noradrenalina.

Sistema Gastrointestinal

Ocorrem alterações em todo o Trato gastrointestinal (TGI), como, anorexia, diminuição do peristaltismo intestinal, ocasionando diminuição da absorção de nutrientes e constipação, que é agravada pela desidratação e redução do volume plasmático. Ocorre também incontinência fecal.

Sistema Geniturinário

O decúbito dorsal compromete o esvaziamento da bexiga, por causa da dificuldade de gerar pressão intra-abdominal nessa posição. A fraqueza muscular atinge também os músculos abdominais, o que dificulta.

Ocorre enfraquecimento dos músculos abdominais, restrição nos movimentos diafragmáticos e relaxamento incompleto do assoalho pélvico, provocando a retenção urinária parcial. Há também um aumento da excreção de cálcio e incontinência urinária.

Sistema Respiratório

As complicações que ocorrem neste sistema são preocupantes devido à alta mortalidade. A função pulmonar fica comprometida, em torno de 25% no imobilismo. Há uma redução da capacidade pulmonar total, do volume corrente, volume minuto, volume residual e volume expiratório forçado.

Em decorrência da perda de força muscular, os movimentos do diafragma e dos músculos intercostais ficam debilitados, tornando a respiração mais superficial. Esta superficialização da respiração, associada ao aumento relativo do dióxido de carbono, aumenta a frequência cardíaca. Há também o acúmulo de secreções, pois o paciente, a função ciliar, a expansão torácica e a força muscular estão prejudicados.

A tosse, nessas condições também se encontra menos efetiva. O paciente torna-se, então, mais suscetível a infecções respiratórias e atelectasias.

Tratamento e Prevenção

O tratamento e a prevenção da síndrome da imobilidade são baseados em uma abordagem multidisciplinar, onde cada profissional tem um papel fundamental no cuidado com o paciente, inclusive com a ajuda ativa dos familiares e cuidadores. O paciente deve ser estimulado a ter uma movimentação no leito. Essa movimentação deve ser realizada com exercícios preferencialmente ativos, porém, podem ser realizados exercícios passivos, quando o paciente não tiver condições de realizá-los sozinho.

Esse trabalho é realizado com objetivo de movimentar as articulações, mantendo os músculos em movimento e evitando ou minimizando os riscos de contraturas e atrofia muscular. Além disso, se possível, a depender do caso, o paciente deve ser estimulado a deambular.

Exercícios pulmonares devem ser realizados, com objetivo de prevenir ou minimizar complicações pulmonares. Com autorização médica, o Fisioterapeuta realiza esta atividade e orienta a família a tentar fazer o mesmo. A realização destes exercícios, além dos benefícios já citados, evitam também complicações circulatórias, reduzem dor, edema e promovem relaxamento.



A prevenção de úlceras de decúbito é muito importante e deve ser feita através da mudança constante de decúbito, de duas em duas horas, do cuidado na hora do manejo deste paciente, para não machucá-lo, uma vez que este tem a pele fragilizada.

Outro ponto importante na prevenção é a manutenção da pele hidratada e seca. Também devem existir cuidados com a região já ulcerada, a fim de prevenir complicações. A troca constante de fraldas deve ser realizada para evitar que a pele do paciente fique úmida e os lençóis do paciente devem estar sem dobras.

O posicionamento do idoso no leito é deve ser estimulado, para que não haja posições viciadas, como, por exemplo, em flexão, pois este posicionamento é favorável ao desenvolvimento de contraturas musculares.

O suporte nutricional deste paciente deve ser realizado com rigor, pois o indivíduo desnutrido apresenta maiores chances de ocorrência de úlceras e de complicações. Além disso a absorção de nutriente está prejudicada, devido às alterações no sistema gastrointestinal.



Tópico 05 Concluindo



Chegamos ao fim do módulo de "Fragilidade em Idosos, as quedas e suas consequências". Esperamos que tenha aproveitado ao máximo o conteúdo proposto para você. Ao estudarmos síndrome da imobilidade esperamos que você esteja preparado para aplicar os conhecimentos adquiridos na sua prática profissional, melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa acometida com tal síndrome, assim como as outras estudadas no módulo. Agradecemos a sua dedicação e nos encontramos em breve!

Atividade Formativa I

Chega ao seu consultório um paciente do sexo feminino, 75 anos, que devido a uma fratura de fêmur em decorrência de uma queda, precisou passar 4 semanas restrita ao leito. Depois de avaliar os exames complementares, você observou que a fratura está consolidada, porém ao exame físico foi identificada atrofia muscular e acúmulos de secreções pulmonares, além de uma úlcera sacral. Qual o possível síndrome diagnosticada para a paciente?

- A. Síndrome do pânico.
 - B. Síndrome depressiva.
 - C. Síndrome do cromossomo 21.
 - D. Síndrome da imobilidade.
 - E. Síndrome de Burnout.
-

Atividade Formativa II

Ainda sobre a mesma paciente, quais cuidados não devem ser prioritariamente tomados nesta fase de seu tratamento, levando em consideração seu atual diagnóstico?

- A. Manutenção da pele hidratada, seca e cuidados com a região já ulcerada, a fim de prevenir complicações.
 - B. Realização de exercícios preferencialmente ativos, porém, podem ser realizados exercícios passivos, quando o paciente não tiver condições de realizá-los sozinho.
 - C. Administração de anti-inflamatórios não esteroidais
 - D. Suporte nutricional bem monitorado.
 - E. Exercícios pulmonares devem ser realizados, com objetivo de prevenir ou minimizar complicações pulmonares.
-

Atividade Formativa III

Assinale o item em que se apresentam apenas características da síndrome da imobilidade:

- A. Restrição ao leito, diminuição da força muscular, contraturas musculares.
- B. Hipertensão, diarreia, exoftalmia.
- C. Febre, cefaléia, tosse produtiva.
- D. Pirose, hemese, Anorexia
- E. imunodeficiência, sarcoma de Kaposi, pneumonia por pneumocystis carinii

Fried L, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.** v. 59, n. 3, p.255-63, mar. 2004.

Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. **J Am Geriatr Soc.** v. 53, n. 6, p. 1069-70, jun. 2005.

Rolfson, D.B , Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing.** v. 35, n. 5, p. 526-9, set. 2006.

Walston, J. et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/ National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. **JAGS.** v. 54, p. 991-1001, 2006.