

La difficile gestione di un paziente affetto da Alzheimer grave in un reparto ospedaliero.

Romanini M. §, *Morelli A.* §, *Bertocco R.* *, *Bochenek R.* *, *Bohatyrewicz M.* *, *Costa B.* *, *De Cubellis L.* *, *Koceich A.* *, *Piwowarczyk M.* *, *Rotea S.* *, *Samorì D.* *, *Parakattel G.* *
§ Coordinatore Infermieristico Casa di Cura "Villa Grazia"; *Infermiere Casa di Cura "Villa Grazia".

I pazienti affetti da morbo di Alzheimer giungono al ricovero presso i reparti ospedalieri per acuti attraverso il pronto soccorso dove vengono accompagnati dai familiari per qualsiasi tipo di complicanza in acuto vengano colpiti: frattura femorale, anomalie comportamentali, patologie infettive delle vie urinarie e polmonari etc... La fragilità dell'età anziana in presenza della condizione dementigena, determina immediatamente una difficile gestione del paziente Alzheimer fin dal momento di arrivo in Pronto Soccorso. Sottolineiamo tra i molteplici motivi che rendono complessa la gestione di tali malati: la grave, a volte totale limitazione della sua capacità di comunicare (anche e soprattutto il dolore, indotto dalla patologia), la permanenza più o meno prolungata in un ambiente poco tranquillo e ricco di stimoli negativi, come il pronto soccorso, ed il successivo trasferimento in reparto, che è comunque un altro luogo sconosciuto. La necessaria manipolazione del loro corpo da parte dei Medici, vissuti come sconosciuti "invadenti", il "trauma" non compreso di manovre come prelievi sanguigni, introduzione di aghi cannula, cateteri vescicali etc. Tutti questi eventi, assolutamente consueti per gli adulti cognitivamente conservati, inducono un inevitabile aggravamento della condizione di demenza

Si vuole presentare il caso complesso di un paziente, maschio C.C. di 67 anni, affetto da malattia di Alzheimer di grado severo proveniente dal un nosocomio romano ove era stato trasportato dal 118 in seguito a febbre, tremori, astenia e disturbi respiratori. La diagnosi di ricovero al pronto soccorso è stata grave "disidratazione, ipernatriemia (174.0 vn 137-145), leucocitosi e febbre in paziente affetto da M. di Alzheimer". Per tale motivo è stato ricoverato presso il reparto di medicina per 13 giorni di degenza. Trasferito con richiesta urgente del reparto ospedaliero per difficoltà a gestire il paziente in reparto di acuzie, al momento dell'arrivo presso la nostra struttura, il paziente si presentava in condizioni generali scadute, la valutazione, da parte dei medici ha evidenziato: paziente vigile, non esegue nessun ordine richiesto, non è capace di articolare alcuna parola, emette saltuariamente dei vocalizzi incomprensibili. Presenta una grave compromissione di ogni forma di linguaggio e delle funzionalità cognitive superiori. Non è autonomo in nessuna delle attività della vita quotidiana. Nessun movimento spontaneo. Incontinenza sfinterica mista. Non mantiene la postura eretta, ha perduto lo schema del passo equinismo arti inferiori bilateralmente. Inoltre presentava tre piaghe da decubito una piaga da decubito al secondo stadio al sacro, piaga da decubito al secondo stadio ai trocanteri bilateralmente. Portatore di catetere vescicale a permanenza. Inoltre è stato valutato dal gruppo di fisiterapisti che evidenziava "rigidità del tratto cervicale con grave limitazione su tutti i piani, limitazione nei movimenti di elevazione degli arti. Rigidità del tronco con l'impossibilità al mantenimento in posizione seduta. Piedi in posizione equina bilateralmente, ipotrofia muscolare"

La nostra struttura, Villa Grazia, opera nel territorio della ASL RME, si occupa del recupero funzionale, cognitivo e motorio, di pazienti affetti da deficit cognitivo, dove operano diverse figura professionali: un medico specializzato in Geriatria, un Neurologo ed uno Psichiatra, coordinatori infermieristici con la responsabilità di direzione organizzativa e management; infermieri professionali; terapisti occupazionali terapisti della riabilitazione, operatori socio-sanitari. Inoltre vengono garantite le prestazioni di psicologi a sostegno non solo dei nostri utenti, ma anche di tutto il nucleo familiare

Come protocollo, è stato formulato il Piano Assistenziale Individuale garantendo tutte le prestazioni necessarie a mantenere le poche capacità residue del paziente al fine di raggiungere e mantenere il miglior livello possibile di qualità di vita.

Sono state effettuate le valutazioni attraverso la scala di Norton per valutare il rischio di piaghe da decubito oltre alla scala di Braden che risulta maggiormente idonea se utilizzata per gli anziani ospedalizzati, è la scala di valutazione più diffusa e considera i seguenti fattori di rischio: percezione sensoriale, umidità della cute, attività fisica, mobilità, nutrizione, frizione e scivolamento; il cut off suggerito per considerare il paziente esaminato a rischio è uguale o inferiore a 16. Inoltre il paziente è stato valutato, sul piano nutrizionale, attraverso il Mini Nutritional Assesment che è risultato non adeguato, gli indicatori dello stato nutrizionale registrati all'ingresso evidenziava BMI 20. Il nostro caso è risultato ad alto rischio per malnutrizione oltre alle piaghe da decubito per tale motivo è stata iniziata la nutrizione per sondino naso gastrico. Attualmente, la nutrizione e l'idratazione avviene per bocca con un addensante. Il BMI è pari 22.5

Sono state gestite e monitorate le condizioni che possono aumentare l'umidità dell'ambiente causando o peggiorando la macerazione della cute, sono stati utilizzati i presidi anti-incontinenza più appropriati (assistenza regolare all'evacuazione, uso di pannoloni, di cateteri vescicali...), il paziente oltre ad utilizzare i materassini antidecubito, è stato posizionato quotidianamente in seggiole specifiche durante la giornata, adoperate nel nostro reparto, e solamente per la notte riposizionato nel proprio letto

Data	Sede	Stadio lesione	Codice colore	Punteggio Push-Tool (0-17)	Norton	Braden
ingresso	Trocantere dx	II	G	8	8	11
ingresso	Trocantere sx	II	G	7		
ingresso	Sacro	II/III	R/N	13		

Sono stati utilizzati differenti protocolli, diversi a seconda del momento della cura, per la gestione delle piaghe da decubito:

- 1)
 - Lavaggio con Soluzione Fisiologica

- Applicazione di pomata Iruxol
- 2)
- Lavaggio con Soluzione Fisiologica
 - Applicazione di connetivina crema
- 3)
- Lavaggio con Soluzione Fisiologica
 - Applicazione di Vulnavin crema
 - Applicazione di connetivina crema

Il decubito è stato variato spesso sia durante il giorno sia durante la notte.

Tali protocolli sono stati eseguiti giornalmente, con valutazione quotidiana, attraverso il foglio firme da parte degli infermieri che quotidianamente eseguivano la medicazione.

Valutazione da parte del terapeuta della riabilitazione:

Scala Tinetti rischio cadute	Scala Tinetti Equilibrio	Scala Tinetti Andatura
0	0	0

Noi consideriamo importante questo piccolo lavoro per la cooperazione tra le diverse figure che lavorano e collaborano con un comune fine: il miglior benessere possibile raggiungibile dal paziente. Attraverso le diverse figure professionali, guidate dal coordinatore infermieristico che funge da “collante” all’interno della piramide decisionale trasformando l’ordine del sanitario in esecutivo generando, di conseguenza, il prodotto finale, il miglioramento del paziente. La vera forza di questo lavoro è rappresentata oltre dalle diverse figure professionali presenti dal lavoro di equipe multidisciplinare.

Operatori: *Buttinelli MB., Cassanelli R., Da Silva C., Di Massimo L., Kalinoski A., Misteritti D., Muscarà V., Orsini I., Romani L., Sancez M., Stocchino R., e tutti gli operatori della cooperativa “Coluna” e “San Francesco”.*

