

LESIONI DA DECUBITO NEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO IN UN REPARTO PER ACUTI: PREVALENZA E CORRELATI CLINICI



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE - DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE,
CHIRURGICHE E DELLA SALUTE

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GERIATRIA

DR. GIUSEPPE CASTIGLIA



«LESIONE DA DECUBITO»

- **Area localizzata di danno tissutale** causata da forze di pressione, trazione, frizione o da una combinazione di tali fattori, che può insorgere potenzialmente **in qualsiasi parte dell'organismo**, ma che più comunemente si sviluppa in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità viene classificata in stadi. (EPUAP 2003)
- La pressione applicata agisce sul **metabolismo cellulare** attraverso un'azione sulla circolazione ematica e linfatica, diminuendo il flusso di sangue alla pelle e ai tessuti sottostanti, attraverso un meccanismo ischemico.
- **Nomenclatura:** Pressure sores, pressure ulcers, decubitus ulcers, pressure wounds, bedsores, HAPU ("*Hospital Acquired Pressure Ulcers*"), healable ulcers, non-healable or palliative ulcers

COFATTORI CAUSALI DELLE LESIONI DA DECUBITO

- GRAVITA' CLINICA
- COMORBIDITA'
- AUTONOMIA
- STATO NUTRIZIONALE
- COGNITIVITA'
- DEPRESSIONE
- PROGNOSI
- DURATA DELLA DEGENZA
- SETTING DOMICILIARE
- PROVENIENZA
- QUALITA'/INTENSITA' DELL'ASSISTENZA

PREVALENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO NEI DIFFERENTI SETTING ASSISTENZIALI

- Reparti per Acuti 0,4 – 38%
- Residenze Sanitarie Assistenziali 2,2 – 23,9%
- Assistenza Domiciliare 0 – 17%

Bernabei R. et al, 2010

La prevalenza di LDD nei pazienti ospedalizzati è aumentata dell'80% tra il 1993 e il 2006

AHRQ, USA (J Doley, Nutr Clin Pract 2010)

OBIETTIVI DELLO STUDIO

- Ottenere **i dati di incidenza** delle lesioni da decubito nei nostri **pazienti anziani acuti ospedalizzati**
- Cercare una possibile **chiave clinica d'interpretazione** del fenomeno, partendo dall'analisi della **valutazione multidimensionale** e da altri dati clinici

MATERIALI E METODI

- **Due setting assistenziali per acuti** diversi per tipologia dei pazienti e per intensità delle cure che hanno caratterizzato il nostro reparto in tempi immediatamente successivi l'uno all'altro.
- **I data base** relativi ai nostri pazienti contengono in modo analitico i dati dei pazienti ricoverati consecutivamente nella sede dell'Ospedale di Cattinara **da aprile 2008 a settembre 2009 (prima popolazione)** ed un secondo data base che raccoglie i dati dei pazienti ricoverati consecutivamente all'Ospedale Maggiore **da dicembre 2011 a maggio 2013 (seconda popolazione)**
- I dati sono stati integrati con l'archivio ospedaliero informatizzato "G2 clinico"[®] (Insiel S.P.A.) e con le cartelle cliniche.

RISULTATI 1

Prima popolazione: 512 pazienti acuti (D 274/U 238 – 53,5/46,5%), età 83,5±6,8 anni.
Seconda popolazione: 662 pazienti acuti (D 418/U 244 – 63,1/36,9%), età 83,8±7,7 anni.

| | PRIMA POPOLAZIONE | SECONDA POPOLAZIONE |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| STADIO LESIONE | Lesioni in 69/512 pazienti (13,47%) | Lesioni in 36/662 pazienti (5,4%) |
| PRIMO | 15 (21,7%) | 5 (13,8%) |
| SECONDO | 23 (33,3%) | 15 (41,7%) |
| TERZO | 5 (7,2%) | 4 (11,1%) |
| QUARTO | 5 (7,2%) | 1 (2,8%) |
| MULTIPLE ED IN STADI DIFFERENTI | 14 (20,3%) | 2 (5,6%) |
| NON STADIABILI (ESCARA, NON PRECISATO) | 21 (30,4%) | 11 (30,6%) |

DIVERSA INCIDENZA NELLE DUE POPOLAZIONI DI PAZIENTI ACUTI: PERCHE'?

- Diversa gravità clinica?
- Diversa storia clinica?
- Diversa durata della degenza?
- Diversa intensità di cure infermieristiche?
- Altro?

ANDIAMO A VEDERE LA VMD...

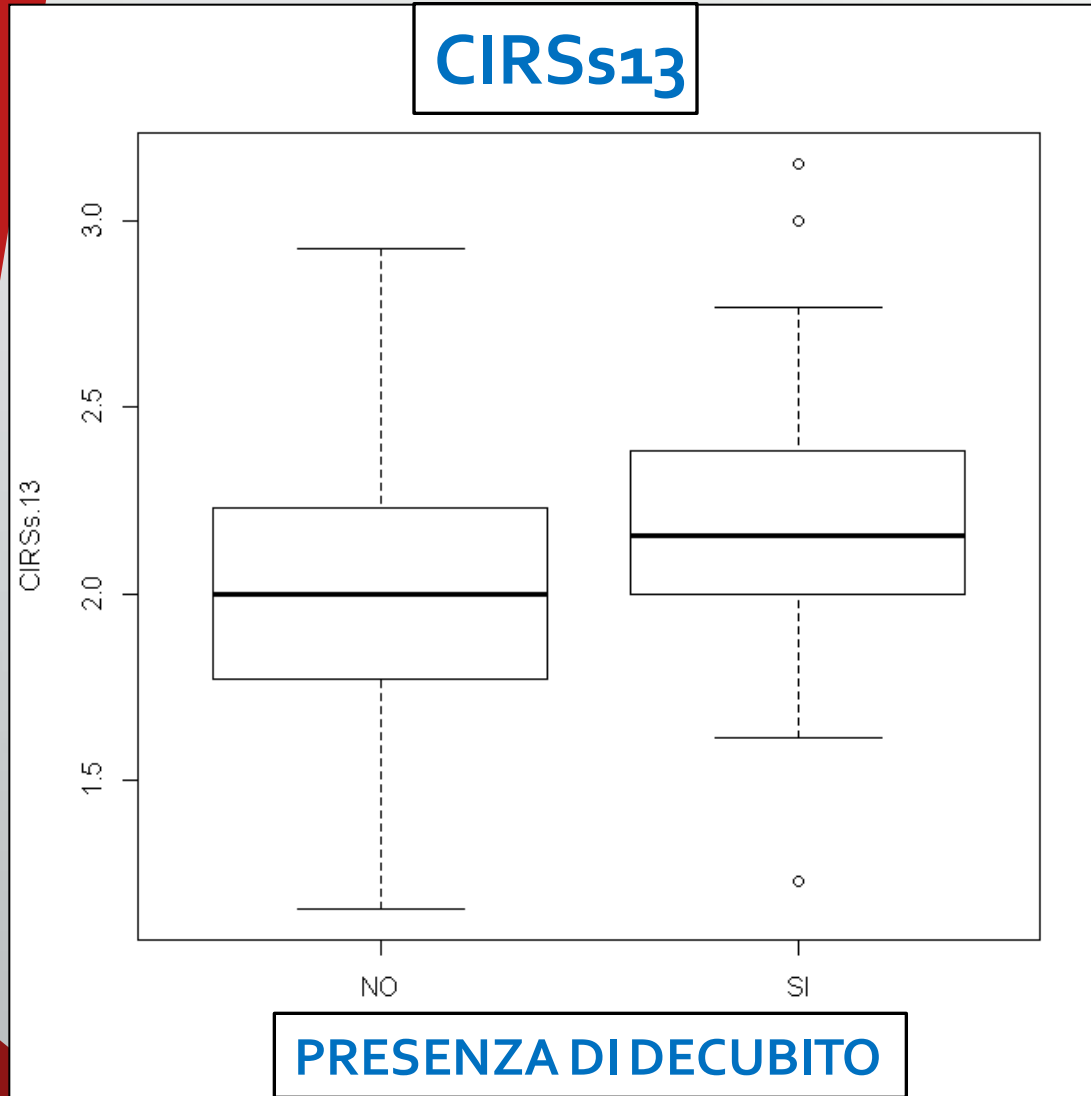
RISULTATI 2

| DATI | PRIMA POPOLAZIONE, n 512 (m±ds) | SECONDA POPOLAZIONE, n 662 (m±ds) | SIGNIFICATIVITA' |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| CIRS _{13s} | 2,02 ± 0,32 | 2,15 ± 0,48 | < 0,001 |
| CIRS _{13c} | 4,17 ± 1,81 | 4,82 ± 2,14 | < 0,001 |
| CIRS _{14s} | 2,05 ± 0,32 | 2,19 ± 0,49 | < 0,001 |
| CIRS _{14c} | 4,66 ± 1,96 | 5,32 ± 2,22 | < 0,001 |
| ADL | 2,41 ± 2,28 | 3,22 ± 2,39 | < 0,001 |
| BARTHEL INDEX | 43,42 ± 36,44 | 54,58 ± 37,58 | < 0,001 |
| MNA | 18,99 ± 6,25 | 20,22 ± 5,60 | < 0,001 |
| MMSE | 21,79 ± 7,96 | 21,43 ± 7,07 | 0,23 |
| GDS | 4,89 ± 3,36 | 4,00 ± 3,40 | < 0,05 |
| MPI | 0,53 ± 0,21 | 0,48 ± 0,21 | < 0,001 |
| DEGENZA MEDIA (GG) | mediana 18 gg | mediana 11 gg | < 0,001 |

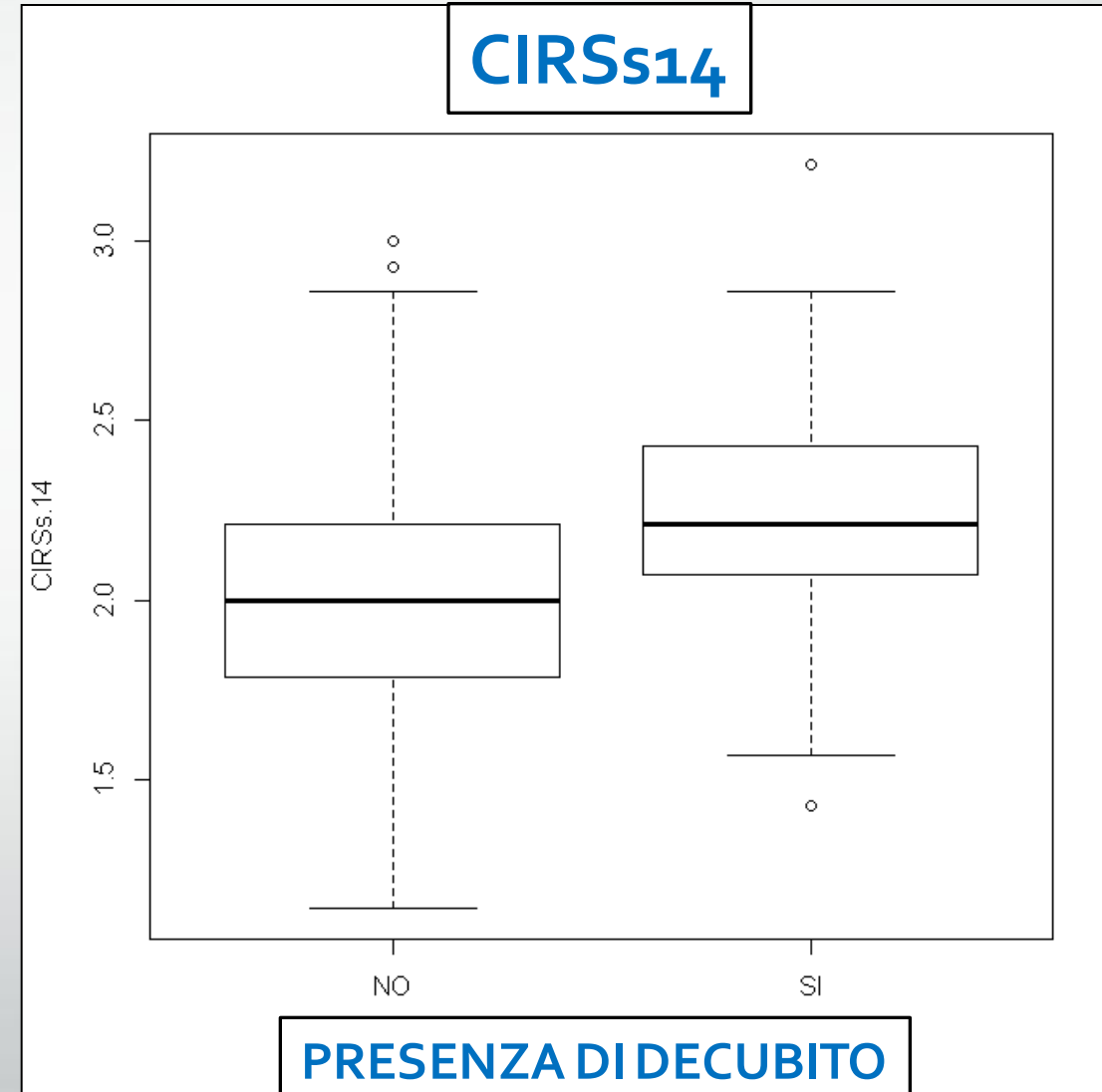
VEDIAMO ADESSO ALL'INTERNO DI CIASCUNA POPOLAZIONE....

Prima popolazione: 512 pazienti acuti, di cui
274 donne (53,51%) e 238 uomini (46,48%),
con un'età media di $83,5 \pm 6,8$ anni

PRIMA POPOLAZIONE

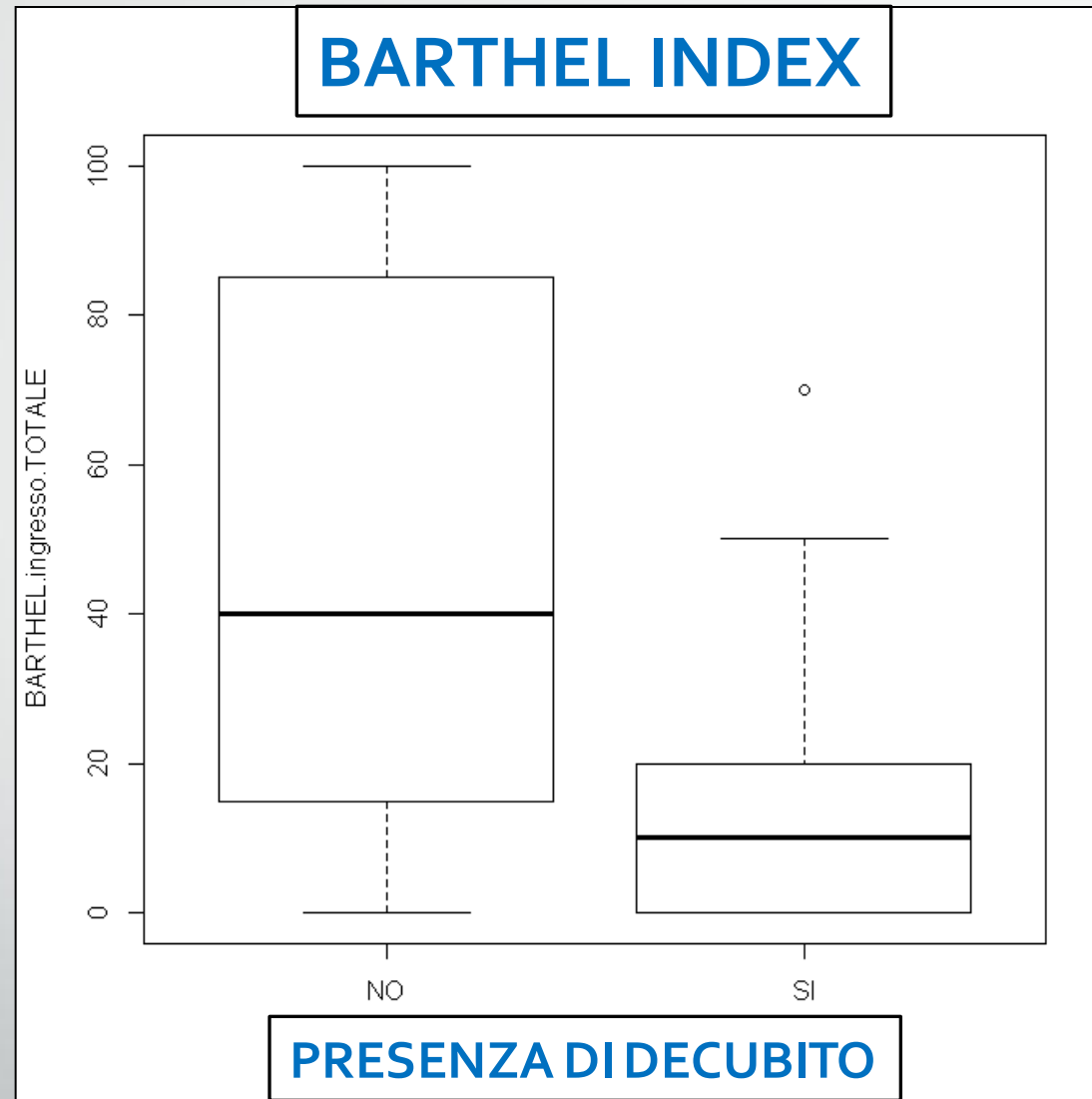


p-value < 0,001



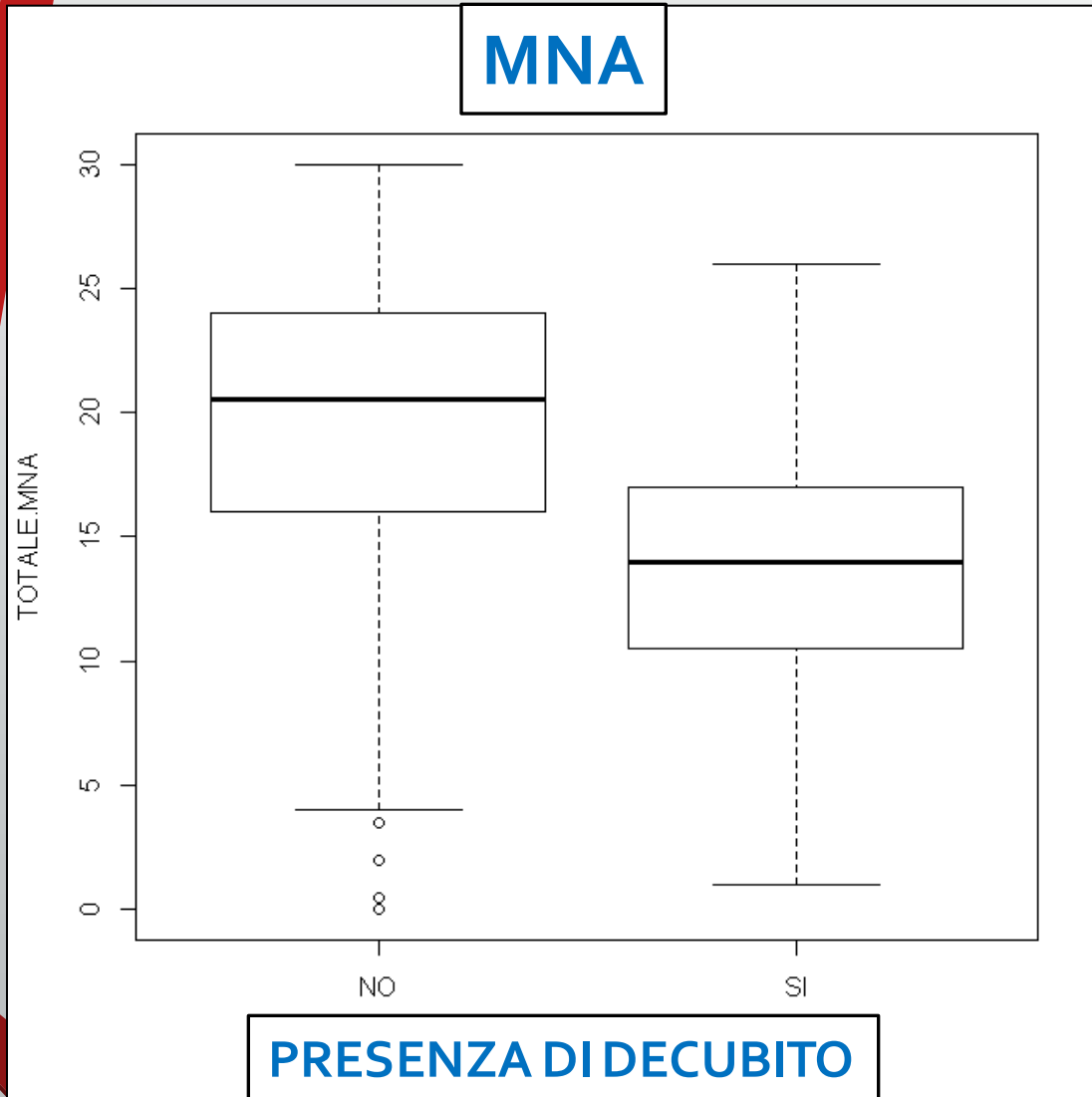
p-value < 0,001

PRIMA POPOLAZIONE

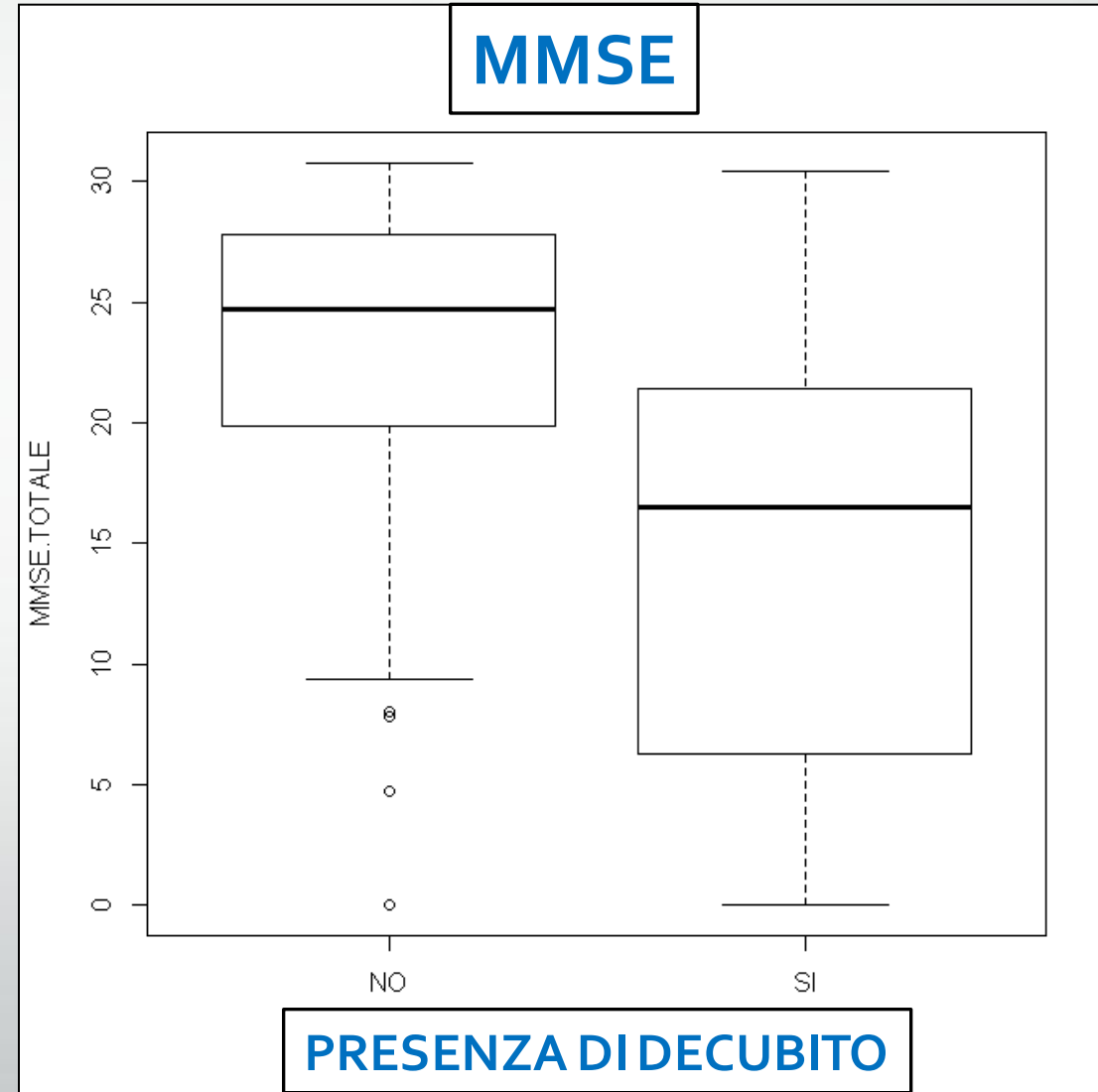


p-value < 0,001

PRIMA POPOLAZIONE

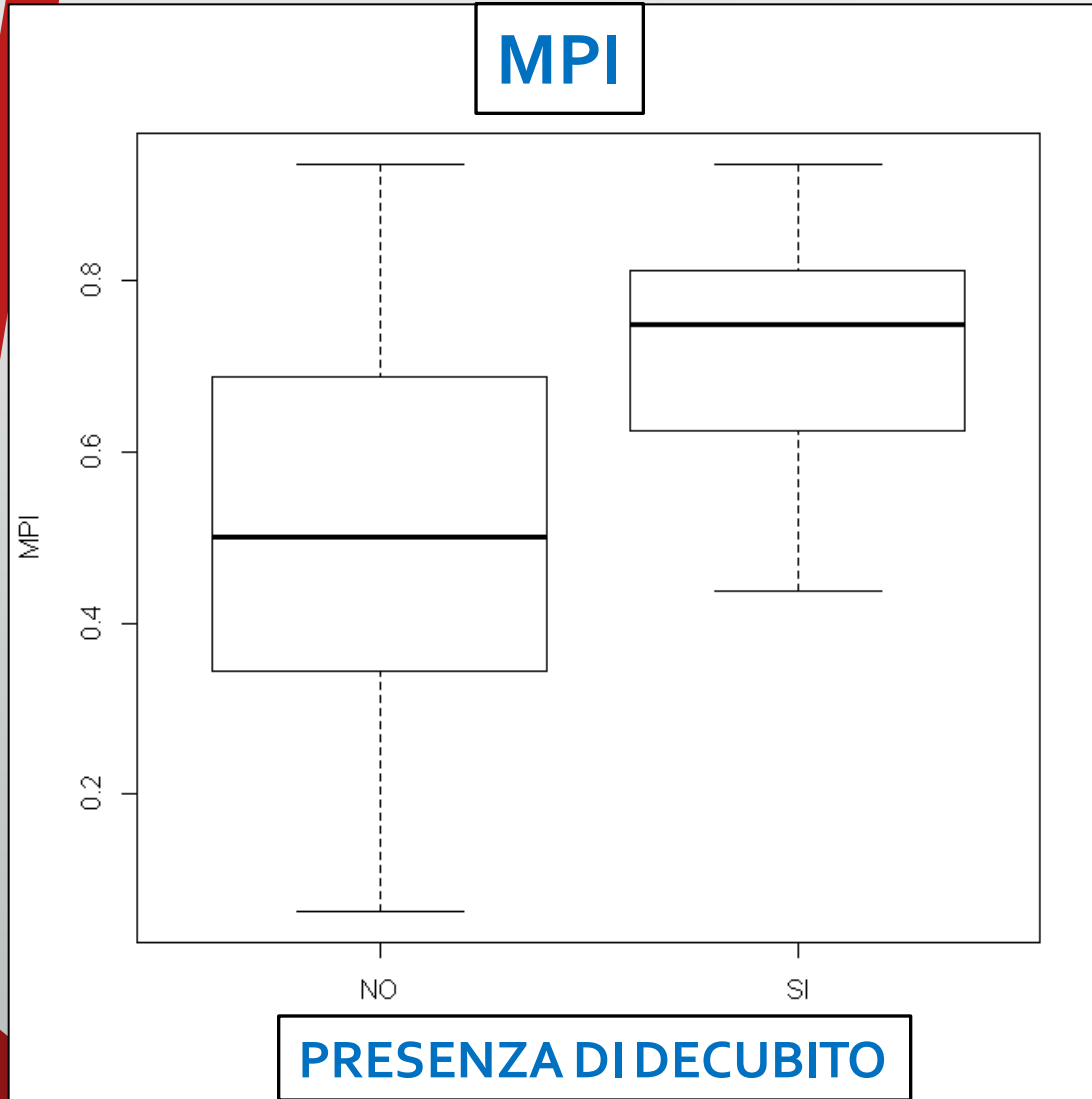


p-value < 0,001

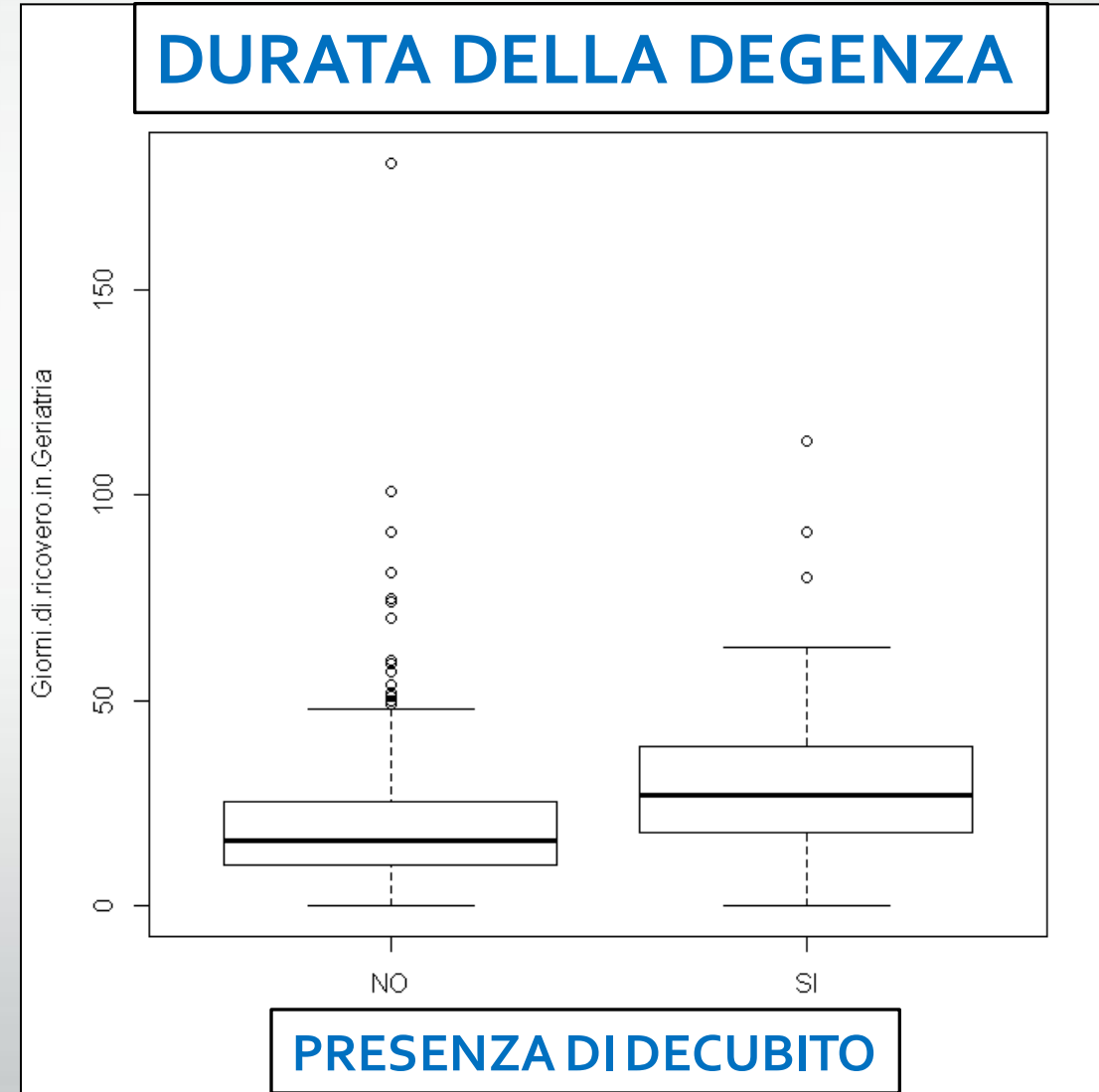


p-value < 0,001

PRIMA POPOLAZIONE



p-value < 0,001



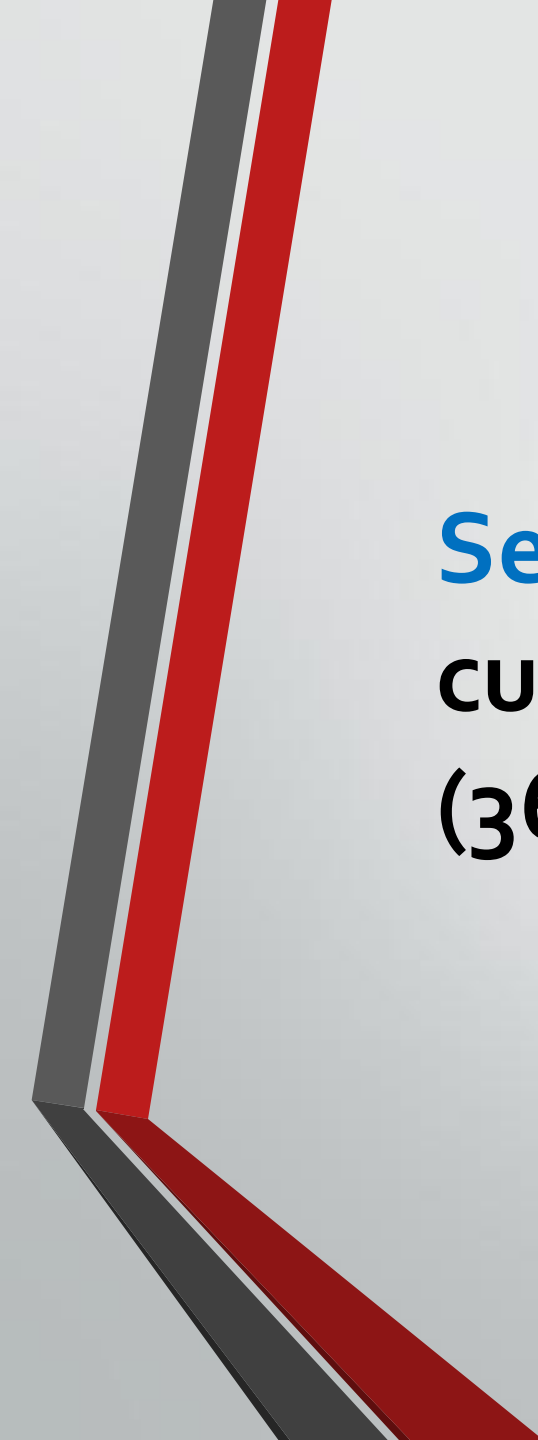
p-value < 0,001

QUINDI NELLA PRIMA POPOLAZIONE ESAMINATA RETROSPETTIVAMENTE

I pazienti con LDD presentano:

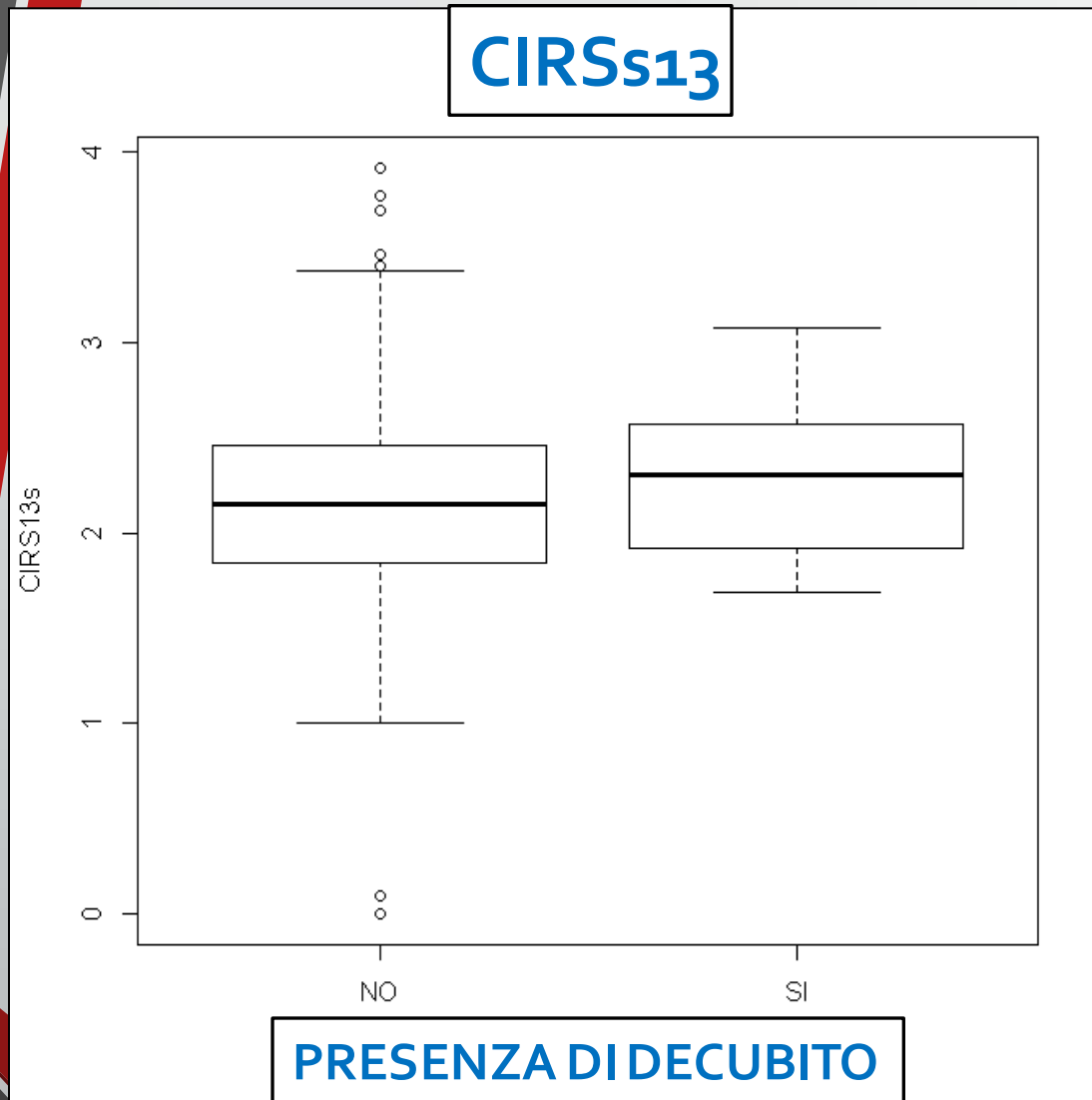
- maggiori severità clinica e comorbidità,
- minore autonomia,
- stato nutrizionale più scaduto,
- punteggi minori al MMSE e GDS,
- peggior indice prognostico multiplo (MPI)
- durata di degenza maggiore.

Non emergono differenze per quanto riguarda il BMI e l'età

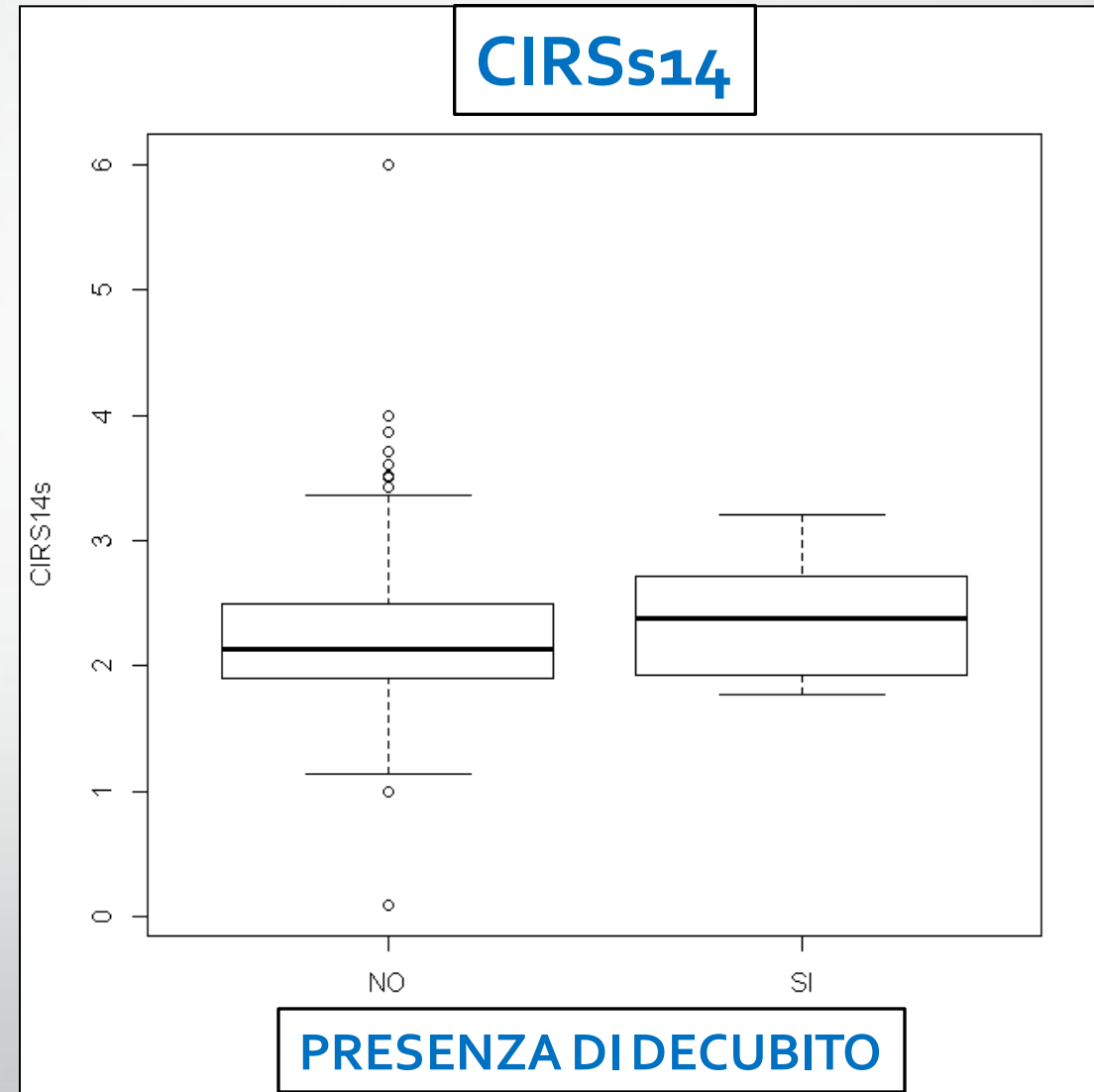


Seconda popolazione: 662 pazienti acuti, di cui 418 donne (63,14%) e 244 uomini (36,86%), con un'età media di $83,8 \pm 7,7$ anni

SECONDA POPOLAZIONE

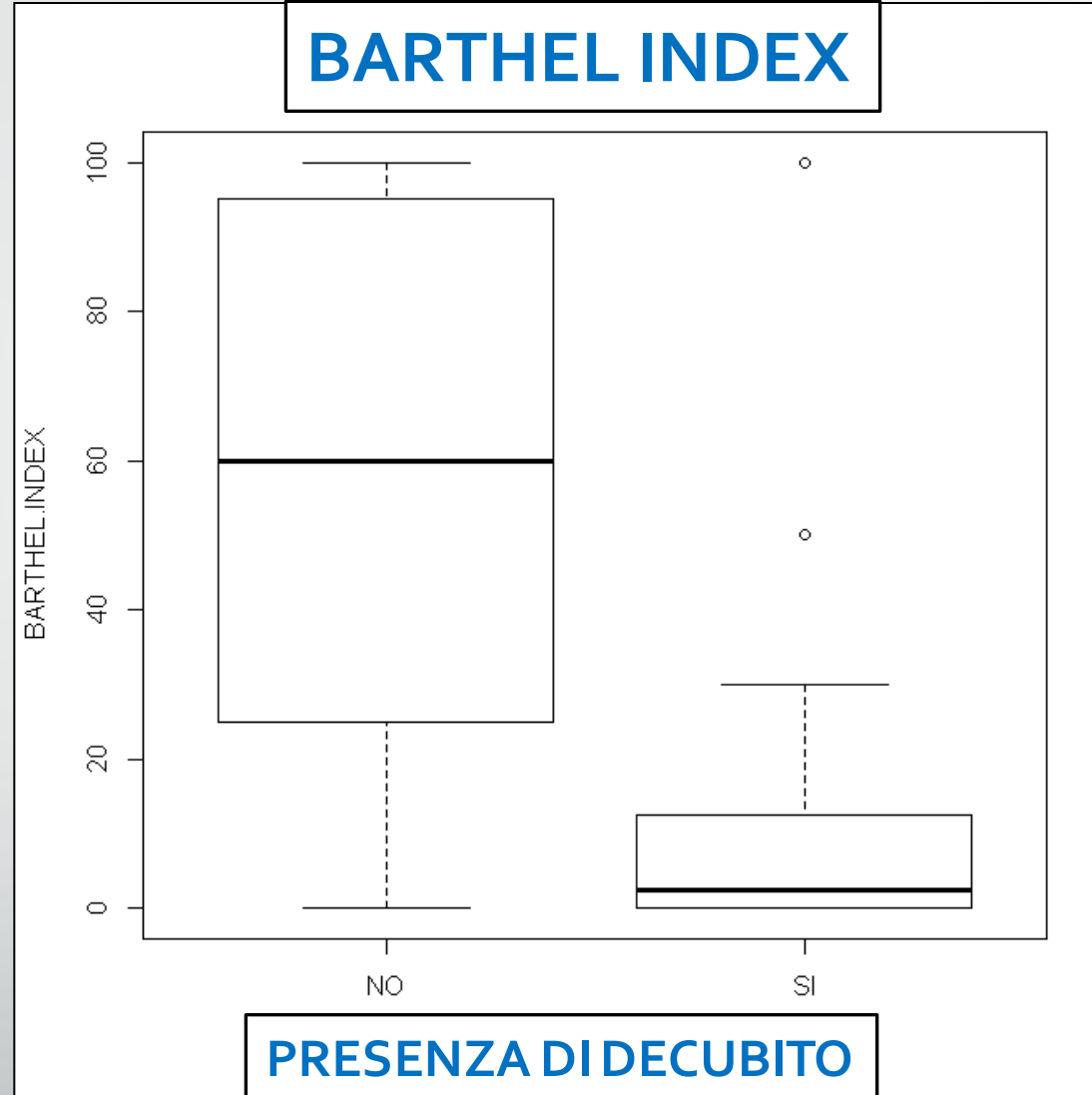


p-value = 0,07



p-value < 0,05

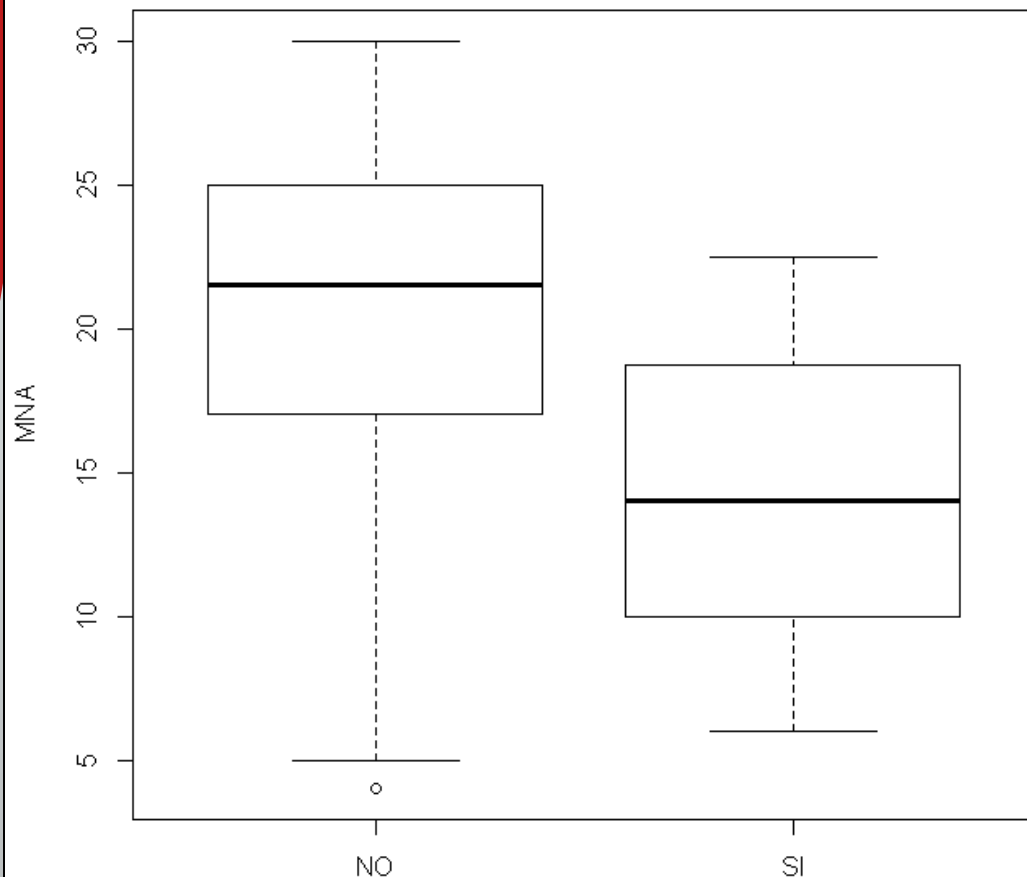
SECONDA POPOLAZIONE



p-value < 0,001

SECONDA POPOLAZIONE

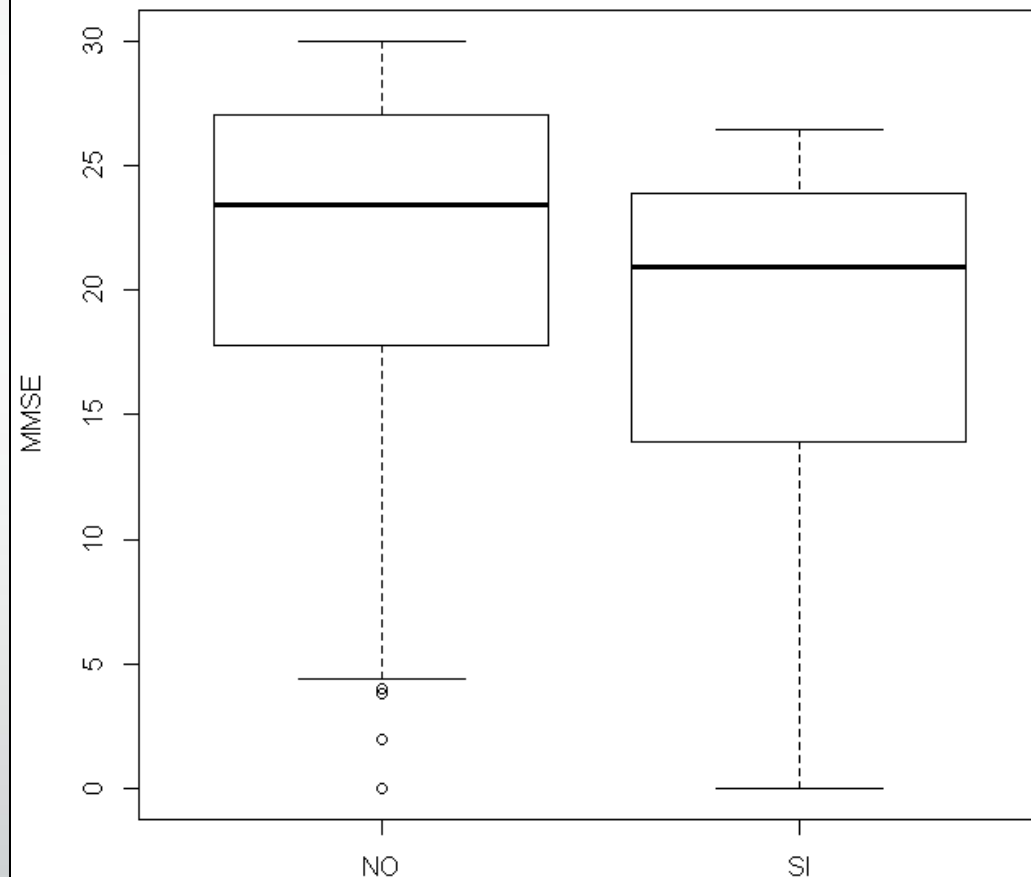
MNA



PRESENZA DI DECUBITO

p-value < 0,001

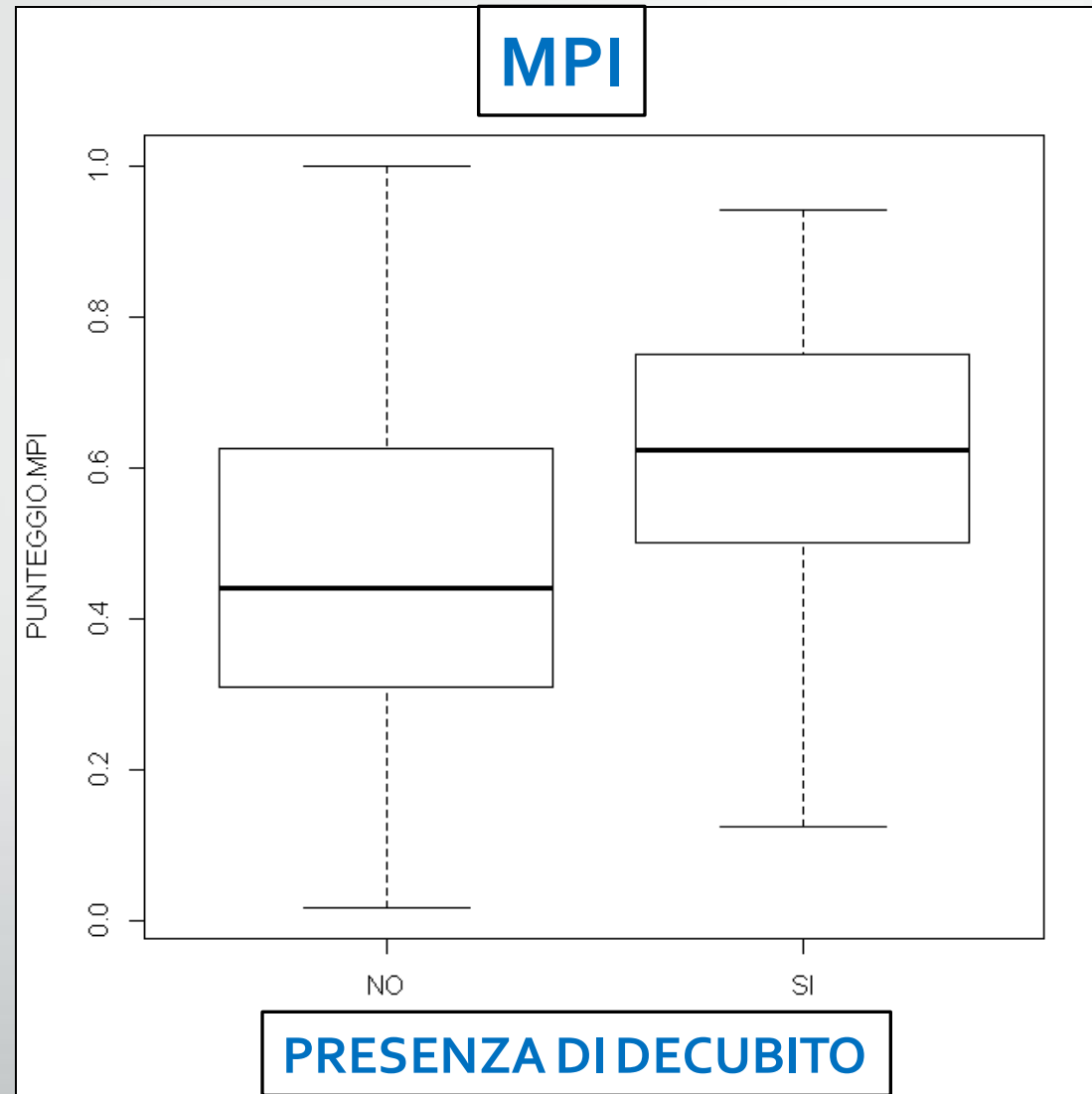
MMSE



PRESENZA DI DECUBITO

p-value < 0,05

SECONDA POPOLAZIONE



p-value < 0,001

SECONDA POPOLAZIONE

I pazienti con lesioni da decubito hanno

- **maggiori severità clinica e comorbidità solo se viene considerato anche lo stato cognitivo e comportamentale**
(CIRSs14, CIRSc14)
- **minore autonomia**
- **stato nutrizionale più scadente**
- **peggiore MMSE ed MPI.**

Non emergono invece differenze per quanto riguarda l'indice di massa corporea, l'età e la durata di degenza in geriatria.



**E' UTILE SAPERE DA DOVE ARRIVANO
QUESTI PAZIENTI?**

LESIONI DA DECUBITO E PROVENIENZA DEI PAZIENTI: DAL TERRITORIO

| PRIMA POPOLAZIONE | | | SECONDA POPOLAZIONE | |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| SETTING DI PROVENIENZA | DECUBITI n (% NEL SETTING *) | | SETTING DI PROVENIENZA | DECUBITI n (% NEL SETTING *) |
| SOLA A DOMICILIO 162 (33,33%) | 12 (7,4%) | | SOLI 213 (32,18%) | 6 (2,8%) |
| IN FAMIGLIA 239 (49,18%) | 28 (11,7%) | | IN FAMIGLIA 238 (35,95%) | 13 (5,46%) |
| CASA DI RIPOSO 85 (17,49%) | 27 (31,76%) | | CASA DI RIPOSO 76 (11,48%) | 10 (13,2%) |
| TOTALI | PAZIENTI 512 (100%) | LESIONI TOTALI 69 | PAZIENTI 662 (100%) | LESIONI TOTALI 36 |

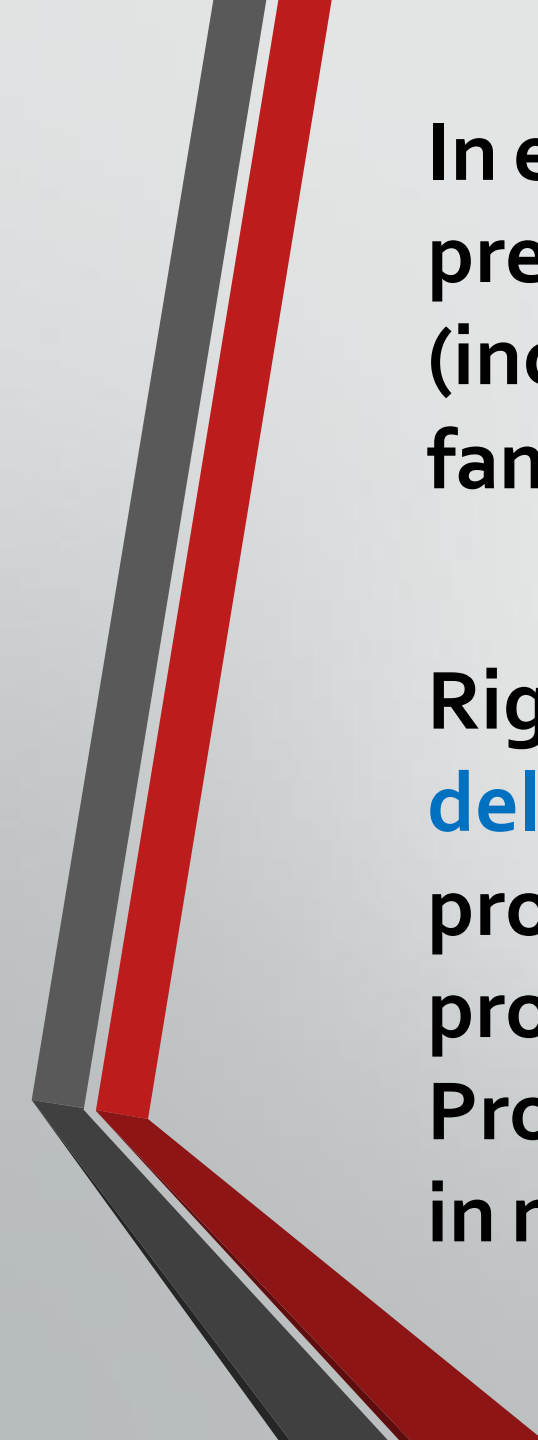
I PAZIENTI CHE PROVENGONO DAL DOMICILIO PRESENTANO UNA FREQUENZA MINORE DI LDD RISPETTO AI PAZIENTI CHE VIVONO NELLE CASE DI RIPOSO (*test χ -quadro: $p < 0,001$ e $p < 0,01$ rispettivamente,). La minore frequenza dei pazienti che vivono soli a domicilio e' verosimilmente espressione della minore fragilità.

LESIONI DA DECUBITO E PROVENIENZA DEI PAZIENTI: DALL'OSPEDALE

| PRIMA POPOLAZIONE | | SECONDA POPOLAZIONE | | |
|--|--|------------------------------------|----------------------------|-------------------|
| PROVENIENZA | DECUBITI n (% NELL'AREA AREA) | PROVENIENZA | DECUBITI n (% AREA) | |
| AREA EMERGENZA-URGENZA 280 (54,69%) | 40 (14,3%) | MEDICINA D'URGENZA 117 (17,67%) | 8 (6,84%) | |
| PRONTO SOCCORSO 183 (35,74%) | 19 (10,38%) | PRONTO SOCCORSO 450 (68,98%) | 19 (4,2%) | |
| AREA MEDICA 36 (7,03%) | 8 (22,2% [*]) | ALTRI REPARTI 94 (14,35%) | 9 (9,57% [*]) | |
| AREA CHIRURGICA 13 (2,54%) | 2 (15,4%) | | | |
| TOTALI | PAZIENTI 512 (100%) | LESIONI 69 | PAZIENTI 662 (100%) | LESIONI 36 |

^{*}
p = 0,9

^{*}
p = 0,08



In entrambe le popolazioni la presenza di LDD è predetta dal **setting assistenziale di provenienza** (incidenza in **nursing homes** > di domiciliazione in famiglia o da soli).

Riguardo alla **provenienza per trasferimento all'interno dell'ospedale**, le LDD sono più frequenti nei pazienti provenienti dall'area medica e meno frequenti in quelli provenienti dai reparti DEA (prima popolazione) o dal Pronto Soccorso (seconda popolazione), sebbene non in misura statisticamente significativa.

QUANTE LESIONI ERANO GIA' PRESENTI ALL'INGRESSO?

Nell'archivio ospedaliero informatizzato "G2 clinico"[®] (Insiel S.P.A.) vengono registrate dagli infermieri le LDD all'ingresso, durante il ricovero e alla dimissione.

- **PRIMA POPOLAZIONE:** DATO NON DISPONIBILE, A CAUSA DEL TRASFERIMENTO DI STRUTTURA
- **SECONDA POPOLAZIONE:** 27/662 ERANO GIA' PRESENTI IN INGRESSO;
SOLO 1 E' COMPARSA DURANTE IL RICOVERO

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE 1

La presenza di lesioni da decubito:

È un indicatore negativo della **qualità della vita**

È un indicatore negativo dell'**outcome** del paziente

È un indicatore negativo della **prognosi** (*quoad vitam et valetudinem*)

È un indicatore negativo della **qualità dell'assistenza**

MA...

La sua frequenza è anche influenzata da molti **fattori associati**: la gravità, l'autonomia funzionale, lo stato cognitivo e quello nutrizionale del paziente e la sua provenienza.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE 2

Il Reparto di Geriatria per acuti di Trieste ha mantenuto integralmente le caratteristiche del personale Medico, Infermieristico e di Assistenza (già accreditato due volte agli standard Joint Commision) nel trasferirsi da un setting ad altissima intensità (Ospedale di Cattinara) ad uno di intensità inferiore (Ospedale Maggiore).

In entrambi i setting assistenziali **la gravità clinica, l'autonomia funzionale residua e lo stato di nutrizione sono predittivi della presenza delle ulcere da pressione, mentre la compromissione cognitiva assume importanza nella popolazione mediamente meno compromessa**

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE 3

La incidenza delle lesioni da decubito è elevata, anche per la difficoltà di una diagnosi e un intervento tempestivi. Essa è legata alla gravità delle condizioni cliniche, alle vicissitudini del percorso clinico dei pazienti e alla possibilità di una adeguata **prevenzione e terapia**

OBIETTIVO : AMBIRE A «QUOTA ZERO»

- MOBILIZZAZIONE
- TRATTAMENTO NUTRIZIONALE
- IDRATAZIONE
- INTENSITA' ASSISTENZIALE IN BASE ALLA COMPLESSITA' DEL PAZIENTE
- ISPEZIONE ACCURATA BIGIORNALIERA
- PULIZIA E IGIENE

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

