

## **IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO. - Triennio 1999-2001 - Risultati**

**F.Petrella\*; A. Colin\*\*; M.A. Lupo\*\*\* , C. Ardizio\*\*\*\*; S.Pasquinucci \*\*\*\*\***

\* Chirurgo Asl Na 5 dsb 81 - \*\* Resp. Unità Operativa Assistenza Anziani dsb 81  
\*\*\* Resp. Unità Operativa Assistenza Sanitaria dsb 81 - \*\*\*\* I.P. coordinatrice  
\*\*\*\*\* Direttore Sanitario dsb 81

---

### **PREMESSA**

La riparazione tissutale è un fenomeno vitale che si verifica quando a livello della cute si provoca una soluzione di continuo. Si parte sempre dalla formazione del coagulo per giungere alla formazione del tessuto di granulazione alla formazione dell'epidermide. Quando si produce una lesione della cute inizia a prodursi immediatamente una secrezione sierosa ricca di proteine, che fuoriesce dalle venule, e dopo qualche minuto, dalle pareti dei capillari.

La produzione di essudato sieroso è una delle prime manifestazioni della reazione infiammatoria.

L'essudato portandosi in superficie evapora trasformandosi in crosta. Quest'ultima di fatto sostituisce momentaneamente l'epidermide proteggendo da agenti esterni la lesione ( virus, batteri e etc .).

Il successivo processo di guarigione avviene per scivolamento delle cellule epiteliali dai margini della lesione, delle ghiandole sebacee, sudoripare e dai follicoli piliferi, al disotto della crosta, tra questa ed il derma , sino a ricoprire completamente la lesione( Winter 1971).

La riparazione tissutale in ambiente umido altera necessariamente in maniera profonda l'ambiente in cui la lesione fisiologicamente guarisce.

La medicazione oclusiva impedisce artificialmente la formazione dell'escara, non consentendo all'essudato di seccarsi, per cui le cellule epidermiche migrano attraverso la superficie originale della lesione.

Questo porta alla formazione dell'epidermide in un tempo nettamente inferiore in quanto non si presentano ostacoli alla migrazione cellulare, come di fatto avviene, nel loro forzato passaggio al disotto dell'escara. La presenza dell'essudato clinicamente è un problema perché l'ambiente umido si presta più facilmente allo sviluppo di contaminazioni batteriche.

Pertanto in questo tipo di medicazione è fondamentale la gestione dell'essudato, il quale deve essere assorbito ma consentendo al tempo stesso il mantenimento di un ambiente umido a livello della lesione. La gestione dell'essudato è la chiave di volta di un corretto utilizzo delle tecniche di medicazione avanzata.

### **OBIETTIVO**

Il Servizio di Assistenza Domiciliare dell' Unità Operativa Assistenza Anziani (UOAA) - ASL Napoli 5 - DSB 81; adopera tecniche di medicazioni avanzate e segue le raccomandazioni contenute nella linee guida dall'AH CPR, per il trattamento delle lesioni da decubito (LD). Tali Linee prevedono la terapia antibiotica topica e/o peranterale solo in presenza di segni clinici di contaminazione batterica di grado elevato, confermata attraverso l'esame culturale

I prodotti che vengono utilizzati sono i seguenti:

- IDROCOLLOIDI ( in placca e pasta)
- IDROGELI
- ALGINATO

Abbiamo valutato i risultati ottenuti, nel triennio 1999 – 2001, nel trattamento delle LD con medicazioni avanzate.

I risultati ottenuti si sono valutati mediante il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

**Obiettivi principali:**

1. Determinare il numero dei pazienti in cui si è ottenuta la riparazione tessutale alla fine del programma di trattamento.
2. Determinare il numero di pazienti il cui exitus è riconducibile ad uno stato settico determinato da una contaminazione batterica di grado elevato della lesione da decubito.

**Obiettivo secondario:**

1. valutare l'incidenza dei fattori ( patologia, assistenza, alimentazione) che concorrono al processo di riparazione tessutale.

**ANALISI**

Nel triennio 1999 – 2001 sono pervenute **829** richieste di assistenza domiciliare. Di queste sono state accolte 419 domande.

I criteri di ammissione sono stati:

- età superiore a 65 anni
- gravità della patologia
- stato non terminale

Il tutto rapportato ai carichi di lavoro dei singoli operatori.

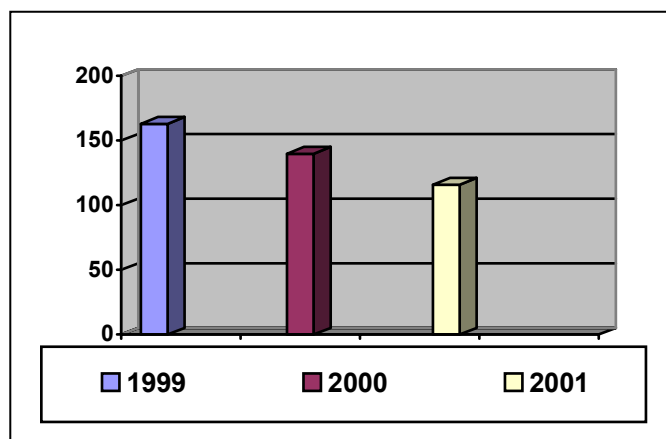
**ATTIVITA' SERVIZIO ADI DS 81 – 1999 - 2001**

<b>ANNO</b>	<b>1999*</b>	<b>2000*</b>	<b>2001**</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Richieste</b>	345	310	165	<b>820</b>
<b>Accolte</b>	163 ( 47 % )	140 ( 45 % )	116 ( 70 % )	<b>419 ( 51 % )</b>
<b>Maschi</b>	34 %	21 %	52 %	<b>36 %</b>
<b>Femmine</b>	76 %	79 %	48 %	<b>64 %</b>
<b>Età media</b>	74 anni	78 anni	78 anni	<b>77 anni</b>

( \* Comuni di Portici ed Ercolano - \*\* Comune di Portici )

Il numero di richieste elevato negli anni 1999 – 2000 è dovuto al fatto che queste provenivano anche dai Servizi Sociali del Comune di Portici ( in forza di un protocollo d'intesa tra Comune ed ASL NA 5 scaduto nel 2001), ma in molti casi il richiedente necessitava solo di assistenza di tipo materialistico.

### Domande accolte triennio 1999 - 2001



Sostanzialmente la richiesta di Assistenza Domiciliare Sanitaria è rimasta costante nel triennio. La riduzione avventa nell'anno 2001 è stata determinata dall'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare nel DSB 82.

Pertanto non pervengono più al DSB 81 le domande dei cittadini di Ercolano.

La principale richiesta di intervento accolta è stato quello di intervento domiciliare per il trattamento delle lesioni da decubito, pari al 91%.

Nel restante 9 % sono state accettate richieste di Assistenza Medico-Specialistica ed infermieristica per la somministrazione di prodotti farmaceutici per via parenterale e controllo di parametri come: P.A. ; F.C.

#### IPO DI INTERVENTO PER 419 PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE

	1999	2000	2001	TOTALE
<b>TRATTAMENTO LESIONI DA DECUBITO</b>	148 ( 91 % )	130 ( 93 % )	102 ( 88 % )	<b>380 ( 91 % )</b>
<b>ASSISTENZA MEDICO – INFERMIERISTICA</b>	15 ( 9 % )	10 ( 7 % )	14 ( 12 % )	<b>39 ( 9 % )</b>

Riportiamo nella Tabella 1 Le più frequenti cause di allettamento.

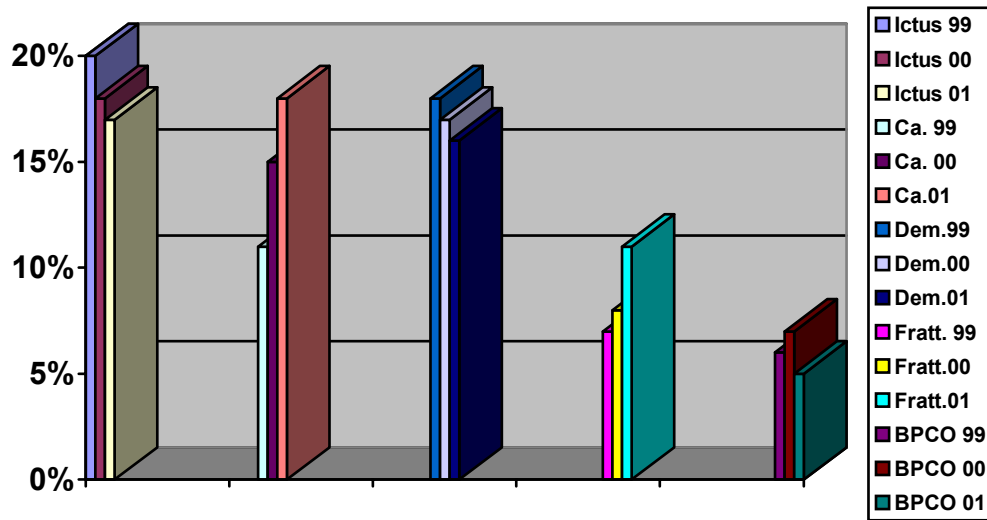
Esiste una notevole differenza, in termini di incidenza, tra le prime tre e le ultime due.

Analizzando le cause di allettamento non in % di incidenza ma come singole patologie, emerge un numero statisticamente significativo (circa il 20 %) di patologie che non dovrebbero determinare l'allettamento del paziente (ad esempio: flebopatie) .

#### Tabella 1

	1999	2000	2001
<b>ICTUS CEREBRALE</b>	20 %	18 %	19 %
<b>NEOPLASIE</b>	11 %	15 %	18 %
<b>DEMENZA SENILE</b>	18 %	17 %	16 %
<b>FRATTURE</b>	7 %	8 %	11 %
<b>BPCO</b>	6%	7 %	5 %

(A) Cause di allettamento 1999 – 2001



Le patologie ( grafico A) che più frequentemente sono state causa di allettamento presentano un'incidenza sovrapponibile nel corso del triennio ad eccezione di quelle neoplastiche che hanno subito un incremento del 7 % ,passando dall'11 % del 1999 al 18 % del 2001. Tutte queste sono causa di allettamento permanente del paziente

Per assistere questi pazienti, nel triennio preso in esame, sono stati effettuati circa 20.000 interventi domiciliari.

Sono necessarie alcune precisazioni.

I pazienti erano già in trattamento da un periodo non inferiore ai 15 gg ad un massimo di 1 anno ( media 60 gg ). Inoltre tutti i casi le LD erano medicate in maniera tradizionale.

Nel momento in cui la gestione di tali pazienti è passata alla nostra équipe, questi sono stati trattati con medicazioni avanzate, consentendoci di stabilire un tempo zero nel programma terapeutico.

Infine in circa il 50% dei pazienti erano presenti LD localizzate in varie zone del corpo ( sacrale, calcaneare, trocanterica ed altre ) con un numero, in assoluto, di piaghe superiore al numero dei pazienti.

Il dato in percentuale delle LD, secondo la classificazione del National Pressure Ulcer Advisory Panel, ( N.P.U.A.P.) alla prima osservazione era il seguente:

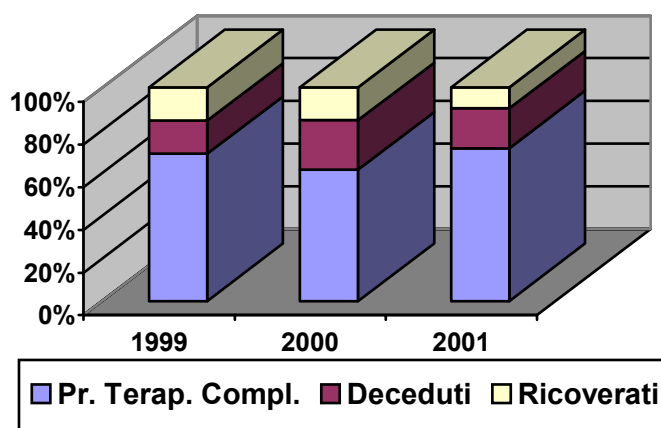
- I STADIO – 7%**
- II STADIO – 15 %**
- III STADIO – 53 %**
- IV STADIO – 25 %**

Date le condizioni generali dei pazienti e la loro età non tutti sono stati in grado di completare l'iter terapeutico programmato. Il 19 % dei pazienti è deceduto ed per il 14 % è stato necessario il ricovero.

### 380 PAZIENTI ALLETTATI IN TRATTAMENTO PER LESIONI DA DECUBITO

	1999	2000	2001	TOTALE
<b>DECEDUTI</b> ( in corso di trattamento)	23 ( 16 % )	30 (23 %)	19 ( 19 % )	<b>72 ( 19 % )</b>
<b>RICOVERATI</b> ( in corso di trattamento)	23 ( 16 % )	20 (15 %)	10 ( 10 % )	<b>53 ( 14 % )</b>
<b>PROGRAMMA TERAPEUTICO COMPLETATO</b>	102 ( 68 % )	80 (62 %)	73 ( 71 % )	<b>255 ( 67 % )</b>

Pertanto solo 255 / 380 pazienti, pari al 67 %, ha potuto completare il programma terapeutico, per un tempo non inferiore ai 3 mesi e non superiore ad 1 anno ( media 6 mesi).



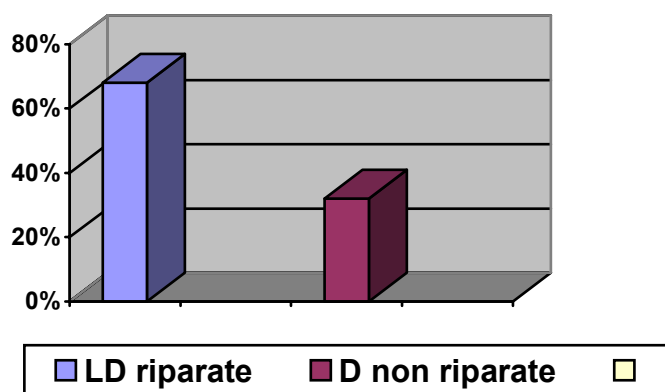
In 174 / 255 pazienti ( 68 % ) la lesione da decubito è stata riparata.  
Mentre in 81/ 255 pazienti ( 32 % ) non si è raggiunto l'obiettivo prefissato

### 255 PAZIENTI IN TRATTAMENTO PER LESIONI DA DECUBITO

	1999	2000	2001	TOTALE
<b>LESIONE RIPARATA</b>	73 ( 72%)	61 ( 76 % )	40 ( 55 %)	<b>174( 68 % )</b>
<b>LESIONE NON RIPARATA</b>	29 ( 28 % )	19 ( 24 % )	33 ( 45 % )	<b>81 ( 32 % )</b>

Nel 18 % dei pazienti si sono evidenziati segni clinici da contaminazione batterica di grado elevato, in tutti i casi vi è stata la regressione di tali segni, dopo opportuni trattamenti. L'utilizzo di medicazioni avanzate è stato interrotto per poi essere ripreso successivamente

### Rapporto tra LD riparate e non ( 1999 – 2001)



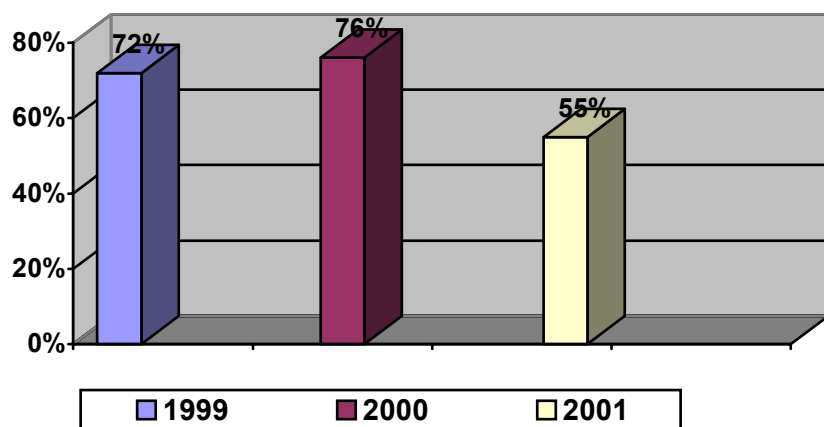
Nessuno dei 72 pazienti deceduti durante il trattamento domiciliare presentava i segni di una contaminazione batterica di grado elevato delle LD che potesse determinare uno stato settico da portare alla morte.

Inoltre l'utilizzo di medicazioni avanzate ha consentito di tenere in situ la medicazione anche per 48 – 72 ore.

Considerate le variazioni che si sono registrate nel corso del trattamento, maggiore è la lesione più difficile risulta la sua riparazione, perché in stretto rapporto con le condizioni generali del paziente e con la qualità dell'assistenza alla persona.

Queste condizionano la possibilità di riparare la LD. Infatti l'incremento dei pazienti neoplastici (cachessia) e di pazienti con esiti di frattura (impossibilità di cambiare il decubito) nel 2001, ha determinato una riduzione in termini % dei risultati positivi e risulta evidente il ruolo svolto dai fattori come : comorbidità e cronicità.

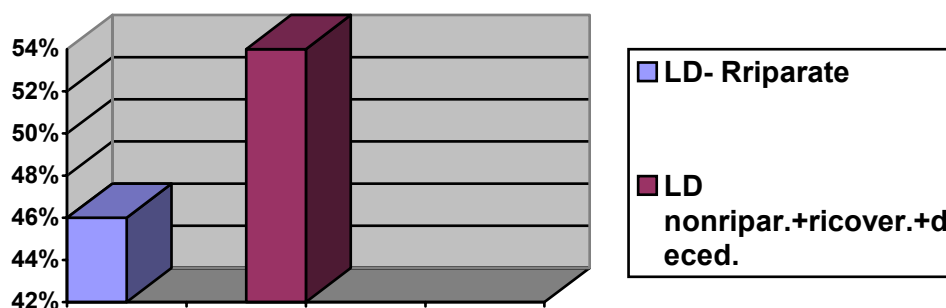
### % di LD riparate 1



Il ruolo che svolge l'assistenza alla persona allettata è stato valutato,raffrontando i pazienti dove è avvenuta la riparazione tessutale con tutti gli altri.

Si è riusciti (grafico B) a riparare la lesione solo nel 46 % dei pazienti.

**Schema B**



I pazienti in cui si è riparata la LD vivono in condizioni socio-economiche che hanno consentito una adeguata assistenza persona (capacità del Caregiver). Infine l'alimentazione. Nessuno dei 380 pazienti affetti da LD seguiva programmi dietetici specifici, prima del nostro intervento. Questo nonostante molti pazienti erano stati ricoverati nel recente passato senza che fosse fornito ai familiari informazioni sul tipo di alimentazione o schemi dietetici.

## **CONCLUSIONI**

Il raggiungimento in una alta percentuale di pazienti della riparazione tissutale e l'assenza di decessi correlati a cause settiche dimostrano l'efficacia delle medicazioni avanzate nel trattamento delle lesioni da decubito (LD). Consentono il controllo dell'eventuale contaminazione batterica e possono essere mantenute in situ per più giorni senza che questo incida sui tempi di guarigione. Questo si è rilevato utile soprattutto nei momenti in cui, per problemi organizzativi, non si è potuto garantire il cambio giornaliero della medicazione, non compromettendo per questo la riparazione tissutale. Le medicazioni avanzate si sono rivelate un mezzo valido ed affidabile per il trattamento delle LD. in ambiente domiciliare.

La medicazione non è l'unico tempo per la cura di questo tipo di patologia. Oltre al trattamento della patologia che ha causato l'allettamento, un ruolo fondamentale lo riveste l'assistenza alla persona allettata. Questo aspetto è strettamente correlato alle condizioni socio-economiche in cui vive il paziente e alla possibilità (economica) di avere personale che lo accudisca nell'arco delle 24 ore. Compito che sempre più frequentemente è svolto da cittadini extracomunitari senza nessuna competenza specifica.

A questo va aggiunta la scarsa importanza che viene data alla alimentazione nel processo di riparazione tissutale. Non vi è nessuna attenzione nella pratica quotidiana, al tipo di dieta che viene somministrata al paziente allettato al punto che non ci siamo mai imbattuti in piani dietetici scritti.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Winter G.D. " Formation of the scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig " *Nature* 1962; 193: 293-294
2. Winter G.D.: " Healing of skin wounds and the influence of dressings on repair process". Bradford University Press 1971: 46 - 60
3. Thomas D.R. ( 1997a). The role of nutritional in prevention and healing of pressure ulcers. *Clinics in Geriatrics Medicine*, 13(3), 497-511
4. Gray D. et al. : Nutrition and wound healing : what is the link? *Journal of Wound Care* - March, vol.10 n.3, 2001
5. AHCPR - "Pressure ulcers in adults: prediction and prevention", AHCPR Publication n.92 - 0047 May 1992
6. AHCPR - " Treatment of pressure ulcers", AHCPR Publication n° 95-0652 December 1994

