

Capitolo terzo

LE LESIONI DA DECUBITO (LdD)

Con il termine lesione da decubito si identifica un danno al tessuto cutaneo, sottocutaneo e muscolare provocato dalla compressione, trazione, frizione o da una combinazione di questi fattori, con conseguente alterazione della circolazione ematica, dell'apporto di ossigeno e di sostanze nutritive^{1,2}.

Oggi, grazie al prolungamento della vita media attraverso tecnologie mediche e ai progressi scientifici degli ultimi anni, tale problematica è divenuta una costante per molte degenze ospedaliere in particolare per i reparti ortopedici, traumatologici, geriatrici e per le unità spinali.

Dall'analisi della relazione, redatta dalla Presidente dell'Ass. Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, Maria Antonia Fusco, *Nutrizione e ulcere da decubito*, emerge che le LdD si collocano per lo più in due fasce d'età:

- ✓ Giovani affetti da malattie neurologiche
- ✓ Anziani, nei quali questa patologia rappresenta una grave causa di morbilità e mortalità.

¹ Tratto da Menarini M. *Blue book: 200 risposte alla mielolesione*. Labanti e Nanni editrice Bologna, 1998.

² Tratto da E.P.U.A.P. *Linee guida di Terapia delle Ulcere da Pressione*. Amsterdam, 1999.

Tale complicanza, infatti, non rappresenta esclusivamente una condizione patologica difficilmente trattabile in se, dando un notevole dolore fisico al paziente, ma la loro insorgenza incide negativamente sul decorso di malattie secondarie ed è causa di un prolungamento del periodo di ospedalizzazione aumentando i carichi di lavoro ed i costi di assistenza.¹

Secondo alcuni studi riportati nella recensione scientifica, Appunti di Viaggio, redatta dall'associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee (A.I.S.Le.C.) e pubblicata dalla MA.RO, nel 1999 e nell'articolo della Repubblica Salute, il 6 maggio dello stesso anno:

- ✓ L'incidenza estera di LdD varia dal 2 al 8,8%; la prevalenza, risulta dell'11.1%.
- ✓ In Italia, da uno studio su 4568 degenti in vari reparti di tipo medico, traumatologico e chirurgico, si calcola un'incidenza del 3,8% e una prevalenza del 13% nei reparti di

¹ Estrapolato da relazione mediatica, *Nutrizione e ulcere da decubito*, di Fusco Maria Antonia Direttore U.O di Dietologia e Nutrizione Clinica Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini-Roma.ultima visione,dic.2003 "Esse, come altre ferite croniche, non seguono un regolare e ordinato processo di guarigione per giungere a una restitutio fisiologica e anatomica. Normalmente i fibroblasti e le cellule epiteliali crescono rapidamente in coltura, coprendo l'80% della superficie entro 3 giorni. Non e' cosi' per quelli prelevati da campioni biotici di LdD: essi crescono molto più lentamente e in 14 giorni riescono a coprire solo il 70% della superficie. Ciò si traduce in un rallentamento dei processi di cicatrizzazione: circa il 75% delle lesioni al II stadio guarisce in media in 8 settimane, un intervallo in cui si assiste alla riparazione solo del 17 per cento di quelle al 3° e 4° stadio. Anzi, una quota rilevante di queste ultime (il 23 per cento) guarisce in tempi anche molto superiori ad un anno. Il considerevole tempo necessario alla guarigione aumenta la morbilità e i costi del trattamento delle LdD ed è estremamente frustrante per i pazienti e per chi li assiste".

Lewis D.H., Zetterqvist H., Svensson P.-G.: *Skin blood flow in an area at risk for pressure sore-* Scand J Rehab Med 16: 85-89, 1984.

rianimazione neurochirurgiche e del 11,2% nei reparti di geriatria.

A livello del territorio umbro, attraverso il confronto tra due studi epidemiologici territoriali svolto dall'Azienda Ospedaliera di Perugia nel 2001 e nel 2002, si nota come, grazie alla presa di coscienza dell'estensione di tale fenomeno nel territorio e alla successiva attivazione verso l'aumento della sensibilizzazione medica alla prevenzione, il numero dei pazienti con lesione sia sceso del 3,55%.⁴ (TABELLA F; TABELLA G)

E' necessario sottolineare, inoltre, che è stata registrata, in questi pazienti, una lunghezza media del ricovero da 3 a 5 volte superiore, un tempo di assistenza aumentato del 50% ed una mortalità circa 4-6 volte maggiore rispetto ai pazienti senza decubiti.

Partendo dalla consapevolezza dell'importanza che l'incidenza delle lesioni da decubito ha nei confronti del paziente e della Sanità in genere, molte Aziende ospedaliere, tra cui anche quella di Perugia, si sono attivate alla ricerca ed all'elaborazione di un protocollo preventivo e terapeutico verso le LdD; volto, non solo all'attuazione di interventi di cura, ma alla sottolineatura dell'importanza della prevenzione dei fattori di rischio.⁵

⁴ tratto da D.M.O.-S.I.O.T e. R. *Progetto per la prevenzione e il trattamento delle "lesioni da decubito"*. Azienda Ospedaliera di Perugia, 2002.

⁵ Riferimento a: **Progetto per la prevenzione e il trattamento delle "lesioni da decubito"*. Azienda Ospedaliera di Perugia, 2002.

**Protocollo di Assistenza Infermieristica per le ulcere da decubito*. II Medicina-Ospedale S.Eugenio, ASL RM C.

**Linee guida per il trattamento delle ulcere da decubito*. Azienda ASL/Ragusa, 2002.

Queste iniziative comunque, sebbene portino ad una sempre maggiore informazione circa il problema, testimoniano l'esigenza di uno strumento valutativo standard ed efficace sulla popolazione e la necessità di creare un protocollo unico per ottimizzare l'impiego delle risorse e l'uniformità di risultati.

A tale riguardo, un esempio di linee guida per il trattamento multidisciplinare delle lesioni da decubito, che ancora oggi, dopo 10 anni dalla loro elaborazione, sono visionate per la stipulazione di protocolli terapeutici ospedalieri, sono le linee guida proposte dall'Agency for Health Care Policy and Research.⁶

Come miglior esempio di protocollo terapeutico, si propone tale documento, non solo, in quanto strumento accettato in ambito Internazionale, ma poiché testimonia in pieno la visione globale del paziente suggerendo un'analisi specifica multidisciplinare sia del processo di cura sia del controllo e della prevenzione dei fattori di rischio (medica, infermieristica, nutrizionale, chirurgica, riabilitativa, educativa etc...).

**Protocollo per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.* Azienda ULSS 18 Rovigo, 2000.

**Linee guida aziendali per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito.* USL Pescara, 2003.

**Protocollo operativo per il trattamento delle lesioni da decubito.* U.O. Rianimazione, ASL Sondrio, 2001.

* *Prevenzione e terapia delle piaghe da decubito.* Regione Emilia-Romagna, I quaderni di Ventotto, n°55, 1993.

**Linee guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito.* Azienda ospedaliera di Bologna, Policlinico S.Orsola Malpighi, 1 ottobre 2001.

⁶ Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE, et al. *Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline*, No. 15. Rockville, MD: US Department of Health Care and Policy and Research. AHCPR Publication No. 95-0652. December 1994.

Tabella F

TOT. PAZIENTI	635	
TOTALE L.d.D.	74	11,65%

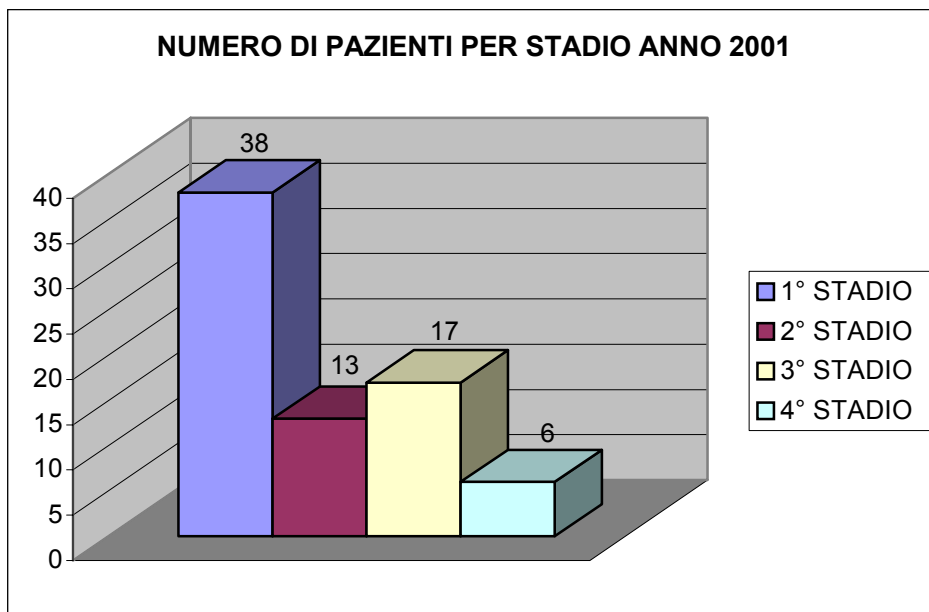
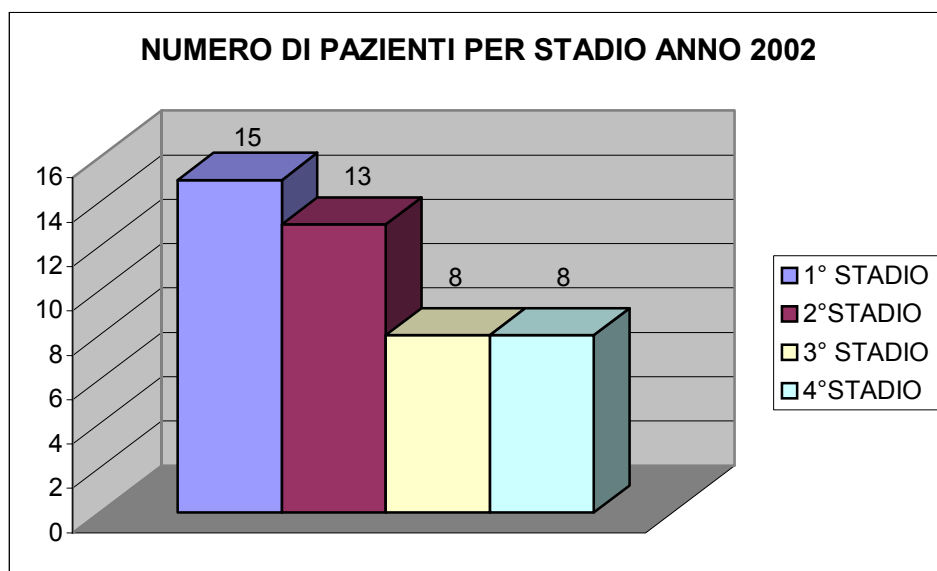


Tabella G

TOTALE PAZIENTI	546	
TOTALE L.d.D.	44	8,10%



ANATOMIA DELLA CUTE E FISIOLOGIA

DEL PROCESSO DI CICATRIZZAZIONE DELLE

FERITE.

Tratto da *Don W.Fawcett. *Elementi di istologia*. Edizione italiana a cura di Cimini V. CIC Edizioni Internazionali, Roma,2001.

*F. Martini, M. Timmons, M. McKinley. Edizione italiana a cura di Cocco L., Manzoli L., Zummo G..*Anatomia Umana*. Napoli,2001.

* Hess C.T. Edizione italiana a cura di Bellinger A. *Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee*. Masson. Milano,1999.

*Cheryl W. Thompson RD, MEd, CNSD. *Nutrition and adult wound healing*. Nutrition Week, January 18, 2003

La cute, rappresenta l'apparato più esteso del corpo umano e ne rappresenta all'incirca il 10% del peso. Essa è esposta quotidianamente ad insulti fisici e chimici che non sempre riesce a controllare, attraverso i suoi meccanismi di difesa e al continuo turnover (ricambio) cellulare, producendo, così, conseguenze fisiche permanenti (le cicatrici).

Le funzioni cutanee sono:

- ✓ **La protezione.** La cute funge da barriera fisica nei confronti dell'esterno(microrganismi, corpi estranei..) e permette all'organismo di non perdere quantità eccessive di liquidi.
- ✓ **La sensazione.** Nella cute vi sono terminazioni nervose che permettono di sentire il dolore, la pressione, il caldo e il freddo.
- ✓ **La termoregolazione.** La cute regola la temperatura corporea attraverso la circolazione e la sudorazione.

- ✓ **L'escrezione.** La cute ha la possibilità di eliminare prodotti come elettroliti e acqua.
- ✓ **Il metabolismo.** La cute è la sede del primo passaggio metabolico per la formazione della Vit. D, fondamentale nell'equilibrio metabolico di calcio e fosforo. Deficit di tale vitamina può portare a malformazioni ossee ed ad un aumentato rischio di fratture.
- ✓ **L'immagine corporea.** La pelle riveste un ruolo importante nell'ambito estetico, comunicativo.

Per garantire tali funzioni, la cute è formata principalmente da tre parti:

- **L'epidermide:** rappresenta lo strato esterno della cute, è sottile, non presenta vasi sanguigni e si divide a sua volta in 5 strati di cellule epidermiche. La sua funzione primaria è quella di fungere da barriera fisica verso l'esterno.

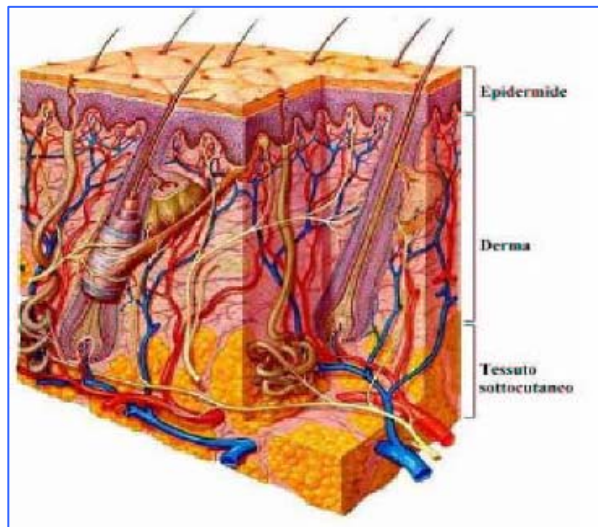


Immagine: Linee guida sulla prevenzione e trattamento delle LdD. Ospedale Malpigli, Firenze, 2001.

- **Il derma:** è lo strato più profondo, in esso vi sono vasi sanguigni, follicoli piliferi, vasi linfatici, ghiandole sebacee e sudoripare ed un insieme di strutture fondamentali nel processo

di cicatrizzazione come: il collagene (prodotto da cellule specializzate, denominate fibroblasti) e le fibre elastiche.

■ **Tessuto sottocutaneo:** tessuto connettivo lasso che separa la cute dalla fascia profonda che riveste gli organi, come muscoli o le ossa.

Al momento della compromissione dell'integrità della cute, con la formazione di una lesione o un'ulcera, l'organismo risponde all'insulto esterno attivando un complesso processo metabolico caratterizzato da un'attivazione cellulare, dalla deposizione di elementi strutturali e dal consumo di principi nutritivi, coinvolgendo vari organi e apparati (fegato, midollo spinale, muscoli, etc...).

Il processo cicatriziale si compone essenzialmente di tre fasi:

✚ **Fase infiammatoria.** Inizia dal momento dell'insorgenza della ferita fino a 4-6 giorni dopo; il sanguinamento viene controllato dall'emostasi e la ferita viene "pulita", da eventuali batteri, da cellule specializzate come i leucociti granulocitici e dai macrofagi. Questi ultimi inoltre, convertono le macromolecole in amminoacidi e zuccheri necessari per la cicatrizzazione.

Nutrienti essenziali: *Vitamina K per la coagulazione

*Ossigeno per il funzionamento delle cellule del sistema immunitario

*Proteine

+ Fase proliferativi. Comprende un periodo da 4 a 24 giorni; in questa fase, grazie all'azione dei fibroblasti, viene deposto collagene e il tessuto di granulazione, un tessuto speciale che permette, attraverso la sua proliferazione e alla presenza di vasi sanguigni, di avvicinare i margini della lesione e consentire l'inizio della epitelizzazione con la chiusura completa della ferita, formando la cicatrice.

Nutrienti essenziali:

- *Ossigeno
- *Vitamina C
- *Ferro
- *Rame

} Necessari all'attività
dei fibroblasti

- *Vitamina A per le cellule epiteliali
- *Proteine

+ Fase di maturazione. Può durare da 21 giorni ai 2 anni; in questo periodo, il collagene continua ad organizzarsi ed a maturare fino a raggiungere in fine un grado di forza tensiva notevole, tale da poter essere quasi paragonata a quella della cute iniziale.

Nutrienti essenziali:

- *Zinco per la sintesi di collagene
- *Vitamina C, Ferro ed Ossigeno
- *Proteine

L'ottimale sviluppo del processo di cicatrizzazione, necessario per ridurre al minimo il rischio di complicanze, è influenzato da molti fattori, relativi al tipo di lesione subita, alla condizione generale del soggetto, alla condizione ambientale etc....



Tipologia di lesione

Esistono tre tipi di riparazione tissutale delle lesioni (di prima, di seconda e di terza intenzione), e ciascun tipo dipende dal genere di lesione e dal trattamento adottato.

- **Le ferite acute:** (es. ferite chirurgiche) sono chiuse di prima intenzione con riparazione ad effetto immediato attraverso la sutura.

Rischio infezione minimo e tempo di cicatrizzazione da 4 a 14 giorni.

- **Le ferite croniche:** (es. lesioni da decubito) guariscono di seconda intenzione senza provocare il restringimento dei bordi della ferita.

Elevata perdita di tessuto, rischio di infezione elevato, tempo di cicatrizzazione molto prolungato.

- **Le ferite chirurgiche tenute aperte,** per poter far riassorbire un edema o per far ridurre l'essudato di un'infezione, vengono conseguentemente richiuse con sutura.

Cicatrizzano di terza intenzione o di prima intenzione ritardata.

Fattori locali

Pressione: quando la pressione esercitata su una zona lesa è troppo elevata e prolungata nel tempo, determina una riduzione dell'apporto di flusso sanguigno al tessuto circostante, costituendo un notevole ostacolo al processo cicatriziale.

Ambiente secco: la cicatrizzazione delle ferite avviene da tre a cinque volte più velocemente e meno dolorosamente in un ambiente umido.

- ✓ Ambiente secco → Disidratazione, formazione di escare o croste
- ✓ Ambiente umido → Aumento della migrazione delle cellule epidermiche, Cicatrizzazione più rapida

Trauma ed edema: le lesioni cicatrizzano lentamente se in presenza di edema o di ripetuti traumi. L'edema rallenta il trasporto di ossigeno e di nutrimenti ai tessuti lesionati.

Infezione: la cicatrizzazione di una lesione può essere ritardata o impedita da un'infezione locale o sistemica. E' necessario in questo caso, effettuare una cultura della lesione per determinare il trattamento farmacologico specifico per debellare l'infezione.

Necrosi: il tessuto morto, devitalizzato, può impedire il processo cicatriziale. Affinché si possa procedere alla cura della lesione favorendone la cicatrizzazione, il tessuto necrotico deve essere rimosso.

Incontinenza: l'incontinenza urinaria e fecale può alterare l'integrità cutanea. E' necessario, per una guarigione ottimale, una corretta igiene cutanea.

Fattori sistemici

Età: nei pazienti anziani il processo di cicatrizzazione avviene più lentamente.

Struttura corporea: Obesità	Ridotta cicatrizzazione Il tessuto adiposo ha una Scarsa vascolarizzazione.
Magrezza	Ridotta cicatrizzazione Mancanza di ossigeno e di scorte nutritive.

Malattie croniche: intendendo le malattie delle arterie coronariche, le malattie vascolari periferiche, le neoplasie e il diabete.

Diabete la produzione di tessuto granuloso è dipendente dall'insulina. Un insufficiente apporto insulinico può ritardare la formazione di tale tessuto.

Stato nutrizionale: a causa del significativo dispendio energetico e di nutrienti che il processo di cicatrizzazione richiede, è necessario controllare lo stato di nutrizione del paziente nel tempo, per intervenire tempestivamente al recupero di eventuali deficit nutrizionali.

Insufficienze vascolari: una causa molto comune dell'insorgenza di alcuni tipi di ulcere agli arti (arteriose, diabetiche, da stasi venosa, da pressione), è la riduzione dell'apporto ematico.

Immunosoppressione e radioterapia: la soppressione del sistema immunitario attraverso terapie farmacologiche o strumentali o a causa di stati patologici, influiscono negativamente sulla cicatrizzazione.

COMPLICANZE

- ✓ **INFEZIONI:** un' infezione trascurata può provocare osteomielite, batteriemia e sepsi
- ✓ **EMORRAGIA:** sanguinamento, sia esterno che interno
- ✓ **DEIESCENZA:** la separazione degli strati del tessuto e della pelle
- ✓ **EVIscERAZIONE:** la protusione di organi viscerali attraverso una lesione aperta
- ✓ **FISTOLA:** passaggio anomalo tra due organi o tra un organo e la superficie corporea

L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Come già citato in precedenza, le lesioni da decubito, possono essere classificate come lesioni da pressione croniche, perché causate da ischemia, e da pressione, caratterizzate da un lungo processo di cicatrizzazione.

Oggi, consapevole della complessità e del notevole impatto economico che l'intervento terapeutico necessita, la Medicina, ha posto maggiormente l'attenzione sullo studio dei fattori di rischio relativi a tale problematica, con lo scopo di poter costruire un'efficace campagna di prevenzione primaria.

Come tutto ciò che riguarda le lesioni da decubito, anche la prevenzione, va intesa globalmente, come un insieme di comportamenti integrati tra loro, che riescano a comprendere tutti i fattori di rischio, per il raggiungimento di un unico traguardo finale, ovvero la costruzione di un protocollo preventivo e terapeutico, efficace e standardizzato, fondato su di una classificazione condivisa a livello internazionale.⁷

⁷ *“Con il termine standardizzazione, non significa ridurre la prassi ad una routine indifferenziata che non tenga in giusta considerazione la soggettività della persona che si assiste, ma sta ad indicare la strategia sanitaria per assicurare tutti coloro che beneficiano di un servizio circa il livello di qualità della prestazione resa. In tal senso, è esempio di standard di esito, per una determinata Unità Operativa, il mancato sviluppo, per tutte le persone allettate, di lesioni da pressione”.*

Tratto da Motta Paolo C. Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: inquadramento concettuale e metodologico. Nursing Oggi, numero4, 2001.

Per fare ciò, è stato necessario riuscire a raccogliere un background scientifico, composto da trail clinici, da documentazioni delle storie dei trattamenti medici, da consensus conference, dalla combinazione tra dati statistici raccolti in relazione alla posizione anatomica della lesione, alle sue dimensioni, al dolore e alla sensibilità, alla temperatura etc...

In questa guida informativa, abbiamo ritenuto necessario, riportare una tra le classificazioni per spessore più diffusa e descritta nella Letteratura ovvero "*il sistema di stadiazione della lesione secondo la Nathional Pressure Ulcer Advisor Panel*", proposta durante il Consensus Conference del 1991 e in seguito riproposta nel 2000. Esso, pur non descrivendo la lesione in maniera globale ma fornendo esclusivamente un'analitica descrizione anatomica della profondità della lesione, è divenuto, attualmente, il più diffuso sistema di classificazione per stadi alla base di protocolli terapeutici, sul piano nazionale e internazionale.⁸

⁸ Cfr. dal **Progetto per la prevenzione e il trattamento delle "lesioni da decubito"*. Azienda Ospedaliera di Perugia, 2002.

**Protocollo di Assistenza Infermieristica per le ulcere da decubito*. II Medicina-Ospedale S. Eugenio, ASL RM C.

**Linee guida per il trattamento delle ulcere da decubito*. Azienda ASL/Ragusa, 2002.

**Protocollo per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito*. Azienda ULSS 18 Rovigo, 2000.

**Protocollo operativo per il trattamento delle lesioni da decubito*. U.O. Rianimazione, ASL Sondrio, 2001.

**Linee-guida per il trattamento delle lesioni da decubito*. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), 1994

**European Pressure Ulcer Advisory Panel. Linee guida di terapia delle ulcere da pressione, versione italiana*. Genova, 1999.

STADIAZIONE DELLA LESIONE

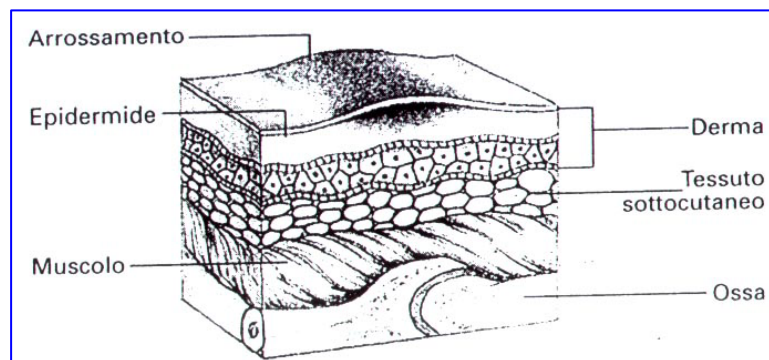
SECONDO LA NATHIONAL PRESSURE ULCER PANEL

2000

Immagini: Hess C.T. Edizione italiana a cura di Bellinger A..*Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee.* Masson. Milano,1999.

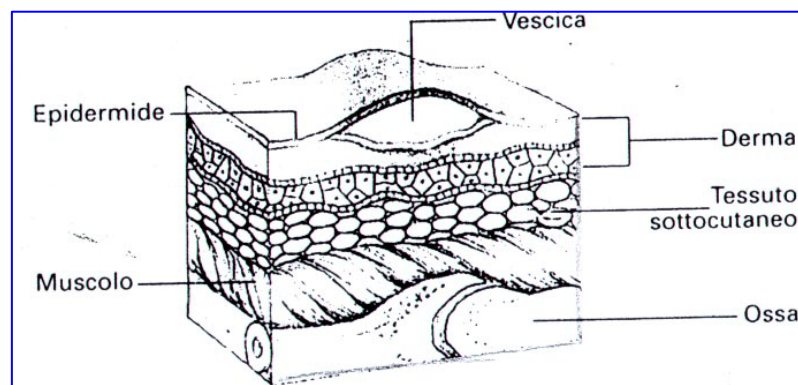
STADIO 1

Eritema della cute intatta non reversibile alla digito-compressione;
segnale premonitore, insieme all'eventuale alterazione del colore e
delle elasticità, dell'ulcerazione della pelle.



STADIO 2

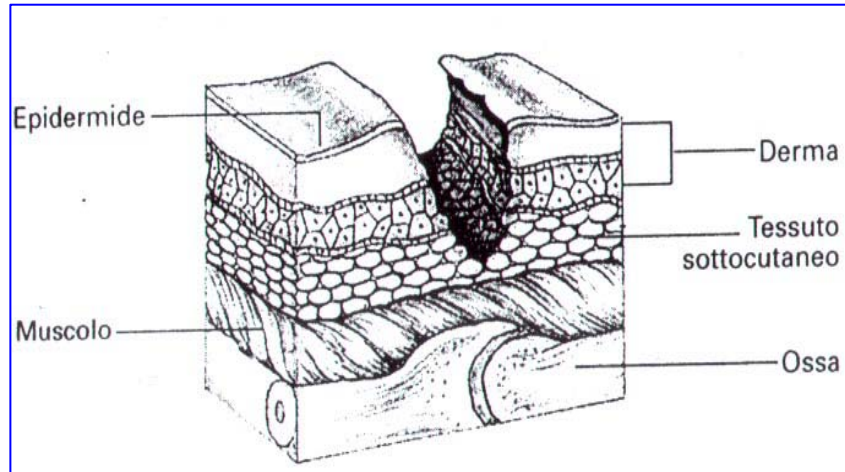
Lesione a spessore parziale che coinvolge l'epidermide o il derma.
La lesione è superficiale e si presenta clinicamente come
un'abrasione, una vescica o una lieve cavità.



STADIO 3

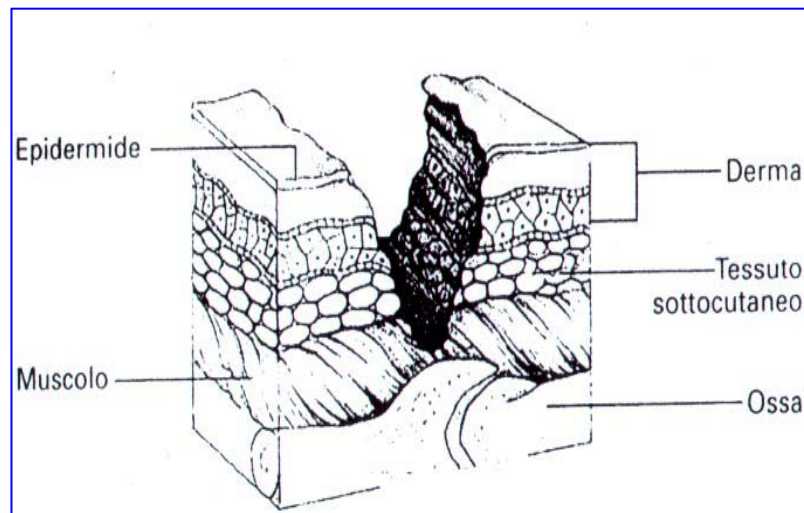
Lesione a tutto spessore con danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla.

La lesione si presenta come una profonda cavità.



STADIO 4

Lesione a tutto spessore con una distruzione estesa, necrosi tessutale o danni ai muscoli, alle ossa o alle strutture di supporto tra cui tendini, capsule articolari etc...



Il primo obiettivo dell'intervento preventivo è l'identificazione del rischio di contrarre lesione da decubito. Si definisce paziente a rischio, un soggetto che, a causa di fattori generali o locali legati ad una condizione patologica o ad una complicità di questa, ha maggiori possibilità di contrarre lesioni da decubito e che quindi necessita di un piano assistenziale mirato.⁹

I SOGGETTI A RISCHIO:

ANZIANI: (in modo particolare i soggetti con età maggiore a 70 anni), sia per le modificazioni relative all'invecchiamento che le compromesse condizioni generali.

MIASTENICI: per la diminuita forza di contrazione muscolare che porta il soggetto a muoversi poco mantenendo a lungo la stessa posizione.

SOGGETTI AFFETTI DALLA SCLEROSI MULTIPLA: per la presenza di spasticità e paresi.

PAZIENTI ONCOLOGICI O AFFETTI DA A.I.D.S.: a causa dell'importante immunodepressione che li contraddistingue.

SOGGETTI IN STATO DI COMA: immobilità assoluta.

DIABETICI: per danni al microcircolo ed al sensorio.

PORTATORI DI APPARECCHI GESSATI, SPLINT O BUSTI PER LUNGO TEMPO, A CONTATTO DELLA SUPERFICIE CUTANEA DEL PAZIENTE: per compressione degli apparati sulle prominenze ossee.

MIELOLESI: (PAZIENTI EMIPLEGICI, PARAPLEGICI, TETRAPLEGICI), per la riduzione della sensibilità e per i problemi legati alla mobilità.

⁹ cfr. da A.I.S.Le.C. *Appunti di viaggio*. Ma.Ro. editrice, Pavia, 1999.

Oltre alle situazioni di rischio riportate, per lo più relative a cause eziologiche come l'immobilità e la pressione, che si protragga per almeno due ore, vi sono fattori secondari che interagiscono con la situazione clinica di base del paziente, favorendo la comparsa delle lesioni da decubito.

Tali fattori, possono essere ricondotti a tre classi:¹⁰

Fattori meccanici locali

Compressione o pressione

Lo sfregamento

La frizione

Fattori biologici locali

Macerazione

da

eccessiva umidità

¹⁰ Cfr. da *pubblicazione multimediale sul sito web <http://www.geragogia.net.html> 09/10/2003. *Effective Health Care. *The prevention and treatment of pressure sores*. Vol.2 N.1, Churchill Livingstone,1995.

- **COMPRESSIONE:** quando una forza esterna è superiore alla pressione con cui il sangue circola nei capillari determinando la chiusura dei vasi e quindi ischemia del tessuto circostante, con ridotto apporto di O₂ e nutrienti.
- **SFREGAMENTO:** relativo ad errate manovre di mobilizzazione per cui la cute, sfregando sulle lenzuole perde lo strato corneo dell'epidermide tanto da produrre sanguinamento.
- **FRIZIONE:** forza di deformazione che si crea al momento dello scivolamento di due strati cutanei tra loro in direzione opposta, causando una lesione del tessuto sottostante.
- **MACERAZIONE:** provocata dalla eccessiva umidità della cute, rendendola più morbida e meno resistente. Fenomeno che si presenta in caso di eccessiva sudorazione, in presenza di incontinenza urinaria e fecale o in presenza di ferite con un abbondante essudato. Vi sono, inoltre, alcune patologie, come il diabete, la sclerodermia e la stessa senescenza che alterano la permeabilità del connettivo e dei piccoli vasi con distruzione dei recettori cutanei tattili e dolorifici e con conseguente riduzione della percezione della necessità di cambiare posizione.

Fattori biologici generali.

- Prolungate malattie febbrili
- Spasticità e contratture articolari
- Età avanzata
- Alterazioni metaboliche
- Ridotta sensibilità dolorifica
- Incontinenza
- Uso di terapie con corticosteroidi
- Discrasie ematiche (anemie)
- Infezioni locali o sistemiche
- Disturbi circolatori
- Malattie croniche
- Diabete mellito
- Paralisi
- Freddo o caldo eccessivo
- Stati di disidratazione e di edema**
- Precedenti LdD**
- Obesità o eccessiva magrezza**
- Malnutrizione**

ED INOLTRE...

- Il fumo di sigaretta: in quanto influisce negativamente sulla perfusione e sull'ossigenazione dei tessuti. Il monossido di carbonio riduce la capacità dell'emoglobina di trasportare l'O₂.¹¹
- Lo stress e la riduzione del tempo di riposo notturno: agendo il primo, sul sistema nervoso simpatico e sul sistema immunitario; il secondo, stimolando i processi anabolici.¹²

¹¹ David JA. *Wound Management. A Comprehensive Guide to Dressing & Healing.* Martin Dunitz,1986.

¹² Adam K, Oswald I. *Sleep helps healing.* British Medical Journal,289,1400-1, 1984.

Nell'applicazione pratica in campo clinico, i "primi passi terapeutici-assistenziali" da attuare per la costruzione di un valido ed efficace sistema di prevenzione primario, naturalmente, saranno la costituzione di un'[equipe](#) e la condivisione e l'applicazione di uno o più strumenti predittivi del rischio di lesioni da decubito e di identificazione dei pazienti a rischio.

Con il termine [equipe](#) si indica un gruppo di lavoro formato da diversi specialisti che sviluppi un programma multidisciplinare e delle future linee guida sulle quali definire gli standard di cura. I professionisti coinvolti, che oggi già sono presenti negli organici di gran parte delle U.S.U. nazionali sono:

- *Medici
- *Fisioterapisti
- *Psicologi
- *Infermieri professioni e specializzati in cure delle lesioni
- *Fisiatri
- *Logopedisti
- *Dietisti

[Gli strumenti predittivi del rischio](#) di lesioni da decubito, sono indici e scale di valutazione che la Letteratura offre (basati su parametri come le condizioni generali del paziente, lo stato mentale, la deambulazione, l'autonomia nutrizionale etc...), allo scopo di costruire un valida ed opportuna strategia medica in funzione del reale grado di rischio del paziente. Gli indici predittivi più utilizzati, circa l'insorgenza delle LdD, sono gli indici di Norton Plus, di Braden, di Waterlow, di Burton e il Mini Nutritional Assesment.

In particolare...

Dopo aver descritto complessivamente il quadro eziologico e predisponente per la comparsa di lesioni da decubito, è necessario sottolineare, al fine di non disperdersi in una trattazione puramente teorica, quelle condizioni che sono proprie sia del quadro clinico della mielolesione sia dell'insieme dei fattori di rischio delle LdD.

Da uno studio condotto su 100 pazienti ricoverati nel National Spinal Injuries Centre dello Stoke Mendeville hospital, si deduce che il mieloleso vive in una condizione che raccoglie in sé una moltitudine di fattori predisponenti, una fra tutte la più o meno estesa perdita della sensibilità al dolore, alle quali vanno poi aggiunte le variabili relative all'assistenza diretta (ospedaliera o domiciliare), alla possibilità di usufruire o meno di presidi antidecubito etc...; tutto ciò, lo rendono un paziente a rischio non solo nella fase subito successiva al trauma, nella quale comunque il rischio raggiunge il suo valore massimo, ma lo rimarrà per tutto il resto della vita.



**LE LESIONE DA DECUBITO RAPPRESENTANO LA
COMPLICANZA PIU' FREQUENTE NEL PAZIENTE
TETRA /PARAPLEGICO; IL TRATTAMENTO PIU'
EFFICACE E' RAPPRESENTATO DA UN SISTEMA
GLOBALE DI PREVENZIONE.**

*Menarini M. Blue Book: 200 risposte alla mielolesione. Labanti e Nanni Editrice,
Bologna,1998.*