

## Ulcere da decubito

L'ulcera da decubito è un'alterazione dei tessuti ad evoluzione necrotica (cioè che induce la morte dei tessuti) che interessa le parti molli interposte fra superfici di appoggio ed il piano osseo sottostante.

E' dovuta alla continua e costante compressione locale che determina prima una ischemia (cioè una riduzione del microcircolo del sangue) e poi la necrosi. La comparsa della lesione iniziale dipende dalla durata della compressione e dalla forza con cui viene esercitata.

L'evoluzione dell'ulcera da decubito attraversa varie fasi. Inizia con un arrossamento che può essere reversibile, poi segue un'ulcerazione superficiale con secrezione sierosa che può essere anch'essa reversibile. Fanno seguito, se non viene rimossa la causa della compressione, la necrosi superficiale e poi quella profonda che può giungere ad interessare anche l'osso.

L'ulcera da decubito va differenziata da ulcere da altre cause:

- le ulcere venose: in genere si manifestano agli arti inferiori, dovute a insufficienza venosa e sono caratterizzate da pregressa presenza di varici, iperpigmentazione e ispessimento della cute circostante e liposclerosi,

- le ulcere arteriose: sono dovute a riduzione o scomparsa della circolazione arteriosa e sono prevalentemente localizzate alle estremità degli arti inferiori,

- le ulcere neurotrofiche: sono dovute ad alterazioni neurodistrofiche e sono spesso presenti nei diabetici o in soggetti che hanno subito gravi danni neurologici.

Alcune stime rilevano che il 70% dei pazienti con decubiti sono ultrasettantenni e vi è una prevalenza che va dal 4 al 9% della popolazione totale e dal 10 al 25% negli anziani. Le categorie a rischio sono costituite da tutte le persone affette da malattie invalidanti che conducono all'allettamento.

Le lesioni da decubito sono uno dei capitoli più importanti della patologia da immobilizzazione. I meccanismi fondamentali che portano alla formazione dei decubiti sono:

- pressione (o compressione),
- stiramento e torsione,
- frizione o attrito.

Le sedi più colpite dipendono dalla postura e dal grado di nutrizione del paziente:

- supina: sacro, tallone, nuca, scapole, gomiti, processi spinosi delle vertebre;
- prona: ginocchia e spalle;
- laterale: grande e piccolo trocantere, malleoli laterali, padiglione auricolare, cresta iliaca;
- seduta: tuberosità ischiatiche (natiche).

La prevenzione si fonda sul monitorare in continuazione le condizioni del paziente e intervenire sui fattori aggravanti e sulle complicanze, evitando l'esercizio delle forze di pressione, stiramento e frizione.

Il cardine fondamentale della prevenzione consiste sostanzialmente in una corretta mobilizzazione: bisogna cambiare la posizione del paziente, compresa la postura seduta, a orari fissi (almeno ogni due ore), utilizzare dei cuscini o dei supporti per mantenere la corretta posizione degli arti, praticare esercizi di mobilità articolare e incoraggiare cambi di postura spontanei.

Per attuare la decompressione delle zone corporee in appoggio può rendersi utile l'adozione di ausili.

Esistono in commercio ausili che riducono la compressione, aumentando la superficie di appoggio: materiali conformabili, statici (espansi, fibre cave, acqua, superfici ad aria, ecc.). Altri ausili scaricano le pressioni in continuo (sovramaterassi ad aria a pressione alternata) o i più sofisticati sovramaterassi o materassi a reale perdita d'aria o i letti fluidizzati.

Gli ausili vanno scelti in relazione al fabbisogno legato al rischio del paziente e soprattutto, per quanto riguarda quelli che riducono la pressione, non sostituiscono mai la mobilizzazione. E' inoltre molto importante un'accurata, ma non aggressiva igiene della cute utilizzando detergenti che non alterino il pH fisiologicamente acido e che non rimuovano il film idrolipidico della superficie cutanea, rendendola in tal modo meno idratata e quindi più fragile.

Utile a questo scopo l'utilizzo di creme emollienti che promuovono il mantenimento dello strato idrolipidico e rendono in tal modo la cute più resistente ed elastica.

Le sostanze barriera (creme a base di ossido di zinco, spray al silicone) proteggono la cute dalle sostanze irritanti e dalla macerazione. E' assolutamente controindicato l'utilizzo di soluzioni alcoliche che provocherebbero solo la disidratazione della cute.

Il danno cutaneo a questo livello può essere minimizzato sia evitando gli sfregamenti tra la cute e il piano di appoggio durante le manovre di mobilizzazione, sia applicando particolari medicazioni idrocolloidali di tipo sottile o film-membrana.

Si tratta in questo caso di particolari pellicole trasparenti e permeabili all'ossigeno che, ricreando l'effetto barriera dell'epidermide, svolgono funzioni di protezione dell'integrità cutanea.

Se trattata correttamente, una lesione al primo stadio ha un rapido miglioramento e si eviterà un peggioramento in senso ulcerativo.

Dopo aver adottato tutte le misure di prevenzione, il trattamento, quando si è instaurata la lesione, consta di vari obiettivi:

- ripristinare la vascolarizzazione,
- favorire la ricostruzione cutanea,
- rimuovere il tessuto necrotico,
- controllo delle infezioni.

I familiari non devono pensare che la cura di un ammalato con piaghe da decubito sia possibile soltanto in un istituto. Anche un familiare può imparare le tecniche e le metodologie necessarie; tuttavia quando le lesioni sono di particolare gravità è opportuno richiedere l'intervento di personale infermieristico specializzato dei servizi domiciliari.