

Pillole di Pediatria
I DECUBITI (ULCERE CUTANEE DA PRESSIONE)
a cura del Dott. Guido Ciprandi
Dipartimento di Chirurgia Pediatrica – Chirurgia di Palidoro

Che cos'è un decubito, ovvero un'ulcera cutanea da pressione?

Il **decubito** è una zona del corpo **in cui avviene la distruzione dei tessuti molli**, cute - sottocutaneo - muscoli, **per effetto di una compressione prolungata** tra una prominenzza ossea (cranio, calcagno, osso sacro) ed una superficie esterna rigida (letto, cuscino, ingessatura).

Quali bambini sono più a rischio di sviluppare un decubito?

I bambini più a rischio di manifestare un decubito sono **quelli che presentano una mobilità ed un'attività motoria ridotta**.

Possono essere **portatori di una malattia genetica oppure acquisita** che determina l'impossibilità di muoversi naturalmente (bambini spastici, affetti da esiti di traumi cranici o dopo incidenti della strada, con artrogriposi o con malattie neurologiche) **o hanno una sensibilità diminuita**, come i tetraplegici, e quindi, non provando dolore, non si accorgono che la pelle e poi gli altri tessuti si stanno danneggiando.

Presentano un aumento di umidità della cute, come avviene nei bambini che portano il pannolino per tutta la giornata poiché sono incontinenti.

In questi casi la pelle si può arrossare, macerare fino ad ulcerarsi e talora ad infettarsi.

Sono bambini che **hanno superfici del corpo sottoposte a maggiore attrito o frizione**, perché sono portatori di cateteri, di cannule venose/arteriose, di stomie digestive o respiratorie oppure perché sono sottoposti a ventilazione meccanica e quindi debbono restare immobili in posizione sdraiata, con maggiore pressione di parti come il capo, i talloni, il sacro ed i glutei. Infine tutti **i bambini che sono malnutriti**, che hanno quindi delle carenze di vitamine e di oligoelementi e che presentano una riduzione dello spessore della cute e un'atrofia delle masse muscolari.

Come si classificano i decubiti e quali sono quelli più gravi?

I decubiti dei bambini **vengono classificati in quattro diversi stadi, utilizzando la Scala "Q" di Braden**, adottata in tutto il mondo.

§ Nel I stadio, il più lieve, la cute è arrossata, meno sensibile e ridotta di spessore.

§ Nel II stadio è presente un'abrasione, un'ulcerazione superficiale, talora estesa fino al derma, ma senza segni di necrosi dei tessuti.

§ Il III stadio è caratterizzato da necrosi sia della cute che del tessuto sottocutaneo, con la formazione di escare e con abbondante produzione di essudato.

§ Nel IV stadio, che è il più grave, la distruzione raggiunge i tessuti profondi, come il muscolo e causa la scopertura dell'osso o dell'articolazione. Queste gravi lesioni hanno l'aspetto di crateri e si infettano facilmente.

Quali sono le categorie pediatriche che più comunemente hanno un decubito?

§ i bambini diversamente abili

§ i disabili mentali gravi

- § gli incontinenti
- § i bambini portatori di malformazioni cardiache e tracheali severe
- § i mielolesi ed i bambini "spinali",
- § i bambini allattati cronici
- § i bambini sottoposti a ventilazione artificiale per lunghi periodi di tempo.

Tutti questi pazienti hanno in comune **una insufficiente perfusione** dei tessuti meno nobili come la cute e gli altri tessuti di rivestimento e sviluppano un danno iatrogeno secondario.

Quali caratteri debbono essere osservati e descritti subito per potere curare meglio un decubito?

I decubiti possono essere **isolati** oppure, nel 50% dei casi, **multipli**: è indispensabile riconoscerli subito tutti e quindi procedere alla loro **stadiazione**, che rappresenta una misura della gravità.

Successivamente al numero ed allo stadio bisogna descrivere la **sede** esatta e la **rapidità** con cui sono comparsi.

Diversamente dall'adulto, queste lesioni compaiono assai più rapidamente nel bambino ed oltre il 60% dei decubiti tendono a manifestarsi già a partire dal secondo giorno di ricovero nelle Aree Intensive Critiche.

Nei bambini in quali sedi del corpo si presenta più spesso un decubito?

Il cranio, ed in particolare la **regione occipitale** (20%), l'orecchio (15%), il tallone (11%), la caviglia (9%), l'alluce (9%) ed il coccige (5%) sono le sedi più frequentemente colpite.

In particolare, **la pressione è maggiore** a livello dell'occipite **nei bambini posti in posizione supina**.

Inoltre, a motivo della grandezza assunta dalla testa rispetto al corpo nei bambini più piccoli, pur ruotando il letto, l'occipite tende sempre a muoversi su uno stesso fulcro di pressione, determinando zone di attrito, pressione e scorrimento costanti.

I decubiti possono essere prevenuti? Quali misure di prevenzione vanno prese?

La prevenzione consiste nel riconoscere e descrivere tutte le aree di arrossamento e di erosione superficiale (III Stadio) e **nel ridurre la pressione su queste zone ruotando** ogni due ore il paziente al letto di degenza e ogni 30' al letto operatorio previamente riscaldato.

Bisogna anche **adottare dei materassi appositi** per i bambini a rischio, utili ad accogliere uniformemente il peso corporeo.

Debbono essere ruotati tutti i dispositivi usati per monitorizzare i parametri clinici (sonde per rilevazione di O₂, cavi, elettrodi) e bisogna separare dal contatto diretto con la cute tutte le superfici dure (sonde e bottoni per gastrostomia, cannule tracheostomiche) mediante appositi distanziatori (medicazioni, idrocolloidi). Infine, bisogna combattere la **dermatite da pannolino**.

Qual è il nemico più subdolo per la pelle?

Questo nemico è **l'edema**, che compare più spesso al di sotto dell'anno di età.

Per edema si intende un ispessimento dei tessuti cutanei che si imbibiscono di acqua e di liquidi perché non riescono ad essere opportunamente drenati dal sistema dei vasi linfatici.

Questa situazione si verifica quando i bambini sono malnutriti, oppure sono affetti da malattie infettive, renali, respiratorie o sono in preda ad una sepsi (infezione generalizzata e diffusa a più organi). In questi casi la cute rigonfia è distesa ed assottigliata, quasi lucida, è più

facilmente soggetta a frizionamento ed erosione soprattutto nelle zone di giunzione e nelle pliche (inguinale, poplite, collo), che divengono anche le più difficili da pulire con accuratezza. Compaiono quindi più frequentemente delle ulcere da pressione, dapprima superficiali (I Stadio), che poi si aggravano rapidamente perché nella cute edematosa e spessa i capillari presenti solo nel derma (strato basale) sono molto più distanti dalle cellule degli strati superficiali.

In tale situazione, questi strati ricevono meno sangue e quindi meno nutrimento e meno ossigeno. Inoltre, ristagnano tutti i cataboliti e cioè le scorie tessutali ed anche l'anidride carbonica prodotta.

La cute edematosa, quindi è ad alto rischio di sviluppare un decubito e **deve essere soggetta**, accanto alla cura della malattia di base, **ad una prevenzione rigorosa**, detergendo esclusivamente con soluzione fisiologica oppure con Ringer Lattato, senza strofinare con tessuti a trama (garze).

Quando è necessario chiamare il Chirurgo pediatra?

Premesso che un protocollo di **“Protezione Cute”** viene sempre attuato dal Personale Infermieristico, con inclusa una scheda di rotazione e dei dispositivi di protezione in atto, lo Specialista deve essere chiamato in modo **immediato** per definire lo stato dei tessuti, il livello di rischio locale, l'eventuale recidiva ed in caso di condizioni generali gravi.

Potrà essere consultato invece in modo **differito** in caso di insuccesso di terapie conservative, quando occorra cambiare posizione a dispositivi complessi (un catetere venoso centrale, una stomia digestiva), in caso di patologie sovrapposte o per valutare nel tempo gli effetti di una terapia chirurgica.

In cosa consiste la terapia medica più recente? Cosa sono le medicazioni avanzate?

Come agiscono e quando si applicano?

La terapia medica più recente consiste nell'utilizzare delle **Medicazioni particolari, denominate “Avanzate”** poiché consentono una riparazione delicata dei tessuti in ambiente umido e non secco e sono scelte in base al tipo di lesione (necrotica, fibrinosa, infetta, granuleggiante, riepitelizzante).

L'ambiente umido rende più rapida la formazione di nuovi capillari, attiva velocemente la migrazione di fibroblasti e l'apposizione di collagene e migliora la rigenerazione cellulare.

Le Medicazioni Avanzate consentono inoltre una gestione ottimale dell'essudato, a seconda che questo sia assente, moderato oppure abbondante.

Altra caratteristica di questi prodotti è l'estrema versatilità di tipologia, esistendo sotto forma di schiuma, di arginato calcio-sodico (utile nel controllo delle forme più sanguinanti), di idrocolloidi e di gel idrocolloidali per lo sbrigliamento chimico e non chirurgico delle zolle di necrosi scura e gialla.

Un ulteriore progresso è rappresentato dalle **medicazioni in idrofibra a lento rilascio di ioni Argento**, effetto ideale nella gestione dei decubiti ad alto rischio di infezione oppure già infetti.

La delicatezza d'azione di questa terapia (evitando tutti i prodotti alcolici a base di iodio, mercurio oppure istolesivi come l'acqua ossigenata) consente in molti casi una guarigione di decubiti di III e IV Stadio senza un intervento chirurgico e senza complicanze infettive secondarie.

Come e dove deve essere seguito il bambino affetto da decubiti?

Il bambino a rischio o già affetto da un decubito deve essere oggetto di **una prevenzione aggressiva e deve entrare subito nel protocollo di “Protezione Cute”**.

Se il paziente è ospedalizzato, il Chirurgo Pediatra si farà carico da subito di parlare con i genitori e di spiegare cosa sia un decubito, come deve essere sorvegliato e trattato e quali sono le possibili complicanze.

Il trattamento è sempre multidisciplinare e comprenderà, di volta in volta la consulenza dello Psicologo nei casi difficili, dell'Intensivista, dell'Infettivologo e del Chirurgo Plastico.

In seguito, la gestione del decubito può essere seguita con pieno successo nell'Ambulatorio di Chirurgia dedicato e, in caso di domiciliazione, mediante un programma di terapia domiciliare personalizzata.