

# Definizione di piaga da decubito

- lesione tessutale con evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma, e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere negli stadi più gravi i muscoli e le ossa



Non sono una malattia ad eziologia (causa) sconosciuta o infettiva e/o degenerativa, ma una patologia determinata da una inadeguata impostazione clinica e assistenziale, fornita da personale sanitario e/o da familiari e personale di aiuto domestico.

# Eziopatogenesi

I principali fattori/cause responsabili dell'insorgenza delle lesioni da decubito si possono distinguere in INTRINSECI (o "del paziente") ed ESTRINSECI (o "esterni" al paziente) o possiamo dividerli in LOCALI, o SISTEMICI.

## FATTORI INTRINSECI

- Alterato controllo vasomotorio
- Riduzione della sensibilità cutanea
- Atrofia delle masse muscolari
- Flaccidita' muscolare
- Scadenti condizioni generali
- Stato di iponutrizione
- Infezioni batteriche
- Disturbi psichici

## FATTORI ESTRINSECI

- Compressione cutanea prolungata
- Sfregamento cutaneo
- Condizioni igieniche del paziente
- Piano d'appoggio non adeguato

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

# Eziopatogenesi

## Fattori locali:

**Pressione** - quando la pressione esercitata dal peso corporeo sul piano di appoggio, supera dei periodi prolungati di 2 ore con dei valori pressori che superano i 32 mmHg, si crea una condizione di ischemia dei tessuti, con conseguente necrosi tessutale, che evolve a stadi, iniziando dai tessuti sottocutanei.

**Forze di stiramento o di taglio** – I vari segmenti corporei tendono a scivolare da una posizione all'altra se non vengono sorretti da una idonea postura.

**Attrito o frizione** – E' la forza esercitata da due superfici per sfregamento delle due parti, preparando la cute ad eventi lesivi.

## Fattori sistemici:

**Età** –diminuzione del tessuto adiposo sottocutaneo, diminuita risposta immunitaria cellulo mediata, diminuita percezione del dolore,

rallentamento alla guarigione delle ferite, la riduzione del microcircolo, la diminuita risposta infiammatoria locale, la diminuzione della sensibilità e dell'elasticità.

**Riduzione della mobilità** – compromissione dello stato mentale, le malattie psichiatriche o neurologiche, la sedazione farmacologica, il dolore o le fratture ossee

**Malnutrizione** –soggetti anziani, iperpiressie prolungate e cachessia neoplastica.

Di seguito sono elencate le patologie che più di altre favoriscono l'insorgenza delle lesioni da decubito:

- **Il Diabete:** per le alterazioni neurologiche (neuropatia, alterato deficit della sensibilità) e per le alterazioni del micro circolo.
- **Le Neoplasie:** cachessia, anemia, malnutrizione, febbre.
- **Le Lesioni midollari:** deficit della sensibilità e della mobilità, incontinenza, deplezione proteica.
- **Patologie ischemiche/emorragiche cerebrali:** deficit di mobilità, alterazione trofismo cellulare
- **Patologie neurologiche cronico degenerativi:** il Morbo di Parkinson, la Malattia di Alzheimer
- **La Miastenia:** a causa dell'immobilità, diminuzione della diminuzione della forza di contrazione muscolare e per l'astenia che porta il soggetto a muoversi poco ed a mantenere a lungo la stessa posizione
- **La Sclerosi multipla:** per l'immobilità, la spasticità, l'incontinenza
- **Il Coma:** per la più o meno assoluta immobilità

# Valutazione del rischio sul singolo paziente

La valutazione del rischio deve essere effettuata nei soggetti con una o più delle seguenti caratteristiche:

- allettamento protratto,
- postura seduta protratta,
- incapacità di cambiare posizione, e comunque non può prescindere dal giudizio clinico.

# Stadiazione

Stadio	Caratteristiche
1	Eritema cutaneo che non scompare alla digitopressione
2	Parziale ispessimento epidermico o perdita del derma, presentando in superficie un'abrasione, vescicola o cratere superficiale
3	Danno a pieno spessore o necrosi profonda fino alla fascia sottostante, presentando un profondo cratere con o senza insediamento nel tessuto circostante
4	Distruzione a pieno spessore, necrosi, danno muscolare, osseo, o delle strutture di sostegno; può esserci coinvolgimento delle cavità, osteomielite o artrite settica

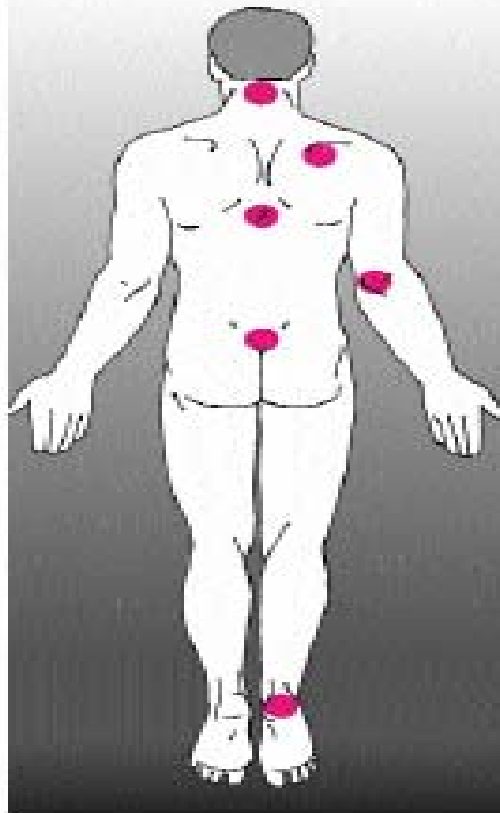


[www.piagadecubito.it](http://www.piagadecubito.it)

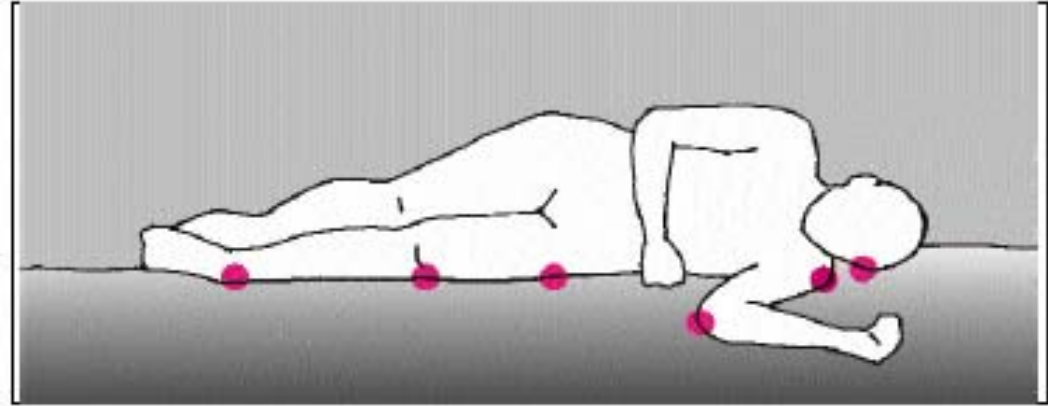
Classificazione delle lesioni secondo il National Pressure Ulcer Advisor Panel

# Sedi maggiormente a rischio

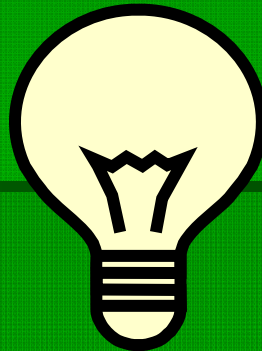
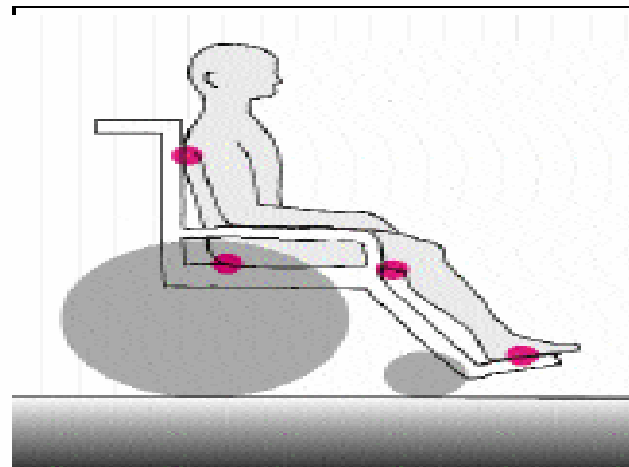
*Figura 2. Le zone di rischio del paziente in posizione supina*



*Figura 3. Le zone di rischio del paziente in posizione di fianco*



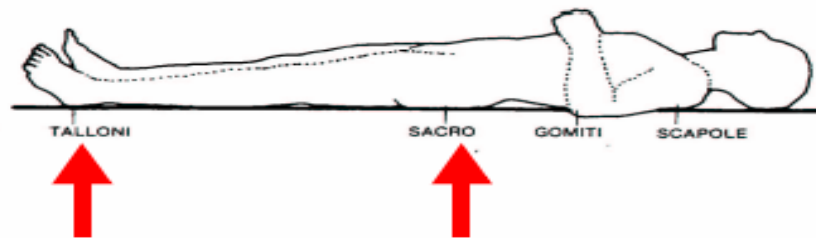
*Figura 4. Le zone di rischio del paziente in posizione seduta ed in carrozzina*



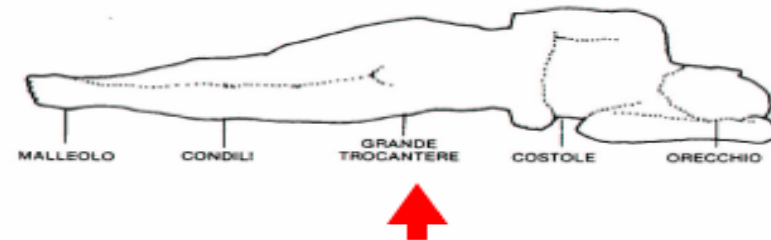
## PROMINENZE OSSEE

Nell'ambito dell'ispezione della cute, occorre fare particolare attenzione alle prominenze ossee in relazione alle diverse posture assunte dal paziente.

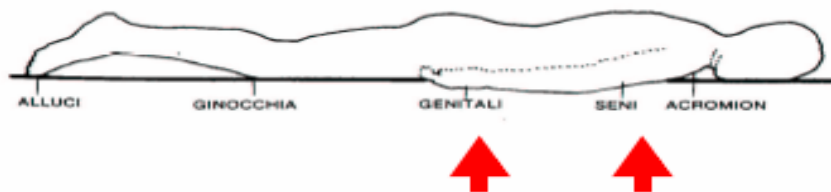
- Paziente in decubito supino:  
Sacro;  
Talloni;  
Prominenze vertebrali;  
Scapole;  
Occipite;  
Gomiti.



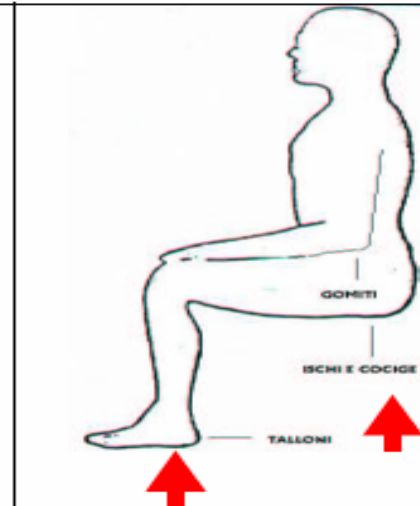
- Paziente in decubito laterale  
Trocanteri;  
Creste iliache;  
Malleoli;  
Prominenze ossee laterali al ginocchio;  
Costato;  
Gomiti;  
Spalla;  
Orecchio.



- Paziente in decubito prono:  
Dorso del piede;  
Ginocchia;  
Pube;  
Creste iliache;  
Sterno;  
Clavicole;  
Zigomi;  
Orecchio.



- Paziente seduto:  
Talloni;  
Prominenze ischiatiche;  
Sacro;  
Prominenze vertebrali;  
Gomiti;  
Scapole.





# PROTOCOLLO DI PREVENZIONE

1. EDUCAZIONE E ADDESTRAMENTO
2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO
3. LA MOBILIZZAZIONE
4. L'ALIMENTAZIONE
5. L'IGIENE PERSONALE
6. IL LETTO E LA BIANCHERIA
7. L'INCONTINENZA

# EDUCAZIONE E ADDESTRAMENTO

- l'equipe assistenziale rileva e quantifica le condizioni di rischio
- programma un piano di prevenzione personalizzato
- si dota degli strumenti tecnici e dei presidi sanitari utili alla prevenzione e cura di  
decubiti

# Modalità di prevenzione da applicare sul paziente

- Ispezionare la cute nelle aree a rischio almeno una volta al giorno. Le aree a rischio sono
- È fondamentale mantenere una buona idratazione della cute (evitare acqua troppo calda, saponi alcalini, prodotti contenenti alcool; fare attenzione alle forze di frizione applicate), eventualmente utilizzando creme idratanti.

# LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Tutte le linee guida raccomandano di utilizzare per la valutazione del rischio in alternativa

- la scala di Braden
- la scala di Norton

L'utilizzo delle scale si affianca - ma non sostituisce - il giudizio clinico.

A seconda del punteggio individuato si rendono necessari diversi tipi di interventi.  
Se il punteggio della scala di Braden è tra:

20 -17	Occorre attuare un piano di monitoraggio per l'individuazione precoce di lesione (solo per l'Ortopedia).
16 - 13	Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con l'utilizzo di eventuali presidi antidecubito anche sulla base della valutazione complessiva del paziente.
< 13	Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con il ricorso a presidi antidecubito (letto a pressione alternata o a cessione d'aria) fatto salvo di una diversa valutazione clinica.

#### SCALA DI BRADEN

Indicatori e Variabili	4	3	2	1
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	<b>Non limitata.</b> Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	<b>Leggermente limitata.</b> Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. ○ Ha impedimenti al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	<b>Molto limitata.</b> Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. ○ Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	<b>Completamente limitata.</b> Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra)allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. ○ Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
Umidità. Grado di esposizione della pelle all'umidità.	<b>Raramente bagnato.</b> La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	<b>Occasionalmente bagnato.</b> La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	<b>Spesso bagnato.</b> Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	<b>Costantemente bagnato.</b> La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.

Attività. Grado di attività fisica	<b>Cammina frequentemente.</b> Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	<b>Cammina occasionalmente.</b> Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto, Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	<b>In poltrona.</b> Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	<b>Allettato.</b> Costretto a letto.
Mobilità. Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	<b>Limitazioni assenti.</b> Si sposta frequentemente e senza assistenza.	<b>Parzialmente limitata.</b> Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	<b>Molto limitata.</b> Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	<b>Completamente immobile.</b> Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
Nutrizione. Assunzione usuale di cibo.	<b>Eccellente.</b> Mangia la maggior parte del cibo, Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	<b>Adeguate.</b> Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. ○ Si alimenta artificialmente con NPT o NE, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	<b>Probabilmente inadeguata.</b> Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. ○ Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG)	<b>Molto povera.</b> Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. ○ E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
Frizionamento e scivolamento		<b>Senza problemi apparenti.</b> Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	<b>Problema potenziale.</b> Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	<b>Problema.</b> Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.

**N.B.** Nel caso di paziente cateterizzato, ovvero di fatto continente, si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità.

## • Indice di Norton

SCALA A PUNTEGGIO DI NORTON				
INDICATORI	VARIABILI			
CONDIZIONI GENERALI	BUONE	DISCRETE	SCADENTI	GRAVI
STATO MENTALE	LUCIDO	APATICO	COMA APALICO	COMA
MOBILITA'	AUTONOMA	POCO LIMITATA	MOLTO LIMITATA	IMMOBILITA'
INCONTINENZA FECALE	ASSENTE	OCCASIONALE	CONTROLLATA DA FARMACI	CONTINUA
punteggio indicatore	4	3	2	1

**Punteggio finale** RISCHIO ASSENTE: da 16 a 15

RISCHIO LIEVE: da 14 a 12

RISCHIO ELEVATO: uguale o inferiore a 11

# LA MOBILIZZAZIONE

Ad ogni individuo considerato a rischio, quando allettato, deve essere posizionato un dispositivo che riduca la pressione ( materassi ad aria statica, ad aria circolante, gel, ad acqua ).

- Le persone allettate completamente immobili, dovrebbero essere dotate di dispositivi che alleviano interamente la pressione sui calcagni, semplicemente sollevando questi dal letto senza usare dispositivi circolari (ciambelle).
- l'individuo andrebbe posizionato cambiando le zone soggette a pressione ogni ora, o rimesso a letto, compatibilmente con gli obiettivi terapeutici . Gli individui che ne sono capaci dovrebbero essere educati a cambiare posizione ogni 15 minuti.
- Le posture che si possono far assumere ad un paziente sono:
  1. **postura supina;**
  2. **postura laterale sinistra o destra;**
  3. **postura prona (raramente utilizzabile);**
  4. **postura di Fowler o decubito ortopnoico.**

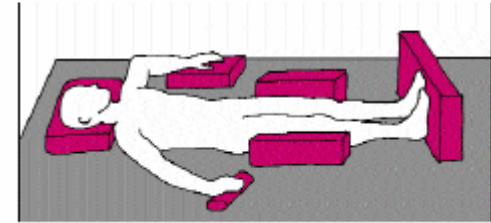
Ridurre al minimo i tempo di contatto o meglio evitare completamente il contatto con questa zona.

- Mantenere la testata del letto al più basso grado di elevazione compatibile con le condizioni cliniche, e ridurre al minimo il numero di cuscini per sollevare la testa; è consigliabile non usarne più di due per evitare che si verifichi scivolamento del corpo verso il basso.

Figura 7. Il corretto posizionamento del paziente allettato sul fianco



Figura 6. Il corretto posizionamento del paziente supino





# Cambio posturale

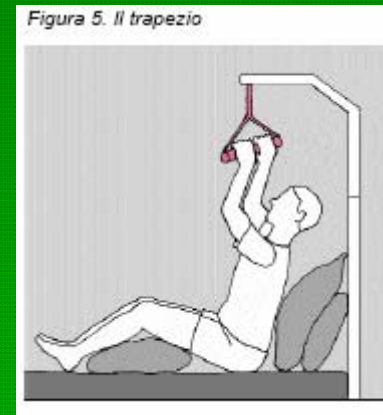
Nei pazienti costretti all'immobilità (letto, carrozzina), il cambio posturale deve avvenire al massimo ogni 2-3 ore anche in presenza di presidi antidecubito.

Eseguire il cambio posturale evitando i danni da frizione o da stiramento.

Nei pazienti autonomi, la postura seduta va gestita suggerendo di cambiare i punti di appoggio almeno ogni 15 minuti, ed eseguendo un cambio posturale almeno ogni ora.

Alcune linee guida ricordano come la decisione di eseguire un cambio posturale debba considerare le condizioni cliniche generali del paziente e il suo comfort.

Se il paziente presenta un decubito evitare la postura sulla zona decubitata.



# L'alimentazione

Fondamentale è pertanto la correzione tempestiva delle carenze alimentari, fornendo:

- una sufficiente quantità di liquidi;
- un adeguato apporto proteico e in particolare di aminoacidi essenziali;
- un adeguato apporto di carboidrati;
- un adeguato apporto di grassi (soprattutto di acidi grassi essenziali);
- un adeguato apporto di Vitamine C, A, K e complesso B;
- un adeguato apporto di sali minerali e oligoelementi (Zinco).

# L'IGIENE PERSONALE

- mantenere la pulizia e l'integrità della cute;
- mantenere l'elasticità della cute;
- prevenire e/o ridurre le macerazioni

E' bene usare e/o consigliare:

- acqua tiepida (prova del gomito);
- saponi e shampoo idonei (di Marsiglia, neutri, acidi, o la linea dei non saponi);
- asciugamani, teli da bagno di spugna o di cotone morbidi e puliti;
- prodotti idratanti per la cute.

# Trattamento

Il trattamento delle lesioni da pressione deve procedere per gradi, partendo da una consapevole e precisa fase di VALUTAZIONE, per divenire poi strettamente “pratico” nelle fasi di DETERSIONE, “DEBRIDEMENT” e MEDICAZIONE.

Fondamentale e' la rivalutazione periodica, programmata e documentata delle condizioni delle lesioni, per consentire di constatare i benefici terapeutico/assistenziale a distanza e consentire eventuali modifiche al piano di cura.

- **Sede**
- **Caratteristiche cliniche** (dimensioni, fondo della lesione, essudato, condizioni della cute perilesionale)

## DETERSIONE DELLA LESIONE:

- A - Utilizzare soluzione salina o Ringer lattato
- B - Utilizzare una pressione sufficiente per pulire la lesione senza causare traumi al letto della stessa
- C - Se si utilizzano garze, imprimere una minima forza meccanica
- D - Limitare al minimo indispensabile l'utilizzo di antisettici per la detersione delle lesioni

DEBRIDEMENT : e' la rimozione di tessuto devitalizzato da una ferita. Necessario in quanto:

- A - Si rimuove un terreno favorente l'infezione
- B - Si facilita la riparazione tessutale
- C - Si migliora la possibilita' di valutare le reali dimensioni della lesione

**I metodi di debridement** comprendono :

- A - la tecnica chirurgica( eseguita da persona competente)
- B - l'uso di enzimi proteolitici
- C - la tecnica autolitica (idrogeli)
- D - a tecnica biologica (larve)

## MEDICAZIONE

I prodotti piu' comuni attualmente a nostra disposizione rispondenti a questo criterio sono:

- A - Idrogeli
- B - Poliuretano(spugna,placca,pellicola)
- C - Idrocolloidi(placca,pellicola,pasta)
- D - Alginati

L'uso degli antisettici come MEDICAZIONE (iodopovidone) dovrebbe essere limitato nel tempo e preferibilmente nel periodo immediatamente successivo a "debridement" chirurgico.

Le MEDICAZIONI dovrebbero essere mantenute in sede il piu' a lungo possibile

La MEDICAZIONE va rimossa/sostituita quando necessario, quando viene a mancare l'effetto barriera contro le contaminazioni esterne(medicazione satura, frammentata, asciutta).

# Il trattamento

## TRATTAMENTO DELLE LESIONI AI DIVERSI STADI

### TRATTAMENTO DELLE LESIONI AL I° STADIO

- A - Mobilizzazione
- B - Igiene
- C - Detersione della lesione
- D - Utilizzo di prodotti barriera (crema base, films in poliuretano)

### TRATTAMENTO DELLE LESIONI AL II° STADIO

- A - Mobilizzazione
- B - Igiene
- C - Detersione della lesione
- D - Film trasparente in poliuretano idrocolloide

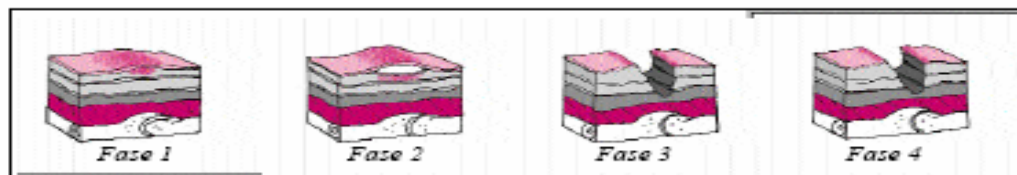
### TRATTAMENTO DELLE LESIONI AL III° STADIO

- A - Mobilizzazione
- B - Igiene
- C - Debridement
- D - Utilizzo di alginati o poliuretano in spugna se la lesione e' cavitaria
- E - Risolta la fase essudativa utilizzare idrocolloide in placca e/o pasta

### TRATTAMENTO DELLE LESIONI AL IV° STADIO

- Identico al trattamento delle lesioni al III° stadio

Figura 10. La stadiazione delle lesioni da decubito



# Le complicanze (a)

Anche se medicate correttamente la lesione, possono insorgere dei problemi, tra cui dolore e infezione.

Il dolore può rendere difficoltosa la mobilitazione, la partecipazione e la collaborazione nelle cure del paziente. L'infezione può rallentare la guarigione.

## **GESTIONE DEL DOLORE**

Si può avvertire dolore all'interno od intorno alla lesione.

La copertura/protezione della lesione con una medicazione, il cambiamento della posizione possono ridurre il dolore.

Se si sente dolore durante il cambio della medicazione, o la pulizia della lesione, potreste aver bisogno di farmaci per ridurre queste sintomatologie.

# Le complicanze (b)

## Infezioni

- L'infezione può manifestarsi come sepsi generalizzata, osteomielite o pioartrite. In più del 30% dei casi si ha una batteriemia polimicrobica in cui spesso sono inclusi Gram-negativi quali il *Proteus mirabilis*, l'*Escherichia coli*, lo *Pseudomonas aeruginosa* e la *Klebsiella* e anaerobi come il *Bacteroides fragilis*

Le lesioni da decubito possono essere la causa di morte nel paziente anziano: è stato stimato che la mortalità dovuta ad infezioni originate dalle lesioni da decubito può raggiungere anche il 38% di tali pazienti ed è particolarmente elevata negli ultrasessantenni e nei portatori de lesioni multiple

- disidratazione,
  - anemia,
- squilibri idroelettrolitici
- deplezione proteica