

## **Le ulcere da decubito in geriatria di Annunziatella Marino**

### **PREMESSA**

Le ulcere da decubito (UDD) nei pazienti anziani sono causa di modificazioni strutturali cui vanno incontro la cute ed il tessuto sottocutaneo con conseguenti alterazioni quali: alterata permeabilità cutanea, la ridotta reazione infiammatoria, la ridotta reattività immunologica, la ridotta capacità rigenerativa cellulare, le modificazioni del rimodellamento del collagene, la ridotta elasticità e percezione sensoriale.

Le condizioni cliniche generali devono essere poste in primo piano per cui, in termini di prevenzione, si dovranno adottare tutte le misure idonee al trattamento della polipatologia del paziente anziano.

Le ulcere da decubito (UDD) nei pazienti anziani sono causa di compromissione del quadro clinico generale .

Pertanto lo studio delle lesioni da decubito ci impone sempre di prendere in considerazione la globalità del paziente, la sua polipatologia per poter adottare una serie d'interventi su più versanti.

La precoce osservazione dello stato di sofferenza anche minima cutanea serve per adottare misure preventive e terapeutiche non solo locali ma soprattutto sistemiche.

Secondo Nano "si possono trovare piaghe morfologicamente simili , che andranno incontro a destini diversi, perché diverse sono le condizioni biologiche dei pazienti che ne sono affetti".

### **MECCANISMI FISIO-PATOLOGICI**

La conoscenza dei meccanismi fisio-patologici dell'UDD è premessa fondamentale ad un corretto inquadramento diagnostico del quadro clinico che consenta di mettere a punto presidi preventivi e terapeutici necessari non solo a creare le condizioni ideali per la riparazione delle ulcere ma anche ad eliminare e/o correggere i fattori che favoriscono la loro insorgenza.

Ciò motiva anche il riscontro di una maggiore percentuale delle ulcere da decubito. La concomitanza di tre fattori: biologici generali, biologici locali e meccanici locali contribuisce alla formazione delle lesioni da decubito.

fattori biologici generali: sono essenzialmente: anemia, malnutrizione e carenze specifiche, patologie neurologiche, malattie metaboliche, disidratazione, neoplasie.

fattori biologici locali: la macerazione provocata dall'eccessiva umidità della cute questa la rende più morbida e meno resistente e ciò si verifica nel caso di eccessiva sudorazione , nell'incontinenza urinaria e/o fecale o in presenza di ferite con abbondante essudato. Quindi la persistenza di urine e feci a contatto della cute determina alterazioni dello strato epidermico per riduzione della secrezione lipidica e sebacea.

Esistono alcune patologie quali il diabete, la sclerodermia e la stessa senescenza che alterano la permeabilità del connettivo e dei piccoli vasi; queste stesse condizioni comportano una distruzione dei recettori nervosi cutanei tattili e dolorifici, con riduzione con riduzione/assenza della percezione della necessità di cambiare posizione.

fattori meccanici locali: sono principalmente: compressione, forze di taglio e frizione.

### **La compressione**

determina un'ischemia del tessuto per cui una forza esterna è superiore alla pressione con cui il sangue circola nei capillari determina la chiusura del vaso e quindi un'ischemia del tessuto circostante con ridotto apporto di O<sub>2</sub> e nutrienti; è anche impedito il drenaggio linfatico periferico tessutale per cui si scatena un processo di degenerazione tessutale.

### **Lo sfregamento**

è un'altra causa di lesione. Si realizza per scorrette manovre di mobilizzazione del paziente per cui la cute "sfrega" sulle lenzuola provocando un'abrasione ossia una perdita di cellule dallo strato corneo e tanto da produrre sanguinamento.

### **La frizione**

è la forza di deformazione tangenziale che si produce quando due strati cutanei scivolano uno sull'altro in direzione opposta e causano una lesione del tessuto sottostante.

## **STRATEGIE ASSISTENZIALI**

Pertanto un'appropriata strategia assistenziale deve essere di tipo multidisciplinare.

Per attuare i meccanismi di prevenzione e cura delle lesioni si deve coinvolgere tutto il personale addetto all'assistenza.

Per attuare i meccanismi preventivi bisogna innanzitutto valutare i pazienti a rischio di lesioni da decubito.

Le tappe più importanti per identificare i pazienti a rischio sono:

-valutazione dello stato generale dell'anziano (anamnesi ed esame obiettivo sistemico con particolare riguardo dello stato cutaneo)

EMOCROMO COMPLETO	PCR
TRANSFERRINEMIA	FIBRINOGENO
FERRITINEMIA	PREALBUMINEMIA
AZOTEMIA	COLESTEROLO
CREATININEMIA	NA, K, CL, P, MG, CA
ELETTROFORESI SIEROPROTEICA	

- Applicazione delle scale di valutazione (scala di Norton, Norton plus, Knoll, Exton-Smith, Waterloo, ecc)
- Valutazione dello stato d'idratazione e nutrizionale attraverso l'esame obiettivo, il peso e i parametri ematochimici
- Identificazione delle malattie concomitanti
- Esame della situazione socio-familiare ed abitativa

## PROTOCOLLO DECUBITI

Scheda di rilevazione periodica data di rilevazione: ...../...../01

nome.....cognome.....età.....

sexo (m) (f) peso .....Kg calo ponderale negli ultimi (1) (2) (3) mesi

<b>Diagnosi:</b>
<b>Terapia:</b>

### Tabella di Norton Plus

<b>Tabella A:</b>	1	2	3	4
condizioni generali	pessime	scadenti	Discrete	buone
stato mentale	stuporoso, comatoso, poco vigile	confuso	disorientato , schema motorio assente	lucido ed orientato
capacità di camminare	costretto a letto	costretto su sedia	cammina con appoggio	normale
capacità di muoversi nel letto	immobile	molto limitata	leggermente limitata	normale
incontinenza	doppia	abituale (urine)	Occasionale	no

### Tabella B:

diagnosi clinica di diabete	si
Diagnosi clinica di ipertensione arteriosa	si
Ematocrito basso (<38 g/dl)	si
Albuminemia (<3,5/dl)	si
Temperatura corporea (>37°)	si
Uso di 5 o più farmaci	si
Modificazione dello stato mentale nelle prime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargia	si
Attribuire 1 punto ad ogni risposta. Valori = o < di 10 indicano un elevato rischio di insorgenza di piaghe da decubito	si

**Punteggio A = Punteggio: B = Punteggio A-B=**

### Stato funzionale: Indice di Barthel

<b>Abbigliamento</b> 10 indipendente 05 bisognoso di aiuto 00 totalmente dipendente	<b>Alimentazione</b> 10 indipendente 05 bisognoso di aiuto 00 totalmente dipendente	<b>Bagno</b> 05 indipendente 00 dipendente	<b>Igiene personale</b> 05 si lava la faccia e denti e/o si rade 00 dipendente
<b>Controllo intestinale</b> 10 continente 05 occasionale incontinenza 00 incontinenza	<b>Controllo vescicale</b> 10 continenza 05 occasionale incontinenza 00 incontinente	<b>Uso servizi</b> 10 indipendente 05 con aiuto 00 totalmente dipendente	<b>Passaggi posturali</b> 10 indipendente 05 minimo aiuto 00 totalmente dipendente
<b>Deambulazione</b> 15 indipendente 10 con aiuto per 50 mt 00 incapace	<b>Scale</b> 10 indipendente 05 con aiuto 00 incapace	<b>Totale:</b> ( punteggio da 0 a 100) ...../100	

### Classificazione della lesione secondo N.P.U.A.P.

<b>Stadio</b> eritema ed edema	<b>I</b>
<b>Stadio</b> distruzione della cute a tutto spessore con o senza interessamento del derma	<b>II</b>
<b>Stadio</b> distruzione del sottocute senza oltrepassare la fascia	<b>III</b>
<b>Stadio</b> necrosi profonda	<b>IV</b>

### Valutazione anatomico-fisiopatologica delle ulcere da decubito:

comparsa	<7gg	>7gg	>3 mesi
Posizione	Sacro Trocantere calcaneare	altro	Unica ( ) più lesioni presenti ( )
Profondità	livellocute	<1cm	>1cm
Edema	assente	presente	
dolore	assente	presente	
odore	assente	presente	
diametri	Larghezza (.....)	Lunghezza (....)	

### Scala di Sessing

0= cute normale ma a rischio
1= cute integra, ma iperpigmentata ed arrossata
2= fondo e bordo dell'ulcera integri e non arrossati
3= fondo e bordi dell'ulcera granuleggianti, modesto essudato ed odore
4= modesto tessuto di granulazione, iniziale e modesto tessuto necrotico, essudato ed odore

moderato
5= presenza di abbondante essudato, maleodorante, escara; bordo arrossato ed ischemica
6= ulteriore ulcerazione attorno all'ulcera primaria, essudato purulento, intenso odore, tessuto necrotico, sepsi

### Valutazione periodica:

Data	...../...../01	...../...../01	...../...../01	...../...../01	...../...../01	Giorni di trattamento
Stadio						
Scala di Sessing						

## MISURE DI PREVENZIONE

Le misure da adottare sono:

Prevenzione delle patologie considerate ad alto rischio  
malattia diabetica ad esempio per le alterazioni neurologiche (neuropatia con alterato deficit della sensibilità) e per le alterazioni del microcircolo.

- Neoplasie per la presenza di stati di cachessia, anemia, malnutrizione, febbre.
- Mielolesi: poiché affetti da deficit della sensibilità ed immobilità, incontinenza, deplezione proteica.
- Miastenici: poiché affetti da immobilità, 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
- Sclerosi multipla: per il deficit di mobilità, la spasticità e la frequente incontinenza
- Coma: per assoluta immobilità

Controllo della postura ed eventuale trattamento riabilitativo

Ogni malattia o condizione che riduca nel paziente l'abilità di muoversi liberamente aggrava il rischio di insorgenza di lesioni da decubito. La compromissione dello stato mentale, le malattie psichiatriche, la sedazione farmacologica, il dolore e le fratture ossee diminuendo la mobilità del soggetto costituiscono i fattori di rischio. Per evitare il formarsi di lesioni da decubito è fondamentale attuare un protocollo di mobilizzazione con adeguato cambio della postura.

La mobilizzazione è il movimento della persona provocato dal personale addetto all'assistenza che si divide in attiva assistita e passiva. E' attiva assistita quando è svolta dal paziente sotto la guida dell'operatore, è passiva quando è svolta dall'operatore o da un mezzo meccanico. Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione: al paziente valutato a rischio, secondo la scala adottata (Scala di Norton Plus), deve essere applicato un protocollo personalizzato di cambio di postura, per alternare le zone sottoposte a compressione ed evitare l'ostruzione del microcircolo, quindi l'ischemia e la necrosi.

Si consiglia la rotazione periodica del paziente ogni due ore, ma il protocollo dovrebbe essere individuale per ogni paziente.

Viene indicato l'intervallo di tempo di due ore perché da studi effettuati questo è il tempo medio necessario perché si instauri sofferenza cutanea con danni del microcircolo. Se il paziente

fosse mobilizzato per lungo tempo in carrozzina è ugualmente necessario mobilizzarlo ad intervalli regolari.

## **Dolore**

Un altro fattore che può attenuare la manifestazione dei segni precoci di comparsa delle ulcere da decubito è costituito dalla riduzione della percezione del dolore. Nell'anziano infatti vi è una riduzione dei recettori responsabili della sensibilità pressoria e tattile. La somministrazione di farmaci analgesici e sedativi può rendere il problema ancora più evidente. Tale fenomeno si verifica con frequenza nei pazienti affetti da neuropatia diabetica.

## **Alimentazione**

Secondo gli studi epidemiologici il 70% dei pazienti con piaghe da decubito ed il 55% di quelli a rischio di svilupparle presentano un quadro di malnutrizione.

L'alimentazione è fondamentale poiché si è visto che la gravità della lesione è legata all'entità del deficit nutrizionale. La malnutrizione è uno stato in cui o per ridotto apporto di nutrienti (malnutrizione primaria) o per cattivo assorbimento o incremento delle richieste (malnutrizione secondaria) non vengono soddisfatti i fabbisogni nutrizionali dell'individuo.

La valutazione clinica nutrizionale deve comprendere l'analisi di eventuali recenti cali ponderali o di modificazione delle abitudini alimentari; in questo caso è fondamentale controllare periodicamente il peso dei pazienti. In un paziente malnutrito l'esame obiettivo può rilevare una condizione di cachessia, con riduzione del grasso sottocutaneo e con compromissione delle masse muscolari. Tra i fattori responsabili di un cattivo apporto nutrizionale figurano: cause sociali, cattive abitudini alimentari, edentulia, una compromissione della capacità visiva, problemi artrosici, disturbi neurologici tali da compromettere le capacità del paziente di nutrirsi adeguatamente. I pazienti ad alto rischio di assumere gli alimenti per via orale sono certamente i pazienti neurologici (parkinsoniani, emiplegici, demenze vascolari e non in fase avanzata) in cui compaiono i deficit di coordinazione dell'atto della deglutizione e quindi sono tendenzialmente disfagici). Ricordiamoci che la disfagia è un sintomo spesso ignorato anche dal personale addetto all'assistenza soprattutto se parziale. Esiste anche un concetto erroneo che se il paziente anziano è allettato necessita dell'introito alimentare di non oltre circa 1000 Kcal. Tale credenza è da sfatare anzi in termini di prevenzione è fondamentale un equilibrato apporto di alimenti, assunti costantemente.

Bisogna sempre chiedere ai familiari ed ai parenti cosa ed in che quantità l'anziano mangia, se tossisce durante l'assunzione del pasto. Quando esiste uno stato malnutritivo è utile il posizionamento di sondino naso-gastrico e la PEG.

In termini di prevenzione è utile integrare le diete con alimenti integrativi sia in formulazione liquida che semiliquida. L'alimentazione deve essere ricca di vitamine, sali minerali ed oligoelementi peraltro contenuti dappertutto.

La prevenzione si dovrebbe attuare non nel paziente ottantenne ma almeno nell'ultrasessantacinquenne. E' difficile modificare le abitudini di vita nei pazienti anziani. Una diminuita sintesi proteica ed un'ipoalbuminemia causano edema interstiziale e sofferenza cellulare, quindi una maggiore possibilità di insorgenza di lesioni da decubito.

La deplezione delle riserve proteiche interferisce con la sintesi del collagene, con la neoangiogenesi e quindi con la riparazione tissutale. Compito del dietologo sarà quello di definire una strategia nutrizionale aggressiva, individuando i metodi più indicati per migliorare

l'introduzione alimentare, e definendo il tipo, la quantità di eventuali supplementazioni. Altro importante da adottare nelle misure preventive è l'idratazione del paziente. E' noto che nell'invecchiamento si instaurano alterazioni a carico dei principali apparati e sistemi che contribuiscono alla regolazione del patrimonio idrico ed elettrolitico ed al controllo della situazione acido-basica dell'organismo.

### **Adozione ed utilizzo di ausili e presidi**

Materassi , cuscini , sollevatori, carrozzine.

- Alzacoperte: per evitare che il peso delle coperte ulcerino le dita del piede o condizionino l'equinismo; l'utilizzo dell'alza coperte serve anche per consentire areazione sotto le coperte.
- Spondine di contenzione: per consentire al paziente i cambi di postura
- Cuscini e cunei, evitano lo scivolamento del paziente e il piede equino ed aiutano a creare posture alternative.
- Cuscini per carrozzine al silicone, a bolle d'aria, in fibra cava. Il cuscino deve avere una conformazione anatomica, deve essere antiscivolo, deve permettere una lieve abduzione degli arti
- Sovramaterassi e materassi ad acqua, ad aria, in gommapiuma, in fibra cava, in poliuretano, a fluttuazione, pressione alternata:

Misure preventive locali: incontinenza sfinterica

Il problema dell'incontinenza fecale e vescicale è un'importante causa di macerazione cutanea e di irritazione locale , infezioni secondarie. In tutti i casi di incontinenza è consigliabile una valutazione eziologia accurata. Le decisioni terapeutiche, devono essere precedute da un'attenta valutazione delle possibilità di intervento. Per quanto possibile andrebbero evitati i cateteri vescicali. Questi hanno un'indicazione elettiva nelle lesioni da decubito in cui non c'è più soluzione di continuo della cute. Nei pazienti incontinenti, oltre alla possibilità di studi urodinamici ove possibile la correzione del problema, è importante il cambio frequente del pannolone e l'igiene personale.

### **BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE:**

M. Monti: L'Ulcera cutanea: approccio multidisciplinare alla diagnosi ed al trattamento. Edizione Springer-Verlag Italia, Milano 2000;

Allman R.M. "Pressare ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impacct" Clin Geriatr Med 1997 Aug; 13 (3): 421-36;

CucinottaD., Di Giulio P., "Le piaghe da decubito nel paziente anziano" Tipolito Casma Bologna, dicembre 1992;

Fumagalli: "Le lesioni da decubito: i sistemi per la prevenzione e la terapia" Edizione Ricerca e Sviluppo , Casala G., Tammaro A., Frustaglia A.: Manuale di Geriatria e Gerontologia- Edizioni McGraw-Hill 2° Ed. Milano 2000-09-28

**Tratto da Geragogia.net © - Dott. Giovanni Cristianini - 2001**