

La cura degli anziani tra complessità e concretezza

XXI Congresso Nazionale per INFERMIERI

29 settembre -1 ottobre 2017

Folgaria (Trento) - Sala Convegni, Palasport

Prevenzione delle lesioni da pressione



AISLeC

ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA
PER LO STUDIO DELLE LESIONI CUTANEE
Società scientifica italiana a carattere interdisciplinare

Patrizia Tonini

Infermiera specialista in Wound Care

Rappresentante Regionale AISLeC Trentino-Alto Adige



“Il 95% delle LDD sarebbero prevenibili se i pazienti fossero correttamente valutati e se attivato un programma di prevenzione”

La loro prevenzione risulta essere un indicatore di qualità per molti sistemi sanitari...

Clay M. “Neglected areas: dental health, foot care and skin care” (in) Healthy Ageing: Nursing Older People. Harcourt Publisher 1999

Waterlow J. “Prevention is cheaper than cure” Nursing Time 84, 25

Hibbs P. “Pressure area care for the city of Hackney Health Authority” 1988 London



Lesioni da pressione

«Bomba demografica a Tempo»

..è stato stimato che 1 adulto su 4 svilupperà un ulcera da pressione

- Diversi studi hanno riportato tassi di incidenza estremamente variabili, dal 20 all'80% della popolazione
- **Popolazione anziana**
(evoluzione demografica, aumento delle patologie croniche)
- Popolazione adulta (mielolesi, incidenti sportivi, incidenti stradali, patologie oncologiche..)
- Età pediatrica -neonati
- Posizionamento di presidi

(1) AAVV, Advances, in Skin & Wound care vol. 3 n° 5.2000



AISLEC

ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA
PER LO STUDIO DELLE LESIONI CUTANEE
Società scientifica italiana a carattere interdisciplinare

INDICI DI PREVALENZA LDP (Piper et al, 2012)

PREVALENZA (da gennaio 2000 a dicembre 2012 in letteratura)	Tasso internazionale
AGED CARE settings	(DA 4.1% A 32.2%) Media: 18.5%

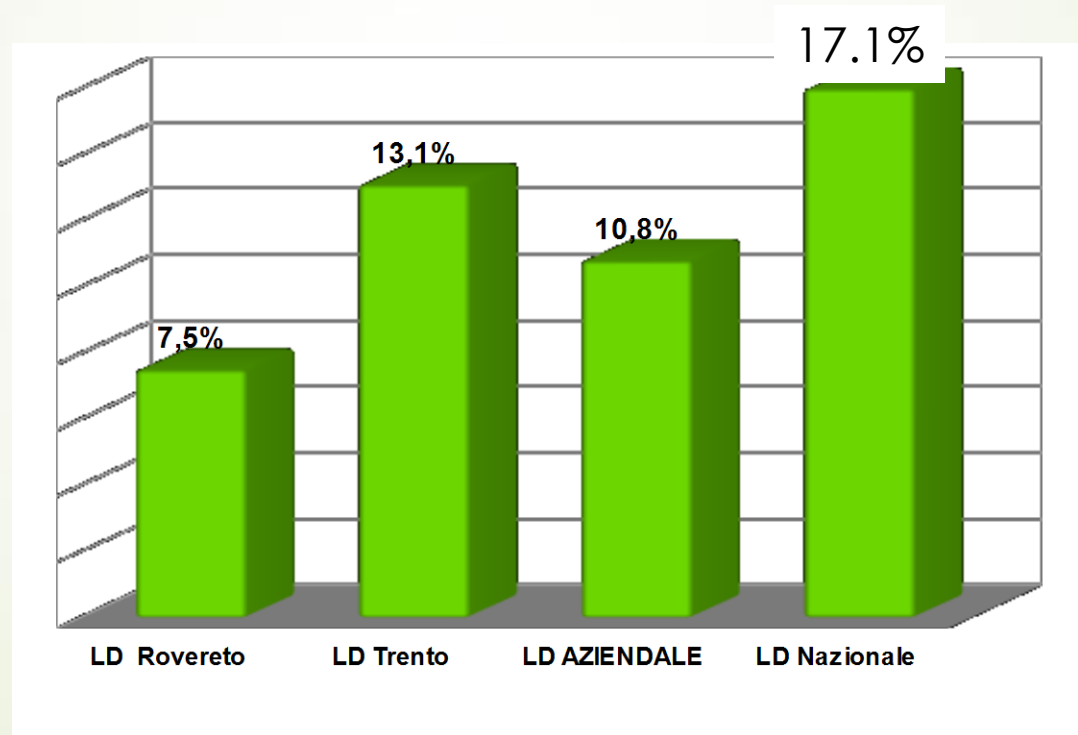
EPUAP-NPUAP-PPPIA 2014



Dati epidemiologici

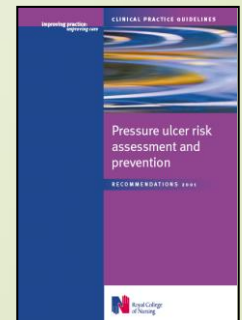
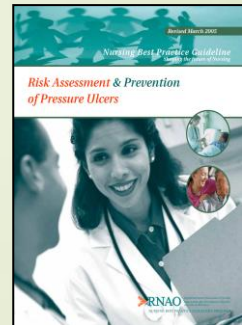
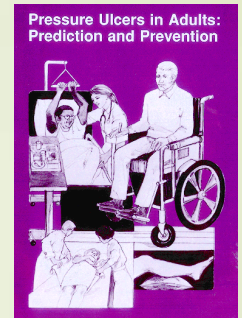
Prevalenza LDP AISLEC 2015

Medicina e Lungodegenza





- Le principali linee guida pubblicate da organismi internazionali, dall'AHCP (ora AHRQ) al RCN, al RNAO, nell'ambito della prevenzione indicano in modo univoco come **punto di partenza** "l'identificazione dei soggetti a rischio che necessitano di interventi preventivi e dei specifici fattori che pongono tali soggetti a rischio di sviluppare una UP."





Fattori di rischio locali

➤ Sono fattori comuni a tutti gli individui, indipendentemente dallo stato patologico e personale

- *Compressione*
- *Stiramento*
- *Taglio*
- *Attrito / Frizione*
- *Aumento temperatura*
- *Umidità*

Fattori di rischio sistemici



AISLEC
ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA
PER LO STUDIO DELLE LESIONI CUTANEE
Società scientifica italiana a carattere interdisciplinare

- I fattori sistemici (o intrinseci) sono in relazione con le caratteristiche proprie del singolo individuo
 - Riduzione della mobilità
 - Compromissione sensoriale
 - Pat. acute
 - Pat. croniche o terminali
 - Livello di coscienza
 - Età (estremi)
 - Vasculopatie
 - Malnutrizione + disidratazione

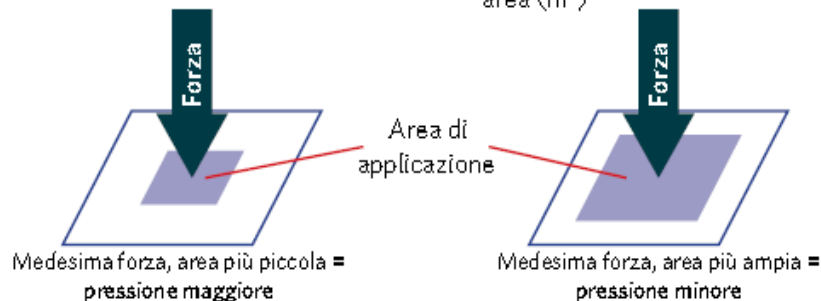


1. FATTORI PATO MECCANICI o PRIMARI dell'ULCERA

PRESSIONE

quantità di forza applicata perpendicolarmente ad una superficie, per unità d'area di applicazione. Una forza applicata sopra un'area di piccole dimensioni eserciterà una pressione maggiore rispetto alla medesima forza applicata sopra un'area di dimensioni maggiori

$$\text{Pressione (N/m}^2\text{)} = \frac{\text{forza perpendicolare (N)}}{\text{area (m}^2\text{)}}$$



Unità di pressione

$1\text{N/m}^2 = 1\text{Pa} = 0,0075\text{mmHg}$

$1000\text{N/m}^2 = 1\text{kPa} = 7,5\text{mmHg}$

N/m^2 = Newton per metro quadrato; Pa = pascal; mmHg = millimetri di mercurio

TAGLIO/FRIZIONE

sforzo di taglio è il risultato dell'applicazione di una forza parallela (tangenziale) ad una superficie, mentre la base rimane ferma

frizione : forza che si oppone ad un movimento relativo tra due oggetti che si trovano a contatto





AISLEC

ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA
PER LO STUDIO DELLE LESIONI CUTANEE
Società scientifica italiana a carattere interdisciplinare

Fattori di rischio locali Posizione semiseduta a letto

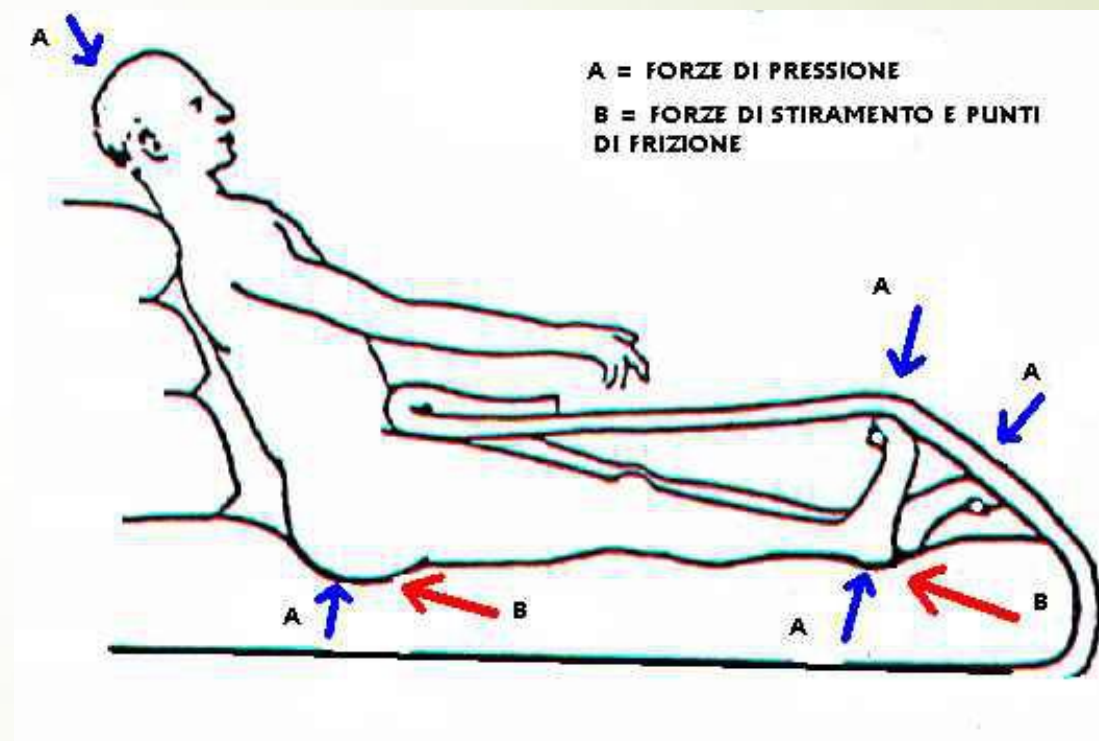
Sviluppa forze di taglio e frizione sui tessuti

- Processi spinosi
- Ischio, glutei, sacro
- Talloni

NON MANTENERE QUESTA
POSIZIONE PER TEMPI PROLUNGATI

E' CONSIGLIAGILE NON ALZARE LA
TESTIERA DE LETTO PIU' DI 30°/ 40°

Medicazioni avanzate





Fattori sistemici: **IMMOBILITÀ**

- Tutte le LG concordano che i principali fattori di rischio di L.D.P sono l'immobilità e la limitazione dell'attività.
- Pertanto i soggetti la cui capacità di muoversi in modo autonomo è compromessa o coloro la cui attività è limitata al letto o a qualsiasi tipo di seduta dovrebbero essere valutati circa il rischio di sviluppare L.d.P.



Perché la valutazione del rischio

- Responsabilità professionale (profilo professionale)
- Prevenzione degli avventi avversi (comparsa di lesione, complicanze infettive, dolore, alterazione della qualità di vita)
- Osservazione del fenomeno
- Programmazione di interventi sanitari



Cosa valutare

- La persona (visione olistica)
- L'ambiente (setting di cura ..ma non solo)
- Le risorse disponibili



Come valutare

Linee guida / Protocolli
(EPUAP NPUAP PPPIA 2014 - RNAO 2016)

Strumenti di valutazione del rischio
(SCALE DI VALUTAZIONE)

Giudizio clinico

Strumenti validati per la valutazione del rischio

SCALA DI VALUTAZIONE	SENSIBILITA'	SPECIFICITA'	VALORE PROGNOSTICO POSITIVO
BRADEN	91 %	62 %	37 %
NORTON	81 %	59 %	33 %

Mei-che Pong S., Kwok-Shing Wong T.: Prognosticare il rischio di ulcere da compressione mediante scala di Norton, Braden e Waterlow in un ospedale per la riabilitazione di Hong Kong. Helios 3/1999

Una revisione pubblicata nel 2008 suggerisce che al momento attuale non vi sono sufficienti evidenze che l'uso di scale per l'individuazione del rischio nella pratica clinica riduca l'incidenza di ulcere. Comunque, uno studio ha dimostrato che possono migliorare l'allocazione delle superfici per la riduzione della pressione mentre un altro ha mostrato che possono essere utili come interventi preventivi se sono implementate rapidamente e frequentemente.

JBI Pressure Ulcer – Prevention of pressure related damage. Best Practice. 12 (2) 2008

Ora analizziamo i fattori di rischio legati al paziente

Stato nutrizionale

Le malattie sia acute che croniche sono spesso associate alla perdita di appetito e di peso corporeo. Questo fenomeno aumenta il rischio di malnutrizione, in particolare nelle persone anziane e nei pazienti definiti fragili.

La relazione tra malattia acuta e lo stato nutrizionale o comportamento alimentare è a doppia via.

Infatti, non solo la malattia influisce sullo stato nutrizionale, ma anche i fattori della dieta influenzano il corso della malattia.¹

Schuetz P. ["Eat your lunch!"- controversies in the nutrition of the acutely, non critically ill medical inpatient.](#) Swiss Med Wkly. 2015 Apr 23;145:w14132

CONGRESSO NAZIONALE INFERMIERISTICO ITALIANO TRA COMPLESSITÀ E CONCRETEZZA – FOLGARIA (TN), 29 SETTEMBRE – 1 OTTOBRE 2017



MALNUTRIZIONE, qualche dato...

Studi epidemiologici hanno evidenziato CHE SONO malnutriti:

- Il 70% dei pazienti CON Lesioni da Pressione.
- Il 55% dei pazienti A RISCHIO di insorgenza di L.d.P. *(Perego A, 2000).*

La malnutrizione E' PRESENTE

- Nel 40-50% dei pazienti ricoverati.
- Nel 10-15% si può parlare di grave malnutrizione. *(Dudek SG. AJN 2000)*

I soggetti più colpiti sono gli ultrasessantenni con incidenza del 70%.



Valutazione stato nutrizionale: quale strumento

➤ MUST - Malnutrition Universal Screening Tool

Determina il rischio di malnutrizione:
Lieve/Moderato/Grave

In base alla fascia di rischio ci sono poi degli interventi da attuare, come;

Monitorare l'introito alimentare per 3 giorni (rischio moderato)

Coinvolgere un team di esperti nutrizionisti (rischio grave)

Il piano terapeutico/nutrizionale dev'essere aggiornato settimanalmente

➤ MNA - Mini Nutritional Assessment

Il MNA è uno strumento validato in regime di degenza ospedaliera e/o istituzionale mediante rigorose procedure statistiche.

Ha lo scopo di:

Individuare precocemente il rischio di malnutrizione.

Permettere un veloce intervento nutrizionale.

Essere usato come indice di salute.

Linee guida prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione

EPUAP NPUAP PPIA 2014 - NUTRIZIONE

- Incoraggiare e fornire un adeguato apporto giornaliero di liquidi nel soggetto considerato a rischio o con ulcere da pressione. Tale intervento deve essere coerente con gli obiettivi e le condizioni di comorbidità del soggetto. (Forza dell'evidenza = C; Forza della Raccomandazione = 11)
- Fornire un apporto energetico individualizzato sulla base delle condizioni di salute e sul livello di attività. (Forza dell'evidenza = B; Forza della Raccomandazione = 1)
- Fornire supplementi ipercalorici ad alta concentrazione proteica in aggiunta alla dieta abituale negli adulti a rischio di ulcere da pressione e squilibrio nutrizionale, se il fabbisogno alimentare non può essere soddisfatto solo con la dieta. (Forza dell'evidenza = A; Forza della Raccomandazione = 1)



Prerequisiti

Gestione del carico dei tessuti

Gestione della cute

Scegliere un presidio di prevenzione adeguato

Norton, Coumts, Sibbald (2011)		Descrizione punteggio valutazione del rischio validato			
Abilità cambio posizione a letto		A rischio	Moderato rischio o con ulcere da pressione ma la persona può essere posizionata sull'ulcera	Alto rischio o con ulcere da pressione	Rischio molto alto o ulcere multiple
	Totale assistenza al cambio posizione a letto	Superficie di supporto reattive a bassa tecnologia (sovr materasso, gel, aria)	Superficie di supporto reattive (aria, gel, sovr materasso)	Superfici di supporto dinamiche, materassi multizone o alta tecnologia (pressione alternata, cessione d'aria o fluidizzata)	Superfici di supporto dinamiche, materassi multizone o alta tecnologia (pressione alternata)
	Moderata assistenza	Superficie di supporto reattive a bassa tecnologia (sovr materasso, gel, aria, schiuma)	Superficie di supporto reattive (schiuma o aria con inserti a pressione alternata)	Superficie di supporto reattive (schiuma o aria con inserti a pressione alternata)	Superfici di supporto dinamiche, materassi multizone o alta tecnologia (pressione alternata)
	Minima assistenza	Superficie di supporto reattive (schiuma ad alta densità)	Superficie di supporto reattive (sovr materasso con inserti a pressione d'aria)	Superficie di supporto reattive a bassa tecnologia (sovr materasso, gel, aria)	Superfici di supporto dinamiche

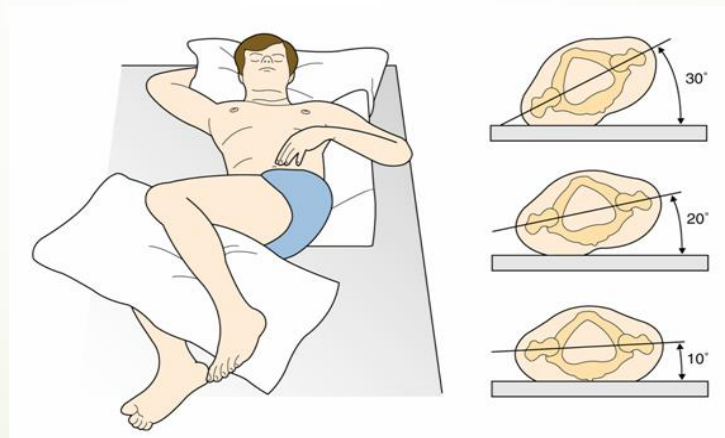
Riposizionamento anche su PAD

- I pazienti **devono continuare ad essere riposizionati**
 - **anche se sono su una superficie di supporto per..**
 - loro comfort
 - loro funzioni □ tono muscolare
 - altri rischi : TVP, stasi secrezioni polmonare
 - Se non controindicato da un punto di vista medico (traumi vertebrali □ movimento del letto)
 - **Frequenza di riposizionamento determinata** da:
 - Tolleranza del tessuto
 - Livello di attività e mobilità
 - Condizioni mediche generali e della cute
 - Comfort
- (Raccomandazione C, NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014)



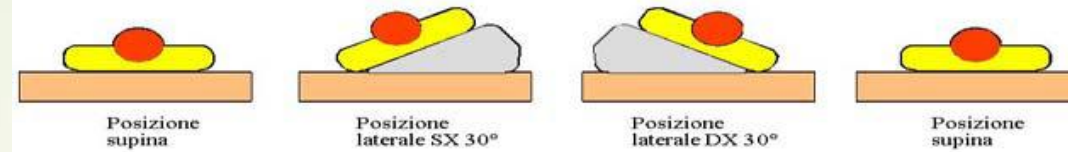
Sintesi delle Raccomandazioni PER I SOGGETTI COSTRETTI A LETTO

- È raccomandata un'angolazione di 30° nella postura laterale per evitare il posizionamento diretto sul trocantere.





POSIZIONE LATERALE A 30°



In merito a quanto citato l'angolazione che permette il maggior scarico delle pressioni è quello di 30°.

Le posture che si possono far assumere al soggetto a rischio sono: postura supina, postura fianco sinistra o destra, postura prona, postura di Fowler o decubito ortopnoico a 30°- 45°.

La postura maggiormente utilizzata è quella alternativamente sui fianchi.

Documentare il regime di riposizionamento, specificando la frequenza e la posizione adottata, e includendo una valutazione del risultato del regime stesso. (Forza dell'evidenza = C; Forza della Raccomandazione = 1)

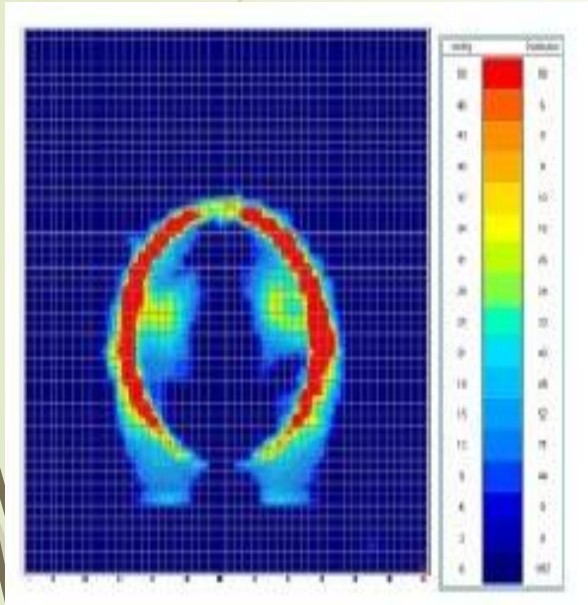


Mobilizzazione in poltrona o carrozzina

- I soggetti a rischio di sviluppare lesione da decubito che trascorrono gran parte del tempo su una sedia o sedia a rotelle devono generalmente essere provvisti di uno strumento in grado di ridistribuire la pressione
- La mobilizzazione/riposizionamento dei pazienti su sedia a rotelle/poltrona dovrebbe avere una frequenza di 15 minuti.

(EPUAP - NPUAP - PPPIA 2014)

Sintesi delle Raccomandazioni PER I SOGGETTI COSTRETTI SU CARROZZINA



- Non usare dispositivi circolari (IV)
- Oltre ad ostacolare l'apporto ematico all'area che dovrebbero proteggere causano congestione venosa con conseguente edema, le ciambelle si spostano molto facilmente con i movimenti provocando danni da compressione oltre che da frizione.



Crewe, RA. Problems of rubber ring nursing cushion and a clinical survey of alternative cushions for ill patients. Care Sci Pract 1987 Jun;5(2):9-11

Sintesi delle Raccomandazioni PER I SOGGETTI COSTRETTI SU CARROZZINA

- Considerare:
- l'allineamento posturale,
- la distribuzione del peso,
- l'equilibrio,
- la stabilità,
- il sostegno dei piedi
- la riduzione della pressione durante il posizionamento dei soggetti in carrozzina o su poltrona. (IV)



Sintesi delle Raccomandazioni PER I SOGGETTI COSTRETTI SU CARROZZINA

- Devono essere usate sedie o carrozzine delle misure appropriate all'utente.
- Fare riferimento al **Terapista Occupazionale/ Terapista della Riabilitazione** per la valutazione della postura seduta e per eventuali adattamenti per particolari necessità. **(IV)**





AISLEC

ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA
PER LO STUDIO DELLE LESIONI CUTANEE
Società scientifica italiana a carattere interdisciplinare

**Il tallone rappresenta la seconda
sede di insorgenza di ulcere da
pressione più comune dopo la sede
sacrale**

(Walshe Plonczynski, 2007).



AISLEC

ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA
PER LO STUDIO DELLE LESIONI CUTANEE
Società scientifica italiana a carattere interdisciplinare

La prominenza ossea del tallone è unica.

La quantità di imbottitura dei tessuti molli diminuisce negli anni e con l'invecchiamento il numero di capillari diventa ridotto e il flusso di sangue a riposo nel tallone è relativamente basso
(Abu-Own, 1995).

Data l'elevata prevalenza di ulcere da pressione nel tallone, una conoscenza approfondita delle dinamiche che causano danno tissutale in questa zona anatomica, sarebbe dovuta, ma purtroppo, attualmente non c'è uno studio ben condotto con un modello che chiarisca il rapporto tra l'immobilità e lo sviluppo di ulcere da pressione
Spears, 2007

Sintesi delle Raccomandazioni PER I SOGGETTI COSTRETTI A LETTO



Posizionarlo
sotto la
gamba
(dalla coscia
alla caviglia).



- Nei soggetti allettati e completamente immobili i talloni devono essere sempre sollevati dal piano del letto mediante cuscino

*La gestione della pressione a carico dei talloni quando il soggetto è allettato dovrebbe essere considerata **indipendentemente** dalla superficie di supporto*





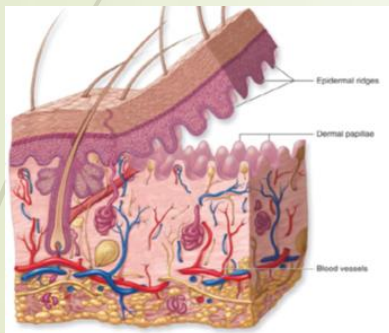
**Assottigliamento
giunzione dermo-
epidermica**

**Riduzione del tessuto
adiposo**

**Diminuzione della
circolazione**

**Rallentato
recupero della
funzione di
barriera**

**Riduzione
delle
ghiandole
sudoripare**





I CAMBIAMENTI CORRELATI ALL'INVECCHIAMENTO

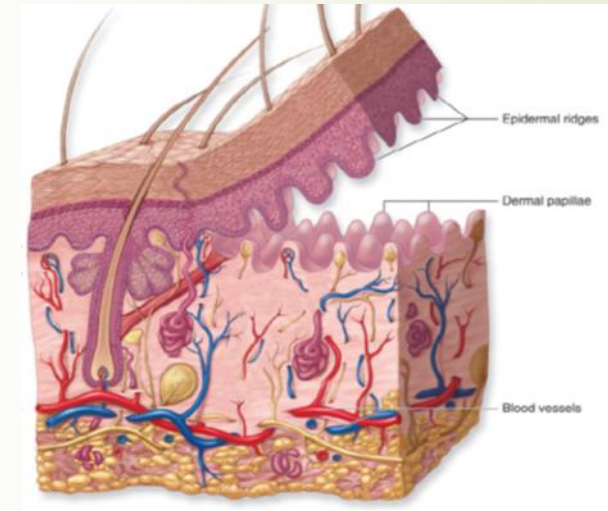
➤ I cambiamenti fisiologici

- La cute spesso viene paragona a un "cappotto" che fornisce protezione dagli elementi. E come un cappotto, col tempo, tende a mostrare segni di usura e di danneggiamento.
- Una delle più comuni alterazioni della cute dovute all'invecchiamento è proprio una riduzione della capacità della barriera epidermica di **impedire la perdita di acqua**.



Cambiamenti naturali

- Diminuzione della circolazione
- Diminuzione funzione immunitaria
- Riduzione del tessuto adiposo
- Assottigliamento giunzione
Epidermide-derma
- Riduzione Collagene-elastina
- Rallentato recupero della funzione di
barriera
- Riduzione ghiandole sudoripare





I CAMBIAMENTI CORRELATI ALL'INVECCHIAMENTO

- Questo cambiamento compromette la comunicazione e il trasferimento degli elementi nutritivi tra epidermide e derma, e influisce negativamente sulle funzioni meccaniche, di barriera, e immunologiche dell'epidermide.
- Inoltre, l'appiattimento della giunzione dermo-epidermica determina una minor resistenza alle forze di stiramento: la separazione fra epidermide e derma avviene quindi più facilmente, come dimostrato dalla tendenza della cute dell'anziano a lacerarsi (*skin tear*).

“Invecchiamento e cute” in Manuale Merck di Geriatria. Cap. 15: Patologie dermatologiche e degli organi di senso.
www.msd-italia.it/altre/geriatria/sez_15/sez15_122b.html#wp35705



La cura della cute nel paziente anziano

Si dovrebbe compiere un'ispezione **completa della cute, dalla testa ai piedi, in tutti gli assistiti** al momento del ricovero, e in seguito con cadenza giornaliera nei soggetti identificati a rischio di perdita dell'integrità cutanea. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata alle aree vulnerabili, specialmente quelle in corrispondenza delle prominenze ossee e **alla cute adiacente a dispositivi medici esterni**. *Livello di evidenza Ia (RNAO 2011)*

- DETERSIONE
- IDRATAZIONE
- PROTEZIONE



Conclusioni

- La corretta individuazione delle persone a rischio e la successiva attivazione di interventi pertinenti e personalizzati è un punto focale per la prevenzione del rischio di sviluppare LDP nella persona anziana
- L'approccio olistico e la gestione multidisciplinare e in team portano i migliori risultati nella prevenzione delle LDP
- Un'attenzione particolare va data alla mobilitazione frequente e alla cura e ispezione della cute nella gestione del rischio di sviluppare LDP



Grazie per l'attenzione!