

Lesioni da decubito in medicina palliativa

Massimo Bernardo

Geriatra - Sezione Cure Palliative, Ospedale di Bolzano

Corrispondenza a:

Massimo Bernardo

e-mail: massimo.bernardo@asbz.it

Riassunto

Le lesioni da decubito devono sempre essere prevenute attraverso una valutazione corretta dei pazienti. Qualora siano presenti, è necessario un approccio globale al malato e non solo scegliere il tipo di medicazione più appropriato in base alle caratteristiche della lesione cutanea. In un setting di cure palliative l'obiettivo può diventare il controllo del dolore, dell'odore e delle infezioni, al fine di mantenere la miglior qualità di vita possibile per il malato e la sua famiglia.

Parole chiave: cure palliative, lesioni da decubito.

Summary

The key to pressure ulcers care is prevention by correct assessment. If the patient has a skin ulcer, a global approach is necessary and not the simple choice of the best topical medication. In a palliative care setting goals can be control of pain, odor and infection to maintain the best possible quality of life for the patient and family.

Key words: palliative care, pressure ulcer.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni le conoscenze sulla fisiopatologia delle piaghe da decubito hanno fatto notevoli progressi e, di conseguenza, moltissimi sono i presidi tecnici e le medicazioni proposte dall'industria per i pazienti a rischio o già piagati.

Le difficoltà nascono quando ci si trova di fronte a pazienti in cui le condizioni generali, lo stato di nutrizione e la capacità di mobilitazione sono gravemente compromesse a causa della fase avanzata della loro malattia. Le ultime fasi della vita di tutti questi malati sono caratterizzate da elementi comuni quali riduzione del *performance status*, ridotta mobilità, malnutrizione ed astenia, che rendono le lesioni da decubito molto comuni.

È necessario, allora, un atteggiamento particolare: l'obiettivo diviene non più la guarigione della lesione, ma il prendersi

cura in senso globale della persona e della sua famiglia, ponendo davanti a tutto il malato, la sua volontà, le sue aspettative e la sua dignità di uomo.

Su queste basi si sviluppa il concetto di cura palliativa della piaga, che consiste in tutti quegli interventi volti alla prevenzione della colonizzazione batterica locale e della sepsi, all'attenuazione della sintomatologia dolorosa, al controllo dell'odore, dell'essudato, delle emorragie e delle complicanze psicologiche e sociali che questa patologia comporta. Per tale motivo la soluzione non si troverà nell'esasperata ricerca di un prodotto miracoloso a utilizzo locale, ma saranno necessari interventi diversi e coordinati.

Le piaghe da decubito sono una condizione che si riscontra frequentemente nei pazienti in fase terminale, avendo un'incidenza del 26%⁽¹⁾. In hospice la prevalenza media è del

21%⁽²⁾ e il 17% dei pazienti sviluppa lesioni dopo l'ammissione⁽³⁾. Se si considerano solo i pazienti anziani, l'incidenza sale, tuttavia, al 33%, a causa della polipatologia che li costringe ad una lunga permanenza a letto⁽⁴⁾.

Viste le condizioni cliniche della maggior parte dei pazienti affetti da patologia neoplastica in fase terminale, questa elevata percentuale di lesioni è comprensibile e, secondo alcuni Autori, addirittura inevitabile⁽⁵⁻⁷⁾.

Il problema è di rilevante importanza, poiché le conseguenze delle lesioni da decubito non sono solo la sofferenza, l'incremento della mortalità e il peggioramento della qualità della vita del paziente^(8, 9), ma anche un aumento dei tempi e dei costi assistenziali, di cui oggi è necessario tener conto⁽¹⁰⁾.

L'adozione di linee guida all'interno delle strutture che si occupano di pazienti in fase avanzata di malattia, adottate oggi solo dal 61% delle unità per cure palliative⁽¹¹⁾, consente di predisporre degli schemi di trattamento condivisi e di sensibilizzare il personale ad affrontare correttamente questo complesso aspetto assistenziale.

In certi pazienti, nonostante intensivi programmi di prevenzione e cure, le piaghe possono comunque comparire o peggiorare⁽¹²⁾. È quindi fondamentale comprendere come per pazienti in fase terminale il trattamento si debba in molti casi limitare solamente al sollievo dei sintomi per migliorare il più possibile la qualità di vita, piuttosto che concentrarsi su prevenzione o trattamento attivo delle ulcere^(13, 14).

Per piaga da decubito si intende una lesione che si sviluppa quando la cute e i tessuti molli sottostanti rimangono compressi tra una superficie rigida e il piano osseo sottostante per un periodo prolungato di tempo.

I fattori locali responsabili della comparsa di lesioni da decubito sono, oltre alla compressione, le forze di trazione o stiramento, che si sviluppano quando il corpo del paziente, posto in posizione semiseduta, tende a scivolare verso il basso, le forze di attrito, che si sviluppano dallo sfregamento ripetuto della cute sul piano di appoggio e la macerazione, causata da un eccesso di umidità.

I fattori generali sono rappresentati da tutte quelle patologie che determinano immobilità attraverso meccanismi fisiopatologici differenti: l'azione diretta sugli organi deputati alla programmazione e all'esecuzione del movimento, l'induzione di instabilità posturale o debolezza muscolare e l'azione sul tono dell'umore.

L'immobilizzazione trova un terreno fertile per indurre la comparsa di lesioni da decubito quando si associano altri fattori favorevoli, quali età avanzata, malnutrizione e disidratazione, anemia, ipertensione, ischemia, diabete, infezioni, uso di sedativi, terapia steroidea, infezioni, radioterapia, chemioterapia, insufficiente attività da parte del personale di assistenza.

Le piaghe da decubito vengono oggi suddivise in quattro stadi, utilizzando la classificazione proposta dalla National Pressure Ulcer Advisory Panel⁽¹⁵⁾.

La localizzazione delle lesioni da decubito varia a seconda della posizione del paziente nel letto, ma il 79% di queste, nel caso di pazienti in cure palliative, interessa la regione sacrale⁽¹²⁾.

PREVENZIONE

La prevenzione delle lesioni da decubito è parte integrante delle cure al paziente in fase avanzata di malattia⁽¹⁴⁾, poiché è fondamentale evitarne in ogni modo la comparsa, che porta con sé aspetti estremamente sgradevoli e dolorosi. In una recente analisi dei sintomi maggiormente responsabili di sofferenza nei pazienti in fase terminale, le ulcere vengono infatti classificate dopo dolore, stipsi e dispnea, ma prima della cachessia-anoressia⁽⁵⁾.

Il primo passo consiste nella identificazione dei soggetti a rischio che necessitano di misure preventive⁽¹⁵⁾, intervento che rappresenta già uno strumento efficace nella riduzione dello sviluppo successivo di piaghe da decubito^(9, 18). La scala attualmente più utilizzata è quella di Norton⁽¹⁹⁾, considerata di rapido utilizzo e di buona sensibilità. La scala di Braden⁽²⁰⁾ è l'unica che prende in considerazione attrito, scivolamento e macerazione, mentre quella di Waterlow⁽²¹⁾ risulta essere la prescelta dalla maggior parte delle unità di cure palliative anglosassoni. Nessuna di queste scale è specifica per pazienti in cure palliative⁽¹⁷⁾ e l'unica scala proposta per l'*assessment* del rischio specifica per le cure palliative, la scala Hunters Hill⁽²²⁾, non è stata a tutt'oggi ancora validata.

Una volta quantificato il rischio, la prevenzione deve essere pianificata e deve garantire una continuità di interventi adeguati che, secondo le linee guida della AHCP⁽¹⁷⁾, si concentrano su igiene e cura della cute, mobilitazione e alimentazione (Tabella 1).

TRATTAMENTO

La genesi delle piaghe da decubito è chiaramente un evento multifattoriale e comprendere come sia necessario un approccio globale al paziente è presupposto fondamentale per ogni approccio terapeutico: curare un decubito non significa scegliere il miglior trattamento locale, ma garantire un adeguato trattamento generale, curare, cioè, il paziente e non solo alcuni centimetri quadrati della sua cute.

La terapia delle lesioni cutanee è centrata sul concetto di

Tabella I. Prevenzione delle piaghe da decubito secondo le linee guida della AHCPR.

Igiene e cura della cute

- Pulizia della cute utilizzando acqua tiepida e detergenti sintetici che rispettino il pH fisiologico
- Asciugatura della cute per tamponamento e non per sfregamento
- Pulizia ogni volta che il paziente urina o defeca
- Biancheria del letto rinnovata ogni volta che è bagnata o sporca
- Usare sostanze emollienti e idratanti
- Evitare massaggi energici
- Limitare i preparati a base di ossido di zinco
- Evitare prodotti a contenuto alcolico e l'applicazione di cerotti sulla cute
- Ridurre le forze di attrito e stiramento attraverso corrette tecniche di posizionamento
- Attenzione alle superfici rigide, alla posizione dei cateteri, al peso delle coperte e alla presenza di corpi estranei nel letto

Mobilizzazione

- Mobilizzare il paziente possibilmente ogni due ore evitando di trascinarlo sul piano del letto
- Utilizzare sollevatori per muovere i pazienti non in grado di collaborare
- Alternare la posizione supina a quella obliqua a 30° a sinistra e destra
- Non sollevare la parte superiore del letto oltre i 30°
- La mobilizzazione va attuata anche se il paziente si trova in posizione seduta (ogni 30 minuti)
- Evitare di posizionare il paziente sopra la piaga
- Utilizzare materassi e presidi antidecubito

Alimentazione

- Garantire il giusto apporto di calorie, proteine, vitamine e sali minerali
- Idratazione
- Supplementi di vitamina A, C e zinco

Wound Bed Preparation⁽²³⁾; partendo dai meccanismi patogenetici delle ferite croniche, viene proposto un approccio sistematico al trattamento scegliendo gli interventi adeguati al tipo di lesione (Figura 1).

I principi base consistono: 1) nella preparazione del letto dell'ulcera per favorire la guarigione attraverso la detersione del fondo dell'ulcera, la rimozione del tessuto necrotico, la medicazione, il trattamento delle infezioni; 2) nella protezione della cute perilesionale.

Detersione dell'ulcera

La detersione della piaga va eseguita ad ogni cambio di medicazione in modo da rimuovere tutti i residui presenti sul letto della ferita. Il metodo migliore per detergere la lesione è l'irrigazione a bassa pressione o a caduta con Ringer lattato o fisiologica a temperatura ambiente.

Rimozione del tessuto necrotico

Il *debridement* dei tessuti necrotici è considerato il passo più importante da compiere per dare l'avvio alla guarigione, poiché la necrosi crea condizioni favorevoli alla proliferazione batterica e impedisce lo sviluppo del tessuto di granulazione. Esistono quattro possibilità per rimuovere il tessuto necrotico: **Sbrigliamento enzimatico:** si utilizzano preparati contenenti enzimi proteolitici che hanno il compito di digerire la fibrina; si applicano in leggero strato sul tessuto necrotico e vanno applicati almeno ogni 12 ore proteggendo i tessuti sani circostanti.

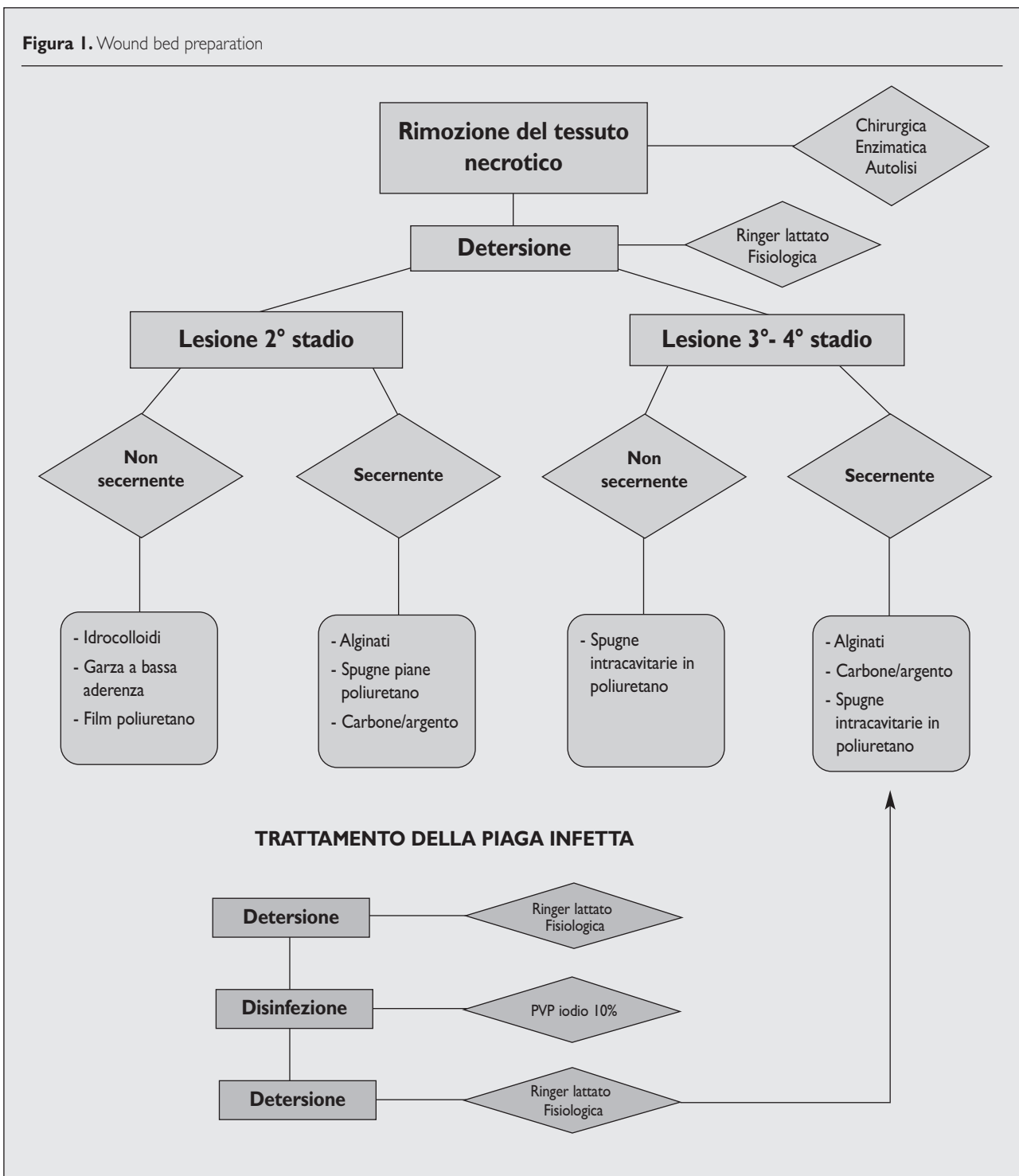
Sbrigliamento autolitico: si utilizzano idrogel che contengono una matrice polimerica idrofila di amido che si rigonfia assorbendo l'essudato e facilitando lo scioglimento dei tessuti necrotici ad opera di enzimi fisiologicamente presenti nei liquidi della lesione. Possono essere utilizzati anche su escare secche poiché, reidratandole, ne favoriscono il distacco dalla cute sana.

Sbrigliamento chirurgico: asportazione graduale dei frammenti necrotici, adatta soprattutto in presenza di escare secche e ben adese. È una procedura dolorosa e necessita pertanto di adeguato trattamento antalgico preventivo.

Medicazione

Il tipo di medicazione da utilizzare va scelto in base alle caratteristiche della ferita e alla quantità di essudato prodotta.

Figura 1. Wound bed preparation



Una medicazione ideale dovrebbe:

- mantenere un microambiente umido che favorisca i processi di guarigione;
- assicurare una protezione meccanica e da contaminazioni (feci e urine);
- permettere la rimozione degli essudati in eccesso;
- assicurare l'isolamento termico e mantenere una temperatura costante;

- permettere gli scambi gassosi;
- essere impermeabile ai microrganismi;
- non provocare traumi alla rimozione ed essere innocua per la cute perilesionale;
- essere maneggevole e di basso costo.

Nessuna delle medicazioni attualmente disponibili sul mercato possiede tutte queste caratteristiche, per cui la scelta va sempre fatta in base alle caratteristiche della lesione.

Pellicole semipermeabili in poliuretano. Sono medicazioni sottili, sterili, costituite da polimeri di poliuretano; sono autoadesive, elastiche e flessibili, trasparenti per poter controllare lo stato della ferita, e permeabili ai gas e al vapore acqueo, ma non all'acqua e ai batteri. Consentono, così, il mantenimento di un ambiente caldo-umido, ideale per la guarigione. Non hanno alcun potere assorbente e si utilizzano, quindi, su lesioni superficiali non essudanti o come medicazione secondaria.

Garze a bassa aderenza. Sono medicazioni composte da una rete di viscosa o cotone impregnata di paraffina associata o meno a principi attivi (iodio, clorexidina, argento) o silicone. Impediscono l'adesione della medicazione alla ferita e sono quindi indicate per ferite superficiali secche.

Idrocolloidi. Si tratta di medicazioni formate da uno strato interno aderente alla lesione e uno esterno in poliuretano semipermeabile che isola la lesione da eventuali contaminazioni. Lo strato interno è costituito da particelle idrocolloidali assorbenti che, in presenza di essudato, si espandono assorbendolo e formando un gel. Trovano impiego su lesioni superficiali che producono modiche quantità di essudato, ma sono sconsigliate per ferite molto essudanti o infette. Possono trovare applicazione su ferite necrotiche, in quanto favoriscono lo sbrigliamento dei tessuti avviando i processi di autolisi.

Alginati. Sono medicazioni ricavate da alghe e contenenti alginato, un polisaccaride ad alto potere assorbente. A contatto con l'essudato, si trasformano in un gel che contribuisce a mantenere le condizioni di ambiente caldo-umido favorevoli alla guarigione. Trovano applicazione, quindi, nelle lesioni superficiali o profonde che producono abbondanti quantità di essudato. La presenza di ioni Ca^{++} conferisce a queste medicazioni anche un buon effetto emostatico, che le rende adatte per ferite sanguinanti.

Schiume in poliuretano. Sono medicazioni sintetiche che non aderiscono alla ferita e dotate di buona capacità di assorbi-

mento degli essudati. Sono formate da due strati, esterno in poliuretano idrofobico, che funge da barriera nei confronti dell'ambiente esterno, e interno, costituito da membrane microporose idrofile che assorbono unidirezionalmente l'essudato. Trovano indicazione su ferite superficiali o profonde con abbondante produzione di essudato. L'aggiunta di uno strato di silicone antiaderente a immediato contatto con la ferita e con la cute circostante consente di ridurre il trauma alla ferita, alla cute perilesionale e il dolore per il paziente durante la rimozione della medicazione.

Ulteriori tipi di medicazioni. **Idrofibre:** medicazioni composte da fibre di carbossimetilcellulosa ad elevato potere assorbente, simili agli alginati e indicate, quindi, per lesioni molto essudanti. **Medicazioni contenenti ioni metallici:** in cui la superficie di contatto con la ferita viene arricchita di ioni metallici di argento che proteggono dalla contaminazione e sono dotati di azione antimicrobica prolungata. **Carboni:** medicazioni assorbenti a base di carbone attivo con aggiunta di ioni metallici dotate di buona capacità di assorbimento di essudati e neutralizzazione degli odori. Trovano impiego su lesioni maleodoranti o infette.

Trattamento delle ferite infette: disinfezione

La disinfezione è da riservare unicamente alle lesioni infette poiché ogni disinfettante, oltre all'azione antibatterica, possiede un effetto lesivo sulle cellule sane e soprattutto sul tessuto di granulazione. Non vi sono prove che la contaminazione batterica interferisca con i processi di guarigione, per cui è da evitare l'uso di antisettici regolarmente su ogni lesione. Quando dalla semplice contaminazione si passa alla colonizzazione, cioè all'attiva replicazione dei batteri e al loro consistente aumento, fino a giungere all'infezione con reazione dell'ospite, il processo di guarigione si arresta e le condizioni cliniche del paziente peggiorano. La ferita cambia aspetto per comparsa di discromie superficiali, aumento dell'essudato e dell'odore, cellulite e infiammazione della cute perilesionale e facilità di sanguinamento⁽²⁵⁾. In questo caso è necessario eliminare l'infezione con agenti antimicrobici appropriati, quali la clorexidina in soluzione acquosa allo 0,05% o lo iodio-povidone in soluzione acquosa al 10%. Dopo la disinfezione, la ferita deve essere nuovamente detersa con soluzione di Ringer o fisiologica prima di applicare la medicazione. Da escludere, invece, l'utilizzo di antibiotici topici per l'elevato rischio di

sviluppo di resistenze batteriche e di reazioni allergiche. La cute perilesionale va protetta con emulsione acqua/olio, se secca, oppure con creme grasse o paste all'ossido di zinco per evitare la macerazione nelle ferite con abbondante essudazione. Quando possibile, è da evitare l'uso di cerotti, che, alla loro rimozione, non solo danneggiano la cute sana, ma provocano ulteriore fastidio o dolore al paziente.

CURARE NEL RISPETTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA

Il progressivo declino funzionale dei pazienti fragili in fase terminale si ripercuote sullo stato clinico e sul benessere. Questo porta a un cambiamento costante nelle abitudini alimentari, a depressione, isolamento sociale e a una graduale riduzione dell'attività motoria; tali fattori condizionano la comparsa e la gravità di lesioni da decubito che, nella maggior parte dei casi, non mostrano poi alcuna tendenza alla guarigione, spesso anche per la presenza di altre patologie sottostanti che concorrono ad aggravare lo stato clinico.

Quando una lesione da decubito non guarisce, è stato calcolato che la mortalità aumenta di tre volte⁽²⁶⁾. La comparsa di ulcere da decubito è generalmente vista come conseguenza di una condotta negligente e di *malpractice* da parte del personale di assistenza^(26, 27).

La comparsa di lesioni da decubito diviene per molti Autori indicatore di una scarsa qualità dell'assistenza^(28, 29), ma questo punto di vista deve essere rivalutato in un *setting* di cure palliative, più centrato sui bisogni del paziente che sulla semplice misura degli *outcomes*^(30, 31).

In questi casi è allora opportuno che il trattamento delle lesioni cutanee si concentri soprattutto sulla eliminazione di dolore, odore e infezione, sulla ridotta percezione di sé e sull'isolamento sociale che queste comportano.

I risvolti spiacevoli, quali l'odore e le secrezioni abbondanti, l'aspetto delle ulcere e la sofferenza, disturbano notevolmente non solo il paziente, ma anche la famiglia. La comparsa di un'ulcera può inoltre generare l'idea che il livello assistenziale non sia stato adeguato alle necessità, generando una sensazione di fallimento e la ricerca esasperata del ricorso all'istituzionalizzazione⁽³²⁾.

Nelle cure palliative, poiché il paziente spesso viene trasferito dall'ospedale o dall'hospice al domicilio, l'educazione dei familiari e delle altre figure non professionali che si

occuperanno dell'assistenza, diviene un punto cruciale^(17, 22, 33). Gli strumenti utilizzati per la valutazione del rischio di sviluppare lesioni da decubito non tengono in considerazione le condizioni in cui il paziente è costretto a mantenere obbligatoriamente una sola posizione, o altre situazioni comuni nella fase terminale come cachessia, uso di steroidi, dolore⁽³⁴⁾, condizioni della cute⁽³⁰⁾, patologie correlate limitanti il movimento⁽³⁵⁾. Vi sono delle condizioni nelle quali il paziente è a suo agio e non lamenta dolore solo se viene messo in una determinata posizione, come in caso di dolore incidente, metastasi ossee, fratture patologiche, malattie polmonari, invasione del plesso sacrale. In altre situazioni la mobilitazione risulta estremamente difficoltosa non solo per il paziente, ma anche per il *caregiver*, a causa di emi- o paraplegia, contratture, ascite, obesità, anasarca, demenza, *delirium*, uso di sedativi. Le manovre di mobilitazione del paziente, punto nodale nelle misure di prevenzione, possono così divenire fonte di dolore, in contrasto, quindi, con le priorità della medicina palliativa. In questi casi la sofferenza legata alla postura è spesso più dolorosa e insopportabile rispetto a quella causata dalla lesione da decubito, per cui è sicuramente più appropriato lasciare il paziente nella posizione per lui più tollerabile, piuttosto che disturbarlo con la mobilitazione.

Alternative per risolvere questa situazione possono essere la premedicazione del paziente, l'uso di materassi antidecubito o accettare che compaia una nuova piaga. In queste condizioni, infatti, la comparsa di ulcere è spesso inevitabile e non riflette sicuramente una negligenza dal punto di vista assistenziale⁽⁵⁾. La stessa prescrizione di oppioidi a scopo antalgico potrebbe aumentare il rischio di lesioni da decubito per la compromissione dello stato cognitivo^(36, 37), ma si potrebbe al contrario affermare che un'adeguata analgesia possa aumentare il livello di attività fisica del paziente riducendo, quindi, il rischio. Il trattamento palliativo delle lesioni cutanee croniche consiste nel creare le condizioni che impediscano un ulteriore peggioramento della ferita, nel prevenire le infezioni e nel migliorare il benessere del paziente, controllando il dolore e trattando altri sintomi, come l'odore sgradevole e l'eccessiva produzione di essudato^(38, 39).

Evitare il peggioramento della ferita e il controllo dell'odore
Il paziente in fase avanzata di malattia che presenta un'escara secca a copertura della lesione non trarrà alcun beneficio

dalla sua rimozione con l'intento di preparare il letto della lesione per l'avvio dei processi di guarigione. L'escara non va rimossa, in quanto rappresenta una sorta di barriera verso gli insulti provenienti dall'ambiente circostante, annullando il rischio di contaminazione e infezione dei tessuti sottostanti. Solo se l'escara si presenta umida e con segni di infezione è necessario rimuoverla, privilegiando sempre tecniche non chirurgiche, come l'uso di enzimi proteolitici o idrogel.

Nel paziente con ulcera cronica deve essere adottata ogni misura onde evitare l'infezione, e il mantenimento di un letto della ferita pulito previene la formazione di cattivi odori o di essudati in eccesso. L'essudato è dannoso per la ferita e per i tessuti sani circostanti e, quando diviene eccessivo, l'estensione della lesione cutanea aumenta rapidamente. Ma l'essudato in eccesso è soprattutto causa di cattivo odore, che ha un effetto devastante sulla qualità di vita del paziente. L'odore può essere controllato agendo sulle cause che lo determinano o, se questo non è sufficiente, adottando strategie ambientali. La detersione e il *debridement* della ferita sono tecniche efficaci per eliminare le fonti di cattivo odore. Nelle ferite con abbondante essudazione possono essere utilizzate medicazioni a base di alginati, idrofibre o contenenti carbone attivo e argento, che hanno un'elevata efficacia nella neutralizzazione dei cattivi odori⁽³⁸⁾. Se la ferita è di piccole dimensioni e molto secerne, può essere applicata una sacca per stomia⁽⁴⁰⁾. L'odore può essere ridotto anche attraverso l'uso del metronidazolo per via sistemica o per applicazione topica in gel⁽⁴¹⁾. L'uso di deodoranti ambientali o di candele profumate consente di migliorare l'ambiente in cui vivono il paziente e la sua famiglia⁽⁴²⁾.

Il controllo del dolore

Molto poco esiste in letteratura sul dolore provato dai pazienti in fase avanzata di malattia con ferite cutanee croniche, ma è appurato che si tratta di un problema di grande rilevanza e che riduce notevolmente la qualità di vita⁽⁴³⁾. Oltre al dolore legato alla presenza della ferita cutanea, può esserci il dolore provocato dalla sua manipolazione o dai cambi di posizione. Inoltre, il dolore che una lesione da decubito determina non è mai proporzionale alle sue dimensioni e la sua valutazione può essere complicata dalla incapacità di molti pazienti a descriverne l'intensità, che in molti casi è elevata⁽⁴⁴⁾. Esiste un diffuso pregiudizio, cioè che le lesioni da decubito e

i trattamenti su di esse non generano dolore, poiché si rimuove tessuto necrotico e devitalizzato. Non c'è da meravigliarsi, quindi, se nessuna scala per la valutazione del rischio prenda in esame il dolore e se solo nel 2002 la European Wound Management Association abbia prodotto un documento sulla necessità di valutare il dolore durante la medicazione delle lesioni cutanee⁽⁴⁵⁾.

Il dolore che accompagna le lesioni da decubito è dovuto a stimolazione dei nocicettori periferici a causa delle alterazioni chimiche dei tessuti e all'accumulo di mediatori algogeni⁽⁴⁶⁾. A ciò si aggiunge la concomitanza frequente di alterazioni neurologiche periferiche, che complicano il quadro clinico con sovrapposizione di un dolore neuropatico. Quando la ferita cutanea non guarisce, la risposta infiammatoria prolungata provoca un'iperalgia sia a livello della lesione, sia della cute circostante⁽⁴⁷⁾. Il dolore è spesso continuo, ma viene accentuato dai movimenti, dal contatto con superfici estranee e da procedure come le manovre di pulizia della ferita e di medicazione. Fattori ambientali e psicosociali, soprattutto le precedenti esperienze di dolore, possono poi influenzare la sensazione dolorosa dei pazienti. Il controllo del dolore attraverso un aggiustamento della posologia della terapia antalgica, l'uso di trattamenti topici o di medicazioni appropriate è un obiettivo importante delle cure palliative.

Riconosciuto come la lesione e ogni manovra su di essa possa essere fonte di dolore, è importante l'uso di analgesici prima di ogni cambio di medicazione, anche se spesso il dolore non risponde in modo soddisfacente alla terapia analgesica con paracetamolo od oppioidi⁽⁴⁸⁾.

In alternativa, può essere utilizzato localmente un gel contenente lidocaina, da porre sulla piaga circa 30 minuti prima delle manovre di medicazione^(49, 50).

Di recente sono apparsi studi che propongono l'uso topico di un gel di morfina per il controllo del dolore legato ad ulcerazioni cutanee, comprese le ulcere da decubito^(51, 52). Alcuni Autori hanno dimostrato l'esistenza di recettori periferici per la morfina⁽⁴⁶⁾ che vengono attivati dall'infiammazione⁽⁵³⁾ ed è su questi che agiscono gli oppioidi. La morfina può essere aggiunta a un idrogel e applicata una volta al giorno direttamente sulla lesione; la concentrazione comunemente proposta è allo 0,1% (1 mg di morfina per un grammo di idrogel)^(54, 55). Per ridurre l'ansia anticipatoria o concomitante agli interventi sulla lesione cutanea, può essere somministrato midazolam

alla dose di 2-3 mg sottocute 30 minuti prima dell'intervento. Il cambio della medicazione è una delle esperienze più dolorose per i pazienti affetti da lesioni croniche, anche a giudizio del personale infermieristico⁽⁴⁵⁾.

Le cause principali di dolore sono l'essiccazione della medicazione, la sua aderenza alla lesione e l'adesività alla cute perilesionale. Per quanto riguarda le medicazioni, quelle più dolorose sono, in ordine decrescente, le garze, i prodotti in maglia viscosa, i film, le schiume e gli idrocolloidi, idrogel, idrofibre, alginati e siliconi.

Al fine di ridurre il disagio e la sofferenza dei pazienti, è necessario che nello sviluppo delle nuove medicazioni si tenga conto anche della facilità di rimozione, che deve essere non solo atraumatica per il letto della ferita e i tessuti circostanti, ma anche indolore per il paziente⁽⁵⁶⁾.

Nutrizione

Nonostante quanto riportato dalle linee guida e dai protocolli, sono disponibili pochi studi che provino l'efficacia di uno specifico trattamento nutrizionale per i pazienti in fase avanzata di malattia con lesioni cutanee da decubito, che spesso si presentano cachettici⁽⁵⁷⁾.

Supplementi nutrizionali non modificano la sopravvivenza o lo stato nutrizionale del paziente e non è chiaro, quindi, se questi interventi diano o meno dei benefici sintomatici⁽⁵⁸⁾.

Il posizionamento di una gastrostomia o di un catetere venoso centrale possono essere controindicati per la ridotta aspettativa di vita, per il rischio di infezioni o per difficoltà legate a una ridotta *compliance* nei pazienti cognitivamente compromessi⁽⁵⁹⁾. In queste situazioni va sempre valutato se la nutrizione artificiale enterale o parenterale non sia un trattamento futile: la decisione di ricorrere all'alimentazione enterale artificiale ha un impatto notevole sulla qualità di vita dei pazienti in cure palliative, senza che sia supportata da prove che dimostrino la sua efficacia nel contrastare il calo ponderale e la progressione delle lesioni da decubito⁽⁶⁰⁾.

L'intervento nutrizionale deve essere volto più a migliorare la qualità della vita che a ripristinare il corretto apporto proteico. Il trattamento della depressione, della dispnea, dell'anorexia, della xerostomia e della nausea può migliorare l'apporto calorico, mentre la ricerca di cibi piacevoli per il paziente è più efficace rispetto a un intervento aggressivo di supporto nutrizionale.

CONCLUSIONI

Le cure palliative non devono precludere prevenzione e trattamento attivo di tutte quelle condizioni che possono peggiorare la qualità di vita: la prevenzione primaria delle piaghe da decubito è, quindi, indispensabile per prevenire soprattutto il dolore correlato alle ulcere.

Nel caso in cui il paziente presenti già una lesione da decubito oppure quando, nonostante tutti gli interventi preventivi attuati, questa si sia ugualmente formata, è importante che la medicazione locale venga sempre eseguita, previo trattamento antalgico e scegliendo prodotti che possano rimanere in sede il più a lungo possibile e non traumatici alla rimozione, evitando così il dolore da medicazione⁽⁶¹⁾.

Quando il malato è prossimo alla morte o in condizioni tali da avere sollievo solo se giace in un'unica posizione obbligatoria, la mobilizzazione, che rappresenta l'intervento primario nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni da pressione, può diventare fonte ulteriore di sofferenza e va allora ridotta o addirittura evitata⁽⁶²⁾. Una lesione cutanea comporta grande disagio non solo per il paziente, ma anche per i familiari; può rappresentare un aspetto ripugnante dell'assistenza, portare ad una graduale riduzione dei contatti sociali e determinare situazioni di conflitto tra il malato, la famiglia e il personale sanitario. Negli interventi assistenziali rivolti ai pazienti alla fine della vita, l'obiettivo primario a cui tendere non sarà la guarigione della piaga, ma il comfort del paziente, che si ottiene attraverso la rinuncia a cure inutili e dolorose, il corretto trattamento antalgico, l'uso di medicazioni non aggressive e dolorose e che consentano cambi il più possibile distanziati, il trattamento del cattivo odore, gli interventi per evitare complicanze e/o comparsa di altre lesioni, la prevenzione della sofferenza psicologica del paziente, il sostegno alla famiglia e ai *care-giver*, la riduzione del ricorso all'ospedalizzazione⁽⁶³⁾.

Il benessere e il comfort del malato in fase avanzata di malattia possono prevalere su prevenzione e trattamento delle ulcere. È necessario, quindi, che l'équipe curante riconsideri i suoi obiettivi, accetti con serenità il fatto che il malato possa morire con una piaga da decubito^(12, 64), senza timore che questa venga interpretata come risultato di una *malpractice* e rinunci soprattutto ad interventi aggressivi, ma ormai futili⁽⁶⁵⁾.

Bibliografia

1. Bale S, Finlay I, Harding KG. Pressure sore prevention in a hospice. *J Wound Care* 1995; 4: 465-8.
2. Goldberg M, Tomaselli N. Management of pressure ulcers and fungating wounds. In: Berger A, Portenoy R, Weissman D. *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. Lippincott Williams and Wilkins. Second edition 2002: 321-9.
3. Hatcliffe S, Dawe R. Monitoring pressure sores in a palliative care setting. *Int J Palliat Nurs* 1996; 2: 182-6.
4. Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40(8): 747-58.
5. Eisenberger A, Zeleznik J. Pressure ulcer prevention and treatment in hospices: a qualitative analysis. *J Pall Care* 2003; 19: 9-14.
6. Thomson JS, Books RG. The economics of preventing and treating pressure ulcers: a pilot study. *J Wound Care* 1999; 8: 312-6.
7. Gilchrist B, Corner J. Pressure sores prevention and management – a nursing perspective. *Palliat Med* 1989; 3: 257-61.
8. Brandeis GH, Morris JN, Nash DJ et al. The epidemiology and natural history of pressure ulcers in elderly nursing home residents. *JAMA* 1990; 264: 2905-9.
9. Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH et al. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1435-40.
10. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J et al. Understanding economics and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. *Ann Int Med* 2000; 132: 451-9.
11. Chaplin J, McGill M. Pressure ulcer prevention in palliative care: results of a UK survey. *Int J Pall Nurs* 2002; 8(3): 110-9.
12. Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *Int J Pall Nurs* 2002; 8(5): 214-21.
13. Chaplin J, McGill M. Pressure Sore Prevention. *Palliative care today* 1999; 8(3): 38-9.
14. Dealey C. *The care of wounds*. 1999 Oxford: Blackwell ed. 1999.
15. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). *Pressure ulcers prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement*. *Decubitus* 1989; 2(2): 24-8.
16. De Conno F, Ventafrida V, Saita L. Skin problems in advanced and terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 248-56.
17. Panel for Prediction and Prevention of pressure ulcers in adults. *Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical practice guideline, Number 3*. AHCPR publication no. 92-0047. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. May 1992.
18. Bergstrom N, Braden B, Kemp M et al. Predicting pressure ulcer risk. *Nurs Res* 1998; 47(5): 261-9.
19. Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1962.
20. Braden BJ. Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus* 1989; 2(3): 44-6; 50-1.
21. Waterlow J. The Waterlow card for the prevention and management of pressure sores; toward a pocket policy. *Care Sci Pract* 1988; 6(1): 8-12.
22. Chaplin J. Pressure sore risk assessment in palliative care. *J Tissue Viability* 2000; 10(1): 27-31.
23. Falanga V. Classification for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Repair Regenerat* 2000; 8: 347-52.
24. Cutting KF, Harding KG. Criteria for identifying wound infection. *J Wound Care* 1994; 3(4): 198-201.
25. Berlowitz DR, Wilking SVB. The short-term outcome of pressure sores. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 748-52.
26. Bennett RG, O'Sullivan J, DeVito EM et al. The increasing medical malpractice risk related to pressure ulcers in the United States. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 73-81.
27. Kapp MB. Increasing liability risks among nursing homes: therapeutic consequences, costs and alternatives. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 97-9.
28. Sachs GA. On deeper reflection. *JAMA* 1988; 259: 215.
29. Hoffman R, Lile JL, Mace K et al. Standards of care for hospice patients with pressure ulcers. *Decubitus* 1991; 4: 19-24.
30. Keay TJ, Fredman L, Taler GA et al. Indicators of quality medical care for the terminal ill in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 853-60.
31. Kane RL. Assuring quality of care in nursing home care. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 232-37.
32. Baharestani MM. The lived experience of wives caring for their frail, homebound, elderly husbands with pressure ulcers. *Adv Wound Care* 1994; 7: 40-52.
33. RCN: *Pressure ulcer risk assessment and prevention: clinical practice guidelines*. RCN, London 2000.
34. Waller A, Caroline NL. Piaghe da decubito. In: *Manuale di cure palliative nel cancro*. Milano: CIS Editore, 2003: 101-9.
35. Walding M, Andrews C. Preventing and managing pressure sores in palliative care. *J Prof Nurs* 1995; 11: 33-8.
36. Ahmedzai S. New approaches to pain control in patients with cancer. *Eur J Cancer* 1997; 33(6): S8-S14.
37. Mercadante S. Predictive factors and opioid responsiveness in cancer pain. *Eur J Cancer* 1998; 34: 627-31.
38. Alvarez O, Meehan M, Ennis W et al. Chronic Wounds: palliative management for the frail population. *Wounds Supplement Oct*. 2002; 14(8): 1S-27S.
39. Zaninetta G. *Ulcere da Pressione*. In: *Libro italiano di cure palliative*. Amadori D, De Conno F. Gaggiano (Milano): Poletto Ed, 2002: 224-6.
40. Barton P, Parslow N. Malignant wound: holistic assessment and management. In: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. *Chronic Wound Care: A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals*, 3rd ed, 2001; 699-710.
41. Regnard C, Allport S, Stephenson L. ABC of palliative care: mouth care, skin care and lymphoedema. *BMJ* 1997; 315: 1002-5.
42. Fisher R, Ross M, MacLeon M. *Guide des soins en fin de vie*. University of Toronto e Université d'Ottawa.
43. Krasner D. The chronic wound pain experience: a conceptual model. *Ost Wound Manag* 1995; 41: 20-5.
44. Allman RM. Pressure ulcers. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger JR. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 4th edition. New York: McGraw-Hill, 1999: 1577-83.

45. European Wound Management Association. Position document: Pain at wound dressing changes. London: Medical Education Partnership Ltd, 2002.
46. Stein C. Peripheral mechanism of opioid analgesia. *Anesth Analg* 1993; 76: 182-91.
47. Price DD, Hu JW, Dubner R et al. Peripheral suppression of first pain and central summation of second pain evoked by noxious heat pulses. *Pain* 1997; 3: 57-68.
48. Hanks GW. Opioid-responsive and opioid-non-responsive pain in cancer. In: Wells JCD, Woolf DJ (eds). *Pain: mechanisms and management*. Br Med Bulletin 1991; 47: 719-31.
49. Principles of best practice: minimising pain at wound dressing related procedures. A consensus document. London: Medical Education Partnership Ltd, 2004.
50. McDonald A, Lesage P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *J Pall Med* 2006; 9(2): 285-95.
51. Flock P. Pilot study to determine the effectiveness of diamorphine gel to control pressure ulcer pain. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 547-54.
52. Back IN, Finlay I. Analgesic effect of topical opioids on painful skin ulcers. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 493.
53. Stein C. The control of pain in peripheral tissue by opioids. *N Engl J Med* 1995; 332: 1685-90.
54. Krajnik M, Zylicz Z, Finlay I et al. Potential uses of topical opioids in palliative care – report of 6 cases. *Pain* 1999; 80: 121-5.
55. Twillman R, Long T, Cathers T et al. Treatment of painful skin ulcers with topical opioids. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 288-92.
56. Lindholm C, Bjellerup M, Christensen OB et al. Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. *Acta Derm Venereol* 1993; 73: 440-3.
57. Langer G, Schloemer G, Knerr A et al. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Review*. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
58. Finucane TE. Malnutrition, tube feeding and pressure sores: data are incomplete. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 447-51.
59. Grant MD, Rudberg MA, Brody JA. Gastrostomy placement and mortality among hospitalized Medicare beneficiaries. *JAMA* 1998; 279: 1973-6.
60. Ahronheim JC. Nutrition and hydration in the terminal patient. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 379-91.
61. Sopata M, Luczak J. Managing pressure sores in palliative care. *J Wound Care* 1997 (6); 1: 10-11.
62. Chaplin J. Wound management in palliative care. *Nursing Standard* 2004; 19(1): 39-42.
63. Gautier I, Geroffroy B, Malaquin Pavan E et al. Améliorer les soins infirmiers potentiellement douloureux. *Soins Gérontologie* 2000/11-12; 26: 29-31.
64. Langemo DK, Brown G. Skin fails too: acute, chronic and end-stage skin failure. *Adv Skin Wound Care* 2006; 19(4): 206-11.
65. Sachs GA. Research at the interface of palliative care and geriatrics. *J Palliat Care* 2003; 19(1): 5-6.