

# La prevenzione e la gestione della lesione da decubito

## Descrizione

Marco Cambielli, specialista in Medicina Interna, già medico generalista, Varese

Saffi Giustini, già medico generalista, Montale – Pistoia

Le persone con malattie croniche prevalentemente allettate o che passano molte ore della giornata sedute o in carrozzina rappresentano una categoria di soggetti che possono presentare lesioni da decubito che, oltre alle problematiche proprie di trattamento, rappresentano spesso una causa di peggioramento delle condizioni generali già compromesse. L'assistenza domiciliare integrata può portare il medico a delegare al personale infermieristico il trattamento di queste complicanze, ma si ravvede la necessità di una collaborazione tra i membri dell'equipe sanitaria con attenzione non solo sul piano terapeutico ma anche sul lato della prevenzione.

A questo proposito torna molto utile prendere in considerazione le linee guida più recenti pubblicate da varie organizzazioni internazionali, quali quelle di ***National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance*** **(2019)** considerando il consenso basato sull'evidenza in tema di definizione, stadiazione, prevenzione, trattamento.

**La *definizione* di un'ulcera da pressione** ( o lesione da decubito) può essere espressa come una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante solitamente localizzata su una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio. Un certo numero di fattori contribuenti o confondenti sono anche associati alle ulcere da pressione; l'importanza di questi fattori rimane ancora da chiarire.

Classicamente si distinguono *diversi stadi*, da eritema non sbiancabile ( stadio 1), a perdita cutanea a vario spessore: perdita cutanea parziale ( stadio II), perdita cutanea totale ( stadio III) fino a perdita di tessuto a spessore totale ( stadio IV) o profondità sconosciuta.

Per la *prevenzione* vanno valutati i fattori di rischio in rapporto alle condizioni del paziente, applicando un piano di prevenzione basato sul rischio per tutti i soggetti considerati a rischio di sviluppare ulcere da pressione, come i soggetti costretti a letto o in carrozzina : la riduzione della frequenza del movimento o della capacità di muoversi di un soggetto è descritta come una limitazione della mobilità.

Le limitazioni della mobilità e dell'attività possono essere considerate una condizione necessaria per lo sviluppo di ulcere da pressione. In assenza di tali condizioni, qualsiasi altro fattore di rischio non dovrebbe causare un'ulcera da pressione.

Considerare poi perfusione e ossigenazione, carente stato nutrizionale, aumento dell'umidità della cute. e l'impatto potenziale dei seguenti fattori sul rischio soggettivo di sviluppo di ulcere da pressione: aumento della temperatura corporea, età avanzata, percezione sensoriale, variabili ematologiche, stato generale di salute: il giudizio clinico è essenziale.


Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Si parte dalla osservazione della cute “dalla testa ai piedi” con particolare attenzione alla cute sulle prominenze ossee tra cui il sacro, le tuberosità ischiatiche, i trocanteri e i talloni. Ogni volta che il paziente viene riposizionato è un’opportunità per condurre una breve valutazione della cute.

Nei soggetti con ulcera già esistente considerare di sostituire il materasso in uso con una superficie di supporto che fornisca una più efficace ridistribuzione della pressione, riduzione delle forze di taglio, e controllo del microclima. Nel caso di soggetti in carrozzina occorre personalizzare la selezione e la rivalutazione periodica di una superficie di supporto per carrozzina/sistema di seduta e delle relative attrezzature per il mantenimento della postura e per la ridistribuzione della pressione, assicurandosi che il cuscino selezionato per ridistribuire la pressione sia appropriato all’individuo.

Occorre mantenere un alto indice di sospetto di infezione locale in un’ulcera da pressione in presenza di:

- assenza di segni di guarigione per due settimane;
- tessuto di granulazione friabile;
- cattivo odore;
- aumento di dolore dell’ulcera;
- aumento di calore del tessuto attorno all’ulcera;
- aumento dell’essudato dalla ferita;
- un cambiamento sospetto della natura dell’essudato della ferita (per es., insorgenza di essudato ematico, essudato purulento);
- aumento di tessuto necrotico nel letto della ferita e/o formazione di tasche o ponti nel letto di ferita. (Forza dell’Evidenza = B;)

Considerare una diagnosi di infezione acuta diffusa se l’ulcera da pressione presenta segni localizzati e/o sistemici di infezione acuta, come:

- eritema che si estende dai margini della ferita;
- indurimento;
- esordio o aumento di dolore o calore;
- drenaggio purulento;
- aumento di dimensioni;
- crepitio, fluttuanza, o discromia della cute perilesionale;
- febbre, malessere, e ingrossamento dei linfonodi;
- confusione/delirio e anoressia (particolarmente negli anziani). (Forza dell’Evidenza = C)

Per le ulcere da pressione di Categoria/Stadio tra II e IV e per quelle non stadiabili nei soggetti con cute di colore scuro, dare la priorità alla valutazione delle seguenti caratteristiche:

- calore della cute,
- allodinia,
- cambiamento nella consistenza della cute,
- dolore. (Forza dell’Evidenza = C)

Mantenere un elevato indice di sospetto di infezione locale della ferita in soggetti con:

- diabete mellito,
- malnutrizione calorico-proteica,
- ipossia o scarsa perfusione tessutale,
- patologia autoimmune o immunosoppressione. (Forza dell’Evidenza = B)

Mantenere un elevato indice di sospetto di biofilm in un’ulcera da pressione che:

- è presente da più di 4 settimane;
- manca di segni di guarigione nelle due settimane precedenti;
- mostra segni e sintomi clinici di infiammazione;
- non risponde alla terapia antimicrobica


Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Determinare la carica batterica dell'ulcera da pressione con una biopsia tessutale o con la tecnica del tampone quantitativo. (Forza dell'Evidenza B )

In assenza di segni clinici di infezione, si ritiene che la quantità di organismi (carica microbica) sia il miglior indicatore di infezione della ferita. Il metodo *gold standard* per esaminare la carica microbica è la coltura quantitativa di tessuto vitale prelevato con biopsia dalla ferita

Considerare l'uso della biopsia e della microscopia tessutali per determinare la presenza di biofilm. (Forza dell'Evidenza = C)

Considerare una diagnosi di infezione dell'ulcera da pressione se la coltura evidenzia una carica batterica ? $10^5$ CFU/g di tessuto e/o la presenza di streptococchi beta-emolitici. (Forza dell'Evidenza = B)

**Trattamento**

Il trattamento dipende dalla classificazione delle ulcere da pressione nei diversi stadi con un esame obiettivo focalizzato che comprenda:

- Fattori che possano interferire sulla guarigione (per es., deficit della perfusione e della sensibilità, infezione sistemica);
- Valutazione vascolare, nel caso di ulcere delle estremità (per es., esame obiettivo, storia di *claudicatio*, e indice caviglia-braccio);
- Esami di laboratorio e raggi x, secondo necessità
- Nutrizione.
- Dolore correlato alle ulcere da pressione.
- Rischio di sviluppo di ulteriori ulcere da pressione.
- Salute psicologica, comportamenti e cognitività.
- Sistemi di sostegno sociale e finanziario.
- Capacità funzionale, particolarmente riguardo a riposizionamento, postura e necessità di
- Dispositivi e personale di assistenza.
- Utilizzo di manovre per lo scarico e la distribuzione della pressione.

Passaggi fondamentali del trattamento sono la gestione del dolore, la detersione dell'ulcera, il *debridment*, la valutazione dell'infezione e suo trattamento con antisettici ed eventuale uso ragionato di antibiotici per via sistemica ed adeguata medicazione che tenga conto delle caratteristiche varie della lesione, fino alle medicazioni biologiche, l'uso di fattori di crescita, di agenti biofisici, dell'ossigeno**.**

In presenza di segni clinici di infezione, l'escara stabile richiede la valutazione di un chirurgo vascolare per un possibile *debridement* chirurgico urgente.

Considerare l'uso di antisettici topici di potenza appropriata, non tossici, adatti ai tessuti, per un limitato periodo di tempo per controllare la carica batterica. (Forza dell'Evidenza=C)

Gli antisettici di uso comune sulle ferite comprendono:

· composti di iodio (iodio povidone e cadexomeri dello iodio a lento rilascio)

· composti di argento (inclusa la sulfadiazina argentica),

· poliesanide e betaina (PHMB),

· clorexidina,

· ipoclorito di sodio

· acido acetico.

**I** materiali per medicazione comprendono: idrocolloidi, film trasparenti, idrogel, alginati, medicazioni in schiuma poliuretano, medicazioni impregnate di argento, cadexomeri allo iodio, medicazioni in silicone, medicazioni con matrice di collagene.


Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Cautela: l'argento può avere proprietà tossiche, specialmente per i cheratinociti ed i fibroblasti; la portata della tossicità non è pienamente descritta. I prodotti topici all'argento non dovrebbero essere usati su soggetti con sensibilità all'argento, ed i prodotti alla sulfadiazina argentica non sono raccomandanti per soggetti con sensibilità al solfuro.

Il perossido di idrogeno è altamente tossico per i tessuti anche a basse concentrazioni e non dovrebbe essere usato come antisettico topico di elezione. Il suo uso dovrebbe essere totalmente evitato nelle ferite cavitarie a causa del rischio di enfisema chirurgico e embolia gassosa

I prodotti a base di iodio dovrebbero esser evitati nei pazienti con insufficienza renale, *a*namnesi di disordini tiroidei o nota sensibilità allo iodio. L'ipoclorito di sodio (Soluzione di Dakin) è citotossico in qualsiasi concentrazione e dovrebbe essere usato con cautela, a concentrazioni non superiori allo 0.025%, per brevi periodi solo quando non sia disponibile nessun'altra opzione . Vi è rischio di acidosi con l'uso dell'acido acetico per lunghi periodi su ferite di grandi dimensioni.

Usare antibiotici sistemici per soggetti con evidenza clinica di infezione sistemica, come emocolture positive, cellulite, fascite, osteomielite, sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS), o sepsi.(Forza dell'Evidenza = C)

Valutare il soggetto per osteomielite in presenza di osso esposto, o se alla palpazione l'osso si presenta ruvido o molle, o se, con la terapia precedente l'ulcera non è riuscita a guarire.

Limitare l'uso di antibiotici topici sulle ulcere da pressione infette, eccetto in situazioni particolari in cui il beneficio al paziente sia superiore al rischio di effetti collaterali e di resistenze degli antibiotici. (Forza dell'Evidenza = C)

**I**n genere, gli antibiotici topici non sono raccomandati per il trattamento delle ulcere da pressione.

Per valutare i segni di guarigione occorre usare il giudizio clinico come la riduzione della quantità di essudato, la riduzione delle dimensioni della ferita, ed il miglioramento del tessuto del letto della ferita (Forza dell'Evidenza = C )

Merita particolare attenzione il sintomo dolore.

E' necessaria una valutazione iniziale del dolore che dovrebbe includere i seguenti elementi:

- un'anamnesi dettagliata che comprenda il carattere, l'intensità e la durata del dolore da ulcera da pressione;
- un esame obiettivo che comprenda una componente neurologica;
- una valutazione psicosociale;
- un *check-up* diagnostico appropriato per determinare il tipo e la causa del dolore.

E' opportuno valutare il deterioramento dell'ulcera o una possibile infezione quando il soggetto riferisce un aumento di intensità del dolore nel tempo. (Forza dell'Evidenza = C;)

Oltre alla prevenzione del dolore correlato all'ulcera da pressione riducendo la frizione ed evitando posture che aumentino la pressione, occorre ridurre il dolore da ulcera da pressione mantenendo il letto della ferita coperto e umido ed utilizzando medicazioni non aderenti nonché scegliere una medicazione che richieda cambi meno frequenti e che abbia minor probabilità di causare dolore.

In conclusione la revisione della letteratura disponibile con documenti internazionali di consenso permette di definire in maniera soddisfacente le modalità di prevenzione e gestione delle lesioni da decubito.

drsaffigiustini@gmail.com

**CATEGORY**

1. Scienza e professione

**POST TAG**

1. Studi e ricerche

**Categoria**

1. Scienza e professione


Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

**Tag**

1. Studi e ricerche

**Data di creazione**
26/01/2024
**Autore**
redazione-toscana-medica
**Campi meta**
**Nome E Cognome Autore 1 :** Marco Cambielli
**Nome E Cognome Autore 2 :** Saffi Giustini
**Views :** 12208


Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze