

Prevenzione delle lesioni da decubito

Le lesioni da decubito sono zone di danno tissutale con evoluzione necrotica che interessano la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere negli stadi più avanzati i muscoli e le ossa.¹ Sono la conseguenza diretta di fattori locali, come l'applicazione di pressioni, forze di taglio o attrito per un determinato periodo di tempo e sistemici, legati all'età, alla riduzione della mobilità, all'incontinenza, alla malnutrizione e alla condizione neurologica.

Nonostante la prevenzione delle lesioni da decubito sia oggetto di numerose linee guida,¹⁻⁵ il livello di qualità delle prove di efficacia su cui si basano le indicazioni per la prevenzione e il trattamento è particolarmente scarso. Nel box sotto viene riportata la graduazione delle raccomandazioni fornite e la definizione dei livelli di prova su cui tali raccomandazioni sono state definite secondo le linee guida dell'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel).²

Epidemiologia

Le differenze nei criteri di valutazione delle lesioni rendono complesso un confronto fra l'incidenza e la prevalenza rilevate nei diversi contesti. Negli Stati Uniti l'incidenza delle lesioni da pressione fra i pazienti ricoverati varia dal 2% al 40%; un recente studio ha rilevato una prevalenza del 4% nelle unità operative per la cura di pazienti critici.

I costi delle lesioni da decubito sono un problema per i sistemi sanitari dei paesi sviluppati, oltre che per le ingenti conseguenze fisiche e psichiche sull'individuo: per questo è importante investire sulla prevenzione.

Fisiopatologia

Quando la pressione esercitata dal peso corporeo sul piano di appoggio supera i 32 mmHg (pressione di chiusura dei capillari), si verifica l'occlusione del vaso con conseguente ischemia tissutale. Le forze di taglio, invece,

➤ Come valutare il rischio	2
➤ Interventi	2
➤ Valutazione nutrizionale	2
➤ Incontinenza	2
➤ Stato neurologico	3
➤ Cura della cute	3
➤ Ridotta mobilità	3
➤ Presidi di prevenzione	4
➤ Formazione	4

determinano una pressione tangenziale che provoca una microtrombosi locale con ostruzione dei vasi sanguigni e necrosi tissutale profonda. Questi fenomeni si verificano quando la postura non è corretta e quando il soggetto viene spostato senza l'utilizzo di presidi specifici. Per attrito o frizione, infine, si intende la forza esercitata da 2 superfici per sfregamento delle 2 parti, che predispone la cute a eventi lesivi.

Il primo stadio della lesione, secondo la classificazione NPUAP,³ è la formazione di un eritema persistente o con tonalità violacee. Se non si allevia la pressione, il danno progredisce agli stadi successivi (disepitelizzazione e lesione cutanea a tutto spessore). Gli anziani sono i più predisposti a sviluppare una lesione poiché la cute subisce modifiche legate all'invecchiamento, quali la diminuzione del tessuto adiposo sottocutaneo, una diminuzione della risposta immunitaria cellulo-mediata, il rallentamento dei processi di guarigione delle ferite per riduzione del microcircolo e della risposta infiammatoria locale. La com-

Gradi delle raccomandazioni adottate dalle linee guida dell'EPUAP²

Grado A	Ci sono buone prove fondate su basi sperimentali e ricerche (risultato di 2 o più sperimentazioni cliniche sull'uomo) per questa raccomandazione.
Grado B	Ci sono prove ragionevoli che sostengono indirettamente la raccomandazione (risultato di 2 o più sperimentazioni cliniche controllate sugli uomini o sugli animali).
Grado C	La raccomandazione è basata su: risultati di una sola sperimentazione clinica; risultati di studi descrittivi o serie di casi; opinione di esperti o consenso di un gruppo di lavoro.

promissione delle condizioni neurologiche e dello stato mentale, la sedazione farmacologica, il dolore, le fratture e ogni fattore che riduca la mobilità diventano situazione di rischio per l'insorgenza di lesioni.

Ultimo fattore di rischio, ma non per importanza, è la malnutrizione, in grado di compromettere la guarigione della ferita e di predisporre la cute alle lesioni.

Come valutare il rischio

La valutazione del rischio di lesioni da decubito nel singolo paziente è tra gli interventi preventivi ritenuti più efficaci (C). Discriminare attraverso uno strumento di valutazione (associato sempre al giudizio clinico, C) il paziente a rischio da quello non a rischio consente di ridurre gli interventi impropri e di finalizzare le risorse economiche e professionali. I soggetti che al momento del ricovero sono a rischio devono essere valutati in modo sistematico dal personale medico e infermieristico.

La valutazione è globale e continua e comprende:

- ▶ anamnesi completa, patologica remota e prossima;
- ▶ esame obiettivo generale, compreso lo stato psichico, la disabilità (para o tetraplegia, controllo sfinteri, posture obbligate);
- ▶ condizioni della cute, presenza di umidità e incontinenza, alimentazione e dolore (C).

Le linee guida sottolineano l'importanza di applicare una scala di valutazione del rischio entro le 24 ore dal ricovero per poter attivare, da subito, strategie di prevenzione delle lesioni ed eventualmente interventi per il trattamento di quelle già presenti. E' possibile però che occorranza almeno 24 ore per inquadrare la situazione del paziente (C).

La gestione ottimale prevede il trattamento multidisciplinare e il costante controllo di alcuni fattori di rischio che predispongono alla formazione di lesioni da pressione.

Nella valutazione del rischio è opportuno utilizzare strumenti validati che fornendo una valutazione numerica siano in grado di stabilire un li-

vello generale di rischio. Molti studi hanno tentato di validare differenti strumenti: il valore espresso dal punteggio totale delle varie scale di valutazione è dato dalle variabili considerate nella determinazione del rischio, come la mobilità, l'incontinenza, la condizione nutrizionale e neurologica. Le scale più note e affidabili sono la scala di Norton e la scala di Braden. Quest'ultima ha una sensibilità compresa tra l'83 e il 100% e una specificità del 64-77%, mentre quella di Norton ha una sensibilità del 73-92% e una specificità del 61-94%.

Per entrambe le scale più basso è il punteggio più alto è il rischio. I punteggi della scala di Norton variano da 4 a 20. Un paziente è a rischio quando ha un punteggio <12.

Per la scala di Braden invece i punteggi variano da 24 a 6: un paziente è a rischio quando ha un punteggio <16. In base all'esperienza clinica si può considerare ad alto rischio un paziente con punteggi inferiori a 12.⁵

Interventi

Si deve intervenire sui fattori che possono ridurre la resistenza del tessuto cutaneo. In particolare, le zone a maggior rischio di compressione sono le prominente ossee.

Si devono valutare anche condizioni quali secchezza della cute, screpolature, eritemi, macerazioni (C).

Gli interventi variano dalla cura della cute alla correzione della malnutrizione e dell'incontinenza, dalla valutazione dello stato neurologico alla prevenzione delle complicanze da allettamento.

Il massaggio sulle prominente ossee non previene il danno tessutale e può addirittura aumentarlo (C).

Valutazione nutrizionale

Il miglioramento dello stato nutrizionale può ridurre il rischio di lesioni. Lo stato nutrizionale è infatti il più importante fattore reversibile sul quale intervenire precocemente. E' quindi necessario controllare l'alimentazione durante il ricovero e intervenire se sono presenti fattori di rischio nutrizionale. Per esempio, quando sog-

getti apparentemente ben nutriti non assumono quantità sufficienti di proteine o calorie, si devono scoprire e correggerne le cause e, se necessario, completare l'apporto calorico con integratori o supporti nutrizionali.

La valutazione nutrizionale dovrebbe essere effettuata al momento del ricovero e ripetuta durante la degenza. Si devono valutare i cambiamenti di peso involontari, la perdita di appetito e la quantità di alimenti consumata, tutti indicatori diretti ed evidenti di alterazioni nutrizionali. Nei casi estremi si può ricorrere a interventi più aggressivi quali la nutrizione enterale o parenterale.

La valutazione dello stato nutrizionale si effettua considerando:

- ▶ calo ponderale rispetto al peso usuale;
- ▶ velocità del calo ponderale;
- ▶ ipercatabolismo;
- ▶ apporto giornaliero di nutrienti.

Gli indicatori di rischio di malnutrizione per un intervento di supporto sono:

- ▶ calo ponderale $\geq 10\%$ negli ultimi 6 mesi oppure $\geq 5\%$ nell'ultimo mese;
- ▶ indice di massa corporea (peso/altezza²) <19;
- ▶ apporto alimentare previsto o stimato come insufficiente (<50% del fabbisogno per un periodo ≥ 7 giorni);
- ▶ ipercatabolismo grave associato a uno dei precedenti indicatori.

Quando viene individuato il soggetto a rischio il medico o il personale di reparto dovrebbero richiedere la consulenza del dietista per formulare un piano nutrizionale personalizzato e prevenire o limitare i danni delle lesioni.

Incontinenza

La cute può essere esposta all'azione negativa di varie sostanze, fra cui urine e feci che vanno rimosse per evitare l'irritazione, lavando la cute, applicando prodotti o medicazioni barriera. Occorre però ricordare che anche lavaggi frequenti possono irritare la cute. Si può comunque controllare l'incontinenza urinaria utilizzando, in assenza di alternative, un condom o un catetere vescicale.

Stato neurologico

L'analgesia con sedazione riduce il dolore ma provoca la perdita di vigilanza, riducendo la capacità di rispondere al dolore di tipo ischemico. La riduzione della sensibilità della cute o l'alterazione dello stato di coscienza riducono l'attività del paziente, esponendolo così a rischio di lesioni da pressione per ridotta mobilità e mancanza di cura di sé.

Cura della cute

Il paziente a rischio dovrebbe essere valutato all'ingresso in reparto, almeno una volta al giorno durante la degenza e a ogni cambiamento clinico rilevante. Le osservazioni dovrebbero essere documentate. La cute va tenuta pulita, non esposta a liquidi corporei, pertanto è opportuno controllare le cause di umidità, quali l'incontinenza (C).

Nell'igiene vanno utilizzati detergen-

ti a pH naturale (leggermente acido), non aggressivi; si deve evitare l'acqua molto calda e mantenere idratata la cute utilizzando creme od olii (da evitare sostanze a base alcolica).

A scopo preventivo si possono utilizzare in aree particolarmente a rischio barriere protettive, quali pellicole trasparenti e idrocolloidi.

Ridotta mobilità

I pazienti allettati o in sedia a rotelle vanno seguiti con un piano interdisciplinare che, utilizzando diversi dispositivi (per esempio trapezi, telini scorrevoli, letti rotanti), permetta posizioni differenti, sollevamenti e trasferimenti, riducendo le forze di attrito, taglio e pressione. E' importante ridurre al minimo il danno da frizione e le forze di stiramento utilizzando tecniche di mobilizzazione corrette nel cambio di postura (C). La postura va modificata almeno ogni 2 ore (B) o in base alle condizioni del

paziente e agli obiettivi di trattamento (C), utilizzando cuscini di gommapiuma per evitare il contatto fra le protuberanze ossee e facendo attenzione che non interferiscano con altri sistemi di prevenzione utilizzati (C). La testata del letto non va posizionata a più di 30° rispetto al resto del corpo per ridurre la pressione di carico in zona sacrale.

Si deve insegnare ai pazienti che rimangono a lungo seduti, a modificare la postura ogni 15 minuti (C).

Quando non è possibile spostare il paziente ogni 2 ore, vanno utilizzati materassi antidecubito, ad aria alternata o cessione d'aria. Si deve fare anche attenzione ai talloni, che vanno tenuti sollevati dal piano di appoggio in quanto nessun materasso riesce a ridurre efficacemente la pressione sui talloni.⁵

Nei pazienti su sedia a rotelle si deve cercare di tenere un buon allineamento posturale, la distribuzione del

TABELLA 1. I dispositivi di prevenzione delle lesioni da pressione

Dispositivo	Caratteristiche
materassi in espanso ad alta densità o lattice di gomma: <ul style="list-style-type: none"> ● supermorbidi ● tronchi di piramidi ● compatti 	aumento della superficie di appoggio e riduzione delle pressioni <ul style="list-style-type: none"> ● riducono l'entità delle pressioni locali ● facilitano la circolazione dell'aria ● sfruttano la qualità dell'espanso
materassi a pressione alternata	viene prodotta un'alternanza della pressione di appoggio, conservando lo scarico della pressione delle superfici. Possono essere dotati di un sensore che verifica le pressioni di contatto adeguandole al peso e alla postura del paziente
materassi a pressione alternata e cessione d'aria	si trovano in commercio sia come materassi sia come sovrामaterassi. Sono composti da cuscini collegati tra loro la cui superficie è costituita da micropori che permettono un continuo passaggio di aria, reintegrandola progressivamente e consentendo di mantenere asciutta la cute. E' una caratteristica che può essere abbinata ai materassi a bassa pressione continua o ad aria alternata; alcuni sono dotati di fluttuazione. Usano computer che leggono il peso e immettono nelle camere la quantità di aria per tenere la pressione a una soglia inferiore a quella di rischio per i decubiti.
sovrामaterassi ad aria: <ul style="list-style-type: none"> ● fluttuazione naturale d'aria ● fluttuazione d'aria alternata ● sovrामaterasso a cuscini d'aria alternata e cessione d'aria ● fluttuazione ad aria alternata 	<ul style="list-style-type: none"> ● sono costituiti da una o più camere gonfiabili, comunicanti nella parte inferiore; il peso viene uniformemente distribuito sulla zona di contatto, qualunque sia la posizione assunta ● consentono un adattamento e una personalizzazione delle pressioni ● sono dotati di pompa che immette con alternanza l'aria nelle celle. Scaricano le pressioni in alternanza diminuendo la macerazione cutanea ● hanno le caratteristiche dei 2 precedenti sovrामaterassi descritti
letti a cuscini d'aria	consentono la rotazione del paziente mediante l'alternarsi del gonfiaggio del cuscino centrale che è diviso in 2 segmenti da una membrana. Sono dotati di un computer che imposta peso e altezza, grado di rotazione e tempo di permanenza nella postura. Una funzione possibile è la pulsazione, cioè un meccanismo per cui le celle si gonfiano e si sgonfiano in successione, facendo così al paziente un massaggio che stimola il ritorno venoso
letti fluidizzati dinamici	sono costituiti da microsferi calcio-sodiche che vengono costantemente mantenute in movimento e rese fluide da un flusso di aria calda termocontrollata e filtrata che garantisce pressioni di appoggio bassissime (12 mmHg). Il letto comprende un sistema per la rilevazione del peso; la temperatura emessa dal telo di copertura si può alzare o abbassare secondo le esigenze del paziente

peso, l'equilibrio, la stabilità. I piedi vanno appoggiati su una superficie ed è utile usare cuscini per sostenere e tenere in asse le parti del corpo.

Le modalità di spostamento, la durata dei tempi di postura (per esempio il tempo in cui il paziente rimane seduto) e i presidi utilizzati vanno documentati nel piano di assistenza (C).

Il dolore può ridurre la mobilità e va pertanto controllato e trattato con farmaci o con la postura.

Presidi di prevenzione

I materassi di fibre e di gomma piuma riducono la pressione di carico e possono garantire una bassa pressione costante; altri tipi di presidi con dinamiche più complesse (ad aria alternata, a cessione d'aria, terapia cinetica) forniscono pressioni ancora minori. Un paziente a rischio di lesioni da decubito dovrebbe, come intervento minimo, essere posizionato su una superficie morbida (diversa dal materasso standard).

Per la prevenzione si sono rivelati utili i letti a cessione d'aria nelle terapie intensive mentre non è stata determinata con chiarezza l'utilità dei cuscini (in particolare quelli a cessione alternata o pressione d'aria) e del vello di pecora.

I cuscini però consentono di ridurre

la pressione locale; gli stivaletti in vinile, gonfiati di aria e con una nicchia per il piede sono invece inutili o addirittura dannosi.⁶

E' sconsigliato l'uso della ciambella di gomma gonfiabile perché crea compressione sulle aree di appoggio.

In generale, i sistemi ad aria con celle di diametro superiore a 10 cm sono più efficaci dei sistemi con celle più piccole.⁵ Per valutare se un presidio è adeguato si può inserire una mano tra il materasso e il piano del letto per vedere se il corpo del paziente tocca il fondo o rimane sollevato.

Nella tabella 1 (a pagina 3) vengono riportati i principali presidi per la prevenzione delle lesioni da pressione.

Formazione

Gli operatori sanitari e le persone che assistono i malati dovrebbero ricevere una formazione adeguata e un aggiornamento continuo sulla valutazione e prevenzione delle lesioni da pressione (C).

Il Royal College of Nursing (2000) ha identificato molti studi sulla riduzione di incidenza e prevalenza nello sviluppo di ulcere da pressione associata ai corsi di formazione. Tali corsi devono includere informazioni sull'eziologia, sui fattori di rischio, sugli strumenti di valutazione del rischio e la loro applicazione, sulla va-

lutazione dei diversi fattori di rischio sistemici e locali e sull'applicazione di programmi individualizzati di prevenzione delle lesioni, basati sulle linee guida.

L'educazione del paziente e del personale sanitario riduce l'insorgenza delle lesioni. I programmi di formazione possono comprendere conferenze, presentazioni didattiche, linee guida scritte e incontri di addestramento con chi presta l'assistenza, per mostrare praticamente che cosa fare.

I programmi vanno aggiornati in base alle nuove prove di efficacia disponibili e adattati al pubblico cui sono destinati (C).

Bibliografia

1. Registered Nurses' Association of Ontario. Risk assessment and prevention of pressure ulcers. Nursing Best Practice Guideline, Revised 2005.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer prevention guidelines. www.EPUA.org/glp/epuap.html.
3. Agency for Healthcare Research and Quality, Federal Government Agency of US. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. Revised 2000.
4. Wiechula R. Pressure Sores - Part 1: Prevention of Pressure Related Damage. Best Practice 1997;1.
5. Linee guida Regione Toscana. Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento. Zadig editore, 2005.
6. Cullum N, Nelson A. Piaghe da decubito. Clinical Evidence edizione italiana. Zadig editore, 2005;3