

## INFERMIERISTICA CLINICA 2

### Problemi relativi alla mobilità e alla meccanica corporea e interventi assistenziali

Il sistema muscolo scheletrico insieme alle articolazioni, che legano i muscoli alle ossa, insieme al sistema nervoso, centrale e periferico, che dà il comando e la coordinazione ottengono una funzione motoria.

- Attività fisica = qualsiasi forza esercitata dai muscoli scheletrici che aumenta il dispendio energetico al di sopra del livello basale (o a riposo). (es. corsa per il pullman)
- Esercizio fisico = attività fisica organizzata, ripetitiva e ad elevata intensità. (es. palestra)
- Tolleranza all'attività fisica/esercizio fisico = l'intensità o la durata di uno sforzo fisico che un individuo riesce a sostenere. (es. se affanna per andare in bagno)
- Capacità motoria = possibilità e modalità di movimento che una persona è in grado di realizzare. (es. amputazione arto inferiore non cammina fisiologicamente)
- Mobilità = capacità di muoversi liberamente nell'ambiente, fondamentale per il mantenimento dell'autonomia. (es. deficit al braccio, ma non limitante per l'autonomia)
- Stato funzionale = la capacità di un individuo di svolgere le attività quotidiane a fronte di limitazioni derivanti da una malattia.
- Autonomia = capacità di un individuo di svolgere le attività di vita quotidiana, lavorative, legate al ruolo sociale e familiare.

### **ACCERTAMENTO** (metodi e strumenti): **intervista**

- Attività fisica abituale (tipo, tempi, frequenza);
- Presenza di recenti cambiamenti durante l'attività fisica. Se si da quanto tempo e quali cambiamenti (es. allettamento da due mesi);
- Indagare insorgenza di sintomi quali stanchezza, tachipnea, tachicardia, capogiri durante lo svolgimento delle ADL (attività della vita quotidiana);
- Capire quale attività fisica provoca questi sintomi e il tempo di recupero;
- Stile di vita e tipo di lavoro (sport tempo libero o sedentario);
- Utilizzo di ausili (tipologia e modalità di impiego) (es. bastone o carrozzina);
- Aspettative e desideri legati alla mobilitazione (es. non vuole muoversi nonostante non abbia problemi fisici).

Indagare probabili cause: patologie e fattori ambientali

- Fasi dello sviluppo;
- Integrità del sistema muscolo-scheletrico;
- Integrità del sistema nervoso;
- Presenza di dolore;
- Circolazione e ossigenazione;
- Adeguato apporto di energia;
- Trattamenti terapeutici (gessi, tutori, riposo a letto);
- Fattori ambientali (barriere architettoniche).

In ogni caso vanno garantiti i principi di privacy (vicino di letto o parente) e comfort (ambiente in cui possa sedersi, garantire un setting ideale).

### **ACCERTAMENTO: esame obiettivo**

Attraverso la valutazione della capacità motoria possiamo ottenere informazioni circa il grado di collaborazione che il paziente può offrire durante la mobilitazione.

Da eseguire prima di mobilitare il paziente, che accerto tramite l'esame obiettivo.

Per accertare la capacità motoria occorre valutare:

- **Struttura e funzionalità delle articolazioni:**

Adduzione: muovere articolazione/estremità verso la linea mediana.

Abduzione: allontanare articolazione/estremità dalla linea mediana.

Flessione/estensione: diminuire o aumentare l'angolo tra due ossa.

Iperestensione: movimento di estensione massima oltre l'escursione massima di un'articolazione.

Rotazione: ruotare l'articolazione o un'estremità attorno al suo asse.

Circonduzione: muovere una parte del corpo con movimento circolare.

Supinazione/pronazione: rotazione del palmo verso l'altro o il basso.

Controllare rigidità o dolore nel movimento dell'articolazione.

- **Tono e trofismo muscolare:**

Tono: resistenza muscolare rilevata alla mobilitazione passiva di un arto (ipertono = rigido, ipotono = flaccido).

Trofismo: massa/dimensione/volume del muscolo (atrofismo = perdita di forza e massa muscolare, ipertrofia = aumento del muscolo).

⇒ Esempi di valutazione del tono muscolare:

Arti superiori: posizionare le mani sul braccio e sull'avambraccio del paziente e valutare la consistenza della muscolatura durante la pronazione e supinazione dell'avambraccio.

Arti inferiori: a paziente supino, sollevare gli arti inferiori ponendo le mani dietro le cosce. Se il tono è normale, il tallone striscia sulla superficie del letto, in caso di ipertono si solleverà il tallone.

- **Forza muscolare: capacità dell'assistito di compiere e mantenere un movimento**

Ipostenia: diminuzione della forza.

Astenia: mancanza o perdita della forza.

⇒ Esempi di valutazione della forza:

Testa: si chiede di sollevare la testa dal letto e mantenerla così per qualche secondo.

Arti superiori: si chiede di sollevare le braccia, fletterle, mettere i palmi a contatto con quelle dell'operatore e spingere verso una resistenza opposta.

Mani: si chiede al paziente di stringere le proprie mani.

Arti inferiori e addome: alla persona supina si chiede di alzare una gamba piagando il ginocchio. L'operatore posizionerà il palmo della propria mano sulla pianta del piede della persona che dovrà spingere verso una resistenza opposta. Ripetere con l'arto opposto. Alla persona in posizione supina si chiede di sollevare le gambe a ginocchio esteso, prima una volta e poi insieme o si chiede di fare il ponte.

- **Sensibilità:**

Valutare se la persona percepisce alcune zone corporee come sensibili al tatto, al dolore o alla temperatura.

- **Allineamento, equilibrio e coordinazione:**

Allineamento: posizionamento del corpo del paziente facendogli cambiare posizione regolarmente e sistematicamente.

Equilibrio: dato da una linea immaginaria che quando si discosta ha una perdita di equilibrio provocando instabilità o caduta del paziente.

Coordinazione: osservare fluidità o facendogli chiudere gli occhi e fargli toccare il naso con la punta dell'indice o anche solo mentre mangia

▪ **Andatura:**

Utilizzato per descrivere le deambulazione di una persona. Può essere:

- Normale
- Atassica = vacillare lateralmente o indietro con base d'appoggio allargata
- Ondeggiante = pendolarismo del tronco
- Falciante = l'arto inferiore ha un movimento ad arco verso l'esterno. La punta del piede viene strisciata sul suolo e gli arti superiori sono appiccicati al tronco
- Steppante = incapacità di riflettere dorsalmente il piede
- Parkinsoniana = tronco flesso, i piedi vengono strisciati

### **ACCERTAMENTO: strumenti**

Scale per la valutazione dello stato funzionale:

- Indice di Barthel sulle ADL: valuta 10 attività di vita quotidiana con un punteggio che varia da 0 (totale dipendenza) a 100 (totale indipendenza).
- Indice di Katz sulle ADL: valuta 6 attività di vita quotidiana con un punteggio che varia da 0 (totale indipendenza) a 6 (totale dipendenza).

### **DIAGNOSI: etichette diagnostiche per problemi di mobilità e meccanica corporea**

- Tolleranza all'attività fisica ridotta: condizione in cui la persona non è in grado di svolgere attività fisica ad un livello o per la durata attesa per una persona in quelle determinate condizioni.  
Possibili cause: dolore, difficoltà a respirare, malattie neuromuscolari o cardiovascolari.  
Paziente presenterà: difficoltà a tornare ai valori di FC precedenti all'attività entro 3-4 min, aumento eccessivo della FC e modificazioni del ritmo cardiaco, dispnea da sforzo o affanno.
- Rischio di tolleranza all'attività fisica ridotta: esempio di diagnosi per evidenziata massa muscolare ridotta.
- Rischio di sindrome da immobilizzazione
- Mobilità compromessa del letto/nella sedia a rotelle: si manifesta con diminuzione dell'escursione articolare e movimenti rallentati correlato a rigidità articolare e dolore
- Posizione eretta/Seduta compromessa
- Capacità di trasferimento compromessa
- Deambulazione compromessa
- Deficit nella cura di sé (bagno, vestirsi, alimentazione, uso del gabinetto)
- Rischio di cadute
- Rischio di lesione da pressione

### **PIANIFICAZIONE dei RISULTATI ATTESI:**

- Accompagnare e sostenere il paziente durante l'attività fisica e la deambulazione.
- Prevedere un piano di mobilizzazione progressiva
- Provvedere al controllo ambientale per ridurre il rischio di caduta

- Monitorare e documentare l'evoluzione della tolleranza all'attività fisica
  - ⇒ Esempi:
    - Il paziente sarà in grado di utilizzare in autonomia gli ausili e i supporti per la deambulazione forniti dal personale sanitario entro 1 settimana
    - Il paziente riferirà un miglioramento soggettivo della sensazione di affaticamento dopo aver svolto autonomamente le attività di igiene del corpo entro un mese.
    - Il paziente presenterà una riduzione delle pause durante l'attività di deambulazione quotidiana da casa al supermercato da 5 a 3 entro 2 settimane
    - Il paziente presenterà una riduzione della FC dopo aver svolto una doccia in autonomia da 120 bpm a < 100 bpm entro 1 mese

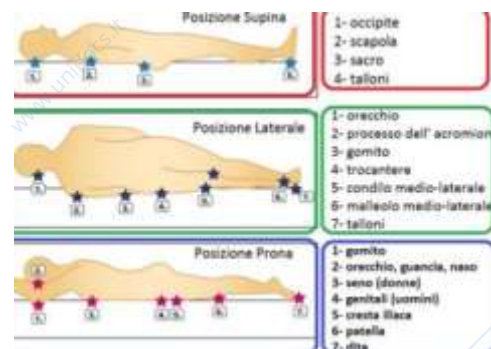
### ATTUAZIONE degli INTERVENTI ASSISTENZIALI:

Il personale sanitario addetto all'assistenza è tra le categorie professionali più colpite da patologie della colonna vertebrale. Cosa fare per prevenirli:

- Assumere una posizione ergonomica (tronco eretto, ginocchia piegate, allargare la base d'appoggio, posizione stabile, piegare le ginocchia, mantenere il peso vicino al corpo...)
- Valutare le caratteristiche del paziente, dell'ambiente di lavoro, il percorso da compiere, la necessità di aiuto di altri operatori o dell'utilizzo di ausili, come:
  - Telo ad alto scorrimento = per pazienti allettati, spostamenti nel letto;
  - Materassino a telo rotante = da un lettino all'altro;
  - Asse rigida di scivolamento = per ripiani diversi;
  - Pedana girevole = il paziente deve avere un minimo di forza nelle gambe;
  - Sollevatore attivo = è come se il paziente rimanesse in piedi
  - Sollevatore passivo = per pazienti completamente immobilizzati
  - Cinture per il trasferimento = come un pannolino con le maniglie sui lati

### Posizionamento terapeutico

- Posizione supina
- Posizione laterale
- Posizione prona
- Posizione di Sims
- Posizione di fowler = seduta con gambe stese
- Posizione di semi-fowler
- Posizione litotomica = gambe divaricate (ginecologa)
- Posizione di trendelenburg = testa in giù
- Posizione anti-trendelenburg



Ausili per il posizionamento terapeutico:

- Cuscini
- Cuscini a cuneo = mantengono le gambe in adduzione
- Rotolo trocanterico = per le mani
- Trapezio = aiuta il paziente per gli spostamenti sul letto
- Archetto alza-coperte = prevenire nei pazienti con lesioni il piede equino

### Posizionamento e trasferimento:

Prima della mobilizzazione bisogna:

- Identificare il paziente
- Effettuare l'igiene delle mani
- Valutare la capacità motoria per comprendere il grado di collaborazione da richiedere alla persona e per capire che ausili bisogna utilizzare o se è necessario chiedere aiuto
- Avvicinare o posizionare al paziente le calzature antiscivolo
- Informare la persona assistita la manovra che si intende effettuare attivandone il consenso e la collaborazione

**Durante** la mobilizzazione bisogna coinvolgere e comunicare con la persona assistita, mantenere una presa e un tocco sicuro e garantire la sicurezza dell'operatore.

Per aiutare la persona a riposizionarsi nel letto bisogna evitare di prenderla dal cavo ascellare, ma posizionare il letto a trendelemburg può aiutare a posizionare il paziente.

Aiutare la persona ad assumere la posizione laterale e a sedersi sul bordo del letto, utilizzando teli ad alto scorrimento se necessario.

Durante il **trasferimento** del paziente da supino alla poltrona:

- Quando la persona è seduta sul bordo del letto, stabilizzarla in posizione seduta con busto eretto e gambe allineate.
- Abbassare il piano del letto favorendo il contatto dei piedi della persona con il pavimento e aiutarla nell'indossare le calzature antiscivolo.
- Bloccare i piedi e le ginocchia della persona nei propri evitando che la persona scivoli
- Accompagnare la persona nella seduta tenendo le proprie mani a livello del cingolo pelvico o scapolare (inferiormente a quelle della persona) ed utilizzando una pedana girevole se necessario.
- Mantenere la presa e chiedere alla persona di appoggiarsi al bracciolo esterno della poltrona e farla sedere lentamente.
- Prestare attenzione ed eventuali presidi (es. frenando la carrozzina prima, drenaggi, CV, infusioni...)

Dopo la mobilizzazione garantire allineamento corporeo, comfort e sicurezza del malato.

## **IMMOBILITÀ:**

È inevitabile quando è legata alle condizioni della persona che non è in grado di sostenere un'attività fisica.

È prescritta quando ritenuta terapeutica, non necessariamente associata a incapacità funzionale.

Lo stato di immobilità implica una costrizione a letto, un ALLETTAMENTO.

### **Sindrome da immobilizzazione:**

- Complicanze muscolo-scheletriche → atrofia muscolare, riduzione della resistenza, contratture, piede equino, osteoporosi da inattività;
- Complicanze cardiovascolari → ipotensione ortostatica, aumento del carico cardiaco, trombosi venosa profonda ed embolia;
- Complicanze respiratorie → atelettasia polmonare, polmonite ipostatica ed insufficiente espansione toracica;
- Complicanze metaboliche → diminuzione del metabolismo basale e anoressia;
- Complicanze cutanee → lesione da pressione;
- Complicanze gastrointestinali → stipsi;
- Complicanze renali → stasi urinaria (genera calcoli), infezione vie urinarie e calcoli renali;

- Complicanze psico-sociali → cambiamenti emotivi e comportamentali, coping e tolleranza allo stress, alterazione del ritmo sonno-veglia, cognizione e percezione totalmente disorientata.

### RISCHIO DI CADUTE:

La caduta è un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, seduta o sdraiata, che può o meno esitare in traumi e/o lesioni fisiche. Le persone con mobilità limitata cadono più facilmente a causa di alterazioni dell'andatura, debolezza muscolare, ipotensione muscolare e/o scarsa coordinazione.

- Cadute accidentali: dovute a fatalità e dipendenti principalmente da fattori ambientali.
- Cadute non prevedibili: legate a cambiamenti delle condizioni fisiche del paziente, non prevedibili e non riscontrabili fino al momento della caduta.
- Cadute prevedibili: legate a fattori di rischio identificabili a priori. Rappresentano la principale causa di cadute in ospedale.

L'evento è causato da un'interazione complessa tra fattori personali, ambientali e circostanziali.

<p>Fattori di rischio <b>INTRINSECI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Età &gt; 75 anni</li> <li>• Storia di cadute precedenti</li> <li>• Deficit della vista o dell'udito</li> <li>• Alterazione dell'equilibrio e deambulazione instabile</li> <li>• Deficit cognitivi, stato confusionale, disorientamento</li> <li>• Alterazioni muscolo-scheletriche (rachide, bacino, arti inferiori)</li> <li>• Alterazioni dell'eliminazione urinaria/intestinale</li> </ul>
<p>Fattori di rischio <b>ESTRINSECI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pericoli ambientali (illuminazione, ostacoli, pavimenti bagnati...)</li> <li>• Utilizzo non appropriato di ausili per la deambulazione</li> <li>• Tipo di calzature</li> <li>• Farmaci assunti</li> <li>• Utilizzo di ausili per la contenzione fisica</li> </ul>

La valutazione del rischio di caduta viene effettuata attraverso il **giudizio clinico** del professionista sulla presenza di fattori di rischio e può essere supportata dall'utilizzo di **scale di valutazione**:

1. TINETTI
2. HENDRICH
3. STRATIFY
4. **CONLEY** (≥ 2 paziente a rischio) → valuta:
  - Cadute pregresse
  - Presenza di capogiri, vertigini
  - Perdita di urine e feci nel tragitto verso il bagno
  - Compromissione della marcia (far alzare la persona)
  - Agitazione psicomotoria
  - Deterioramento della capacità di giudizio/mancato senso del pericolo
  - Assunzione di farmaci e quali

### Valutazione del rischio di caduta:

→ A tutti i pazienti in ingresso

- Ai pazienti confusi o anziani prima del riposo notturno
- Ai pazienti nel post-operatorio
- Ai pazienti ai quali è stato prescritto un analgesico o un sedativo
- Tutte le volte in cui si verifica un mutamento delle condizioni cliniche o della terapia
- A seguito di una caduta
- Ogni sette giorni
- Tutte le volte che si ritiene necessario in base alla valutazione clinica

#### **Assistenza al paziente caduto:**

- Valutare presenza di lesioni
- Rilevare i parametri vitali
- Comunicazione al medico e informare la famiglia
- Monitorare e rivalutare nel tempo eventuali complicanze tardive
- Documentare le circostanze della caduta e azioni di follow-up
- Valutare i fattori determinanti la caduta e intraprendere azioni di miglioramento

#### **Problemi relativi al riposo e al sonno e interventi assistenziali:**

- Riposo = condizione in cui il corpo è inattivo o impegnato in una attività lieve, libera da stress e da sforzi, che genera una sensazione di rinvigorismento della persona.
- Sonno = stato di ridotta attività motoria e percezione. Le funzioni motorie rallentano e si ha un alterato stato di coscienza in cui la persona non è consapevole dell'ambiente e risponde selettivamente a stimoli esterni.

Il sonno è un processo inibitorio attivo regolato dal SNC e associato a variazioni del SNP e degli apparati endocrino, muscolare, cardiovascolare, respiratorio.

Il sistema di attivazione reticolare ascendente (RAS) insieme alla regione bulbare sincronizzante (BSR) controllano e regolano il sonno.

- RAS = responsabile della veglia è una rete di fibre nervose ascendenti del tronco cerebrale. Riceve stimoli visivi, uditivi, tattili, dolorosi ed emotivi. A seguito di questi stimoli il RAS provoca o accentua l'attenzione e la veglia attraverso il rilascio di neurotrasmettitori.
- BSR = responsabile della regolazione del sonno è localizzato a livello del ponte e del midollo allungato. Le cellule del BSR rilasciano serotonina che produce il sonno.

Ciclo circadiano → ciclo che si compie ogni 24 ore circa nel quale si ripetono regolarmente dei processi fisiologici. È regolato da fattori:

- Endogeni: orologio biologico che si trova all'interno dell'ipotalamo, nei nuclei soprachiasmatici.
- Esogeni: alternanza luce-buio, attività sociali

Lo studio delle diverse fasi del sonno è reso possibile grazie all'elettroencefalogramma (EEG), all'elettromiografia (EMG) e all'elettrooculogramma (EOG).

Da questi sappiamo che il sonno prevede una sequenza di stati fisiologici. Riconoscibili due stadi:

1. Sonno con movimenti NON rapidi degli occhi (NREM)
2. Sonno con movimenti rapidi degli occhi (REM)

**Sonno NREM** – composto da 4 stadi in cui il sonno diventa progressivamente più profondo.

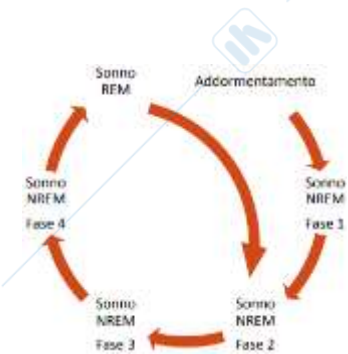
Stadio 1	Stadio 2	Stadio 3	Stadio 4
Sonno superficiale	Sonno stabile	Fase iniziale di sonno profondo	Sonno più profondo
Riduzione dei segni vitali e del metabolismo	Continuo rilassamento e riduzione delle funzioni organiche	Segni vitali regolari, muscoli rilassati	Segni vitali ridotti rispetto alla veglia
Dura pochi minuti	Dura 10-20 minuti	Dura 15-30 minuti	Dura 15-30 minuti
Facile risveglio	Risveglio facile	Risveglio difficile	Risveglio molto difficile

### Sonno REM

- Inizia dopo circa 90 minuti l'inizio della fase di sonno
- Sogni vividi
- Movimenti rapidi degli occhi
- FC e FR fluttuanti
- Aumento o fluttuazione della pressione arteriosa
- Perdita di tono dei muscoli scheletrici
- Secrezione gastrica aumenta
- Durata media 20 minuti
- Risveglio molto difficile

### Cicli di sonno

Si verificano mediamente 4-6 cicli di sonno completi per notte. Ad ogni ciclo gli stadi NREM 3 e 4 si accorciano mentre si allunga la fase REM che può arrivare a durare fino a 60 minuti nell'ultimo ciclo.



### Effetti fisiologici del sonno

Il sonno è fondamentale per il ripristino delle funzioni fisiologiche e psicologiche.

Durante il sonno infatti:

- L'organismo riorganizza processi psichici quali la memoria e l'apprendimento.
- Le funzioni biologiche rallentano. Il cuore batte 10-20 volte meno al minuto e questo può determinare una protezione della funzione cardiaca.
- Vi è secrezione dell'ormone della crescita, precursore della riparazione e del rinnovo cellulare.

Una riduzione del sonno è associata ad alterazione dell'umore, della memoria, della funzione immunitaria e dell'equilibrio.

### Fattori che influenzano il sonno e il ritmo circadiano

- Età (con differente durata e struttura del sonno)
- Stile di vita (lavoro a turni)
- Pattern di sonno abituale
- Stress emotivo (preoccupazioni)
- Ambiente (letto, rumori, temperatura, luci, presenza di altre persone)
- Esercizio fisico

- Alimentazione (cena, consumo di alcol o caffeina)
- Patologie (influenza diretta e indiretta)
- Farmaci che alterano il sonno

## I principali disturbi del sonno

### 1. **INSONNIA**

Difficoltà ripetuta di inizio, durata, consolidamento o qualità del sonno che avviene nonostante un adeguato tempo, circostanza e/o opportunità di dormire e determina in qualche forma un declino durante il giorno.

Il paziente può riferire difficoltà ad addormentarsi, difficoltà a mantenere il sonno, risveglio precoce e sonno non ristoratore.

Nell'anziano può portare ad un aumento della mortalità, dei sintomi depressivi, declino cognitivo e difficoltà a deambulare.

- o Insonnia cronica: avviene almeno per tre notti a settimana in un mese
- o Insonnia transitoria: dura da una a più notti all'interno di un singolo episodio, persiste da pochi giorni a tre settimane
- o Insonnia primaria: insonnia cronica senza particolari disordini sottostanti (clinici, psichiatrici)
- o Insonnia secondaria: è la più comune ed è spesso associata a disordini psichiatrici, clinici, farmaci ed altri disordini del sonno

### 2. **DISTURBI DEL RITMO CIRCADIANO DEL SONNO**

Sonno relativamente normale che avviene in tempi anomali. Nascono da alterazioni dell'orologio circadiano centrale o dal non allineamento tra il timing circadiano endogeno e le attività di vita.

DISTURBI DELLA FASE AVANZATA DEL SONNO	Sindrome da fase anticipata del sonno Sindrome da fase ritardata del sonno
DISTURBI DA IRREGOLARITA' DEL RITMO SONNO/VEGLIA	Episodi di sonno nelle 24 ore e di durata irregolare
SINDROME DA RAPIDO CAMBIAMENTO DEL FUSO ORARIO	Slittamento della fase circadiana E' transitoria, dura da 2 a 14 giorni
DISTURBI DEL SONNO DA TURNAZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO	Il sonno subisce effetti sia dal punto di vista qualitativo e quantitativo. Turno diurno: risveglio anticipato Turno notturno: inversione ritmo sonno/veglia

### 3. **SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO**

Sensazione sgradevole agli arti inferiori che insorge al momento del riposo e causa ritardo dell'addormentamento e/o di risvegli notturni prolungati.

A causa di contrazioni involontarie, formicolii e prurito a riposo, il paziente sente la necessità di muovere gli arti inferiori

Il paziente presenta deprivazione di sonno e insorgenza di sonnolenza diurna.

Le cause di questo disturbo potrebbero essere di natura genetica oppure dovuti ad una carenza di ferro

#### 4. **APNEA NOTTURNA**

Disturbo caratterizzato dall'interruzione del flusso d'aria attraverso il naso e la bocca per periodi di 10 o più secondi durante il sonno.

Il paziente presenta sonnolenza diurna eccessiva.

Fattori di rischio: età, obesità, anomalie anatomiche delle vie aeree superiori.

È associata all'aumento di rischio delle patologie cardiovascolari e ictus.

- **Ostruttiva**: determinata da un rilassamento dei muscoli della cavità orale e della gola con conseguente ostruzione delle vie aeree  
Trattamento: ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva
- **Centrale**: determinata da una perdita temporanea del movimento ventilatorio
- **Mista**: presenta sia la componente ostruttiva che centrale

#### 5. **NARCOLESSIA**

Disturbo della capacità di mantenere volontariamente lo stato della veglia e alterazione della regolazione del sonno rem.

Il paziente può improvvisamente addormentarsi e raggiungere la fase di sonno REM in 15 minuti.

#### 6. **DEPRIVAZIONE DEL SONNO**

Riduzione della quantità e qualità del sonno (in generale definita disinsonnia).

Causata da: malattie, stress emotivi, farmaci (cortisone), disturbi alimentari, ospedalizzazione e turni di lavoro.

#### 7. **PARAINSONNIE** – comportamenti anomali che hanno origine dal sonno o durante

- SONNAMBULISMO = attività motoria durante il sonno
- ENURESIS NOTTURNA = fisiologico fino ai 5-6 anni
- TERRORI NOTTURNI = nei bambini nelle ore iniziali del sonno. Si manifesta con pianto, sudorazione, tachicardia e difficile risveglio
- BRUXISMO = digrigno involontario e inconsapevole dei denti nel sonno.

#### **Igiene del sonno**

L'infermiere può educare la persona sulle comuni abitudini e pratiche che interferiscono con il sonno e implementare strategie per evitarle:

- esporre il paziente ad agenti sincronizzanti (luce)
- favorire attività di routine serali (di rilassamento)
- favorire il comfort
- stabilire periodi di riposo e di sonno
- spuntini leggeri prima di andare a letto
- evitare comportamenti che frazionano o interrompono il sonno (caffè, tè, alcol, liquidi)
- promuovere fattori ambientali che favoriscono il sonno
- controllo degli stimoli (televisione, computer o fonti di preoccupazione)

#### **Assistenza notturna**

Il sonno in ospedale è influenzato da fattori legati al paziente e da fattori ambientali.

Le attività infermieristiche notturne si dividono in:

- Attività pianificate (si svolgono a inizio e fine turno, ad esempio rilevazione parametri vitali, somministrazione terapia farmacologica, posizionamento dei pazienti)
- Attività non pianificate (derivano dai bisogni dei pazienti, ad esempio gestione del dolore e dell'insonnia, soddisfacimento dei bisogni assistenziali o eventi imprevisti come caduta, agitazione o situazione di urgenza)
- Attività di vigilanza e sicurezza (controllo/monitoraggio della condizione clinica, del comfort con eventuali cambi posturali o assistenza a pazienti incontinenti o sudati, della sicurezza) da svolgere almeno ogni 2 ore

#### ⇒ ESERCITAZIONE

La signora Pinco Paola, un'impiegata di 57 anni, è stata ricoverata oggi per accertamenti. Ti riferisce che soffre di significativi disturbi del sonno che incidono sulla sua qualità di vita.

#### **ACCERTAMENTO: INTERVISTA**

- |   |   |
|---|---|
| - Cosa intende...?                                      | - Patologie, variazione della condizione clinica  |
| - Tempo di insorgenza del disturbo                      | - Farmaci   |
| - È la prima volta che le capita?                       | - Preoccupazioni legate al lavoro, alla famiglia, alla salute,                          |
| - Quante ore dorme a notte?                             | - Tono dell'umore   |
| - A che ora va a letto e a che ora si sveglia?          | - Variazione nelle abitudini quotidiane   |
| - Al risveglio si sente riposata?                       | - Stile di vita   |
| - Si sveglia spesso di notte? Perché?                   | - Abitudini alimentari (alcol, caffeina, orario cena)                                   |
| Quante volte?   | - Il suo partner le ha riferito qualcosa legato al suo sonno?                           |
| - In che ambiente dorme abitualmente?                   | - Ha dolore?  |
| - Dorme da sola?  | - Ha già provato qualche strategia per risolvere il problema? Quale? Con quali effetti? |
| - Qualcosa la disturba di notte? (incubi, rumori, luci) |   |
| - Fa dei sonnellini durante il giorno?                  |   |
| - Tipologia di lavoro                                   |   |

Se il paziente riferisce dei problemi, devo raccogliere altri dati con intenzionalità

- Provi a descrivermi il problema...
- Da quanto tempo ha questo problema/difficoltà?
- Ogni quanto si presenta il problema?
- Ha già provato ad attuare degli interventi per risolvere la situazione? Ha avuto beneficio?

#### **ACCERTAMENTO: ESAME OBIETTIVO**

Durante il giorno: sonnolenza, irritabilità, difficoltà a concentrarsi.

Durante la notte: osservazione frequente per rilevare eventuali risvegli.

#### **ACCERTAMENTO: STRUMENTI DIARIO DEL RITMO SONNO/VEGLIA**

Compilato giornalmente per 1-4 settimane.

I comportamenti di sonno e di veglia nelle 24 ore: attività fisica, orario pasti, assunzione alcol/caffeina, tempo e durata sonnellini, routine serale, orario in cui ci si addormenta, risvegli notturni e orario di risveglio.

#### **ACCERTAMENTO: DATI RACCOLTI**

- Fa fatica ad addormentarsi (alcune notti impiega fino a 2 ore) e dorme circa 4 ore a notte.
- Ha difficoltà a concentrarsi durante il giorno.
- Sbadiglia frequentemente e si appisola durante il giorno.
- Pensa che giocare con lo smartphone la sera possa conciliare il sonno.
- Beve 4 caffè al giorno e le piace bere un'ultima tazza di caffè dopo cena.

## DIAGNOSI

### Insonnia

Focus diagnostico: Insonnia

Approvata 2006 • Rivista 2017, 2020 • Livello di evidenza (LOE) 3.3

#### Definizione

Incapacità di addormentarsi o di continuare a dormire che compromette la funzionalità della persona.

#### Caratteristiche definenti

- Alterazione dell'affettività
- Alterazione dell'attenzione
- Alterazione dell'umore
- Risveglio anticipato
- Esprime insoddisfazione per la qualità della vita
- Esprime insoddisfazione per il sonno
- Esprime sbadataggine
- Esprime la necessità di sonnellini frequenti durante il giorno
- Compromissione dello stato di salute
- Aumento dell'assenteismo
- Aumento degli infortuni
- Resistenza fisica insufficiente
- Ciclo sonno-veglia non ristoratore

#### Fattori correlati

- Ansia
- Attività fisica media quotidiana inferiore a quella raccomandata per genere ed età
- Consumo di caffeina
- Tensione nel ruolo di caregiver
- Consumo di zucchero e bevande dolcificate
- Sintomi depressivi
- Malessere
- Convinzioni disfunzionali sul sonno
- Disturbi ambientali
- Paura
- Sonnellini frequenti durante il giorno
- Igiene del sonno inadeguata
- Stile di vita non congruente con i normali ritmi circadiani
- Scarsa resilienza
- Obesità
- Fattori di stress
- Abuso di sostanze
- Utilizzo di dispositivi elettronici interattivi

Caratterizzata da presenza di sonnellini durante il giorno e sbadataggine  
Correlata a utilizzo di dispositivi elettronici interattivi e consumo di caffeina.

## PIANIFICAZIONE DEI RISULTATI ATTESI

- La signora segnalerà di non fare sonnellini durante il giorno entro una settimana.
- La paziente riferirà di sentirsi più riposata entro due settimane.
- La paziente dormirà almeno 6 ore a notte in modo continuativo entro un mese.

## PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

- Suggestire al paziente di svolgere attività serali che favoriscono il rilassamento (es. no televisione, computer)
- Incoraggiare il paziente a restare fisicamente attivo durante il giorno favorendo una terapia occupazionale
- Educare il paziente circa l'importanza di evitare assunzione di sostanze quali caffè, the, alcool
- Promuovere fattori ambientali che favoriscono il sonno (spegnere eventuali apparecchi elettromedicali rumorosi che non sono utili nella stanza del paziente)
- Suggestire al paziente di urinare prima di andare a letto
- Somministrare eventuale terapia farmacologica prescritta