



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Ulcere venose e piaghe da decubito
Data 26 febbraio 2006 alle 19:39:00
Autore R. Rossi

ULCERE CUTANEE E LESIONI DA DECUBITO

Ressa:
Cominciamo con la definizione di ulcera...

Rossi:
Per ulcera si intende una perdita di sostanza. Nel caso specifico delle ulcere cutanee tale perdita di sostanza può interessare solo gli strati più superficiali della pelle oppure approfondirsi fino ad intaccare il sottocutaneo e le strutture sottostanti (muscoli, ossa).
Si parla di ulcera cronica quando la lesione persiste per più di 45-60 giorni.

Ressa:
Quanti tipi di ulcere cutanee esistono?

Rossi:
Ne esistono sostanzialmente di tre tipi: quelle vascolari (venose e arteriose o miste), quelle diabetiche e quelle da decubito. In questo capitolo ci occuperemo delle ulcere venose e delle piaghe da decubito mentre per il piede diabetico rimando al capitolo specifico.

Ressa:
Cominciamo allora con le ulcere venose, patologia che vediamo molto di frequente. Chi sono i soggetti a rischio? Rossi:
Le ulcere venose sono dovute ad un rallentamento del ritorno venoso con conseguente ristagno di sangue e si localizzano agli arti inferiori. La zona colpita con più frequenza è la cute attorno ai malleoli. Le persone più a rischio perciò sono i soggetti che hanno avuto una trombosi venosa profonda (e che hanno sviluppato la cosiddetta sindrome post-flebitica) e quelli che soffrono di insufficienza venosa cronica con formazione di varici. A rischio sono anche le persone con riduzione dell'autonomia che rimangono per lunghe ore sedute e quelle che hanno già avuto un'ulcera venosa.

Ressa:
Come si possono prevenire le ulcere venose?

Rossi:
La prevenzione si basa soprattutto sulla elastocompressione (calze elastiche) e sul movimento attivo (per esempio camminare) che facilita il ritorno venoso tramite la pompa della muscolatura delle gambe. Inoltre è importante insegnare al paziente a dormire con gli arti superiori lievemente rialzati e a praticare una adeguata igiene usando saponi non irritanti (per esempio sapone di Marsiglia), asciugando delicatamente la cute e tenendo la pelle idratata con l'uso di creme (per esempio creme a base di vaselina che offre anche una certa azione protettiva).
Una posizione scorretta a letto è quella di mettere un cuscino sotto le gambe; questa posizione non serve, si devono usare gli appositi letti che permettono di tenere alzata la metà dove poggiano i piedi oppure si deve mettere un rialzo sotto il letto, sempre dalla parte dei piedi, in modo che la testa risulti più bassa. Ressa:
Una volta che l'ulcera si è instaurata bisogna procedere al suo trattamento.
Cosa ci puoi dire in merito?

Rossi:
Vanno distinti vari tipi di ulcera.
Se il fondo dell'ulcera è nero (cosiddetta ulcera necrotica) bisogna prima procedere alla rimozione del materiale necrotico tramite toilette chirurgica oppure sfruttando l'azione di alcuni composti, previa detersione dell'ulcera con ringer lattato. Per esempio si possono usare gli idrogel (tipo Katogel Plus o Idrogel) che ammorbidiscono i tessuti necrotici e ne favoriscono l'autolisi oppure composti enzimatici (per esempio Citrizan gel o Noruxol pomata) che però possono provocare una lesione dei tessuti attorno all'ulcera (che quindi vanno protetti con creme idratanti). La medicazione va rinnovata ogni 2-3 giorni fino a che comincia a diventare detersa. E' sempre utile procedere, dopo la medicazione, alla elastocompressione da lasciare per alcuni giorni.

Ressa:
C'è poi l'ulcera infetta che mostra la presenza di materiale purulento verdastro e maleodorante... Rossi:
In questo caso è consigliato somministrare un antibiotico per via sistemica, detergere la lesione con Ringer/lattato, tamponare con garze sterili, proteggere la cute attorno alla lesione con creme idratanti, coprire con garze sterili senza applicare l'elastocompressione. La medicazione va cambiata ogni giorno fino a miglioramento.
Nelle ulcere infette sono presenti tutti i segni della flogosi (arrossamento, edema, dolore, possibile febbre). Talora però le ulcere sono contaminate ma non infette: dall'ulcera esce del materiale purulento (ulcera secernente) ma non ci sono i segni della flogosi.
In questi casi, dopo detersione con ringer/lattato, è utile l'applicazione di un batteriostatico a base di argento (Katoxyn



spray o Katomed cpr medicate). Nelle ulcere secernenti ma non infette si procede poi con l'elastocompressione come per le ulcere necrotiche.

Ressa:

Rimane da parlare dell'ulcera in via di guarigione.

Rossi:

Quando l'ulcera è in via di guarigione e ben detera (cosiddetta ulcera rossa, con tessuto di granulazione), dopo lavaggio con ringer/lattato si copre la lesione con idrocolloidi o schiume o pellicole di poliuretano, si applica l'elastocompressione da lasciare per 5-8 giorni.

In genere le varie ASL prevedono per questo tipo di malati l'attivazione di un protocollo di medicazioni domiciliari (definito ADI MED) con personale infermieristico che esegue le medicazioni e fornitura dei prodotti necessari. Ressa: Puoi dire qualcosa circa le varicorragie?

Rossi:

Si tratta di emorragie che hanno origine da una varice e possono essere spontanee oppure avvenire dopo traumi anche di lieve entità. Di solito sono abbastanza limitate anche se mi è capitato il caso di una paziente anziana con varici estese che è andata incontro a una perdita notevole, era sola in casa, non è riuscita ad avvicinarsi al telefono e l'ha trovata il figlio al suo rientro in una pozza di sangue, distesa a terra, semisvenuta.

Ressa:

Come ci si deve comportare?

Rossi:

Per prima cosa sollevare l'arto, disinfettare e poi coprire con delle garze sterili e infine bendare l'arto con fasce adesive. Bisogna ovviamente consigliare la deambulazione perché l'allettamento può precipitare una trombosi venosa. E' utile prescrivere anche una profilassi antibiotica. La medicazione va rimossa dopo alcuni giorni, se c'è una crosta questa non va toccata perché cadrà da sola dopo 2-3 settimane.

Ressa:

Passiamo alle ulcere da decubito. Rossi:

Per ulcera o piaga da decubito si intende una soluzione di continuo della cute e dei tessuti sottostanti provocato da una compressione continua dovuta al decubito. Si verifica perché la compressione altera la dinamica circolatoria capillare con stasi e ipossigenazione dei tessuti. Se il fenomeno dura a sufficienza questi tessuti, in primis la cute, vanno incontro a soluzioni di continuo e a successiva infezione. La piaga da decubito può essere di profondità variabile, limitata solo alla cute oppure arrivare fino alle strutture muscolari e ossee.

Ressa:

Ricordo che per il formarsi di una piaga da decubito possono occorrere giorni ma talora basta una ipossia di poche ore, soprattutto in malati in condizioni generali scadute.

Rossi:

Giusto. Ho visto pochi giorni fa una paziente allettata da anni che non ha mai sviluppato una piaga da decubito e un'altra allettata da qualche giorno che ha sviluppato un'ulcera presacrale nel giro di 24 ore. Questo dipende naturalmente dalle caratteristiche della cute, dal paziente, dal tipo di pressione esercitata sui tessuti, dalle patologie concomitanti, ecc.

Ressa:

Vuoi ricordare quali sono le sedi più frequenti in cui si sviluppano le piaghe da decubito? Rossi:

Regioni sacrali e talloni sono le zone più comuni. Ovviamente la sede dipende anche dal tipo di decubito; per esempio se il paziente giace in decubito laterale le zone più colpite sono l'anca, parte laterale del ginocchio, lato esterno del piede, spalla e gomito. Nei pazienti che stanno molte ore immobili in carrozzina le zone colpite sono la regione sacrale e le natiche.

Ressa:

Come si possono prevenire le piaghe da decubito?

Rossi:

Un ruolo importante è svolto dai caregivers (familiari, badanti, infermieri, ecc.). Essi devono individuare i primi segnali (arrossamento e gonfiore cutaneo).

La prevenzione si basa su una corretta igiene del paziente, rimuovendo tempestivamente pannoloni bagnati o sporchi di feci (anche più volte al giorno), il lavaggio va effettuato con detergenti neutri (per esempio il normale sapone di Marsiglia), la cute va asciugata delicatamente senza sfregare e poi protetta con creme emollienti. Va usata biancheria morbida e liscia, pulita, senza elastici, bottoni, ecc.

Bisogna inoltre garantire un cambiamento frequente della posizione sia a letto che quando il paziente è seduto (ogni ora). L'uso di materassi antidecubito e di cuscini in gel o lattice possono in qualche modo aiutare ad alleviare la pressione. Non vanno usate invece le ciambelle perché possono danneggiare le zone con cui vengono in contatto. Importante è anche assicurare una buona idratazione e alimentazione perché la disidratazione e la malnutrizione favoriscono l'insorgenza delle piaghe.

Ressa:

Se devo essere sincero questi presidi antidecubito non fanno miracoli... Inoltre non è realistico aspettarsi da personale che assiste il malato (spesso sono gli stessi familiari) tutte quelle precauzioni che hai detto: bisognerebbe prevedere



almeno due-tre persone che si alternano nella giornata e si occupano a tempo pieno dell'assistenza, vale a dire qualcosa di irrealizzabile. Rossi:

Purtroppo è così.

Esistono alcune prove sull'efficacia dei presidi ad aria (nelle diverse varianti) mentre non ci sono evidenze sull'efficacia dei materassi ad acqua, in gel, in schiuma, ecc.

Ressa:

Una volta che si sia formata la piaga da decubito cosa si deve fare?

Rossi:

Bisogna distinguere. Le piaghe da decubito infatti si distinguono in vari stadi.

Ressa:

Come comportarsi?

Rossi:

Ti schematizzo il protocollo suggerito nella nostra ASL da parte del team per le cure palliative

Stadio 1: Eritema con cute integra

Pulire la cute con soluzione fisiologica o con ringer/lattato con irrigazione a bassa pressione, asciugare delicatamente tamponando con garze sterili e poi coprire con benda colloidale trasparente da lasciare per alcuni giorni.

Stadio 2: Ulcera che interessa l'epidermide e il derma

Detergere la cute come per lo stadio 1, asciugare e coprire con idrobenda colloidale non trasparente da cambiare ogni 3-5 giorni oppure se cambia colore e diventa traslucida.

Stadio 3: Ulcera che arriva fino allo strato muscolare senza superarlo

Pulizia con fisiologica o ringer/lattato, stendere nella cavità fino a riempirla della pasta colloidale e coprire con idrobenda colloidale non trasparente, cambiare la medicazione quando la benda cambia colore. Se la piaga è molto essudante conviene usare delle medicazioni a base di alginati al posto della pasta colloidale.

Stadio 4: Lesione profonda che si estende fino ai muscoli e al piano osseo

Pulire con fisiologica o ringer/lattato, asciugare e in caso di necrosi trattare con enzimi proteolitici (oppure con toilette chirurgica) e poi medicare come per lo stadio 3. Ressa:

Ricordo che le escare sui talloni se sono asciutte e senza secrezione non vanno asportate ma lasciate in sede controllandole ogni giorno. E l'uso di disinfettanti o di pomate antibiotiche?

Rossi:

I disinfettanti non sono raccomandati di routine perché possono lesionare i tessuti e non ci sono prove che impediscano l'infezione. Se però l'ulcera è infetta (essudato abbondante, cattivo odore) si possono usare soluzioni disinfettanti come povidone iodio all'1%, amuchina o clorexidina seguite da lavaggio con fisiologica. L'uso topico di antibiotici può essere previsto se l'ulcera continua a rimanere infetta dopo alcune settimane di trattamento. In questi casi può essere utile anche l'uso di antibiotici per via sistemica soprattutto se si sospetta che vi sia una batteriemia o una osteomielite.

Ressa:

Serve eseguire un esame culturale della lesione?

Rossi:

Eseguirlo di routine probabilmente serve a poco perché non è detto che i germi che si ritrovano (che sono quelli presenti in superficie) siano responsabili della infezione. Può essere utile in casi specifici in cui non si riesce a debellare l'infezione con le pratiche prima esposte. La detersione delle ulcere infette è indispensabile affinché si formi il tessuto di granulazione: finché l'ulcera conterrà pus e materiale necrotico non sarà possibile avviarla a guarigione. Ressa:

C'è da dire che nonostante tutti i nostri sforzi molte ulcere da decubito, già a partire dallo stadio 2, non sono più reversibili...

Rossi:

Questo è tanto più vero quanto più permangono le condizioni che hanno determinato la formazione dell'ulcera, soprattutto la compressione. E' per questo che forse in questo campo vale un detto verso il quale abbiamo spesso espresso dubbi nel Manuale; ma qui "prevenire è meglio che curare" può avere un senso... solo che poi è da vedere quanto sia possibile attuarlo nella pratica.