



# STUDIO E IMPLEMENTAZIONE DI UNA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN UGA (UNITÀ GERIATRICA PER ACUTI)

Le ulcere da pressione (U. D. P.), in passato conosciute come piaghe da decubito, rappresentano a tutt'oggi un evento clinico significativo, sia per l'impegno che richiedono in termini di risorse umane e materiali, sia per la sofferenza che comportano a chi ne è affetto.

Il trattamento dei soggetti anziani rappresenta uno degli aspetti più impegnativi dell'assistenza in questo ambito. Le dimensioni del fenomeno sono evidenziate dai dati epidemiologici riscontrabili in letteratura: studi internazionali rivelano percentuali di pazienti affetti da UDP oscillanti fra l'8% e il 22% nei soggetti ospedalizzati.

Nella popolazione ospedalizzata circa il 70% dei pazienti affetti da ulcere da pressione sono ultrasettantenni; per questi soggetti l'evento ulcera da pressione rappresenta una grave causa di mortalità e morbilità, stimata da molti Autori intorno al 38% dei casi.

Le più recenti indagini condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della regione Toscana (anno 2006) evidenziano una prevalenza regionale pari al 20% fra ospedale e territorio, dove oltre il 42% dei pazienti presentano lesioni plurime.

L'impegno rivolto, negli ultimi anni, a tali problematiche, da parte di importanti istituzioni sanitarie, dimostra che nonostante la tematica possa sembrare ampiamente af-

frontata e risolta sotto vari aspetti, il problema ancora permane.

Considerato quanto premesso sono da ritenersi fondamentali la conoscenza del problema, nonché le cause e gli interventi preventivi da adottare.

Ponendo l'attenzione sull'eziologia delle ulcere da pressione potremmo definirla multifattoriale, poiché alla loro formazione concorrono molteplici fattori, interagenti fra loro, quali le caratteristiche del distretto cutaneo interessato, le caratteristiche del soggetto, condizioni predisponenti in cui l'individuo viene a trovarsi in seguito ad evento patologico, quali per esempio l'immobilità, la malnutrizione, le alterazioni percettive. Tutti questi fattori, talora transitori, sono facilmente riscontrabili nella popolazione anziana istituzionalizzata ed il danno tessutale a cui possono dare origine può avere pesanti conseguenze a lungo termine.

Il primo passo, fondamentale per contenere l'insorgenza di ulcere da pressione, è rappresentato dalla tempestiva individuazione dei soggetti a rischio, al fine di realizzare una adeguata pianificazione assistenziale (mirata soprattutto all'attuazione di interventi preventivi, fondamentali e necessari quanto la terapia stessa) sin dal momento della presa in carico del soggetto, anche per i pazien-



ti che presentano un rischio "apparentemente" assente. Da tempo ormai si è recepita l'importanza di non affidare più niente al caso o alla sola esperienza, ma piuttosto di dotarsi di strumenti idonei a supportare gli operatori in tal senso.

Le scale di valutazione del rischio UDP a disposizione sono molteplici, anche se le più accreditate si riducono a pochi elementi. Naturalmente l'adozione di una scala di valutazione del paziente a rischio di contrarre ulcere da pressione non deve rimanere fine a sé stessa, ma, nell'ottica della presa in carico globale, deve essere intesa come il primo passo di una pianificazione assistenziale personalizzata, mirata a individuare le criticità maggiori e quindi a correggerle. Qualsiasi intervento terapeutico non può prescindere da una valutazione locale, generale, ambientale/sociale del soggetto, a scelta del trattamento. Gli operatori, nell'esercizio della propria professione, hanno una "responsabilità", nei confronti dell'utenza, rappresentata dalla tutela della salute tramite l'applicazione di tutte le conoscenze a disposizione; da qui si evince la necessità di aderire alle più recenti evidenze in materia, mediante l'aggiornamento continuo, l'adozione e la creazione di strumenti e metodi di lavoro validati, al fine di garantire interventi assistenziali di qualità. La realizzazione di strumenti operativi specifici, la loro adozione e condivisione nell'ambito della propria realtà operativa, rappresenta un segno di crescita professionale, riduce la variabilità e l'errore, garantisce

la continuità delle cure, consente un monitoraggio costante degli eventi. Nell'ambito del Wound Care l'applicazione di protocolli si è rivelata una misura efficace per la prevenzione delle ulcere da pressione.

E' opinione ormai consolidata che alla realizzazione di procedure operative proprie, basate su conoscenze scientificamente validate, quali le Linee Guida, consegua un miglioramento clinico - organizzativo, che mantenga come obiettivi prioritari il mantenimento, il miglioramento e la promozione dello stato di salute dell'Utente, e, al tempo stesso, tuteli e supporti l'operatore che ne fa uso.

Il nostro lavoro è iniziato alla fine dell'anno 2005. La collega ed io siamo stati inseriti nel gruppo di

lavoro per l'accreditamento del reparto di geriatria: tra i vari compiti a noi affidati ci si chiedeva di identificare uno standard di prodotto infermieristico, rilevando l'efficacia, l'efficacia e la prevenzione di questo prodotto. Uno dei prodotti di cui avevamo maggiore conoscenza è sicuramente il rischio di piaghe di decubito, in quanto da anni, almeno da quando ho iniziato a lavorare in questo reparto, una delle nostre priorità è evitare l'insorgere di queste piaghe nel pz o ridurne l'entità, di quelle esistenti.

Abbiamo cercato strumenti oggettivamente quantificabili per capire se tutto quello che mettevamo in atto per evitare o ridurre il rischio di lesioni era efficace: dalla conoscenza dei protocolli dagli ausili più innovativi (letti elettrificati, materassini antidecubiti, sostegni), dalle medicazioni più avanzate, dal controllo alimentare e dalla mobilizzazione.

Abbiamo iniziato ad elaborare una nuova scheda di rilevazione che tenesse conto dei risultati di alcune scale di valutazione per il rischio di lesione (Le Braden / B.A.D.L., due scale già presenti nella nostra cartella infermieristica); in questa nuova scheda abbiamo inserito:

- la rilevazione delle lesioni al momento dell'ingresso, classificandole;
- l'eventuale insorgenza di lesioni durante il ricovero;
- una valutazione delle lesioni al momento della dimissione.

La scheda è stata elaborata come segue:



## SCHEDA DI RILEVAZIONE PERIODICA PER LESIONE DA DECUBITO

DATA

PAZIENTE

TOTALE SCALA DI BRADEN (rilevato dalla scheda infermieristica)

TOTALE SCALA DI B.A.D.L (rilevato dalla scheda infermieristica)

Valutazione:

| DATA INGRESSO | STADIO | DIMENSIONE | SEDE |
|---------------|--------|------------|------|
|               |        |            |      |
|               |        |            |      |
|               |        |            |      |

| DATA INSORGENZA | STADIO | DIMENSIONE | SEDE |
|-----------------|--------|------------|------|
|                 |        |            |      |
|                 |        |            |      |
|                 |        |            |      |

DATA DIMISSIONE

STATO DELLA LESIONE:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| STABILE                       |  |
| IN GUARIGIONE                 |  |
| PEGGIORAMENTO                 |  |
| NESSUNA PIAGA ALLA DIMISSIONE |  |

### Classificazione della lesione secondo N.P.U.A.P.

|   |
|---|
| <b>Stadio I</b> eritema ed edema  |
| <b>Stadio II</b> distruzione della cute a tutto spessore con o senza interessamento del derma |
| <b>Stadio III</b> distruzione del sottocute senza oltrepassare la fascia                      |
| <b>Stadio IV</b> necrosi profonda   |

Per essere più sicuri dell'efficacia dei nostri trattamenti non ci siamo limitati alla valutazione scritta ma abbiamo cercato di seguirli anche con una documentazione visiva, provvedendo ad effettuare foto delle lesioni al momento dell'ingresso, durante la degenza ed alla dimissione. Tutto questo si è potuto fare anche perché la percentuale

dei pz con lesioni da decubito si è molto ridotta: su 43 pz nella nostra U.O. questi pz oscillano tra le 10 e le 12 unità: ciò ha permesso la continuità del lavoro di documentazione da parte degli infermieri diurnisti ai quali è stata affidata in prima persona la compilazione delle schede.



**DATA \_\_\_\_\_ ingresso / comparsa di lesione**

**FOTO**

**FERITA:**  
Altezza cm \_\_\_\_\_  
Larghezza cm \_\_\_\_\_  
Profondità cm \_\_\_\_\_

**ESSUDATO:**

asciutto       medio       abbondante

**TESSUTO:**

Infetto       Necrotico       Necrotico c/escara       Deterso       Tessuto di granulazione       Fibrina       Altro:

**DOLORE:**

Nessuno       Lieve       Moderato       Intenso

**CUTE PERILESIONALE:**

Integra       Lesionata       Macerata       Eritematosa/flittene       Edematosa/cellulite

**Medicazione primaria \***

Idrocolloide \_\_\_\_\_      Alginate \_\_\_\_\_  
Schiuma \_\_\_\_\_      Film Poliuretano \_\_\_\_\_  
Garza \_\_\_\_\_      Altro \_\_\_\_\_

\* Inserire il nome commerciale

**Cambio previsto ogni / gg:**

1 2 3 4 5 6 7 \_\_\_\_\_

**Medicazione secondaria**

Garza  TNT  Garza  cotone  Pannolone  Cerotto  TNT  Cerotto di carta  Altro  Bendaggio elastocompressivo  Pellicola trasparente

**Controllo alla \_\_\_\_\_ settimana/dimissione**

**FOTO**

**FERITA:**  
Altezza cm \_\_\_\_\_  
Larghezza cm \_\_\_\_\_  
Profondità cm \_\_\_\_\_

**ESSUDATO:**

asciutto       medio       abbondante

**TESSUTO:**

Infetto       Necrotico       Necrotico c/escara       Deterso       Tessuto di granulazione       Fibrina       Altro:

**DOLORE:**

Nessuno       Lieve       Moderato       Intenso

**CUTE PERILESIONALE:**

Integra       Lesionata       Macerata       Eritematosa/flittene       Edematosa/cellulite

**Medicazione primaria \***

Idrocolloide \_\_\_\_\_      Alginate \_\_\_\_\_  
Schiuma \_\_\_\_\_      Film Poliuretano \_\_\_\_\_  
Garza \_\_\_\_\_      Altro \_\_\_\_\_

\* Inserire il nome commerciale

**Cambio previsto ogni / gg:**

1 2 3 4 5 6 7 \_\_\_\_\_

**Medicazione secondaria**

Garza  TNT  Garza  cotone  Pannolone  Cerotto  TNT  Cerotto di carta  Altro  Bendaggio elastocompressivo  Pellicola trasparente



## STUDIO E IMPLEMENTAZIONE DI UNA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN UGA (UNITÀ GERIATRICA PER ACUTI)

### CONCLUSIONI

Dall'inizio delle fasi di rilevazioni abbiamo avuto un totale di 1.267 donne ricoverate con un totale di 81 pz piagate.

Di queste, al momento della dimissione 38 erano in fase di guarigione, 27 pz presentavano lesioni stabili, 16 un peggioramento delle lesioni. Per 8 pazienti le lesioni erano insorte durante il ricovero.

Abbiamo avuto 973 ricoveri uomini con un totale di 41 pz piagati.

Di questi, al momento della dimissioni 10 erano in fase di guarigione, 29 presentavano lesioni stabili, 1 pz presentava un peggioramento della lesione. Non erano insorte lesioni durante il ricovero.

Per le pz donne bisogna tenere presenti alcuni fattori di rischio maggiori rispetto agli uomini: età più avanzata, periodo di ricovero più lungo, patologie più invalidanti, maggiore obesità.

Durante il periodo della rilevazione nel nostro reparto se verificato un piccolo aumento di lavoro burocratico sostenuto dagli infermieri e O.S.S. ma questo è stato superato dalla soddisfazione del progetto che diventato un standard di prodotto per il reparto e dai vantaggi che si ottengono:

- il lavoro di documentazione messo in atto ci consente di capire se le procedure attivate sono valide oppure no,
- questo comporta una riduzione del periodo di degenza dei pazienti,
- la documentazione disponibile è inoltre un utile strumento di tutela del nostro operato, di fronte ad eventuali lamentele da parte dei pazienti o dei familiari.

In più si sta attuando una formazione all'interno del dipartimento per adottare tutti lo stesso sistema di rilevazione.

Dall'inizio del piano sino al mese di Ottobre 2007 è stata rilevata una percentuale del 0,5% di lesioni da decubito insorte durante la degenza; questa percentuale è un dato che rispecchia o migliora i dati che emergono in letteratura.

**Antonio Arcopinto**  
**Monica Grimaldi**  
**Stefania Gualandri**  
**Orietta Vecchi**

Geriatrics

Riferimenti bibliografici

*Linee Guida Regione Toscana: "Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento", documento n 3 ottobre 2005*

*"Linee guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito". A. O. di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpigli, ottobre 2001*

*"Raccomandazioni per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito". Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, ottobre 2005*

*"Il dito nella piaga: prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito". R. Fratton, A. Pegoraro, E. Maffei, G. Romanelli, E. Fonzi, P. Costa. I quaderni di dialogo sui farmaci, Verona 2003*

*"Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione". M. P. Bertuccelli, U. L. Dati, C. Moncini, J. Ranieri. Pubblicazione per operatori sanitari, personale infermieristico, AUSL 12 Viareggio, 2004*

*"Ulcere da pressione raccomandazioni per l'operatore sanitario". M. P. Bertuccelli, J. Ranieri. Pubblicazione per operatori sanitari, AUSL 12 Viareggio, 2007*

*"Assistenza infermieristica nella cura delle lesioni cutanee". S. Bale, V. Jones. II edizione. Elsevier Masson, 2007*

*Helios. Aggiornamento in Wound Care 2- 1999. Ricerca internet: [www.coloplast.it](http://www.coloplast.it)*

*Helios. Aggiornamenti in Wound Care 1 - 2005. Ricerca internet: [www.coloplast.it](http://www.coloplast.it)*

*"Le ulcere da pressione: prevenzione, fisiopatologia, clinica, trattamento medico e chirurgico. G. Biglietti. Ricerca internet: [www.asl16.sanitacn.it](http://www.asl16.sanitacn.it)*

*"UdP prevenzione e trattamento: dimensioni del fenomeno in Toscana", giornata di studio. Firenze 12 dicembre 2006.*