



## PERCORSO OSS

### LEZIONE 9

#### Prova orale – La prevenzione delle lesioni da pressione

**Presidente alla porta:** *Prego, si accomodi, è il suo turno*

**Candidata:** *Grazie!*

**Commissario 1, mentre la candidata si avvicina al tavolo:** *Prendo io il suo documento, mi dia pure* (lo passa alla Segretaria, che sorride e china la testa per copiare gli estremi del documento).

**Presidente:** *Mentre la segretaria registra, si accomodi e ci metta una firma qui, poi siamo pronti a iniziare* (la candidata si siede e appone la firma sul modulo che si trova sul tavolo)

**Candidata:** *Fatto!*

**Presidente:** *Bene, allora per iniziare non deve far altro che estrarre la sua domanda da questo contenitore* (mostra alla candidata il contenitore da cui estrarre la prova)

**Candidata, pescando un foglietto dal contenitore:** *Ecco* (porge il foglietto al Presidente)

**Presidente:** *No, no. La legga pure lei. A voce alta, così sentiamo tutti*

**Candidata:** *La prevenzione delle lesioni da pressione* (sorride)

**Presidente:** *Ottimo, possiamo partire. Ha 5 minuti esatti per rispondere, non uno di più!*

**Candidata:** *Ok perfetto*

La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione costituiscono un aspetto importante dell'assistenza, sia in ambito ospedaliero, che nelle residenze o a domicilio.

Le ulcere da pressione sono delle aree localizzate di danno o trauma della pelle, che interessano sia la cute, che il tessuto sottostante, fino ad arrivare a quello osseo. Sono causate dalla pressione, forze di taglio o frizione.

La principale causa locale che dà origine alla lesione è quindi la prolungata pressione, che può portare fino alla morte cellulare o necrosi. Si deve considerare che questa prolungata pressione non deve essere imposta per giorni o settimane: in realtà è dimostrato da studi che una superficie cutanea, il sottocute e lo strato muscolare vanno incontro a modificazioni patologiche se viene esercitata sulla parte una pressione costante del corpo per oltre due ore. Le ulcere da pressione generalmente compaiono in relazione alle prominenze ossee: in zona sacrale, ai talloni, in ogni parte del corpo in cui la cute si trovi compressa tra una prominenza ossea e un piano rigido (es. quello del letto).

Oltre alla pressione, possono contribuire alla formazione di lesioni cutanee anche le forze di taglio. Le prime, per esempio, sono quelle che agiscono sulla persona allettata in posizione seduta, che progressivamente scivola verso il fondo del letto, determinando lo scorrimento degli strati profondi (muscoli, tendini, ecc.) sul tessuto cutaneo e sottocutaneo. Questo movimento o scorrimento di uno strato sull'altro provoca l'inghinocchiamento del piccolo circolo, con una conseguente ischemia.

Le forze di frizione sono quelle che agiscono direttamente sullo strato più esterno della cute, asportandone una parte e rendendo la cute più sottile e vulnerabile all'effetto negativo della pressione.

Un esempio di forza di frizione è quella esercitata dalla superficie delle lenzuola sullo strato esterno dell'epidermide quando l'assistito viene trascinato, e non sollevato, per gli spostamenti nel letto.

Il rischio di sviluppare delle lesioni da pressione decubito aumenta se alle forze di pressione, taglio e frizione si associano fattori generali come: l'immobilità, forse la più importante; l'incontinenza; le cattive condizioni di salute; le malattie croniche (in particolare il diabete); problemi circolatori; la malnutrizione. La malnutrizione è un fattore di rischio estremamente importante perché la compromissione dello stato nutrizionale, soprattutto se determina un dimagrimento, con conseguente riduzione del tessuto adiposo e una diminuzione delle proteine circolanti, aumenta la suscettibilità dei tessuti al danno da pressione.

Un altro importante fattore di rischio è rappresentato dall'invecchiamento. I soggetti anziani sono particolarmente esposti allo sviluppo di lesioni: l'invecchiamento infatti porta a una riduzione dell'elasticità della cute e della sua vitalità, con impoverimento del tessuto sottocutaneo, atrofia muscolare e maggiore fragilità capillare.

Quali sono i pazienti o gli assistiti a rischio? Tutti quelli che presentano una mobilità ridotta: si va dal paziente politraumatizzato che necessita di immobilizzazione in letto, al paziente con gravi patologie acute (es. quelli delle Terapie Intensive), all'anziano che riesce a muoversi solo tra il letto e la poltrona.

La prevenzione, su cui interviene in particolare l'OSS, sarà mirata a ridurre tutti i fattori di rischio che presenta un certo paziente. La massima attenzione verrà data a tutti gli assistiti che, per l'evoluzione della malattia o per il livello di non autosufficienza, sono costretti ad assumere posture obbligate a letto o in carrozzina. In particolare dovrà essere salvaguardata la cute che riveste le prominente ossee, che è la più esposta alle lesioni da pressione. Si deve agire sul principale fattore di rischio, costituito dalla pressione esercitata dal corpo sulla cute, dalle forze di taglio e frizione. L'infermiere valuterà i fattori di rischio del singolo paziente e definirà gli interventi adatti alla riduzione del rischio. Per valutare il rischio del paziente di sviluppare lesioni da pressione possono essere utilizzate apposite scale: la Scala di Norton valuta 5 parametri – le condizioni fisiche, lo stato mentale, la deambulazione, la mobilizzazione, l'incontinenza. Per ognuno di questi si deve assegnare un punteggio dopo aver osservato l'assistito. Altra Scala a cui si può far riferimento è quella di Braden, che valuta: percezione sensoriale; umidità cutanea; grado di attività fisica; mobilità; alimentazione; frizione e scivolamento.

La prevenzione consiste in particolare nel:

- Ridurre le forze di taglio e di frizione, evitando che l'assistito scivoli nel letto dall'alto verso il basso; oppure, nel corso degli spostamenti attivi e passivi, evitando che la cute sfregi contro le lenzuola o altre superfici, con la possibilità di microlesioni dello strato di cute più superficiale.
- Ridurre la durata e l'intensità della pressione cutanea in particolare sulle prominente ossee e nelle sedi più comuni o a rischio per quel paziente di lesione: questo si ottiene con la diminuzione della durata e dell'intensità della pressione, ovvero con la rotazione delle posture, che deve avvenire ogni 2-4 ore, ma in caso di arrossamento cutaneo, l'infermiere può decidere anche tempi più brevi o escludere una posizione in particolare... (a questo punto interviene il Presidente, interrompendo la candidata)

**Presidente:** Sono passati 5 minuti. L'abbiamo ascoltata volentieri, ma il suo tempo è scaduto.

**Candidata:** Abbiamo già finito?

**Commissario 2:** Sì, la salutiamo. A fine mattina avrà il risultato della sua prova

**Candidata:** *Vi ringrazio, arrivederci* (riprende il documento che le porge la Segretaria ed esce)

**(Indicazioni per l'operatore:** mentre la candidata parla, fare delle riprese delle espressioni e del comportamento dei membri della Commissione, che si dimostrano assolutamente impassibili, non danno nessun cenno di assenso o di incoraggiamento)

## COMMENTO

Avete visto una candidata veramente in gamba all'opera!

Bene, rivediamo i passaggi che la nostra protagonista ha saggiamente costruito:

- Ha avviato la sua trattazione con una frase di contestualizzazione: in questo modo ha fatto comprendere alla Commissione che ha ben presente l'argomento e sa inquadrarlo nell'assistenza di base

*La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione costituiscono un aspetto importante dell'assistenza, sia in ambito ospedaliero, che nelle residenze o a domicilio.*

- Ha poi proseguito dando la definizione dell'argomento che le è stato assegnato. Giusto, abbiamo detto che è sempre bene partire da qui, dimostrando così alla Commissione che si è orientati sul tema che ci è stato assegnato

*Le ulcere da pressione sono delle aree localizzate di danno o trauma della pelle, che interessano sia la cute, che il tessuto sottostante, fino ad arrivare a quello osseo. Sono causate dalla pressione, forze di taglio o frizione.*

- Ha descritto poi le cause che sono all'origine del problema che sta affrontando, ovvero le lesioni da pressione, che solo in un passaggio indica anche come lesioni da decubito per indicare la terminologia più corrente

*La principale causa locale che dà origine alla lesione è quindi la prolungata pressione, che può portare fino alla morte cellulare o necrosi. Si deve considerare che questa prolungata pressione non deve essere imposta per giorni o settimane: in realtà è dimostrato da studi che una superficie cutanea, il sottocute e lo strato muscolare vanno incontro a modificazioni patologiche se viene esercitata sulla parte una pressione costante del corpo per oltre due ore. Le ulcere da pressione generalmente compaiono in relazione alle prominenze ossee: in zona sacrale, ai talloni, in ogni parte del corpo in cui la cute si trovi compressa tra una prominenza ossea e un piano rigido (es. quello del letto).*

*Oltre alla pressione, possono contribuire alla formazione di lesioni cutanee anche le forze di taglio. Le prime, per esempio, sono quelle che agiscono sulla persona allettata in posizione seduta, che progressivamente scivola verso il fondo del letto, determinando lo scorrimento degli strati profondi (muscoli, tendini, ecc.) sul tessuto cutaneo e sottocutaneo. Questo movimento o scorrimento di uno strato sull'altro provoca l'inginocchiamento del piccolo circolo, con una conseguente ischemia.*

*Le forze di frizione sono quelle che agiscono direttamente sullo strato più esterno della cute, asportandone una parte e rendendo la cute più sottile e vulnerabile all'effetto negativo della pressione. Un esempio di forza di frizione è quella esercitata dalla superficie delle lenzuola sullo strato esterno dell'epidermide quando l'assistito viene trascinato, e non sollevato, per gli spostamenti nel letto.*

- La candidata ha trattato ampiamente le cause per cui le lesioni insorgono, dimostrando di aver ben chiaro il meccanismo che le provoca. Adesso è il momento di lasciare questa parte dell'esposizione e passare a indicare i fattori di rischio

*Il rischio di sviluppare delle lesioni da pressione decubito aumenta se alle forze di pressione, taglio e frizione si associano fattori generali come: l'immobilità, forse la più importante; l'incontinenza; le cattive condizioni di salute; le malattie croniche (in particolare il diabete); problemi circolatori; la malnutrizione. La malnutrizione è un fattore di rischio estremamente importante perché la compromissione dello stato nutrizionale, soprattutto se determina un dimagrimento, con conseguente riduzione del tessuto adiposo e una diminuzione delle proteine circolanti, aumenta la suscettibilità dei tessuti al danno da pressione.*

*Un altro importante fattore di rischio è rappresentato dall'invecchiamento. I soggetti anziani sono particolarmente esposti allo sviluppo di lesioni: l'invecchiamento infatti porta a una riduzione dell'elasticità della cute e della sua vitalità, con impoverimento del tessuto sottocutaneo, atrofia muscolare e maggiore fragilità capillare.*

- Dopo avere trattato i fattori di rischio, è il momento di affrontare i soggetti a rischio

*Quali sono i pazienti o gli assistiti a rischio? Tutti quelli che presentano una mobilità ridotta: si va dal paziente politraumatizzato che necessita di immobilizzazione in letto, al paziente con gravi patologie acute (es. quelli delle Terapie Intensive), all'anziano che riesce a muoversi solo tra il letto e la poltrona.*

- A questo punto la candidata passa al cuore del tema, ovvero a definire come l'OSS affronta la prevenzione. Opportunamente indica di saper distinguere le responsabilità dell'infermiere rispetto alle proprie, indicando chiaramente che l'OSS interviene in particolare nella prevenzione

*La prevenzione, su cui interviene in particolare l'OSS, sarà mirata a ridurre tutti i fattori di rischio che presenta un certo paziente. La massima attenzione verrà data a tutti gli assistiti che, per l'evoluzione della malattia o per il livello di non autosufficienza, sono costretti ad assumere posture obbligate a letto o in carrozzina. In particolare dovrà essere salvaguardata la cute che riveste le prominenze ossee, che è la più esposta alle lesioni da pressione. Si deve agire sul principale fattore di rischio, costituito dalla pressione esercitata dal corpo sulla cute, dalle forze di taglio e frizione. L'infermiere valuterà i fattori di rischio del singolo paziente e definirà gli interventi adatti alla riduzione del rischio. Per valutare il rischio del paziente di sviluppare lesioni da pressione possono essere utilizzate apposite scale: la Scala di Norton valuta 5 parametri – le condizioni fisiche, lo stato mentale, la deambulazione, la mobilizzazione, l'incontinenza. Per ognuno di questi si deve assegnare un punteggio dopo aver osservato l'assistito. Altra Scala a cui si può far riferimento è quella di Braden, che valuta: percezione sensoriale; umidità cutanea; grado di attività fisica; mobilità; alimentazione; frizione e scivolamento.*

- In questo passaggio siamo già alla trattazione della prevenzione vera e propria. Aver saputo citare due Scale tra le più conosciute per la valutazione dei soggetti a rischio di sviluppare lesioni da pressione è veramente un bel colpo! Si tratta di pochi riferimenti, ma che indicano chiaramente che le conosce bene, saprebbe collaborare con l'infermiere per il loro utilizzo e ha chiaro che le valutazioni del paziente, sotto qualsiasi aspetto, non possono farsi a occhio,

ma solo con strumenti validati. La candidata è andata poi a trattare gli interventi che possono essere messi in atto dall'OSS

*La prevenzione consiste in particolare nell'agire sui fattori cosiddetti estrinseci e intrinseci:*

*- Ridurre le forze di taglio e di frizione, evitando per esempio che l'assistito scivoli nel letto dall'alto verso il basso; oppure, nel corso degli spostamenti attivi e passivi, evitando che la cute sfregi contro le lenzuola o altre superfici, con la possibilità di microlesioni dello strato di cute più superficiale.*

*- Ridurre la durata e l'intensità della pressione cutanea in particolare sulle prominenze ossee e nelle sedi più comuni o a rischio per quel paziente di lesione: questo si ottiene con la diminuzione della durata e dell'intensità della pressione, ovvero con la rotazione delle posture, che deve avvenire ogni 2-4 ore, ma in caso di arrossamento cutaneo, l'infermiere può decidere anche tempi più brevi o escludere una posizione in particolare...*

- E' certo che avrebbe potuto indicare molto altro: l'importanza delle cure igieniche e in particolare della cute, l'alimentazione, l'idratazione, ma ormai la Commissione ha ben chiaro che la candidata padroneggia al meglio l'argomento. Il tempo è scaduto, non ha esaurito completamente la trattazione, ma il tema della prevenzione delle lesioni è troppo ampio per essere affrontato in pochi minuti. Ha comunque suddiviso i tempi per la trattazione inquadrando gli aspetti salienti. Ha indicato che esistono fattori estrinseci e intrinseci, sebbene non li abbia poi entrambi trattati, ma è certo che questa candidata avrà un'ottima valutazione! Ecco, considerate questo come un esempio veramente positivo!