Riconoscere precocemente le lesioni da pressione

Elena Toma
Wound Care Specialist
Responsabile e coordinatore Servizio per la cura e il trattamento delle lesioni difficili – U.S.I

Le lesioni da pressione (LDP) sono conosciute come una delle complicanze più temute nel paziente allettato, chiamate ancora oggi "decubiti". Si parla spesso delle LDP nell'anziano, ma pochi sanno che esse possono insorgere a qualsiasi età.
In quanto dovute ad un deficit del flusso sanguigno per causa di una pressione non idonea esercitata su una zona circoscritta di tessuto, possono manifestarsi in persone malate e non, di qualsiasi età (neonati, bambini, giovani, anziani). Sono la più grande categoria di lesioni conosciute, seconde nella categoria delle lesioni più studiate (al primo posto le lesioni del piede diabetico), e sono quelle che maggiormente possono essere evitate con l'adozione di misure opportune. È l'unica categoria per la quale si è riuscito a sviluppare un percorso standardizzato di gestione della prevenzione.
Le indicazioni sulla gestione del percorso di prevenzione, cura e trattamento basate sull'evidenza scientifica - chiamate linee guida, che fanno riferimento a lavori sviluppati a livello internazionale da associazioni e organizzazioni dedicate - sono presenti oramai in quasi tutte le strutture sanitarie di degenza. Purtroppo la loro messa in pratica decolla con fatica e spesso dopo periodi di ricovero ospedaliero, o in strutture di lunga degenza il paziente si ritrova con LDP e deve affrontare un percorso di terapia lungo e costoso per portarle alla guarigione. Lo stato generale alterato del paziente, l'età avanzate e la presenza di altre malattie concomitanti sono fattori che possono influenzarlo negativamente.
Nel 2014 sono state pubblicate sotto la cura di EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), PPPIA (Pan Pacific Pressure Injury Alliance) le ultime e più complesse linee guida [1] elaborate con una collaborazione a livello mondiale di enti e organizzazioni che insieme hanno condotto lavori di studio e ricerca nel campo.
La scarsa diffusione di informazioni sulla prevenzione di questa tipologia di lesioni porta ad una messa in atto a volte errata della gestione del paziente con immobilità ridotta o allettato da parte della famiglia, e al mancato riconoscimento precoce del danno tessutale in ambito domiciliare. Partendo dal presupposto che il paziente/parente viene colto all'improvviso dalla condizione di malattia senza essere stato preparato e formato a priori non può essergli richiesto "di sapere". Se non fa in un determinato modo è perché non sa, o perché convinto di agire nel migliore dei modi, sicuramente non con l'obiettivo di farsi/fare del male.
Sta a noi sanitari informare e sensibilizzare sempre i pazienti e le loro famiglie sull'importanza di una corretta igiene personale e posizionamento dei pazienti con mobilità ridotta o allettati e fare una buona informazione sulle cause e la prevenzione delle LDP. Questo può essere un valido primo passo nella riduzione della loro insorgenza.

Cosa sono le lesioni da pressione

La LDP è dovuta alla diminuzione del flusso ematico causata da una pressione maggiore di 32mmHg (Landy 1930) esercitata per un tempo sufficientemente prolungato (>2 ore) sui tessuti, che provoca un'occlusione del flusso capillare con conseguente danno tessutale a evoluzione necrotica (Fig.1).
La definizione data dalle linee guida internazionali del 2009[2], mantenuta anche nelle successive del 2014[1], la descrive come "una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio. Numerosi fattori contribuenti o confondenti sono associati con le ulcere da pressione; il significato di questi fattori deve ancora essere elucidato."



Fig. 1 - Occlusione del flusso capillare

La pressione viene esercitata tra le sporgenze ossee e la superficie di appoggio, su tutti gli strati di tessuto circostanti (Fig.2).

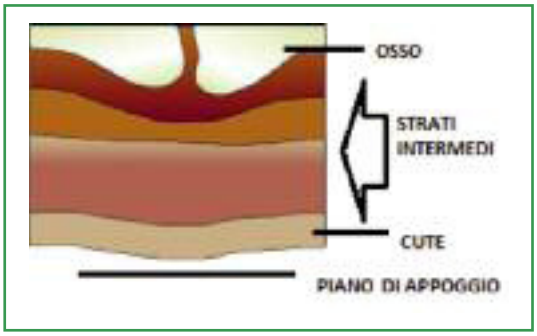


Fig. 2 - Pressione esercitata dall'osso sul piano d'appoggio

Il danno inizia sempre a partire dalla parte della superficie più rigida che spesso è quella dell'osso, e si propaga verso la parte opposta, formando il così chiamato "cono da pressione" (Fig. 3). Dunque l'area danneggiata che noi vediamo all'esterno è solo la punta dell'intero danno tessutale.

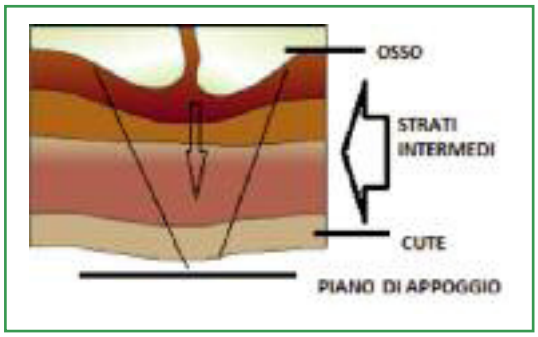


Fig. 3 - Cono da pressione

La pressione che viene esercitata sulla stessa area di appoggio varia da caso a caso, rispetto al tipo/ rigidità della superficie e al peso del paziente:

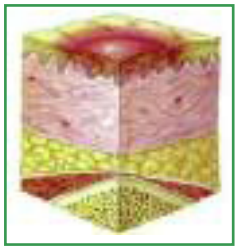
PRESSIONE = PESO / AREA DI APPOGGIO

Più pesante è il paziente e più ristretta l'area di appoggio - più alta sarà la pressione esercitata sulla zona. Per esempio, nella zona sacrale la pressione comprimente sarà più alta quando il paziente sta seduto rispetto a quando sta sdraiato, perché lo stesso peso viene distribuito su una superficie più piccola. Dunque, è da sfatare il luogo comune, che più il soggetto sta seduto più il rischio di avere lesioni si riduce. Si deve trovare il giusto equilibrio di tempo tra una posizione e l'altra, alternandole, con la necessità di riposizionamento più frequente nel paziente che sta seduto (ogni 15 min.) rispetto al paziente sdraiato (ogni 2 ore circa).

La classificazione delle LDP

La classificazione delle LDP è stata fatta prendendo in considerazione l'entità di tessuto danneggiato. Le nuove linee guida internazionali del 2014 [1] integrano due categorie che prima erano usate solo negli USA: "lesione non stadiabile e danno tessutale profondo".

Stadio I



Il primo stadio chiamato anche *Eritema non reversibile* si presenta come un arrossamento che non scompare alla pressione del dito e nemmeno dopo il cambio di posizione. La cute rimane intatta (Fig. 4).

Fig. 4 - LDP Stadio I

Stadio II

Nel secondo stadio si osserva una parziale perdita di spessore del derma, la lesione ha il fondo rosa. La vescica, anche se non aperta fa parte della categoria in quanto copre un danno tessutale (Fig. 5).

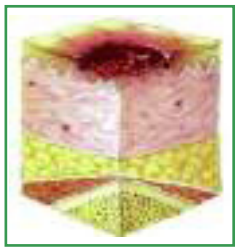


Fig. 5 - LDP Stadio II

Stadio III



Nel terzo stadio si rileva una perdita totale di spessore del derma, con l'esposizione degli strati sottostanti, come il tessuto adiposo, senza che siano visibili tendini, muscoli o ossa. È possibile che siano presenti sottominature o tunnelizzazioni. Il fondo della lesione può essere coperto di fibrina o parzialmente da slough (Fig. 6).

Fig. 6 - LDP Stadio III

Stadio IV



Il quarto stadio è caratterizzato da perdita totale di spessore del derma, con esposizione di tendini, muscoli o ossa. E possibile che siano presenti sottominature o tunnelizzazioni. Il fondo della lesione, che è più profonda, è visibile e può essere coperto parzialmente di slough e/o di escara (Fig. 7).

Fig. 7 - LDP Stadio IV

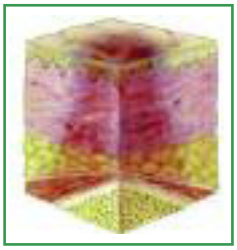


Fig. 8 - LDP Non stadiabile

Lesione non stadiabile

La lesione con ampia perdita di tessuto e con il fondo coperto in totalità di slough e/o escara è denominata *lesione non stadiabile* in quanto non è possibile valutare la profondità. Essa può essere di Stadio III o IV, valutabile solo al momento della rimozione del tessuto non vitale (Fig. 8).

Sospetto danno tessutale profondo



È un'area localizzata di color porpora, marron rossastro o violaceo, oppure una vescica a contenuto ematico, che nasconde un danno tessutale profondo. La cute è integra perciò può essere confuso da una persona non esperta con una lesione profondo di Stadio I (esempio Fig. 10 e Fig. 11). È difficile da identificare nelle persone di pelle scura.

Fig. 9 - Sospetto danno tessutale



Fig. 10 - Lesione Stadio I



Fig. 11 - Sospetto danno tessutale profondo

Riconoscere le persone a rischio

Oggi l'aspettativa di vita nel mondo è in graduale aumento. In un'Italia dove la popolazione invecchia sempre di più[4] si moltiplica il numero delle persone che perdono l'autonomia nella vita quotidiana e hanno sempre più difficoltà nel movimento, ma conducono la propria vita presso il proprio domicilio. Loro sono i più predisposti all'insorgenza di questo tipo di lesioni, ma dobbiamo ricordarci che anche persone in buone condizioni di salute, giovani o bambini in seguito immobilità fortuita come quella dovuta a traumi, ingessature, interventi chirurgici[5], possono svilupparle.
È importante perciò identificare i pazienti a rischio per poter prendere le misure adatte alla loro prevenzione.
Per tutte quelle persone con ridotta/assente mobilità, anziani e non, che rimangono presso il proprio domicilio senza il supporto di un'assistenza sanitaria continuativa, il ruolo fondamentale nella cura e spostamento quotidiano è rivestito dalla famiglia. Il *care giver* – chi si prende cura – dovrebbe essere adeguatamente formato e informato.

Fattori di rischio locali

1. LA PROLUNGATA PRESSIONE

La riduzione del flusso ematico dovuta a forza comprimente che esercita pressione locale prolungata è la principale causa scatenante e fattore di rischio locale.
Sono a rischio tutti i malati che passano molto tempo a letto o su una sedia per gravi difficoltà nei movimenti, che assumono una posizione fortuita o hanno una ridotta sensibilità, come ad esempio nel caso di:

- esiti di ictus,
- interventi chirurgici della durata maggiore di due ore,
- fratture degli arti o della colonna vertebrale,
- gravi demenze,
- coma,
- tumori in fase terminale,
- neuropatia degli arti inferiori,
- spina bifida, sclerosi multipla, etc.

È da ricordare che anche la pressione esercitata dall'esterno verso l'osso crea lo stesso danno, come per esempio: le coperte infilate sotto il materasso che fanno pressione sulle dita dei piedi, le scarpe troppo strette, bendaggi mal eseguiti, oggetti pesanti appoggiati al paziente (libri, contenitori), o dimenticati (flussossimetro).

2. FORZE DI STIRAMENTO E ATTRITO

Queste forze entrano in azione quando il paziente viene spostato e riposizionato in modo non idoneo da terzi (spesso nel paziente bariatrico) o quando scivola nel letto. Lo scheletro, nello spostamento, si muove più veloce rispetto alla cute che viene trattenuta dall'attrito con il piano d'appoggio, con conseguente stiramento a carico dei capillari e dei vasi del sottocute, che favorisce la trombosi.

3. ECCESIVA UMIDITÀ E MACERAZIONE

In seguito all'insufficienza urinaria e fecale la pelle può rimanere in contatto con l'umidità per intervalli prolungati, ma può succedere anche in caso di sudorazione profusa o di vestiti e lenzuola bagnate in caso di cure igieniche eseguite a letto in modo non adeguato.

4. PRESENZA DI CORPI ESTRANEI

La presenza di corpi estranei tra il paziente e la superficie d'appoggio che lo stesso non può sentire e/o non è in grado di riferire o allontanare. Può capitare sia ad una persona anziana che ad un neonato ospedalizzato. Non è così insolito trovare delle LDP dovute ad oggetti che finiscono per errore nelle scarpe o nel letto (posate, tappi, briciole, etc.), o a presidi posizionati in modo scorretto (cateteri vescicali, tubi di drenaggio, deflussori, etc.).

Fattori di rischio generali

I fattori generali sono dovuti alle condizioni generali e cliniche della persona, come:
- eccesiva magrezza o eccessivo peso,
- lesioni del sistema nervoso centrale o periferico,
- deficit cognitivo,
- condizioni cardiocircolatorie e respiratorie critiche,
- malnutrizione,
- ipoalbuminemia,
- iposideremia.

L'importanza degli interventi precoci

Saper riconoscere i pazienti a rischio LDP è importante per poter attuare misure di prevenzione adeguate.
Si devono prendere in considerazione: il riposizionamento programmato e uso dei presidi antidecubito come cuscini e materassi per i pazienti con mobilità ridotta, un'alimentazione equilibrata con particolare attenzione al contenuto proteico, una giusta idratazione e uso di prodotti emollienti e idratanti in seguito alle cure igieniche personali per il mantenimento dell'elasticità cutanea.
Ci si deve sempre ricordare che le LDP sono delle lesioni in evoluzione e il danno tessutale può essere visibile o continuare a peggiorare anche dopo 24-48 ore dalla sospensione dell'evento pressorio[6]. Non devono essere sottovalutati i piccoli arrossamenti che, come abbiamo visto nella classificazione, possono essere già delle lesioni di Stadio I con possibile sviluppo necrotico.

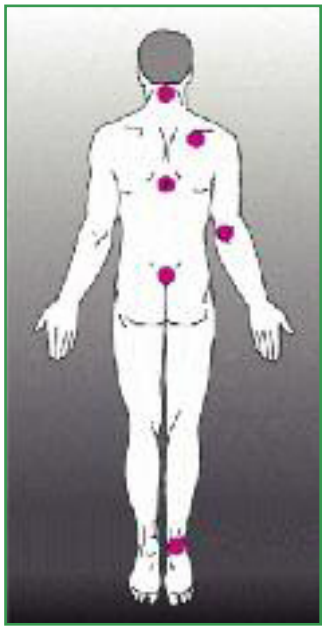


Fig. 12 - Punti di criticità in posizione supina

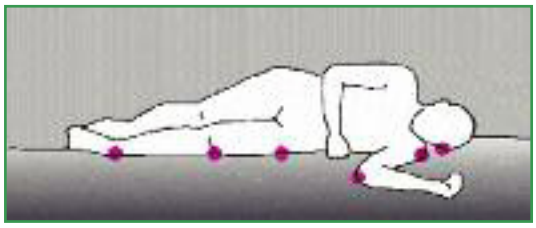


Fig. 13 - Punti di criticità in posizione di decubito laterale

Tutte le persone considerate a rischio debbono essere controllate almeno una volta al giorno nei "punti critici" all'altezza delle sporgenze ossee come indicato nelle figure 12 e 13.

E non dimenticare di:

- pulire e lavare la pelle a intervalli regolari o comunque non appena sporca, utilizzando acqua tiepida, saponi delicati con pH vicino a quello fisiologico (che è di 5.4) e che non facciano seccare troppo o irritare la pelle;
- asciugare tamponando delicatamente senza strofinare. Evitare comunque di massaggiare o strofinare la cute soprattutto in corrispondenza dei punti critici. Sono inutili, o addirittura possono essere dannosi, i prodotti usati comunemente per frizioni o massaggi (alcol canforato, alcol saponato, spray), su cui è bene chiedere sempre il parere di personale esperto;
- mantenere la pelle del malato sempre asciutta anche in caso di una eccessiva sudorazione;
- dopo asciugatura, la pelle va nutrita e protetta con prodotti emollienti e crema idratante per evitare che diventi troppo secca;
- evitare di danneggiare la cute tirandola o sfregandola in modo inappropriato, quando si gira o si solleva la persona.

Riguardo letto e ambiente:

- posizionare il letto in modo che sia facilmente accessibile da entrambi i lati a chi fa assistenza, per facilitare ove necessario mobilizzazione, igiene, alimentazione, somministrazione di farmaci;
- preferire il letto singolo;
- limitare al minimo il mantenimento dello schienale del letto in una posizione troppo sollevata, a parte per la somministrazione dei pasti (mai più di 30°), fig.14.
- riordinare e cambiare (se necessario) regolarmente il letto, utilizzando lenzuola di cotone, senza pieghe o cuciture, possibilmente morbide e togliendo sempre dal letto eventuali oggetti estranei (indumenti, contenitori, posate, etc.) e residui (briciole dopo il pasto);
- non usare coperte troppo pesanti per evitare sudorazione eccessiva, compressione del corpo o impedimento ai movimenti;
- perché gli ausili antidecubito ad aria (materassi, cuscini) in uso siano efficaci bisogna coprirli *soltanto* con il lenzuolo (e se necessario con *una* sola traversa), gonfiarli prima di posizionare sopra il paziente, mantenerli sempre gonfi, collegandoli continuativamente alla presa elettrica sia di giorno che di notte.

È importante chiedere il parere del proprio curante o ad uno specialista in *Wound Care* (cura e trattamento delle lesioni cutanee) per la prescrizione e l'utilizzo dei presidi antidecubito e per le prime terapie in caso di lesioni già visibili, senza trascurarle.



Fig. 14 - Posizione semi-Fowler

La miglior cura delle lesione da pressione rimane sempre le prevenzione.

Bibliografia

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.* Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. ISBN-13: 978-0-9579343-6-8.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
3. C.I.O. comitato infezioni ospedaliere A.O.S.Croce e Carle Cuneo *Prevenzione e cura delle lesioni da decubito – 2004 –documento descrittivo*.
4. Statistiche Eurostat, avaiable from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-FN-13-001, ultimo accesso 21/06/2014, h15.16
5. Black J., Fawcett D., Scott S. *Ten top tips: preventing pressure ulcers in the surgical patient*, Int Wound J 2014; 5 (4):14-19; ISSN 2044-0057.
6. Ricci E., Cassino R. – *Piaghe da decubito*, 2: 15-23, Minerva Medica 2007; ISBN 88-7711-427-4.
7. Moore Z., Butcher G., Corbett L. Q., et al. AAWC, AWMA, *EWMA Position Paper: Managing Wounds as a Team*. J Wound Care 2014; 23 (5 Suppl.): S1–S38.

SERVIZIO WOUND CARE USI
(Cura e trattamento delle lesioni difficili)
Informazioni e prenotazioni
Segreteria dedicata: 06 32 868203 / 06 32868206
E-mail: tomaelena@vodafone.it

Il principio della guarigione è la conoscenza del male.
Epicuro