

Che cosa controllare dei presidi antidecubito per un corretto funzionamento

Giuliano Barbarino

UOC Neurologia PO Gravina e Santo Pietro
Caltagirone



Associazione
Italiana
Neurologi
Ambulatoriali
Territoriali



LA NEUROLOGIA
AMBULATORIALE
TERRITORIALE
FRA MEDICO DI BASE
E NEUROLOGIA
OSPEDALIERA
IN SICILIA

HOTEL NETTUNO
Viale Ruggero di Lauria 121
95127 Catania



Associazione
Italiana
Neurologi
Ambulatoriali
Territoriali

DEFINIZIONE

“lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio” (EPUAP, 2009).

lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa l'epidermide, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, il muscolo, la cartilagine e l'osso

Prevalenza

varia in rapporto all'ambiente ed alla concomitanza di particolari patologie o morbilità.

Da studi epidemiologici condotti si evince che l'incidenza e la prevalenza delle LdP variano a seconda delle popolazioni osservate.

i dati relativi alle strutture ospedaliere mostrano valori di prevalenza compresi tra l'8% e il 22% circa (National Institute for Clinical Excellence, 2001).

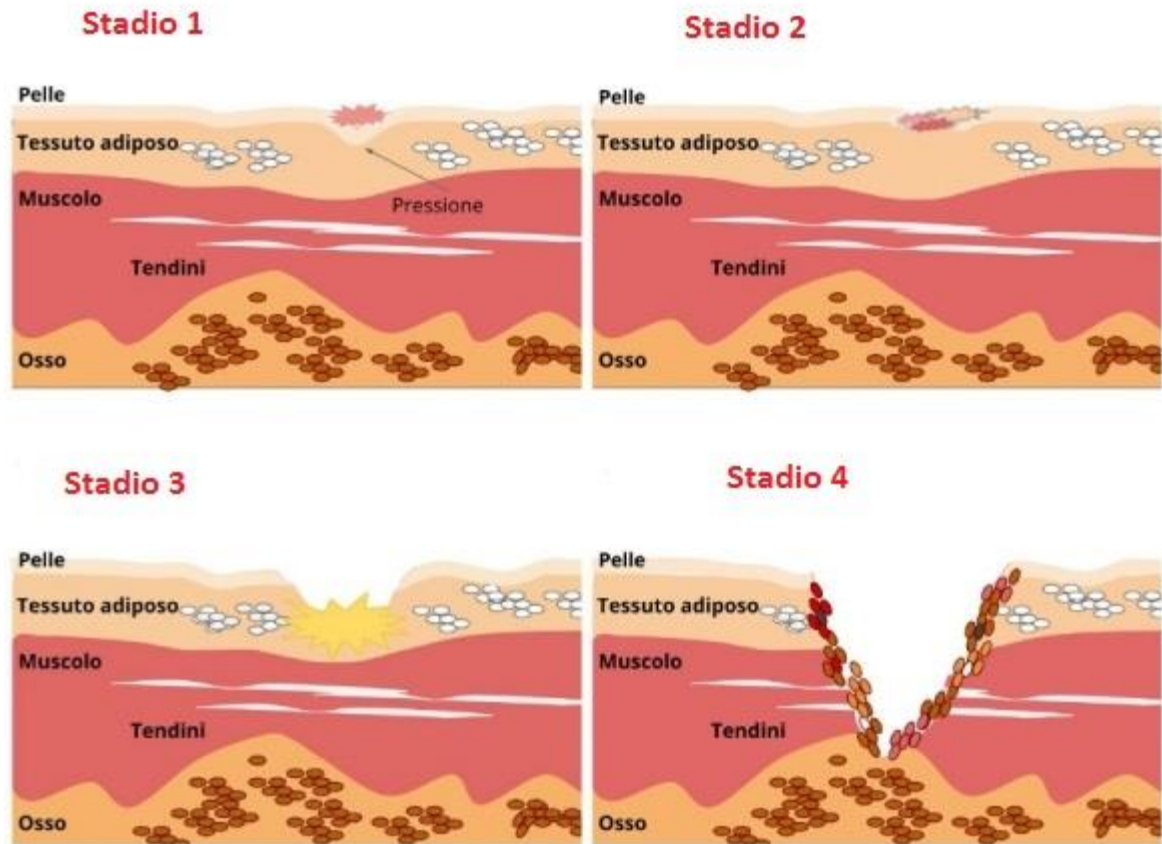
Tale danno si forma prevalentemente nei **soggetti immobilizzati** o con problemi di mobilità.

L'immobilità protratta per un lungo periodo determina un **aumento della pressione** tra la superficie corporea e il piano del letto.

Tale situazione **riduce la circolazione** del sangue limitando il passaggio di ossigeno e sostanze nutritive e determina la morte dei tessuti con la conseguente formazione dell'ulcera.

L'immobilità è comunque solo uno dei fattori che può causare le lesioni da decubito; a questo occorre aggiungere:

- la ridotta percezione sensoriale;
- il ridotto stato nutrizionale;
- il flusso sanguigno inadeguato;
- l'incontinenza.



Etiopatogenesi

- i meccanismi principali coinvolti nella genesi delle LdP agiscono localmente
- si considerano concause gli stati dismetabolici o patologici generalizzati che la persona portatrice di LdP spesso presenta in concomitanza alla lesione stessa

alcuni autori sostengono che si tratti di una **espressione cutanea di patologia generalizzata**

fattori di rischio nello sviluppo di LdP

fattori locali;

fattori generali;

fattori ambientali.



FATTORI LOCALI

- **Pressione** dei tessuti sul piano di appoggio
- **Forza di stiramento** → Slittamento dei segmenti corporei
microtrombosi, ostruzione e recisione dei piccoli vasi, **ipossia** e conseguente **necrosi tissutale profonda**
- **Attrito/frizione/sfregamento**
- **Macerazione cutanea** → in seguito a **incontinenza** urinaria e/o fecale o sudorazione profusa

Nel soggetto allettato

Sorvegliare soprattutto:

bacino;

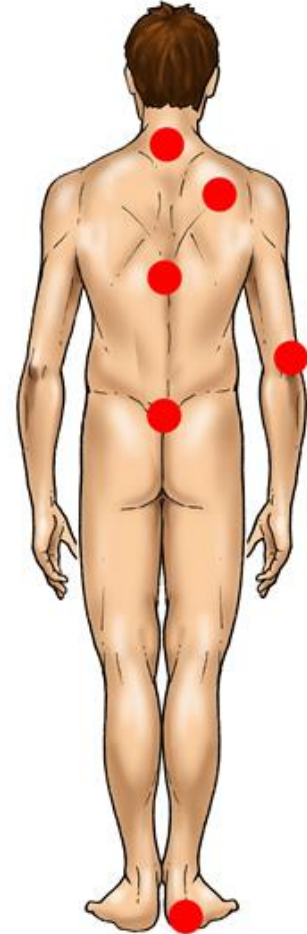
colonna vertebrale;

zona sacrale;

scapole;

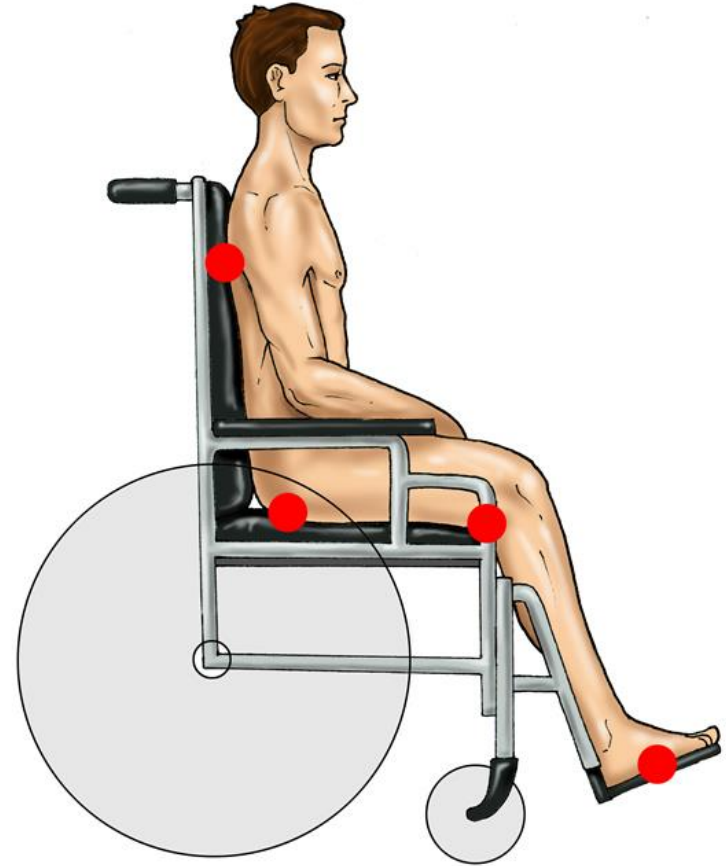
gomiti;

talloni.



se in sedia a rotelle

la zona sacrale;
la parte bassa della schiena;
le gambe;
i talloni;
i piedi.



FATTORI GENERALI

- Tolleranza tissutale
- Età avanzata
- Patologie che comportano l'accentuazione delle condizioni ischemiche e/o dell'ipossia locale, quali: arteriopatie, broncopatie, cardiopatie, anemia, ipotensione, diabete, iperpiressia
- Patologie che implicano un **rallentamento dei processi rigenerativi tissutali**, quali: malnutrizione, ipoalbuminemia, neoplasie, infezioni;
- Patologie che riducono la **percezione del dolore**, quali: neuropatia diabetica, emiparaplegie, ictus, sedazione, demenze, stato comatoso;

FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI

- tasso di umidità inferiore al 40%;
- temperatura inferiore ai 18°C che provoca ipotermia circolatoria tissutale;
- surriscaldamento ambientale che può portare a sudorazione profusa e conseguente disidratazione;
- irradiazione, che avviene per emissione di radiazioni dannose per la cute da fonte luminosa.

Per prevenire le lesioni da decubito occorre innanzitutto **riconoscere le persone a rischio**.

Le persone allettate o con problemi gravi di mobilità sono da considerare come soggetti a rischio.

Stretta osservazione i soggetti che hanno problemi di mobilità per malattie neurologiche, malattie cardiache o diabete.

Ridotta percezione sensoriale agli stimoli dolorosi che portano a cambiare posizione per migliorare la circolazione a livello della cute e del derma.

Si è visto inoltre che i soggetti molto magri o gravemente sovrappeso sviluppano lesioni più spesso di chi ha un peso normale.

Infine va prestata particolare attenzione a chi soffre di incontinenza urinaria perché l'urina può contribuire alla macerazione della pelle e indirettamente alla formazione della lesione.

Valutazione rischio di sviluppo lesioni da pressione

Giudizio clinico

Stato nutrizionale

Scale di valutazione

l'indice di Braden (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk),

indice di Norton (Norton Pressure Sore Risk Assessment Scale)

indice di Waterlow (Waterlow Pressure Ulcer Risk Assessment Tool).

SCALA A PUNTEGGIO DI NORTON

INDICATORI	VARIABILI			
CONDIZIONI GENERALI	BUONE	DISCRETE	SCADENTI	GRAVI
STATO MENTALE	LUCIDO	APATICO	COMA APALLICO	COMA
MOBILITA'	AUTONOMA	POCO LIMITATA	MOLTO LIMITATA	IMMOBILITA'
INCONTINENZA FECALE	ASSENTE	OCCASIONALE	CONTROLLATA DA FARMACI	CONTINUA
punteggio indicatore	4	3	2	1
Punteggio finale	RISCHIO ASSENTE: da 16 a 15	RISCHIO LIEVE: da 14 a 12	RISCHIO ELEVATO: uguale o inferiore a 11	

Scala di Braden.

Indicatori

Variabili

	4	3	2	1
Percezione sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Completamente limitata
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Completamente allettato
Mobilità	Limitazione assente	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completamente immobile
Nutrizione	Eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Molto povera
Frizione e scivolamento		Assenza di problemi	Problema potenziale	Problema

Rischio se < o = a 16.

Monitoraggio clinico

Chi assiste il soggetto deve prestare attenzione a eventuali cambiamenti della pelle in termini di:

- colorazione (eritema);
- umidità (secchezza o macerazione);
- consistenza (fragilità o indurimento, gonfiore);
- temperatura (aumento o riduzione);
- danni iniziali (vescicole o abrasioni).

Valutazione Nutrizionale

1. avvenire routinariamente in tutte le persone al momento del ricovero/presa in carico;
2. essere effettuata precocemente;
3. essere ripetuta regolarmente (ad intervalli di tempo dipendenti dal livello di rischio nutrizionale);
4. tenere in considerazione gli elementi più semplici dello stato nutrizionale e la severità della patologia.

Prevenzione lesioni da decubito

cambiare spesso posizione

attivare la circolazione e prevenire il danno da pressione.

cambiarle posizione con regolarità, almeno **ogni 2 ore**.



Per ridurre l'attrito tra la pelle e la superficie del letto o della carrozzina si possono utilizzare **dispositivi antidecubito**

Norme generali di prevenzione

- evitare di far poggiare la persona direttamente sulle ossa del femore. Se sdraiata su un lato inclinarla di circa 30 gradi;
- sostenere le gambe con un supporto di lattice o un cuscino posto sotto le gambe, da metà del polpaccio fino a sotto la caviglia
- tenere sollevate le ginocchia e le caviglie, utilizzando gli appositi sostegni;
- non sollevare la testa dal letto più di 30 gradi. Un'inclinazione maggiore facilita lo scivolamento, aumentando il rischio di lesioni dovute all'attrito e alle forze di taglio;
- usare un materasso che diminuisca la pressione (materassi in lattice, ad aria, gel o ad acqua).

Presidi antidecubito

supporto o dispositivo, atto a **ridurre o scaricare la pressione di contatto** esercitata dal corpo su di una superficie, attraverso modalità diverse.

lo scopo si ottiene prevalentemente attraverso la ridistribuzione delle pressioni stesse.

tramite l'adattamento della superficie alla sagoma del corpo,

determina la distribuzione del peso su un'area maggiore in modo costante e continuo

Scopi ed indicazioni

prevenire i danni tissutali

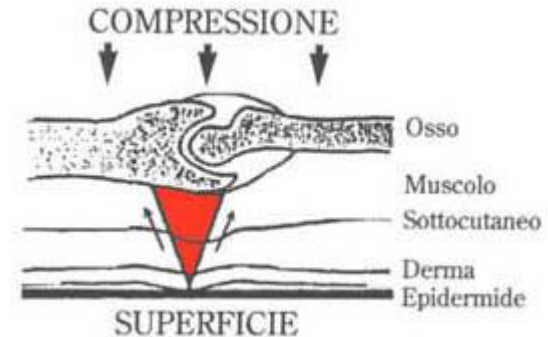
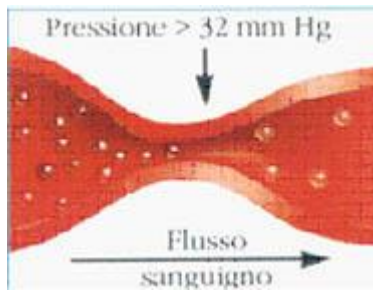
favorire la granulazione e la guarigione di ulcere da decubito già esistenti

migliorare e favorire il controllo del dolore cronico (ad esempio pazienti affetti da cancro in stadio terminale).

Ridistribuzione della pressione

la ridistribuzione delle pressioni avviene attraverso il più o meno marcato adattamento della superficie al profilo del corpo umano,

la superficie su cui esso giace diventi più estesa



Classificazione	Tipo di superficie
Caratteristiche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aria fluidizzata ▪ Bassa cessione d'aria ▪ Pressione alternata ▪ Rotazione laterale
Categorie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Materassi ▪ Sistemi da letto integrati ▪ Sovramaterassi ▪ Superfici di supporto attive ▪ Superfici di supporto reattive
Componenti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schiuma a celle aperte ▪ Schiuma a celle chiuse ▪ Schiuma elastica ▪ Visco-elastica ▪ Gel ▪ Acqua ▪ Aria ▪ Fluido viscoso

In linea generale, le superfici, in base al principio mediante il quale ridistribuiscono le pressioni, possono essere suddivise in

active (sono alimentate elettricamente e pertanto in grado di cambiare la distribuzione delle pressioni anche in assenza di un carico)

reactive (alimentate o non alimentate, in grado di ridistribuire le pressioni solo in seguito all'applicazione di un carico).

Sovramaterassi

posizionate sopra un materasso standard

rischio di bottoming out,

valutazione giornaliera dell'efficacia della superficie

diverso materiale (schiuma, aria, acqua)

come un'altezza adeguata (non inferiore ai 10 cm) e grado di immersione (secondo le caratteristiche del materiale).

i sovrामaterassi (come i materassi) in schiuma hanno una densità elevata.

vanno sottoposti a sanificazione dopo l'uso e prima dell'utilizzo su un altro paziente (o periodicamente ogni 6 mesi).



Materassi

Direttamente sulla struttura del letto

composti da vari materiali, come schiume di poliuretano ad alta densità, materiale visco-elastico, gel, aria, acqua (o una combinazione dei precedenti) oppure possono essere dotati di una unità motore (pompa) che ne regola il funzionamento.



Cuscino antidecubito

sistema di supporto per la posizione seduta

distribuisce la pressione

aumenta la superficie di contatto.

assicurare l'allineamento e la stabilità posturale

**prevenire le deformità, diminuire il dolore e la spasticità,
aumentando il comfort e facilitando la mobilità residua**



utilizzati sopra sedie, poltrone, carrozzine, in quei soggetti che devono mantenere tale posizione per diverse ore.

dispositivi statici

recente la produzione di dispositivi elettrocomandati, che utilizzano il principio della pressione alternata o della cessione d'aria.



La scelta del cuscino antidecubito

Occorre considerare i seguenti aspetti:

- il peso del paziente;
- la base di appoggio che accoglierà il cuscino;
- il tempo che il paziente trascorrerà seduto;
- il peso del cuscino;
- i fattori di rischio legati al paziente: patologie, età, disturbi della sensibilità, riduzione della motricità, presenza di dolore, stato di coscienza, incontinenza sfinterica;
- i fattori di rischio legati all'ambiente

Caratteristiche della sedia

L'efficacia del cuscino dipende essenzialmente dalle caratteristiche della sedia su cui viene posto.

impedire o ridurre la possibilità di scivolamenti in avanti o laterali,

possono sopportare una quota variabile dal 5% all'11% del peso corporeo.

possibilità di inclinare all'indietro lo schienale della sedia o della poltrona,

la possibilità di tenere sollevati gli arti inferiori, avendo cura di conservare una posizione fisiologica dell'angolo caviglia/piede

Altri dispositivi

Talloniere e gomitiere:

sistemi antidecubito appositamente studiati e sagomati per la protezione di talloni e gomiti.

Il sollevamento dei talloni, mediante il posizionamento di un cuscino che sollevi l'arto inferiore (sotto il polpaccio) al fine di tenere i talloni sospesi, è ritenuto il miglior rimedio per evitare la comparsa di lesioni.



spessori o imbottiture

per evitare il contatto tra prominenze ossee reciproche,

fodere per materassi antidecubito,

archetti alza coperte.



Caratteristiche delle superfici antidecubito

Un presidio antidecubito, per essere definito efficace, deve **intervenire attivamente sulle cause estrinseche**, attraverso:

la riduzione della pressione del corpo sul piano d'appoggio;

la riduzione delle forze di attrito e di stiramento,

la dispersione di calore e di umidità;

il mantenimento di una postura corretta e delle frizioni di taglio.

Valutate principalmente le seguenti caratteristiche

1. caratteristiche tecniche della superficie;
2. caratteristiche di comfort per il paziente;
3. caratteristiche di comfort per l'operatore;
4. caratteristiche delle coperture degli ausili (cover).

Caratteristiche tecniche delle superfici

Densità Le schiume ad alta densità generalmente mantengono più a lungo le loro proprietà di prestazione e perciò possono offrire una durata di utilizzo maggiore

Altezza un riferimento minimo di 10 cm 14 cm

Resilienza capacità del polimero di essere elastico, supportando il peso

Memoria preferibile avere una superficie con memoria "lenta" o con assenza di memoria (2,5 cm di superficie)

Affondamento “bottoming up” grado di "schiacciamento" della superficie determinata dal peso della persona; esso è in rapporto anche all'altezza e ad altre caratteristiche intrinseche del presidio

Effetto amaca copertura deve essere sufficientemente elastica e di dimensioni adeguate al materasso

Altre caratteristiche tecniche:

- portata massima;
- modalità di sanificazione/sterilizzazione;
- compatibilità con attrezzature esistenti (ingombro, peso, dimensioni);
- presenza di allarmi (acustici/visivi) per segnalazione di irregolarità;
- presenza di sensori (a regolazione manuale o automatica);
- modalità di fissaggio/ancoraggio del sovramaterasso al letto;
- modalità di stoccaggio;
- tipo di manutenzione;

Caratteristiche di comfort per l'utente

- **mantenimento della postura** a letto e da seduti (non scivolamento o perdita di equilibrio);
- facilità di **spostamento posturale** (letto-sedia, letto-lettiga, sedia-wc);
- **stabilità nella posizione**, con assenza dell'effetto di galleggiamento/affondamento e assenza di sensazioni di instabilità/incertezza;
- mantenimento dell'**autonomia residua di movimento**: il presidio deve infatti permettere la mobilità della persona;
- **comfort termico**: il paziente non riferisce sensazioni di caldo o di freddo, di umidità;
- **silenziosità** e assenza di vibrazione delle pompe.



Caratteristiche di comfort per l'operatore

- facilità di eseguire le attività assistenziali di base (igiene della persona, movimentazione/cambio postura, rifacimento letto);
- praticità di spostamento del paziente;
- semplicità d'uso (maneggevolezza, sanificazione, ancoraggio);
- ridotto peso e ingombro del presidio.

Caratteristiche delle coperture degli ausili

- basso coefficiente di attrito e di frizione;
- elasticità bidirezionale (per evitare l'effetto amaca);
- permeabilità al vapore acqueo;
- impermeabilità ai liquidi (la presenza di macchie sulla protezione, potrebbe indicare che questa non sia più impermeabile, in tal caso la superficie sottostante potrebbe diventare sede di microrganismi potenzialmente patogeni);
- repellente agli odori e alle macchie;
- lavabile in lavatrice, disinfettabile;
- trattamento antibatterico/antimicotico certificato;

In conclusione

La prevenzione delle lesioni da resione coinvolge diversi aspetti

La mobilizzazione rappresenta il miglior modo di prevenirne la formazione

L'adeguato apporto calorico è fondamentale.

Diversi aspetti sia tecnici che legati al benessere del paziente devono essere considerati nella valutazione dell'efficacia di un presidio antidecubito.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

