

Le ustioni nell'anziano con demenza: un problema che scotta

Alberto Apostoli

A.I.S.Le.C. Pavia e GRG, Brescia

Le ustioni rappresentano ancora oggi un evento temibile per le potenziali complicanze e gli esiti anche invalidanti a cui possono portare. Negli ultimi 30 anni la percentuale di mortalità nei pazienti ustionati è progressivamente diminuita fino a raggiungere alla fine del decennio una media del 3,6% (Pruitt, 2000) (Tab. 1).

Questo è stato ottenuto grazie ad una serie di misure come l'intervento chirurgico precoce, il supporto nutrizionale, le cure intensive, i programmi precoci di riabilitazione, ecc.

Tabella 1

| | Percentuale di superficie corporea ustionata | | |
|---------------------|--|--------|-------|
| | 0-39% | 40-59% | > 60% |
| Mortalità annua | 0,6% | 7,7% | 33,3% |
| Mortalità 1974-1980 | 0,0% | 0,0% | 14,3% |
| Mortalità 1991-1997 | | | |

Almeno due studi retrospettivi, svolti per cercare di identificare quali siano gli aspetti che determinano ancora la morte in una certa percentuale di persone, hanno identificato come l'età avanzata sia uno degli elementi chiave nel determinare gli esiti clinici peggiori, fino ad arrivare all'exitus (Muller et al., 2001; O'Keefe et al., 2001). È stato anche osservato in altre ricerche, che la diagnosi di demenza è un elemento determinante nel peggiorare la prognosi in pazienti anziani che vanno incontro a incidenti stradali, cadute, o altre lesioni traumatiche rispetto a pazienti anziani che incorrono negli stessi eventi, ma non soffrono di demenza (Battistella et al., 1998; Grossman et al., 2004).

Sulla base di queste osservazioni è stato svolto uno

studio retrospettivo caso-controllo per indagare il ruolo della demenza negli anziani che venivano ricoverati per ustioni. Lo studio si è basato sui dati raccolti in 5 anni nel *Burn Center's National Trauma Registry of the American College of Surgeon*. Sono stati studiati i seguenti dati: età, sesso, percentuale corporea ustionata (TBSA *Total Body Surface Area*), meccanismo e circostanze dell'ustione, periodo di degenza in terapia intensiva, necessità di ventilazione assistita, giorni di degenza complessiva, necessità di intervento chirurgico, tipologia di dimissione, tipo di attività al momento dell'ustione, livello di supervisione al momento dell'ustione, eventuale ricorso all'assistenza domiciliare (Alden et al., 2005).

Durante il periodo scelto sono stati individuate 36 persone ricoverate in ospedale in seguito ad ustioni e con una diagnosi di demenza. L'età media dei pazienti di questo gruppo era di $79,9 \pm 1,6$ anni (range da 53,3-92,3). I maschi rappresentavano il 41,7% del gruppo. La percentuale di superficie corporea ustionata era dell' $8,2 \pm 1,9$ (range 0,5-51). La causa più comune dell'ustione era l'acqua calda, che rappresentava il 44% del complesso; le ustioni da fiamma riguardavano il 36,1%; il 31% delle ustioni era avvenuto durante il bagno; il 16% durante la preparazione del cibo; il tipo di attività svolta al momento dell'ustione era sconosciuta nel 16% dei casi; questi pazienti vennero trovati dai familiari o dai *caregiver* informali dopo l'ustione. Il 67% dei pazienti non riceveva alcuna supervisione al momento dell'ustione, mentre il 33% dei pazienti riceveva qualche forma di supervisione; in questi ultimi vanno inclusi 3 pazienti che si erano ustionati mentre erano sotto il controllo diretto del personale della struttura presso cui erano ricoverati.

Il 65% di questi pazienti aveva necessitato di cure intensive per un periodo di $16,5 \pm 2,9$ giorni (range 1-61). Il

ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

22% era stato sottoposto a ventilazione assistita per una media di $17,4 \pm 1,6$ giorni (range 1-61). La degenza media era stata di $23,6 \pm 2,6$ giorni (range 1-61). Il 61% di questo gruppo di pazienti ustionati e con demenza necessitò di intervento chirurgico. La mortalità fu del 25%.

Le caratteristiche di ognuno dei 36 pazienti ustionati e con demenza (età, durata degenza, necessità di cure intensive, modalità di dimissione, mortalità, ecc.) sono state poi incrociate con quelle di 72 pazienti anziani e ustionati, ma senza demenza.

Non sono state notate differenze significative nel gruppo di controllo (Tab. 2), inclusa l'eziologia delle ustioni che era sovrapponibile al gruppo di persone con demenza (Fig. 1). Questo gruppo risultò aver avuto necessità di un periodo più lungo di ventilazione assistita ed è risultata una mortalità doppia rispetto al gruppo di controllo. In 7 su 8 pazienti del gruppo con demenza, le cure furono limitate dalle scelte della persona, come il testamento in vita o dall'ordine DNR (*Do Not Resuscitate*).

La differente percentuale di mortalità (25% vs 13,8%) benché elevata, non fu trovata statisticamente significativa, ma questo dato può essere spiegato con diversi fattori, come il gruppo di studio numericamente limitato e la mancata segnalazione di diagnosi di demenza nelle persone coinvolte durante il periodo dello studio. Infatti, i pazienti con demenza sono solo l'1,3% degli adulti ricoverati durante il periodo dello studio e risultano sotto rappresentati se comparati con una per-

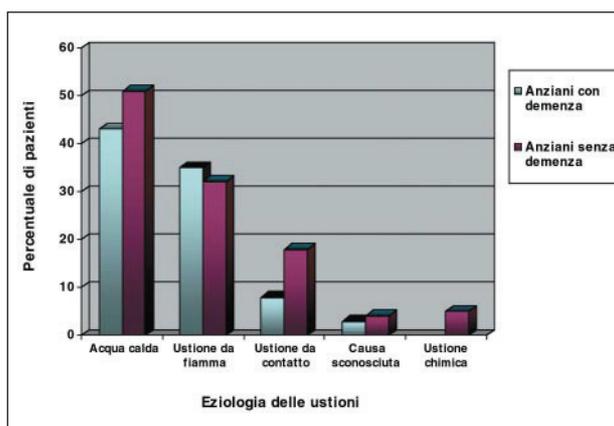


Figura 1

tuale dal 2 al 5% di popolazione adulta affetta da demenza negli USA.

La dimissione dei pazienti con demenza e reduci da ustioni costituisce un pesante cambiamento rispetto al precedente stile di vita. Prima dell'ustione, 31 pazienti su 36 vivevano a casa. Di questi, 15 ricevevano assistenza domiciliare da operatori sanitari, 14 erano assistiti dai familiari; 2 pazienti vivevano da soli; 2 pazienti vivevano in una RSA; un paziente viveva ospitato in un Ente assistenziale per i senzatetto e di 2 pazienti non era chiara la sistemazione familiare. Dopo l'ustione, 13 pazienti (il 36,1%) veniva dimesso in una struttura sanitaria assistenziale. Sei pazienti (16,7%) venivano dimessi a casa:

Tabella 2

| | Pazienti con demenza (n = 36) | Pazienti senza demenza (n = 72) |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| Percentuale di maschi (%) | 41,7 | 40,3 (ns) |
| Età media \pm Ds | $79,9 \pm 1,6$ | $80,3 \pm 1,1$ (ns) |
| Percentuale di superficie corporea ustionata \pm Ds | $8,2 \pm 1,9$ (0,5-51) | $8,5 \pm 1,31$ (ns) |
| Percentuale di lesioni da inalazione (%) | 5,5 | 8,3 |
| Necessità di ventilazione assistita (%) | 22,2 | 15,3 (ns) |
| Durata della ventilazione assistita \pm Ds | $17,4 \pm 1,6$ | $26,6 \pm 25,2$ (P<,05) |
| Durata degenza complessiva | $23,6 \pm 2,6$ | $23,6 \pm 4,1$ (ns) |
| Percentuale di pazienti ricoverati in terapia intensiva | 75 | 61,1 (ns) |
| Durata del ricovero in terapia intensiva | $23,9 \pm 2,9$ (1-61) | $23,0 \pm 30,6$ (range 1-180) |
| Percentuale di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico | 61,6 (1-61) | 58,3 (ns) |
| Percentuale di mortalità | 25 | 13,8 (ns) |

ns = differenza non significativa; P<,05 = significatività statistica.

per essi o veniva incrementato o veniva attivato il servizio di assistenza domiciliare; 4 di loro (11,1%) venivano dimessi a casa senza bisogno di alcun tipo di intervento; 2 ritornarono nella struttura assistenziale da cui provenivano; 10 di loro (25%) morirono.

CONCLUSIONI

Gli Autori ritengono che i differenti esiti nei pazienti anziani ustionati e dementi siano da attribuire al deficit sensoriale, motorio cognitivo e d'espressione che caratterizza tale malattia. Anche la scarsa compliance a programmi riabilitativi è ritenuta un elemento importante nel determinare esiti peggiori. Ulteriori studi sono necessari per definire se considerare la demenza un fattore di rischio per le ustioni nell'anziano. Si auspica la programmazione di interventi educativi rivolti ai familiari e ai *caregiver*, dato che le stime epidemiologiche prevedono che 14 milioni di adulti soffriranno di qualche forma di demenza nel 2050: tali programmi dovrebbero essere orientati a garantire il controllo e la supervisione durante le attività di vita più a rischio (cucinare, fare il bagno) fornire spiegazioni su come i

deficit causati dalla demenza possano essere un fattore di rischio per le ustioni; fare della sicurezza un elemento chiave della vita routinaria del paziente affetto da demenza.

BIBLIOGRAFIA

Alden NE, Rabbitts A, Yurt R W. Burn Injury in Patients with Dementia: An Impetus for Prevention. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 2005; 26 (3): 267-271.

Battistella FD, Din AM, Perez L. Trauma patients 75 years and older: long-term follow-up results justify aggressive management. *J Trauma* 1998; 44 (4): 618-23.

Grossman MD, Miller D, Scaff DW, Arcona S. When is an elder old? Effect of preexisting conditions on mortality in geriatric trauma. *J Trauma* 2002; 52 (2): 242-6.

Muller MJ, Pegg SP, Rule MR. Determinants of death following burn injury. *British Journal of Surgery* 2001; 88 (4): 583-7.

O'Keefe GE, Hunt JL, Purdue GF. An evaluation of risk factors for mortality after burn trauma and the identification of gender-dependent differences in outcomes. *Journal of American College of Surgery* 2001; 192 (2): 153-60.

Pruitt BA Jr. Centennial changes in surgical care and research. *Annals of Surgery* 2000; 232: 287-301.

N. Coni, C. Nicholl, S. Webster, K.J. Wilson

ARGOMENTI DI GERIATRIA

Prima edizione italiana dalla VI edizione inglese
a cura di Marco Trabucchi

Volume brossurato di 172 pagine
f.to cm 17x24
€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali

