Angela Garrubba

Fisiopatologia e Fattori di Rischio. Stadiazione L.D.D.

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Cos'è un'ulcera da pressione?

Lesione tessutale ad evoluzione necrotica

interessante cute, derma, sottocute

fino a muscolatura, ossa

Fisiopatogenesi

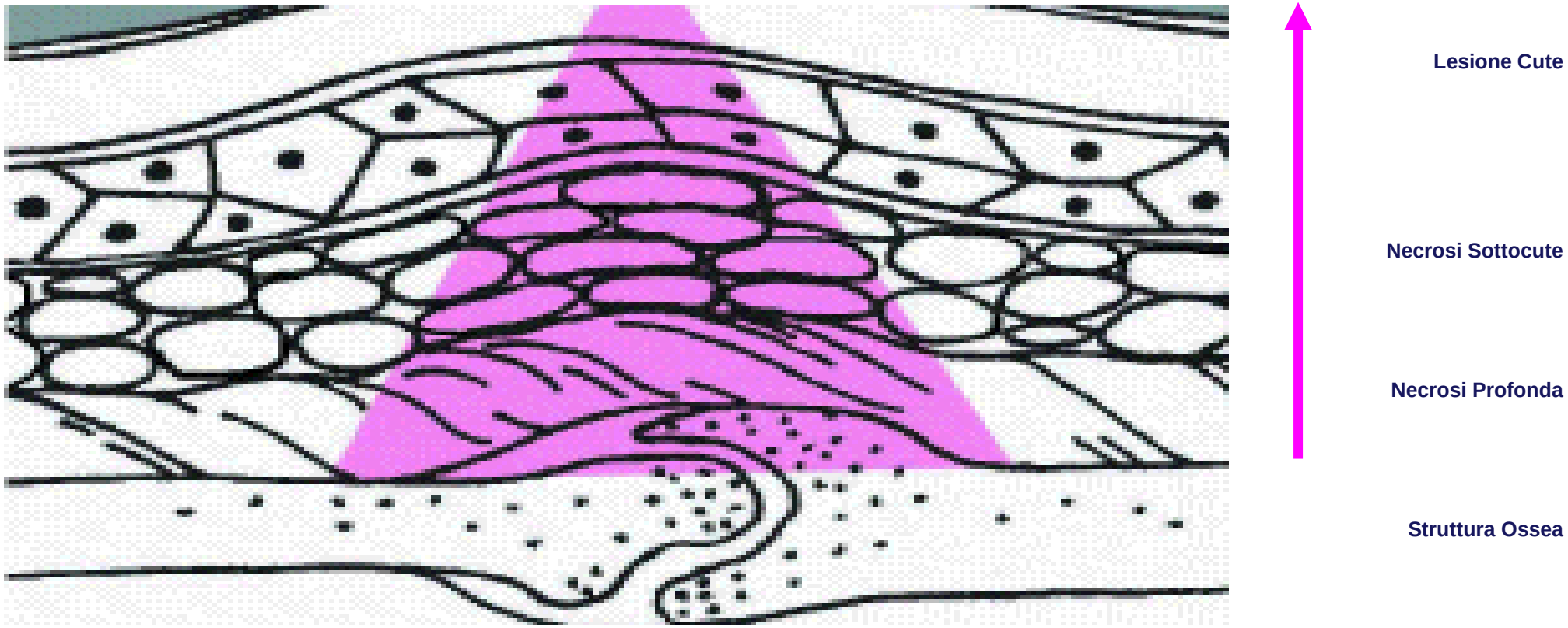
Danno da interruzione afflusso sangue ad una zona

per stress meccanico tessuti

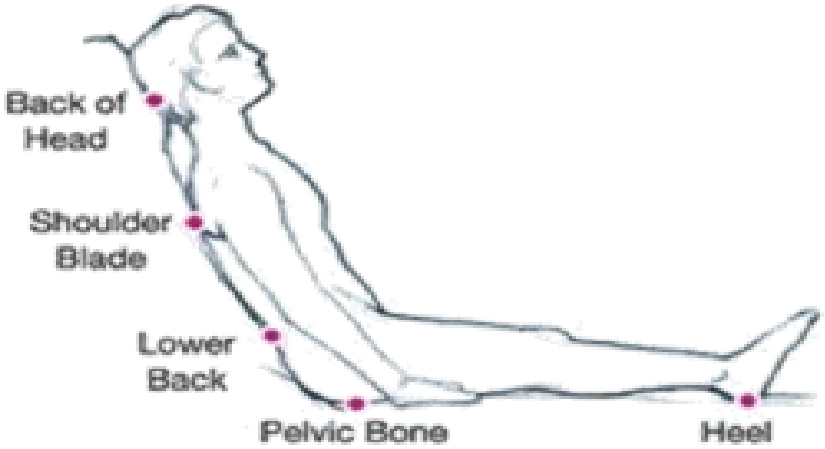
strozzamento vasi sanguigni

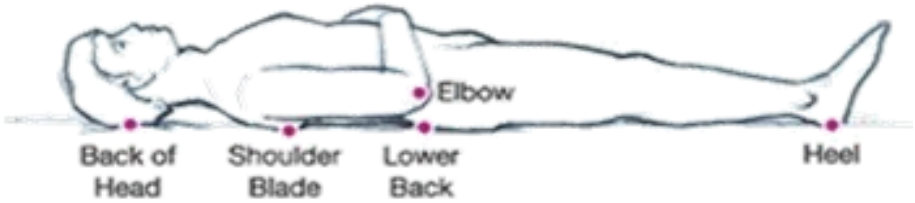
Come si forma una L.D.D.?

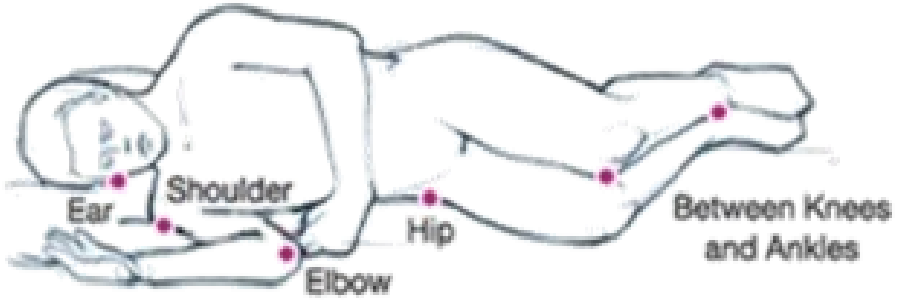
Compressione tessuti molli fra piano di appoggio-prominenza ossea genera «**cono di pressione»** con base superficie ossea
«Lesione in superficie» manifestazione di più grave necrosi in profondità essendo il muscolo più suscettibile al danno ischemico

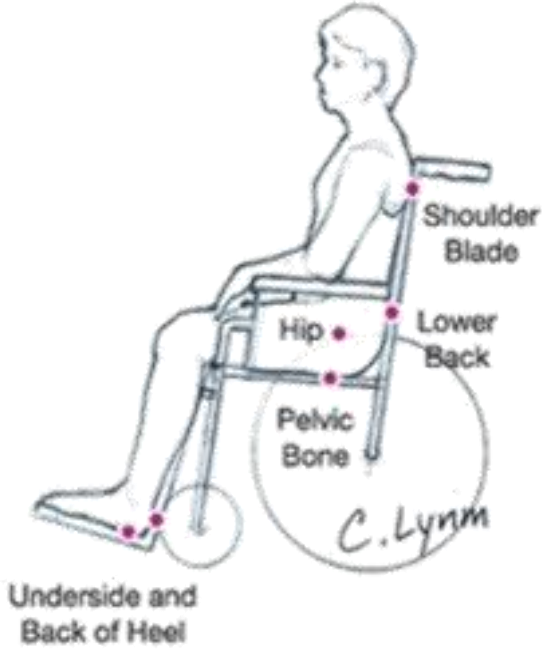


Dove si forma L.D.D.?



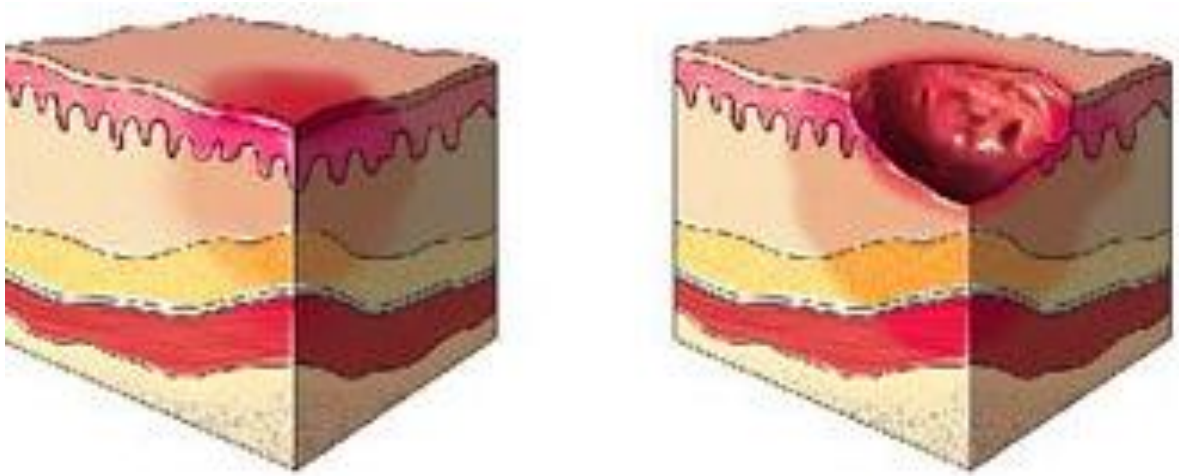


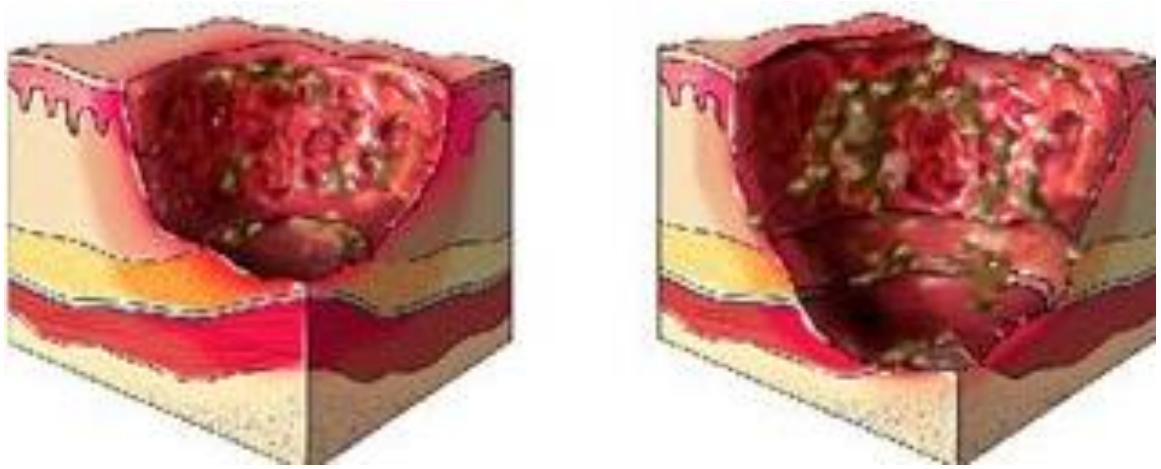




Stadiazione

I	36,3%
II	32,4%
III	13,2%
IV	7,2%
Escara	10,9%





Lesioni Uniche	59,86%
Lesioni Multiple	40,14%

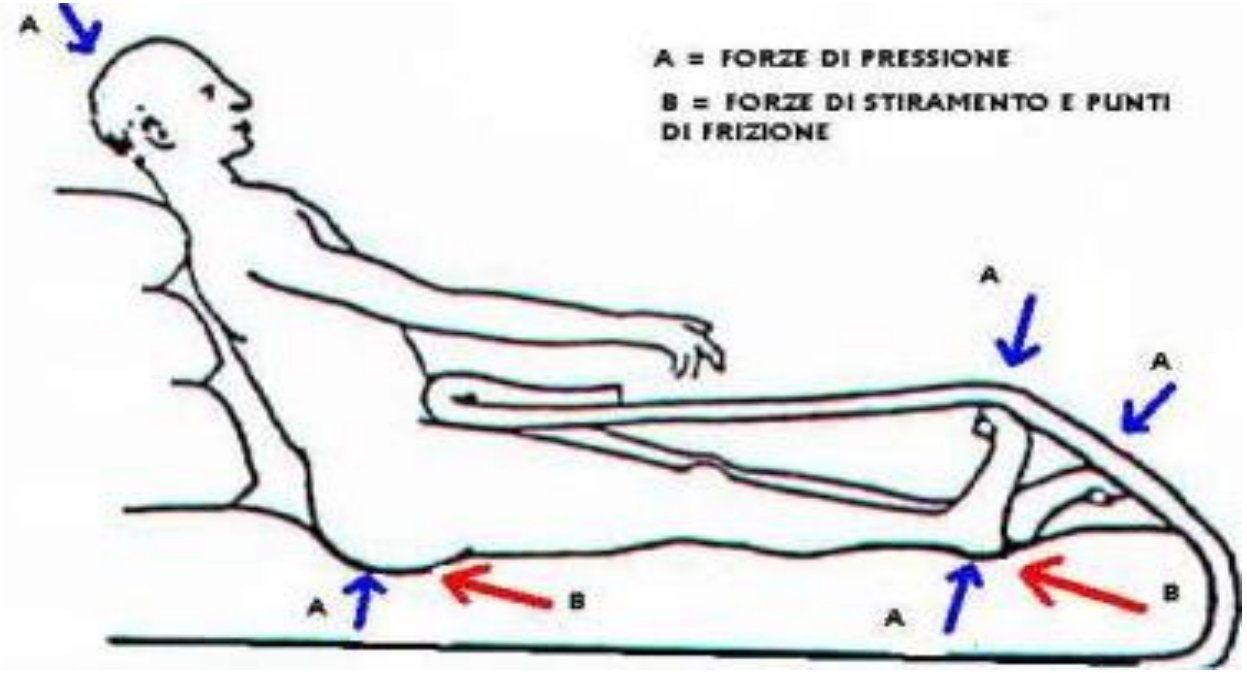
LDD
“fattore prognostico sfavorevole”
- morbilità/mortalità

Cosa causa L.D.D.?

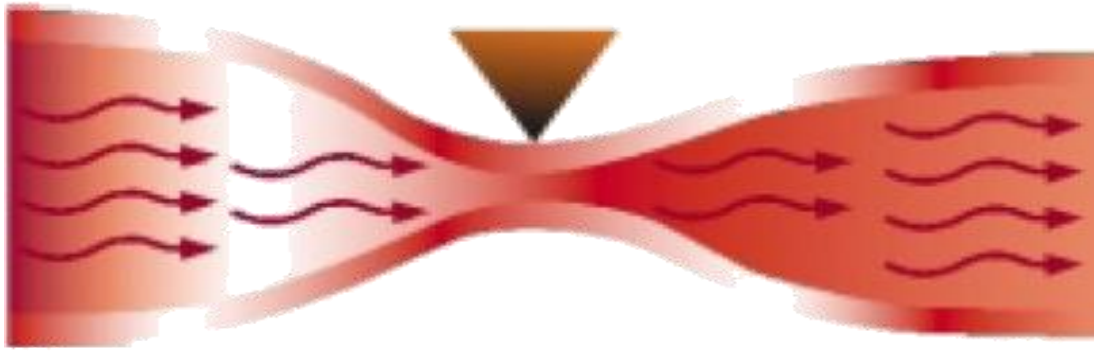
Fattori di Rischio Locali

Pressione

Forza comprimente perpendicolare
fra superficie corpo e piano d'appoggio
più intensa pressione sangue distretto capillare



PRESSIONE>32mm Hg



"TEMPO"

Più dannosa
bassa pressione per periodo prolungato
che alta pressione per periodo breve

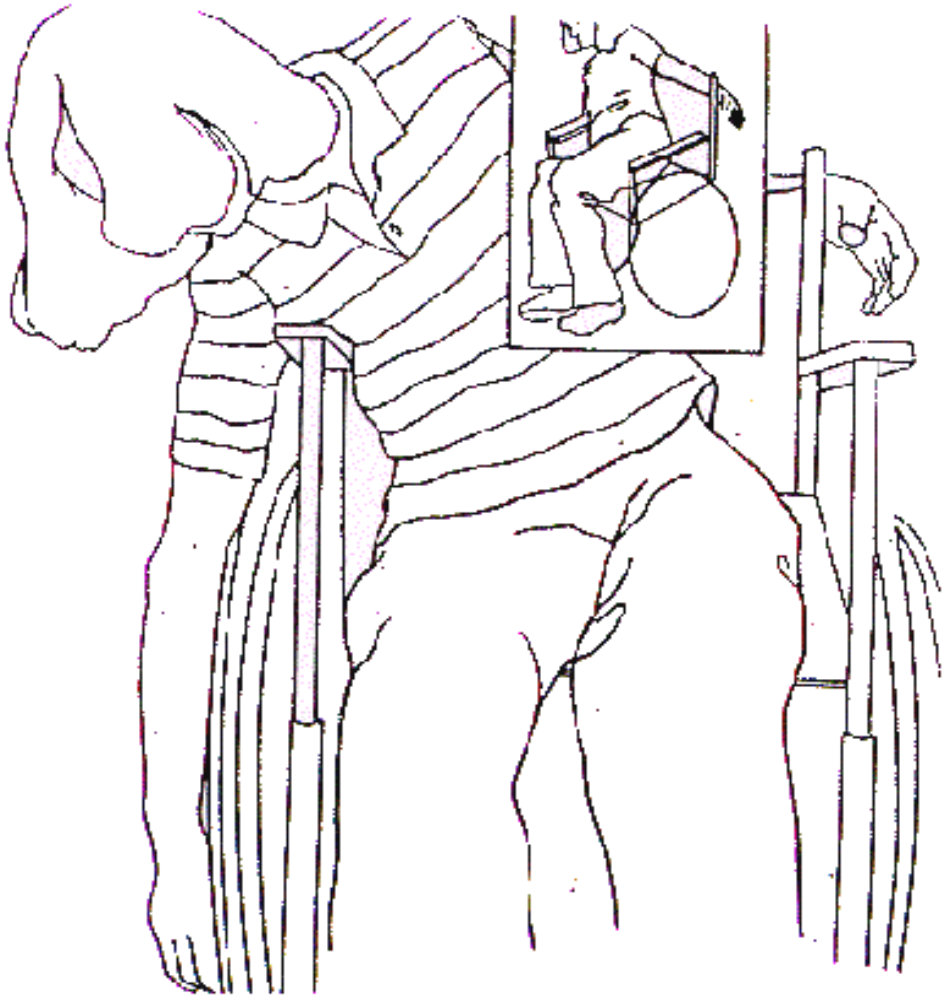
Pz costretti su carrozzina

Spostamento pz autonomo ogni 15’
incapace riposizionare pz ogni ora/rimetterlo a letto

Pressione su superficie piana (sedia/carrozzina)
300- 500 mmHg

Allineamento posturale/equilibrio/stabilità/sostegno piedi

Uso sedie/carrozzine delle misure appropriate pz



Compressione

Occlusione Capillari

Danno endoteliale
Edema interstiziale
Necrosi cellulare

Occlusione Linfatici

Accumulo cataboliti
Anaerobiosi
Acidosi tissutale

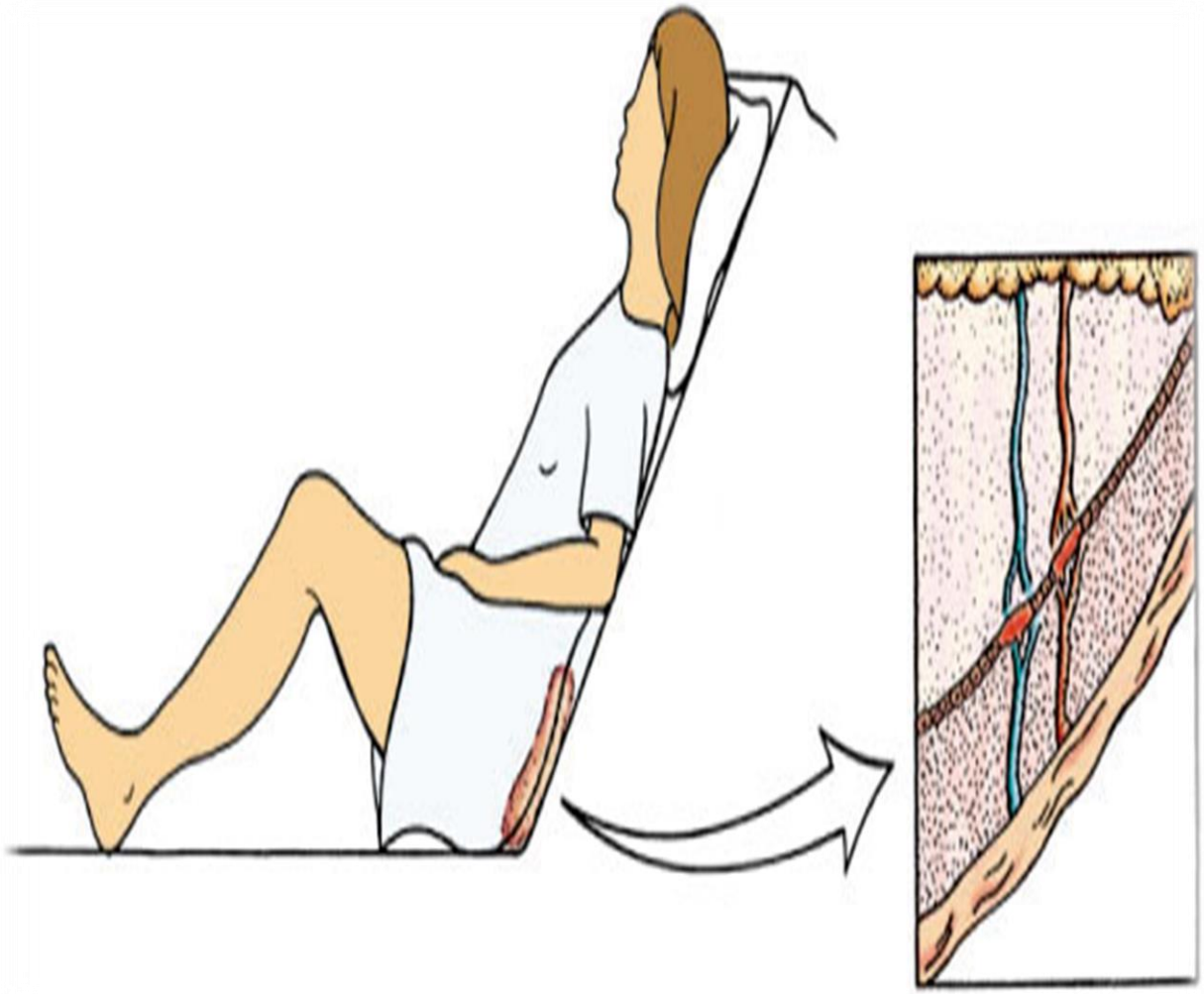
Ischemia

Stiramento o Taglio

Progressivo spostamento una sull'altra di superfici formate da elementi sovrapposti con «trazione tessuti molli superficiali ancorati dalle fasce muscolari profonde e recisione piccoli vasi/necrosi tessutale profonda»

Pz su sedia senza sufficiente appoggio per gambe
Testata letto sollevata con scivolamento tronco

Danni > 3 volte anziani allettati/defedati
la cui cute lassa/poco aderente
piani ossei sottostanti



Attrito o Frizione

Movimento una contro l'altra di due superfici a velocità differenti

con asportazione strato superficiale cute/derma esposto/suscettibile danni da compressione

Errate tecniche di riposizionamento

Movimenti in-volontari pz specie su gomiti/talloni

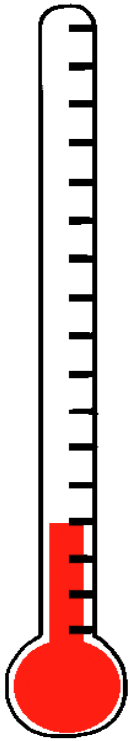
“ Mettete ciò che volete sulla piaga

ma…….

non metteteci l’ammalato”

Calore

Accumulo di calore rende strato corneo più fragile
(4 volte più fragile a 35°C rispetto a 30°C)
favorendo comparsa LDD



Ipertermia
Disidratazione

Umidità

Macerazione/alterazione pH cute

riducenti «funzione barriera cute»

con pelle fragile/irritata/aggredibile germi

Potenzia azione altri fattori di rischio

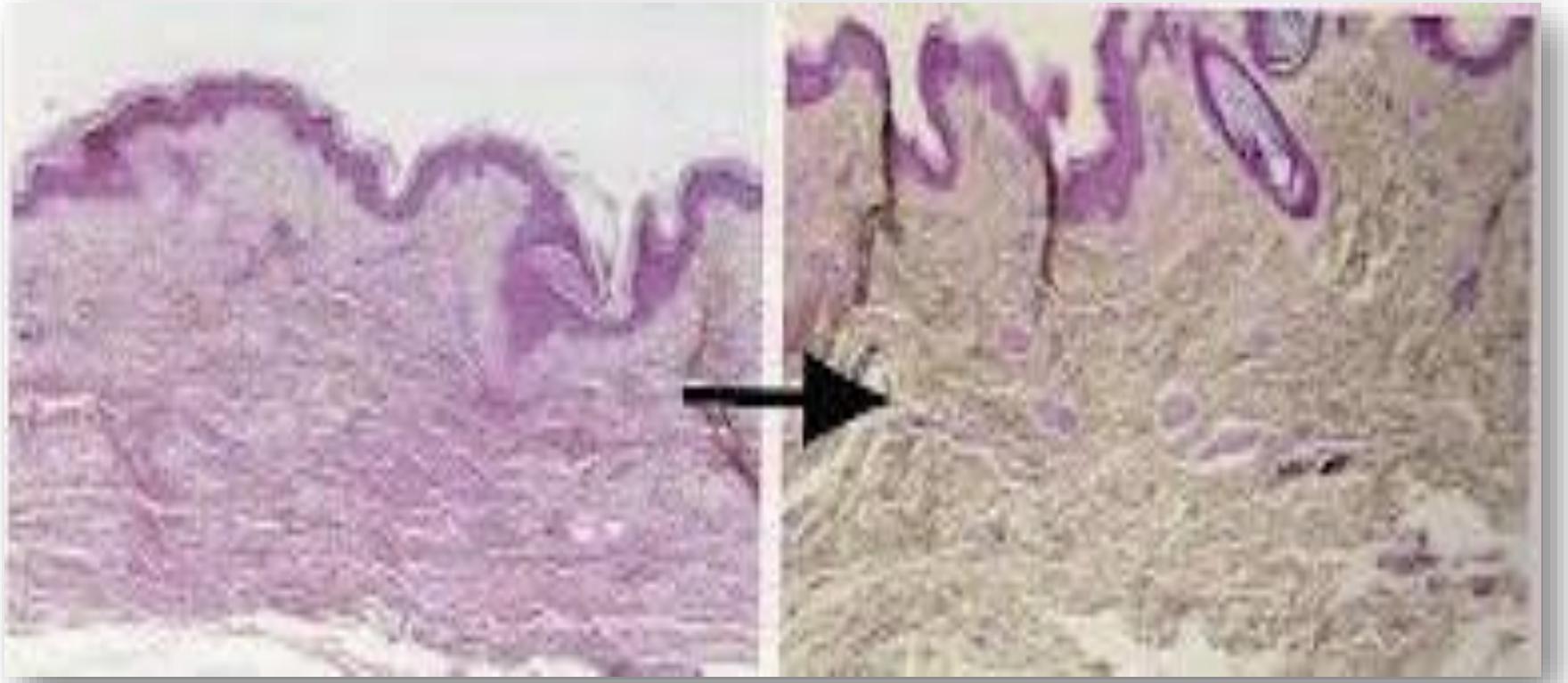
Umidità
=
Incontinenza urinaria/fecale
Sudorazione
Essudato

Fattori di Rischio Generali

Età

Invecchiamento associato

- patologie cardiovascolari
- patologie neurologiche
- riduzione mobilità
- ***modifiche pelle***



Maggiore rischio lesioni
Rallentamento guarigione

Mobilità

Fattore di Rischio Indipendente

« Fattori di Rischio Sinergici»

Compromissione stato mentale/sensoriale

Malattie psico-neurologiche/terminali

Sedazione farmacologica

Vasculopatie

Dolore

Fratture ossee

Malnutrizione

Ulcera

«Flogosi Cronica»

«Stato Ipercatabolico»

a) Iperconsumo energetico-proteico

b) Gluconeogenesi
uso «energetico» aminoacidi dieta/proteine muscolari

Sarcopenia
interferente competitivamente Processo Riparazione

Perdita intorno 10%
Priorità Processo Riparativo
su uso substrato proteico

Perdita intorno 20%
Priorità Correzione Massa Magra
Arresto Processo Riparativo

Carenze Nutrizionali
Predittore indipendente sviluppo LDD

Fabbisogno Energetico/Proteico in base Stadio

	Calorico	**Proteico**
Stadio 1	25-30	1,2
Stadio 2	35-40	1,5-2,0
Stadio 3-4	45	2,0

Dieta Ipercalorica- Iperproteica

+

<u>Aminoacidi</u>
Arginina/Idrossiprolina/Prolina/Carnitina
favoriscono guarigione
> resistenza infezioni

<u>Vitamine</u>
A
favorisce adesione cellulare/riepitelizzazione
B-E-K-C
favoriscono cicatrizzazione

<u>Oligoelementi</u>
Zinco
favorisce guarigione/> linfociti
Ferro
favorisce proliferazione cellulare
Rame
Manganese

Disidratazione

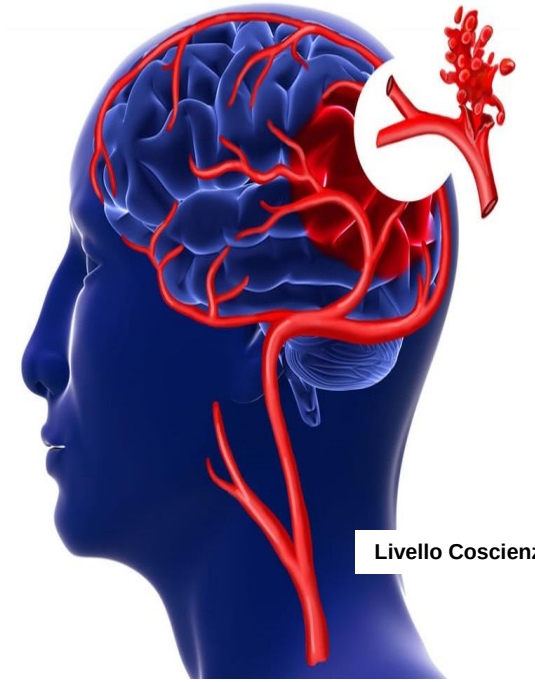
Insufficiente apporto
(< sensazione sete anziano)
Perdite eccessive
(ipertermia)

Perdita Patologica
> 5-6% peso corporeo

Corpo disidratato
blocco meccanismo sudorazione
per risparmio acqua nel corpo
«surriscaldamento organico»

Farmaci

Comorbidità croniche-degenerative

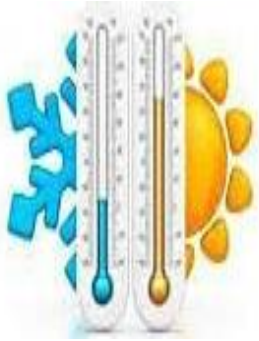


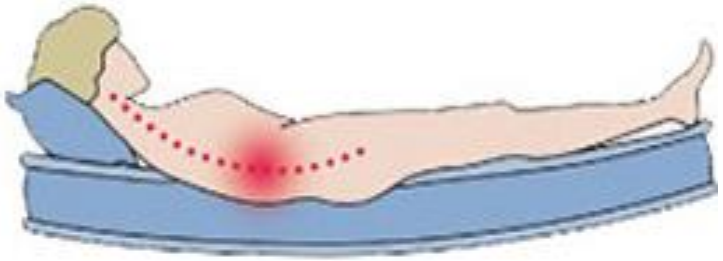
Livello Coscienza

Fattori di Rischio Coadiuvanti

Effetti Letterecci
(corpi estranei)

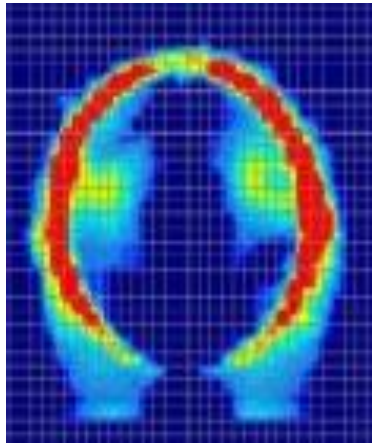
Biancheria
(ruvida/sintetica/cuciture/pieghe/sporca
copertura materasso anelastica/lenzuola rimboccato
" effetto amaca")





Presidi Sanitari
(cateteri,padelle, app.gessati…)

Tele cerate/vello di pecora
(surriscaldano cute)



Detersione errata

Microclima

Dispositivi circolari
(ciambelle)
ostacolano apporto ematico area
causano congestione venosa/edema
si spostano con i movimenti
danno danni da compressione/frizione

Evitare

Sapone
(secchezza cute)

Detergenti Schiumogeni
(irritanti)

Acqua Calda
(> temperatura/richieste metaboliche tessuti)

Lavaggi Frequenti
(rimozione film idrolipidico)

< Forza/Frizione su cute durante pulizia
(garze/sfregamento)

Evitare Massaggio su prominenze ossee
(< apporto sanguigno/temperatura cute)

Creme Grasse
(chiusura pori)

Sostanze Alcooliche/Talco/Profumi
(secchezza cute/impoverimento film idrolipidico)

PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE

95% Prevenibili se corretta valutazione

2/3 L.D.D. Evitabili con tempestive manovre di prevenzione

Dovere Professionista Salute
precoce identificazione pz a rischio

«Scale Valutazione Rischio»
ammissione/ricovero
rivalutazione a seconda strutture

Se "pz non a rischio" rivalutazione se cambiano condizioni pz
(linee guida internazionali (AHRQ, RCN, RNAO)

Provvedimenti entro 12 H da identificazione rischio

Maggioranza L.D.D. sviluppa entro prime 2 settimane dall'ammissione in una struttura sanitaria

Sottostima frequenza L.D.D

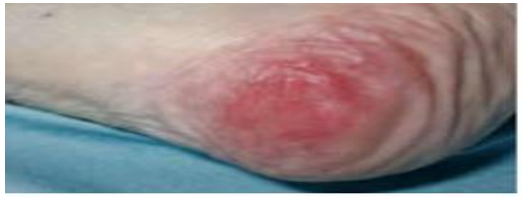
30% U.O.
uso routinario scale valutazione rischio
(evidenza A)

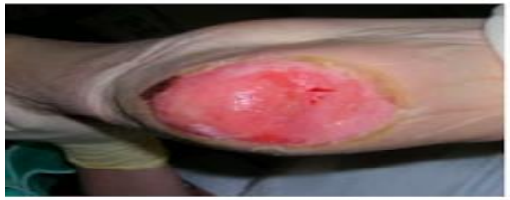
74% pz rischio/**52%** pz con lesioni
presidi antidecubito
(evidenza A)

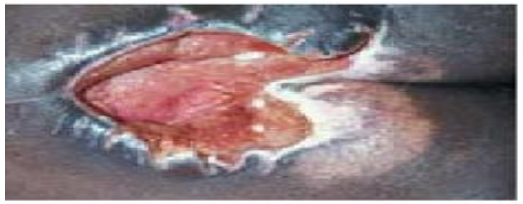
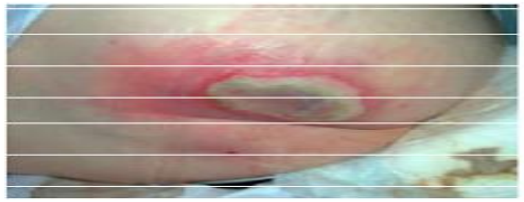
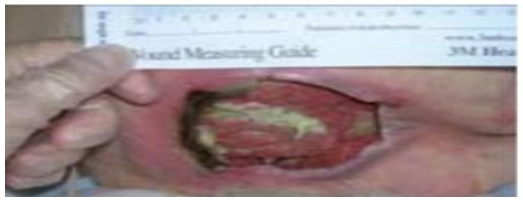
50% pz ipo/immobili
non cambio posturale
(evidenza C)

< 55%
uso medicazioni avanzate

CLASSIFICAZIONE



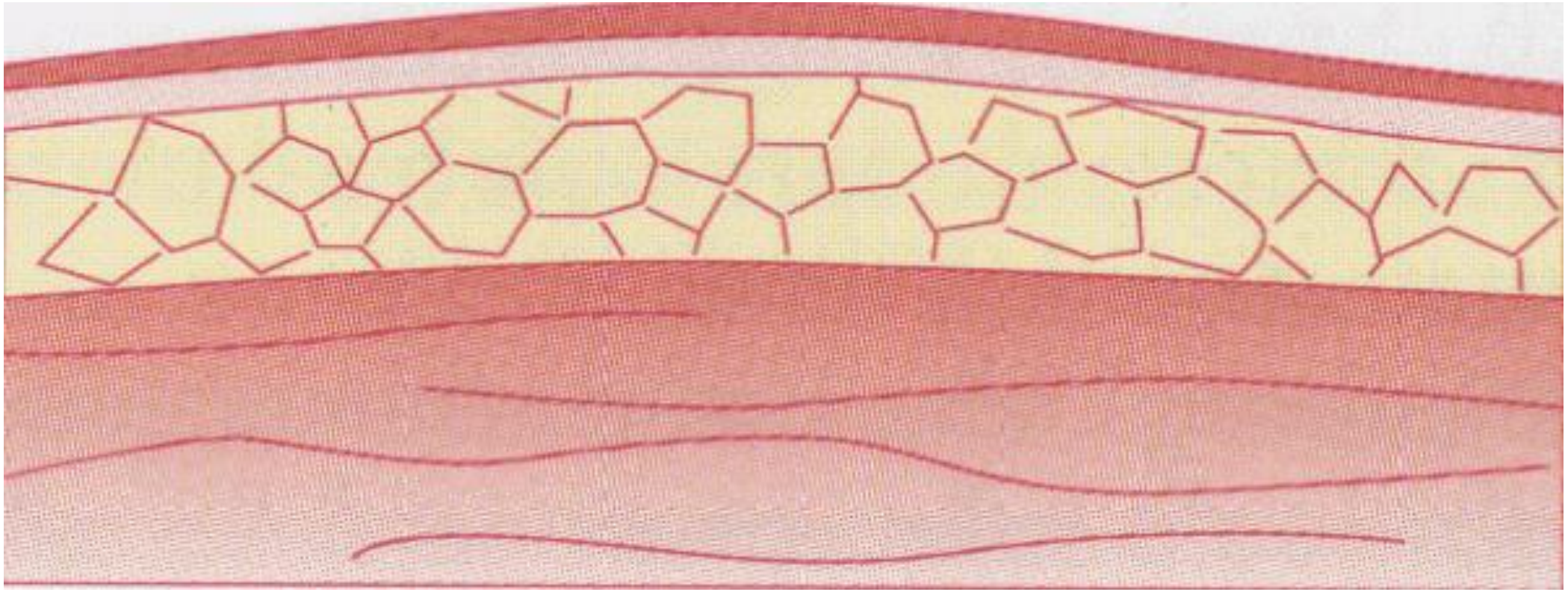


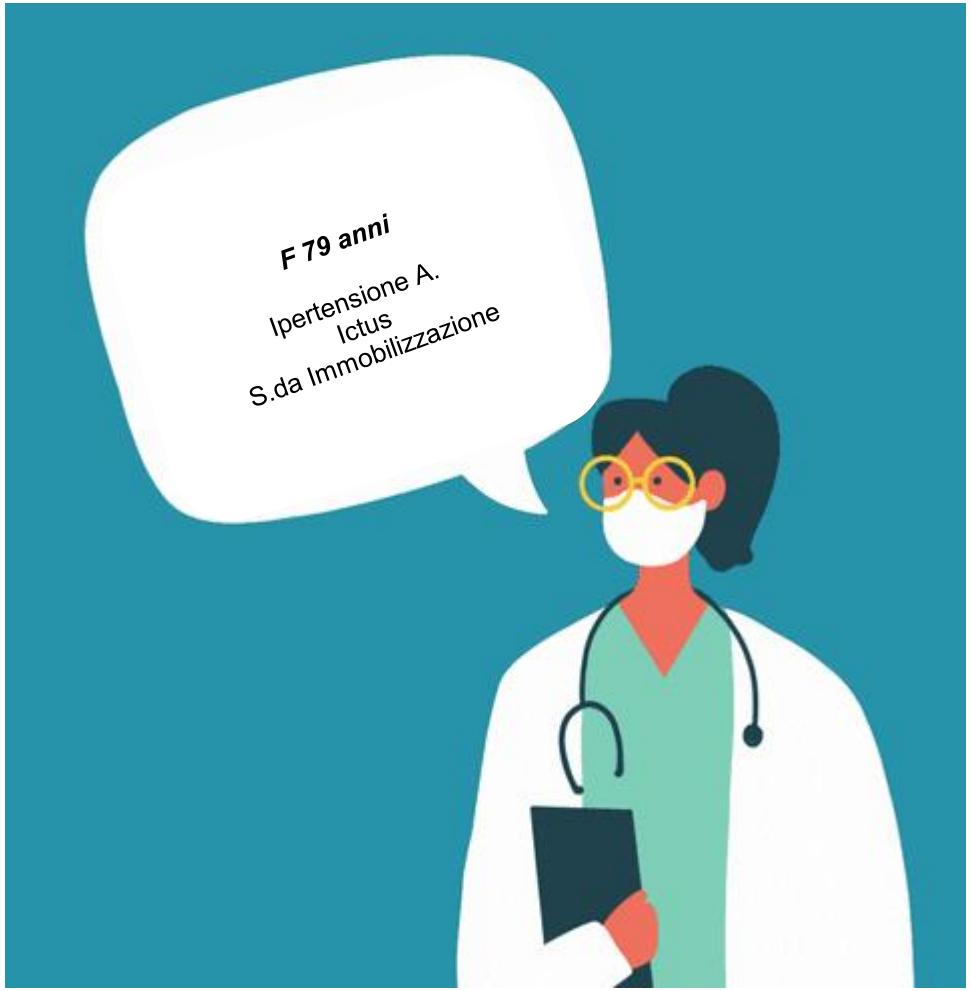
STADIO I

Cute integra con eritema/livida/porpora specie su prominenza ossea **non reversibile alla digitopressione**
Preceduta da tessuto dolente più caldo più freddo rispetto CPL

Indice > rischio ulcere più gravi 10 volte



1 Caso Clinico



Fase Iniziale
Cambio postura
Presidi antidecubito

Spray ac.ialuronico + aminoacidi
2 volte/die

Allineamento Posturale
Obliqua dx/sx a 30°-Supina

Dispositivi per scarico completo pressione sui talloni

Talloni
sempre sollevati dal piano del letto

Gestione pressione sui talloni pz allettato
indipendente da superficie di supporto

Figure 13. Pressure Mapping of calf and heels - of patient lying supine on high density foam mattress. Interface pressure of > 140mmHg measured under heels

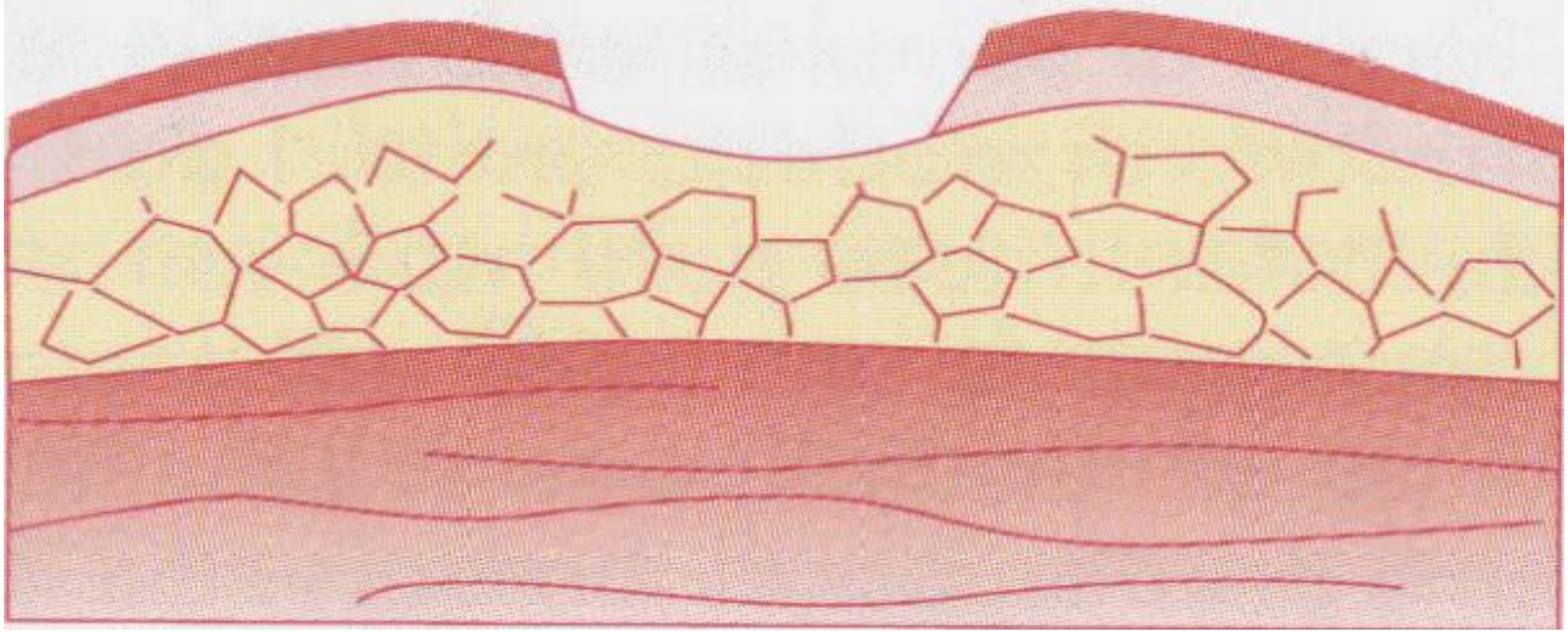
Dopo 1 settimana

Prosieguo trattamento

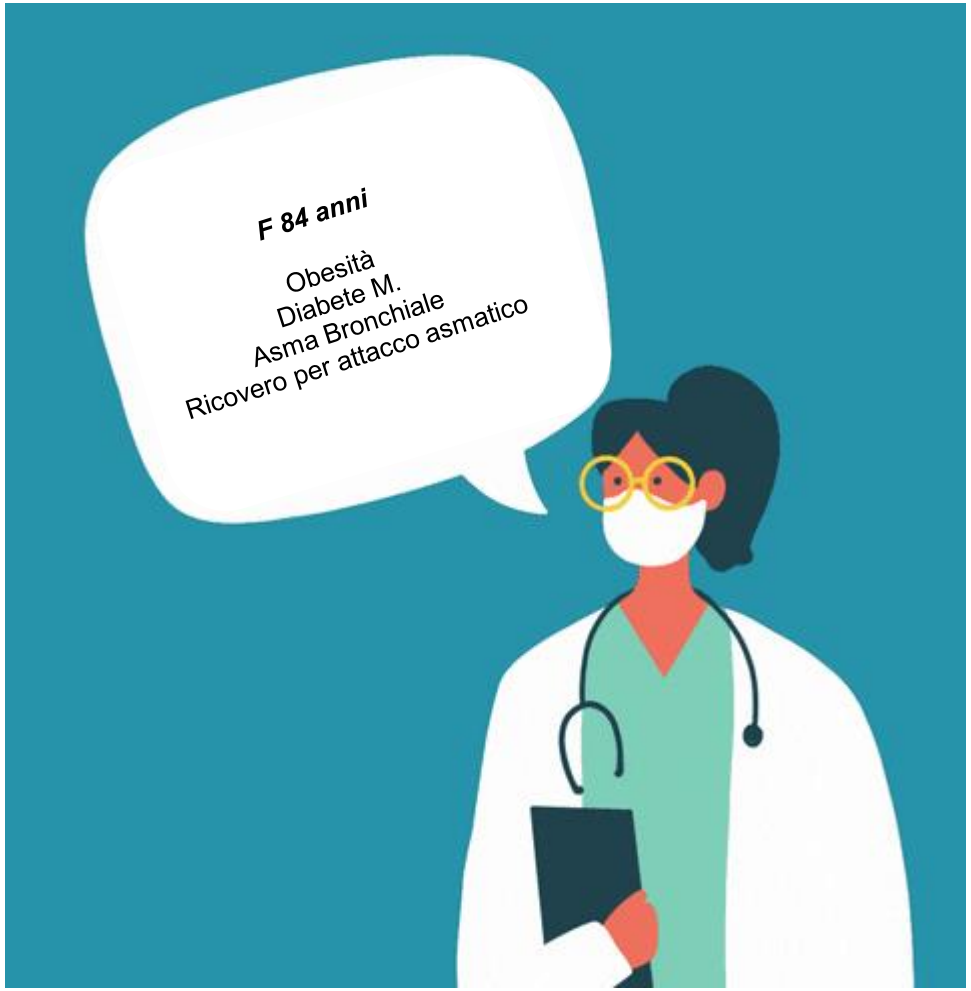
Dopo 1 settimana

STADIO II

Perdita di spessore parziale derma « ulcera superficiale/letto color rosso/rosa o vescica a contenuto sieroso intatta/aperta »



2 Caso Clinico



Ulcera II stadio

ma…….andiamo un po' indietro

Fase Iniziale
L.D.D. in sede sacrale
Fondo deterso
Bordi in parte sottominati
Essudante
CPL integra

Tampone colturale negativo

Medicazione Assorbente
Cambio ogni 3 giorni

TPN per 1 mese

Dopo 1 mese
Appianamento Ulcera
Fondo deterso

Integratori per via orale a base di Aminoacidi
Pad ac.ialuronico + collagene
Medicazione Assorbente
Cambio in base consumo

Dopo 2 settimane……Punto di Partenza
Appianamento Ulcera
Fondo deterso
Persiste solo cavità di 1,5 cm ore 9

Crema a base ac.ialuronico + aminoacidi
Schiuma Poliuretano

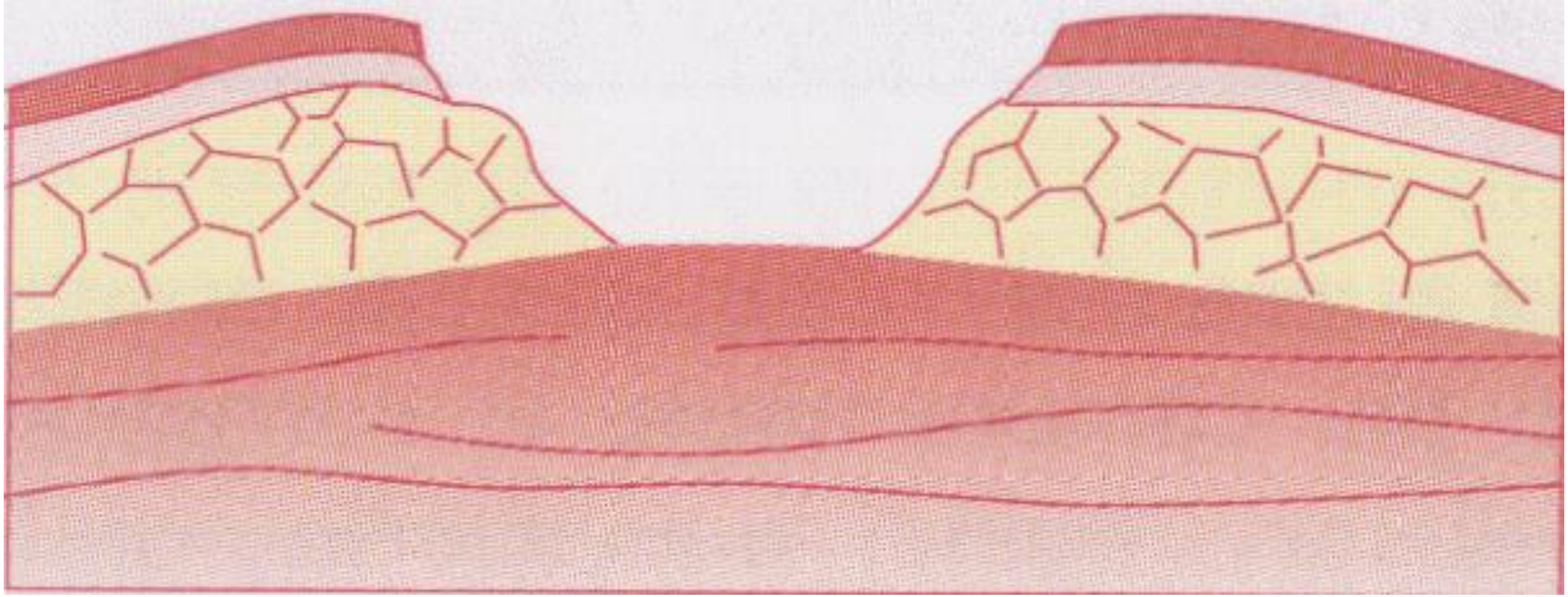
Dopo 1 mese

Prosieguo Trattamento

Dopo 3 settimane

STADIO III

Perdita di tessuto a tutto spessore fino alla fascia senza attraversarla
Puo' essere presente slough, sottominatura, tunnellizzazione
Profondità varia in base sede anatomica



3 Caso Clinico

Fase Iniziale
Ulcera trocantere

Debridement Chirurgico

Ulcera III stadio

Cambio posturale
Presidi Antidecubito
TPN per 1 mese

Dopo 1 mese
Ulcera con fondo deterso
Bordi arrotondati
Sottominatura circonferenziale

Tampone colturale negativo

Terapia Fotodinamica
Polvere ac.ialuronico + collagene
Idrofibra

Dopo 14/dì
Ulteriore riduzione profondita'
Sottominatura superiormente
Fondo deterso

Prosieguo Trattamento

Dopo 1 settimana

Prosieguo Trattamento

Dopo 1 settimana

Prosieguo Trattamento

Dopo 15/dì

Prosieguo Trattamento

Dopo 1 settimana

Prosieguo Trattamento

Dopo 1 settimana

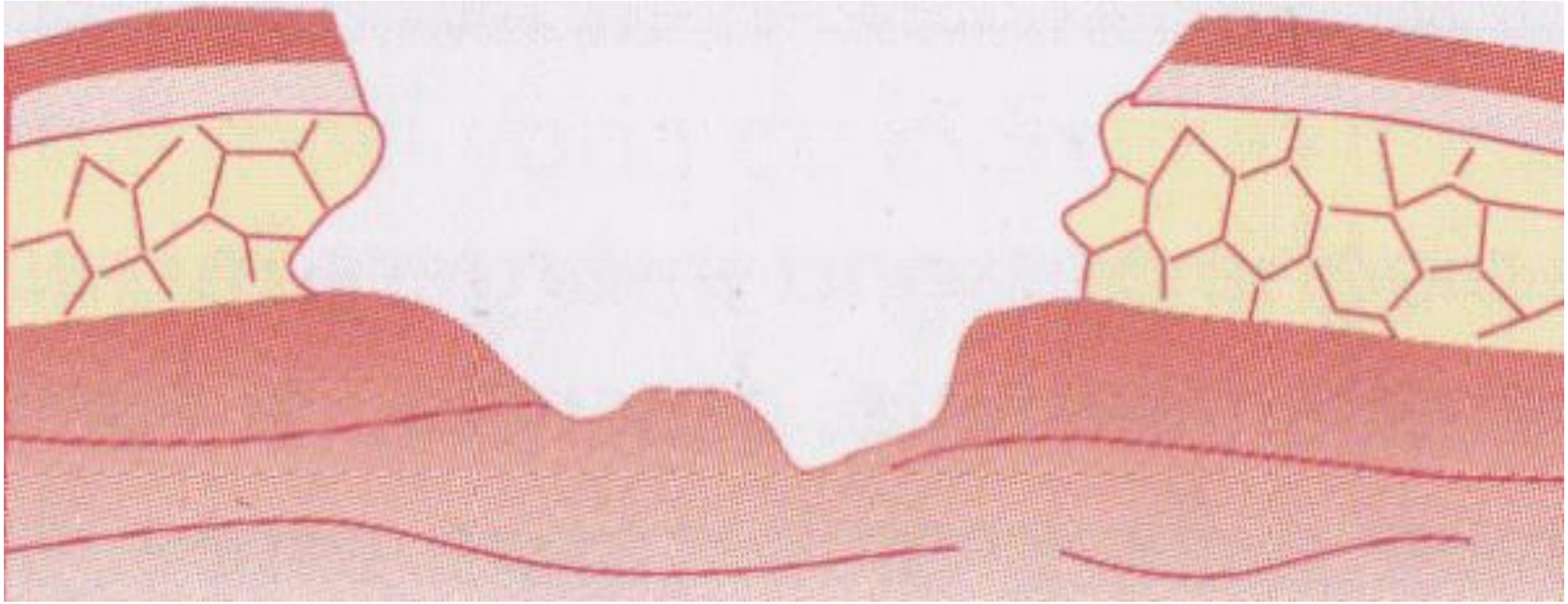
Spray ac.ialuronico + aminoacidi CPL
Schiuma Poliuretano

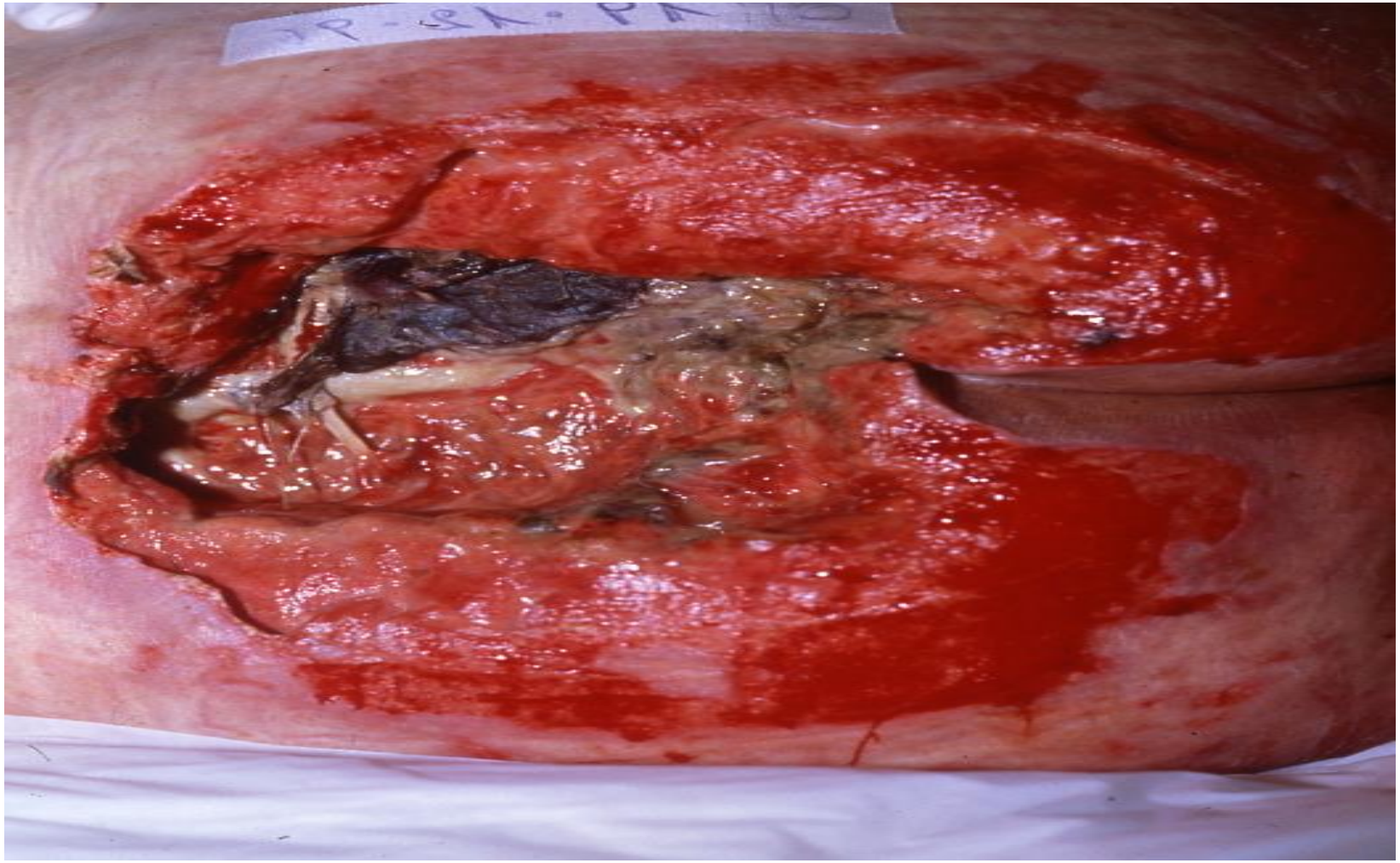
Dopo 1 settimana
Appiattimento totale ulcera

Film Poliuretano

STADIO IV

Perdita tessuto a tutto spessore con esposizione muscolo,tendine, osso
Presenza slough/escara/sottominature/tunnell
Profondità in base sede anatomica





4 Caso Clinico

Fase Iniziale
L.D.D. con escara in parte staccata
dal piano di clivaggio

Protezione per talloni
Integratori per via orale
Idrogel ac.ialuronico + aminoacidi
Idrocolloidi

Dopo 1 settimana
Riduzione escara
Ulteriore distacco dal piano di clivaggio

Debridement Chirurgico
Prosieguo Trattamento

Dopo 1 settimana

Prosieguo Trattamento

Debridement Ultrasuoni

Prosieguo Trattamento

Dopo 1 settimana

Prosieguo Trattamento

Dopo 1 settimana

Polvere ac.ialuronico + aminoacidi
Schiuma di Poliuretano

Dopo 1 settimana

Prosieguo Trattamento

Dopo 1 settimana

Prosieguo Trattamento

Dopo 2 settimane

Crema ac.ialuronico + aminoacidi
Schiuma di Poliuretano

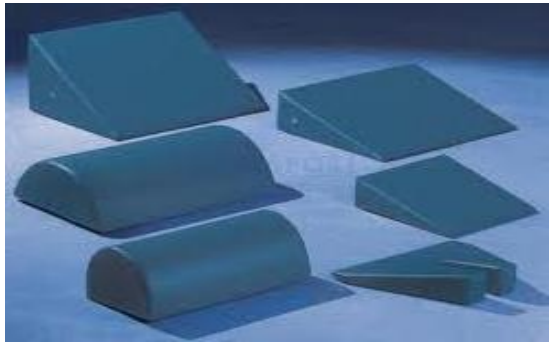
Dopo 2 settimane

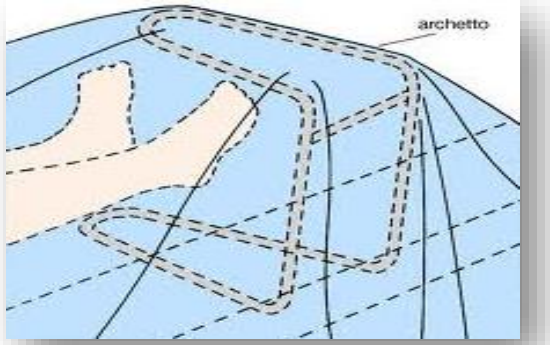
Prosieguo Trattamento

Fase Finale

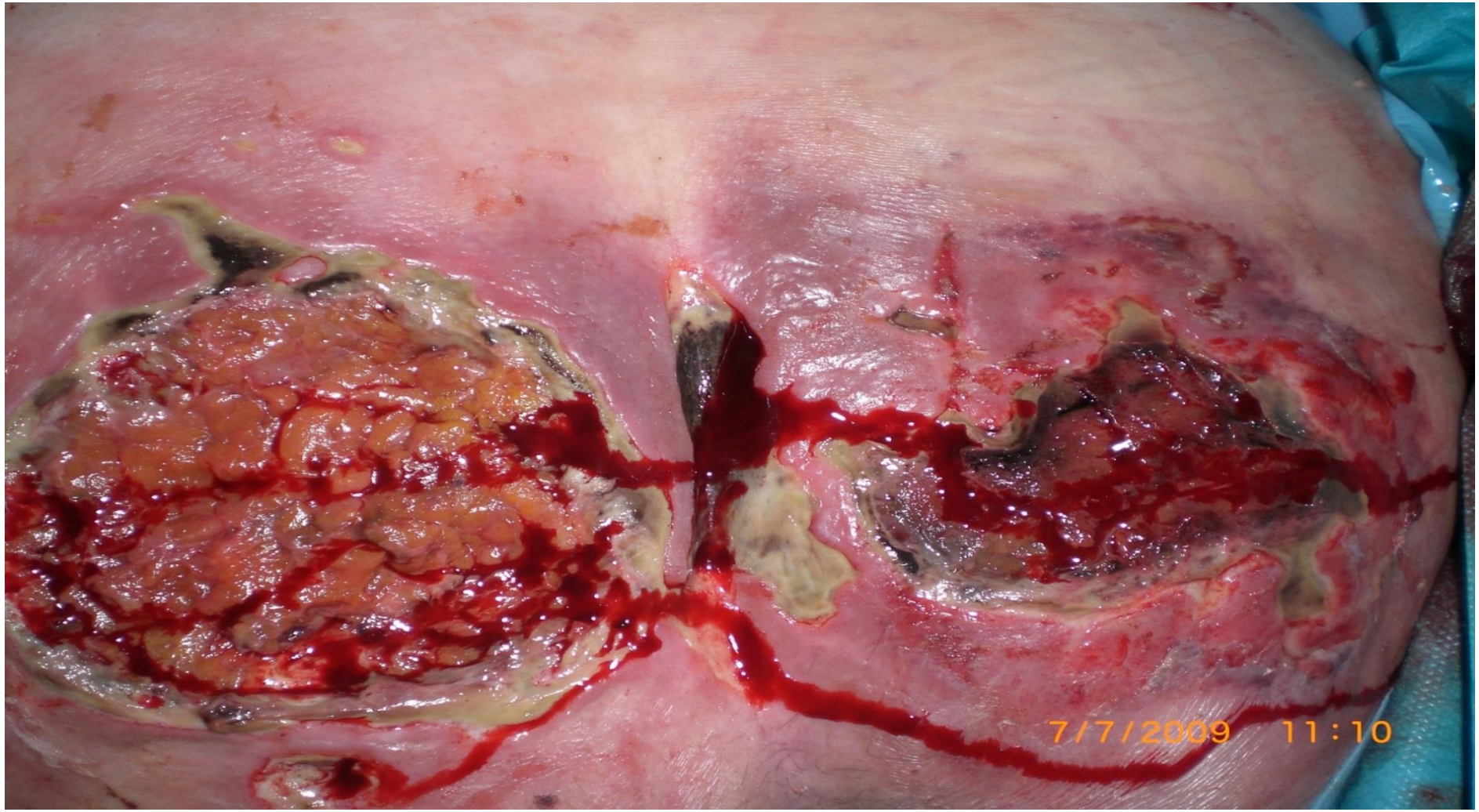
Spray ac.ialuronico + aminoacidi

BAGAGLIO VULNOLOGICO




archetto

Adjuvant in healing process
Cream adjuvant in the healing process


7/7/2009 11:10

Gestire una lesione implica

ottenere guarigione nel tempo più breve

con dolore, disagio minimi per pz

…..risparmio per il SSN

Gestire una lesione implica
guarire il Pz

Intorno ad una lesione non c'è solo tessuto…ma….

Una Persona

Grazie