

Ecco uno schema ad elenco puntato del testo:

- **Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito:**
 - o Rilevante problema di assistenza sanitaria in ambito domiciliare e ospedaliero.
 - o Indica la qualità dell'assistenza ricevuta.
 - o Prevenzione e valutazione precoce del rischio sono cruciali.
 - o Crescita del problema legata all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie invalidanti.
 - o Le lesioni da decubito richiedono trattamento lungo, ripetuto e costoso, impiegando risorse umane, materiali e tecnologiche.
- **Definizione e terminologia:**
 - o Ulcera da decubito, piaga da decubito, ulcera da pressione sono termini usati per descrivere una lesione tissutale.
 - o Lesione tissutale necrotica che interessa epidermide, derma, strati sottocutanei, muscolatura e ossa nei casi più gravi.
 - o La terminologia più comune è “ulcera da pressione”, in linea con il National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).
- **Cause delle ulcere da pressione:**
 - o Derivano da ischemia localizzata causata dalla compressione dei tessuti tra una prominenza ossea e una superficie esterna (materasso, carrozzina, letto).
 - o Compressa per lungo periodo, causando stress meccanico e strozzatura dei vasi sanguigni.
- **Fattori di rischio:**
 - o Sedi predisposte sono le prominenze ossee.
 - o Insorgono principalmente in seguito a decubito prolungato in posizione obbligata.
 - o Aumento della problematica dovuto a:
 - Invecchiamento della popolazione.
 - Aumento delle patologie croniche e degenerative.
 - Maggiore sopravvivenza grazie alle terapie, con incremento di pazienti cronici complessi.
- **Incidenza e prevalenza:**
 - o L'incidenza e prevalenza rimangono indeterminate.
 - o Dati del NPUAP (2009) evidenziano variabilità dell'incidenza:
 - 0,4%-38% in strutture per acuti.
 - 2,3%-28% in strutture di lungodegenza.
 - 0%-29% in ambito domiciliare.
 - o Studio europeo stima una prevalenza del 18,1% su 5947 pazienti a rischio con punteggio Braden < 17.
 - o In Italia, prevalenza dell'8,3%, con il 69,8% dei pazienti che sviluppano lesioni da decubito pur non essendo considerati a rischio.
 - o Studi americani riportano una prevalenza del 27% in 535 pazienti ricoverati con rischio valutato tramite scala Braden <17 e età media di 71 anni.
 - o Studio USA (1990-2001) indica le lesioni da decubito come causa di morte in 3,79 su 100.000 persone.

Ecco uno schema ad elenco puntato del testo sulla fisiopatologia delle ulcere da decubito:

- **Fattore patogenetico principale: pressione sui tessuti**
 - o La compressione diventa lesiva quando supera i 32 mmHg (pressione di chiusura dei capillari) e persiste nel tempo.
 - o Causa:

- Diminuzione della circolazione sanguigna
 - Arresto del flusso capillare
 - Ischemia e ipossia
- **Effetti della compressione**
 - o Variazioni in base a:
 - Entità e durata della compressione
 - Sede e spessore tissutale
- **Processo a cascata dovuto alla riduzione della circolazione sanguigna**
 - o **Ipossia tissutale**
 - o **Emorragia interstiziale** per danno alla parete capillare
 - Manifestazione con eritema permanente
 - o Accumulo di cataboliti tossici nel tessuto
 - o Aumento della permeabilità capillare e dilatazione vasale
 - o **Formazione di edema** e infiltrazione cellulare
 - o **Metabolismo anaerobio** in assenza di ossigeno:
 - Produzione di sostanze tossiche e acidosi locale
 - Ulteriore aumento della permeabilità vasale
 - Formazione di trasudato e edema
 - Sofferenza cellulare e necrosi
- **Tessuti più vulnerabili**
 - o Tessuto adiposo sottocutaneo
 - o Dotti escretori delle ghiandole sudoripare
- **Estensione della necrosi**
 - o Inizialmente coinvolge i piani sottocutanei, non la cute
 - o La necrosi cellulare inizia dai piani sottocutanei esposti alla pressione sulle prominenze ossee
 - o **Lesioni sottominate:** la necrosi del sottocute e delle parti molli è più ampia rispetto alla necrosi cutanea visibile

Fattori patomeccanici estrinseci o primari

- **Ischemia tissutale:**
 - o Determinata da fattori "meccanici" esterni.
 - o Fattori principali: intensità e durata della pressione, forza di stiramento e immobilità.
 - o Senza la presenza di una delle forze esterne, non si può parlare di lesione da decubito.
- **Intensità della pressione:**
 - o Definita come la quantità minima di pressione necessaria per collassare un capillare.
 - o Se la pressione supera 16-32 mmHg, il vaso si occlude causando ischemia tissutale.
- **Durata della pressione:**
 - o Più importante rispetto all'intensità.
 - o Pressioni di bassa intensità prolungate causano danni tissutali rispetto a pressioni di alta intensità di breve durata.
 - o Le pressioni prolungate impediscono l'ossigenazione e causano necrosi tissutale.
 - o Dopo ischemia, la vasodilatazione (iperemia reattiva) provoca arrossamento della pelle.
- **Forza di frizione e stiramento:**
 - o Incide maggiormente nei pazienti ospedalizzati, soprattutto nei pazienti acuti.
 - o La frizione e stiramento aumentano il rischio di lesioni da decubito.
- **Immobilità:**
 - o Maggiore fattore estrinseco associato alla formazione di ulcere da decubito.

- o Ulcere da decubito si sviluppano in zone come occipitale, sacrale, talloni, malleoli e trocanteri.
- o Pazienti con paralisi, sistema neurologico compromesso o sedazione prolungata non percepiscono la pressione, quindi non effettuano cambiamenti di posizione.
- o Nei pazienti mobili, i cambiamenti di posizione avvengono ogni 15 minuti durante il sonno.
- **Durata della pressione nei pazienti chirurgici:**
 - o Durata maggiore di 2,30 ore sul lettino operatorio aumenta il rischio di ulcere da decubito.
 - o Altri fattori di rischio: sedazione, mio rilassamento, ipotermia, perdite ematiche.
- **Forza di stiramento o frizione:**
 - o Deformazione tangenziale che provoca lesioni del tessuto sottostante (micro trombosi e necrosi).
 - o Si verifica quando la pelle scivola sulla superficie del letto o durante il trasferimento tra letto e barella.
- **Sfregamento:**
 - o Causa abrasioni sulla pelle, danneggiando lo strato corneo.
 - o Non contribuisce direttamente alla formazione di ulcere da decubito, ma riduce la resistenza della pelle e la rende più suscettibile alla necrosi.
- **Umidità:**
 - o Aumenta la fragilità della pelle e la rende più vulnerabile.
 - o Può causare macerazione e alterazione del pH, riducendo la funzione barriera della pelle.
 - o Importante in caso di incontinenza e sudorazione eccessiva.

Fattori patofisiologici - intrinseci o secondari

- **Fattori che influenzano la formazione e la guarigione delle ulcere da pressione:**
 - o Oltre alla pressione sui tessuti, altri fattori patofisiologici giocano un ruolo significativo.
- **Condizioni che influenzano la formazione delle ulcere da pressione:**
 - o **Malnutrizione**
 - o **Età maggiore di 70 anni**
 - o **Alterazioni della perfusione e ossigenazione**
 - o **Febbre**
 - o **Stato generale di salute** (Wann-Hansson, Hagell, Willman, 2008)
- **Malnutrizione, cachessia e obesità:**
 - o Il paziente malnutrito ha un maggior rischio di lesioni da decubito.
 - o L'obesità aumenta il rischio a causa di una ridotta proporzione di circolo capillare rispetto alla massa tissutale, causata da un eccesso di tessuto adiposo.
 - o L'alterato stato nutrizionale favorisce lo sviluppo di ulcere da pressione (Horn et al., 2002).
 - o Indicatori nutrizionali importanti: livelli di albumina serica inferiori a 3 g/dL, riduzione del peso e delle calorie introdotte.
- **Ipossia tissutale:**
 - o Aumenta la probabilità di lesioni da decubito, peggiorando l'ischemia da compressione (Waldrop e Doughty, 2000).
 - o Determinata da:
 - Aumento delle richieste di ossigeno (febbre persistente).
 - Riduzione dell'apporto di ossigeno (ipotensione, politrauma, insufficienza respiratoria o cardiaca).

- Trattamenti intensivi con agenti adrenergici che causano vasocostrizione periferica.
- **Anziani (età > 70 anni):**
 - o Maggiore suscettibilità alla formazione di ulcere da pressione a causa di modificazioni fisiologiche della cute e del tessuto sottocutaneo:
 - Assottigliamento della giunzione dermo-epidermica.
 - Alterata permeabilità cutanea e ridotta elasticità.
 - Ridotta percezione sensoriale e capacità di reazione infiammatoria.
 - Ridotta capacità rigenerativa cellulare, rallentando la guarigione (difficoltà nella sintesi di collagene e riepitelizzazione).
- **Riduzione della sensibilità:**
 - o Comporta minore percezione del dolore nei pazienti allettati, che modificano meno frequentemente la loro posizione a letto o sulla sedia.
 - o **Diabete e ictus:**
 - La neuropatia diabetica altera la sensibilità periferica.
 - L'ictus aumenta la pressione cutanea a causa di:
 - Ipotonia muscolare.
 - Riduzione della sensibilità e mobilità nella parte lesa.
- **Assunzione di farmaci:**
 - o Alcuni farmaci aumentano il rischio di lesioni da decubito, influenzando la tollerabilità del tessuto (es. farmaci adrenergici).
 - o Alcuni farmaci ritardano la guarigione delle ulcere da pressione:
 - **Anticoagulanti:** influenzano la coagulazione sanguigna.
 - **Antiinfiammatori:** sopprimono la sintesi proteica, riducono l'infiammazione, rallentano la contrazione della ferita e l'epitelizzazione.
 - **Steroidi:** riducono la risposta infiammatoria e rallentano la sintesi del collagene.

PUBBLICHERO' PROSSIMAMENTE I CAPITOLI DEI TRATTATI,
 SOTTOFORMA DI SCHEMI.
 PER QUALSIASI COSA CONTATTAMI AL SEGUENTE INDIRIZZO
 EMAIL: cavallaro.raffaele63@gmail.com