



**Casa di Cura
Villa delle Querce**

PROTOCOLLO SULLA PREVENZIONE E CURA DELLE LESIONI DA DECUBITO

Il presente documento è stato elaborato dal gruppo di lavoro aziendale così composto:

Eleonora Santopietro – Caposala Riabilitazione cardio-respiratoria

Bruna Scarioli – Caposala Riabilitazione cardio-respiratoria

Antonella Bagaglini – Caposala Riabilitazione polifunzionale

Gina Perino – Caposala RSA1

Manuela Latini – Caposala Riabilitazione polifunzionale

Rosalia Sambucci – Caposala RSA2

Massimiliano Meconi – Caposala Lungodegenza medica

Massimo Cedroni - Caposala Lungodegenza medica

Chiara D'Achille – infermiera Lungodegenza medica

Lorella Colazza – Caposala Lungodegenza

Patrizia Baraldo - Caposala Lungodegenza

Susanna Amadu – Caposala RSA1

Fabio Petroni – infermiere RSA1

Manlio Bitocchi – Fisioterapista della Riabilitazione polifunzionale

Tutti i fisioterapisti della RSA1

Anna Maria Sordilli – Dirigente Area infermieristica

Responsabili del progetto aziendale:

Roberto Corsi – Vice-Direttore Sanitario

Anna Maria Sordilli - Dirigente Area infermieristica





1. INTRODUZIONE

Monitorare le LESIONI DA DECUBITO ed implementare linee guida e un protocollo di prevenzione e cura delle stesse rappresenta un capitolo fortemente correlato con la QUALITA' DELL'ASSISTENZA e LA QUALITA' DI VITA del paziente.

Le lesioni da decubito costituiscono un evento grave, potenzialmente prevenibile, che può condizionare la sopravvivenza del paziente; per tale motivo, la sorveglianza delle Ldd è un efficace strumento di misurazione del miglioramento continuo dell'assistenza offerta dalle strutture sanitarie.

Il protocollo che il gruppo di lavoro della Casa di Cura Villa delle Querce si propone di elaborare verrà presentato a tutti gli operatori della struttura che lavorano a livello assistenziale, di cura e riabilitativo, sarà oggetto di aggiornamento e condivisione per tutti e cercherà di uniformare conoscenze e comportamenti quotidiani a revisioni bibliografiche aggiornate su linee guida basate su evidenze scientifiche.

2. OBIETTIVI GENERALI

-  Migliorare le prestazioni assistenziali attraverso l'adozione di best practice
-  Ridurre l'incidenza delle lesioni da decubito
-  Favorire un uso appropriato delle risorse umane e materiali
-  Migliorare la qualità di vita dei pazienti con Ldd e di quelli a rischio

3. METODOLOGIA DI LAVORO

L'esigenza di elaborare ed attuare un protocollo condiviso per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito è nata da alcune riflessioni avute sulla situazione in essere rispetto all'utilizzo, dimostratosi molto eterogeneo, dei prodotti per la cura delle ulcere, nonché dalla impossibilità di monitorare la presenza di lesioni nella struttura e, di conseguenza, la difficoltà di tenere sotto controllo i parametri indicativi della qualità dell'assistenza. La metodologia seguita è stata la seguente:

- Recupero delle linee guida attinenti l'argomento in letteratura
- Svolgimento di due riunioni con i responsabili infermieristici e alcuni fisioterapisti delle Unità operative

- Definizione degli obiettivi e delle attività da svolgere
- Creazione di sottogruppi che si sono occupati di elaborare gli argomenti scelti:
Introduzione-Scelta delle scale di misurazione del rischio di sviluppare lesioni e modalità di somministrazione-Scelta e modalità di utilizzo delle scale di monitoraggio delle lesioni-Prevenzione –Cura- Conclusioni.
- Svolgimento della terza riunione in cui ogni sottogruppo ha portato il proprio lavoro, letto e corretto da tutti
- Svolgimento della quarta riunione che ha ricomposto in collage i lavori dei sottogruppi
- Svolgimento della quinta riunione che ha permesso di rivedere, concludere e condividere tutto il lavoro.

4. LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

La prevenzione è un elemento determinante per ridurre l'insorgenza delle lesioni da decubito o, a lesione già instaurata, per limitarne al minimo la progressione.

Solo con un approccio multidisciplinare al problema e con la partecipazione "attiva" del paziente e/o dei parenti si può raggiungere un risultato efficace ed efficiente.

La prevenzione, finalizzata a modificare i fattori che concorrono all'insorgenza e allo sviluppo delle lesioni consiste nella :

4.1 Identificazione dei soggetti a rischio

4.2 Identificazione dei fattori di rischio

4.3 Protocollo di prevenzione

4.4 Educazione sanitaria al paziente e/o ai familiari

4.1 IDENTIFICAZIONE DEI SOGGETTI A RISCHIO

La misurazione del rischio dei pazienti di sviluppare lesioni da decubito è il primo passo da compiere per una corretta pianificazione degli interventi di prevenzione.

Tale misurazione sarà effettuata impiegando strumenti di verifica validati quali "**scale di valutazione**".

Gli indici trovati in letteratura superano la decina: Norton, Norton plus, Norton secondo Stotts, Gosnell, Knoll, Knoll modificato, Andersen, Reed, Waterlow, indice d'Utrecht, Medley e Braden. Il più conosciuto è sicuramente il Norton, creato da Norton McLaren ed Exton-Smith nel 1962 per raccogliere omogeneamente dati sui pazienti ricoverati presso un ospedale geriatrico londinese. Negli anni successivi furono creati nuovi indici o semplici varianti del Norton che diedero maggiore attendibilità all'indice, ma che spesso lo complicarono e lo resero più difficilmente applicabile routinariamente. L'indice di Braden e Bergstrom è stato realizzato dagli autori dopo delle approfondite analisi degli indici presenti in letteratura evidenziando come questi mal si adattavano alle varie casistiche di pazienti e si prestavano a diverse interpretazioni da parte del personale sanitario.

Il gruppo di lavoro di VdQ ha convenuto utilizzare la scala di **NORTON PLUS** ([allegato1](#)) che risulta semplice, di utilizzo immediato e che valuta anche lo stato nutrizionale

LA SCALA DI NORTON PLUS SARA' SOMMINISTRATA DALL'INFERMIERE ACCETTANTE

- **al momento dell'ammissione al reparto**
- **ogni 7 giorni per tutto il periodo di permanenza**
- **ogni qualvolta si verifichi una modifica delle condizioni di salute del soggetto**

Tutti i pazienti con punteggio uguale o inferiore a 12, indicativo di un alto rischio di insorgenza di lesioni da decubito, saranno sottoposti al protocollo di prevenzione,

I pazienti con punteggio tra 12 e 16 , indicativo di medio rischio di insorgenza delle lesioni da decubito, saranno valutati singolarmente dall'equipe assistenziale e saranno trattati attraverso un piano di assistenza individualizzato, in cui sarà evidenziato lo specifico trattamento da effettuare (mobilizzazione o posizionamento ausili o altro...) sulla base del fattore di rischio predominante su quel paziente.

Il programma individualizzato per essere efficace necessita di:

- ✓ CONDIVISIONE da parte di tutti gli operatori addetti alla cura ed assistenza del paziente.
- ✓ RIPETIBILITA' DEL PROGRAMMA da parte di tutto il personale di assistenza
- ✓ CORRETTO UTILIZZO DEGLI EVENTUALI AUSILI NECESSARI
- ✓ VERIFICA COSTANTE DELL'EFFICACIA DEL PROGRAMMA

Nei pazienti risultati a rischio bisogna considerare i sotto riportati fattori di rischio.

4.2 IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

All'insorgenza delle ulcere da pressione concorrono sia **fattori locali** (compressione, forze di taglio, attrito, umidità, secchezza) che **generali** (età, immobilità, malnutrizione, malattie sistemiche).

4.2.1 Fattori Locali

A) Pressione

Se avviene una forte pressione di un preciso punto del corpo su una determinata superficie si verifica un danno tessutale. Il danno tessutale può essere dato anche da una leggera pressione prolungata nel tempo.

Le strutture più sensibili che subiscono il danno sono il tessuto adiposo sottocutaneo e i dotti escretori delle ghiandole sudoripare, poi la necrosi si estende alle ghiandole sebacee, all'epidermide ed ai follicoli piliferi.

Questa è la spiegazione per la quale avviene la formazione di lesioni profonde pur avendo la cute integra.

B) Forze di taglio, di stiramento, di torsione, sfregamento, attrito o frizione

Queste forze determinano un progressivo scivolamento degli strati cutanei uno sull'altro che determinano a livello della cute interessata una pressione tangenziale con effetto di stiramento. In particolare si verifica una trazione dei tessuti molli, ancorati alle fasce muscolari profonde, con effetto di stiramento, possibile inginocchiamento, **ostruzione e recisione dei piccoli vasi**, trombosi del microcircolo e conseguente necrosi tessutale profonda.

Le forze di stiramento agiscono parallelamente al piano interessato e sono più intense al livello sacrale nella posizione semiseduta.

Se il paziente non è in grado di mantenere questa posizione tende a scivolare in avanti ed in basso fino a raggiungere la posizione supina: in tal modo la pelle tende ad aderire alla superficie del letto mentre lo scheletro continua a scivolare in avanti provocando zone di stiramento dei tessuti superficiali su quelli profondi.

Lo strozzamento e lo stiramento dei vasi provocano ischemia e quindi necrosi con significativo danno tessutale.

Lo sfregamento è la forza esercitata tra due superfici che si muovono l'una con l'altra.

C) Umidità

La pelle va sempre mantenuta pulita ed asciutta, utilizzando prodotti che non alterino il film idrolipidico naturale. L'umidità può macerare la cute esponendola maggiormente ai danni della compressione e della frizione. L'umidità può essere determinata alla presenza di urina, feci e sudore. In caso di incontinenza, particolare impegno è richiesto per l'igiene perineale. Per non favorire macerazioni e dermatiti da pannolone, è utile l'impiego di

sistemi per l'incontinenza, ma è da proscrivere la traversa di tela cerata che salva il materasso, ma non la cute del paziente.

D) Aumento della temperatura locale

Cuscini e materassi aumentano il calore e riscaldano la cute aumentandone il metabolismo con conseguente esacerbazione degli effetti dell'ischemia.

E) Disidratazione delle pelle

I danni alla cute possono essere provocati dalla secchezza cutanea, dovuta all'umidità nell'ambiente (meno del 40%), l'esposizione al freddo e l'uso di sostanze astringenti disidratanti e a base di alcool che rimuovono lo strato idrolipidico superficiale.

F) Riduzione della mobilità

Ogni malattia o condizione che riduca nel paziente il movimento, aggrava il rischio di insorgenza di lesioni da pressione (chi ha meno del 51% di movimenti spontanei durante il sonno va incontro più facilmente a ulcere da pressione). La compromissione dello stato mentale, le malattie neurologiche, la sedazione farmacologica, il dolore e le fratture ossee (in particolare la frattura di femore), diminuendo la mobilità del soggetto, costituiscono fattori di rischio per la comparsa di lesioni da pressione.

I pazienti anziani immobilizzati a seguito di un ictus sono particolarmente a rischio.

4.2.2 Fattori Generali

A) *Età*

I pazienti anziani hanno un'aumentata suscettibilità alle lesioni da decubito a causa delle modificazioni della cute.

Nei soggetti giovani gli effetti di una pressione prolungata (60 minuti) a livello del derma, determina un aumento del flusso ematico come risultato di una vasodilatazione compensatoria a livello del microcircolo con lo scopo di ridurre al minimo, il danno da compressione.

Negli anziani pur riscontrando la persistenza di un tentativo di aumento del flusso ematico il meccanismo è quantitativamente inferiore.

B) **Malattie arteriose ed ipotensione**

I pazienti con malattie arteriose sono particolarmente a rischio anche a seguito di compressione locale relativamente bassa poiché è ridotta la perfusione tissutale. Bisogna sempre andare a vedere la storia clinica del paziente.

C) **Altri fattori**

Malattie cardiovascolari e respiratorie: l'ulcera da pressione può insorgere in condizioni di stasi venosa, di alterata circolazione ematica e di ipossia tissutale.

Malattie croniche debilitanti: il diabete mellito, l'insufficienza renale, vari squilibri idro-elettrolitici, l'anemia, l'immunodepressione, l'obesità (per la forte pressione legata al peso), le malattie febbrili, le malattie neurologiche danno una assenza o diminuzione di sensibilità.

L'individuo con una normale soglia di sensibilità reagisce agli stimoli dolorosi o fastidiosi percepiti sulla pelle cambiando posizione, reazione che in certi pazienti non avviene per ipoestesia o per riduzione/assenza di movimenti spontanei.

Ricordiamo inoltre tra i fattori sistemici di rischio per lesioni da pressione l'uso di farmaci corticosteroidi e citostatici.

D) **Malnutrizione e terapia nutrizionale**

La terapia nutrizionale si pone l'obiettivo di mantenere lo stato nutrizionale o di favorire un suo recupero, di preservare l'integrità di organi e tessuti, di conservare la massa magra di rendere positivo il bilancio azotato e di preservare le difese immunitarie.

Poiché la malnutrizione rappresenta un elemento fondamentale nel favorire lo sviluppo delle lesioni cutanee, un intervento indirizzato a correggere questa situazione assume il significato di una terapia preventiva. Nel paziente in cui le lesioni siano già presenti l'intervento nutrizionale riveste invece un vero e proprio ruolo terapeutico.

4.3 PROTOCOLLO DI PREVENZIONE

Gli interventi di prevenzione delle lesioni da pressione si possono dividere principalmente in 4 punti essenziali:

- 1) **Norme igieniche**
- 2) **Nutrizione**
- 3) **Posizionamento e mobilizzazione**
- 4) **Ausili per il posizionamento e mobilizzazione**

Per tutti i pazienti ad alto rischio (punteggio Norton < 12):

- a) ISPEZIONARE LA CUTE quotidianamente con particolare attenzione alle aree più a rischio (prominenze ossee e pliche cutanee), riportando evidenza dell'ispezione fatta su apposita scheda (allegato4)

La cute è provvista di una barriera naturale, costituita da un film idrolipidico. I lavaggi eccessivi possono ridurre questa barriera. La pulizia della pelle deve essere eseguita usando prodotti che non alterino il suo equilibrio naturale.

b) ATTENERSI ALLE SEGUENTI

1) **NORME IGIENICHE:**

- ✓ mantenere la cute asciutta e pulita (evitare di strofinare prevenendo il rischio di frizione) ;
- ✓ utilizzare acqua tiepida e sapone neutro durante le cure igieniche;
- ✓ sciacquare ed asciugare bene, tamponando delicatamente;
- ✓ in caso di disidratazione e rossore della cute, utilizzare creme idratanti, emollienti e oli protettivi attraverso un lieve massaggio utilizzando i polpastrelli, in senso rotatorio, allo scopo di garantire l'assorbimento profondo;
- ✓ evitare il massaggio energico perché aumenterebbe il trauma meccanico provocando danni irreparabili a livello cutaneo e vascolare;
- ✓ evitare l'utilizzo di paste perché sono difficili da rimuovere e possono aumentare il rischio di macerazione, possono occludere i follicoli dando origine alla follicolite.
- ✓ controllare che non ci sia la presenza di corpi estranei nel letto e che le lenzuola non siano troppo tese;
- ✓ evitare il contatto diretto della pelle con materiali impermeabili;
- ✓ non applicare sulla cute talco o altre polveri perché sono irritanti e tendono ad essiccare la cute e non fare frizioni con soluzioni a base di alcool (sgrossano e disidratano);

- ✓ non usare antibiotici topici, se non indicati per problemi specifici in quanto possono dare luogo a fenomeni di sensibilizzazione;
- ✓ evitare l'utilizzo a scopo preventivo dei disinfettanti perché selezionano microrganismi resistenti.
- ✓ Non usare disinfettanti colorati perché mascherano il colore reale della cute.

Tenere evidenza del trattamento igienico nella scheda infermieristica

2) NUTRIZIONE

Per tutti i pazienti ad alto rischio (punteggio Norton < 12):

a) Monitorare lo stato di idratazione e quello nutrizionale

dell'assistito ricorrendo al servizio metabolico-nutrizionale presente nella Casa di Cura.

I nutrizionisti valuteranno la situazione proteico-vitaminica, il fabbisogno proteico, il fabbisogno energetico attraverso gli esami di laboratorio e l'esame obiettivo dell'assistito.

Quando sarà delineato il quadro nutrizionale del paziente, verranno date delle indicazioni terapeutiche ed alimentari per il paziente stesso.

b) Il personale controllerà la corretta assunzione quantitativa e qualitativa degli alimenti, con apposita scheda di controllo dell'alimentazione (allegato 5),

tenendo conto, per l'anziano, della diminuzione del senso del gusto, dell'olfatto e della capacità di masticare e digerire; assicurerà quindi l'assistenza ed il comfort necessario per la consumazione del pasto.

3) MOBILIZZAZIONE E POSIZIONAMENTO

Per tutti i pazienti ad alto rischio (punteggio Norton < 12):

Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione. Per evitare il formarsi di lesioni è fondamentale

a) ATTUARE un piano di mobilizzazione personalizzato riportando evidenza attraverso la scheda (allegato 2) con

adeguati cambi di postura, per alternare le zone sottoposte a compressione ed evitare quindi l'ischemia e la necrosi.

b) VARIARE la posizione ogni due ore, perché studi effettuati hanno dimostrato che è questo il tempo medio necessario perché si instauri sofferenza cutanea con danni al microcircolo. Lo stesso discorso vale per i pazienti mobilizzati in carrozzina anche se il PIANO deve essere individuale per ogni paziente.

CORRETTA IGIENE POSTURALE: Spesso il paziente allettato non è in grado di effettuare i trasferimenti posturali al letto di degenza in forma autonoma e necessita, per la loro esecuzione dell'assistenza completa o parziale di uno o più soggetti terzi. **Il cambio di posizione va eseguito sollevando o ruotando delicatamente il malato e non strisciando il suo corpo sul piano del letto. La manovra richiede la presenza contemporanea di due persone.**

Manovre non corrette possono creare attrito tra il corpo del paziente e le superfici di contatto creando così un pericoloso surriscaldamento della cute. Per evitare tale inconveniente è bene

c) ATTENERSI AI SEGUENTI ACCORGIMENTI:

- ✓ Usare materassi anti-decubito possibilmente ad aria alternata
- ✓ Usare cuscinetti in silicone da inserire al livello del sacro, della nuca, dei talloni per piani d'intervento specifici
- ✓ non utilizzare ciambelle: ostacolano l'apporto ematico e provocano danni da compressione e da frizione; spesso l'area che corrisponde al foro della ciambella diventa edematosa e cianotica per l'ostacolo creato alla circolazione;
- ✓ Usare lenzuola morbide, ben distese e senza rammendi e quando sono bagnate vanno subito sostituite.
- ✓ Evitare il contatto diretto della pelle con materiale impermeabile (tele cerate o di gomma).
- ✓ Nella rotazione della postura si raccomanda di utilizzare, ove è possibile, le posizioni ad angolo pari a 30° tra asse del paziente e piano del letto.

Le posture che si possono far assumere ad un paziente sono:

- 1 Decubito supino
- 2 Decubito laterale sinistro o destro
- 3 Decubito prono (raramente utilizzato)
- 4 Postura di Fowler o decubito ortopnoico

DECUBITO SUPINO

E' una posizione del mantenimento del riposo che trova indicazione in diverse condizioni cliniche. Se il paziente è collaborante occorrerà sollecitarlo a muoversi il più possibile, poiché il movimento consente una migliore funzionalità articolare ed un buon trofismo muscolare. I metodi per porre un paziente in posizione supina sono molti e dipende dalla posizione di provenienza.

- ✓ Evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute del paziente ed il letto.
- ✓ Predisporre tutto il materiale occorrente (es. cuscini, rotoli, archetti etc).

DECUBITO LATERALE SINISTRO O DESTRO

Questa postura viene utilizzata per garantire un periodo di riposo alle zone cutanee sottoposte a pressione mantenendo il decubito supino. Tale postura permette inoltre una migliore espansione della parte superiore dell'emitorace. Per posizionare un paziente sul fianco sinistro o destro utilizzare un lenzuolo di trazione posto sotto il paziente per evitare lesioni da frizione. Il cuscino posto sotto la testa del paziente non deve ostacolare gli atti respiratori.

- ✓ Predisporre tutto il materiale occorrente (es. cuscini, rotoli, supporti anti-equinismo).

DECUBITO PRONO

Questa posizione trova indicazioni nella prevenzione delle contratture e dell'equinismo del piede. Importante voltare il capo del paziente da un lato e porlo su di un cuscino sottile per evitare il soffocamento, la flessione e l'iperestensione delle vertebre cervicali.

- ✓ Predisporre tutto il materiale occorrente (es. cuscini, rotoli per le mani, archetti etc.)

POSTURA DI FOWLER O DECUBITO ORTOPNOICO

Questa postura viene realizzata quando la testata del letto è sollevata di 45°-50° e le ginocchia flesse. E' la postura che determina la maggiore compressione a livello sacrale ischiatico. Con la testa del letto sollevata si ha un miglioramento della ventilazione, possono essere usati cuscini per sostenere braccia e mani se il paziente non li controlla volontariamente. Deve essere utilizzata un'adeguata protezione del piede e del tallone. Bisogna posizionare un cuscino sotto le cosce per avere la flessione delle ginocchia, questo per prevenire gli effetti della prolungata iperestensione, quindi una ridotta mobilità articolare.

- ✓ Predisporre tutto il materiale occorrente (es. cuscini, rotoli trocanterici, archetti etc.)

Il fisioterapista produrrà evidenza del trattamento posturale sulle apposite schede (allegato2), indicando la tipologia di posizione adottata ogni volta e il tipo di ausilio utilizzato, in conformità con quanto preventivato nel programma di assistenza individualizzato, elaborato in condivisione con tutta l'equipe assistenziale e di cura.

4) AUSILI PER IL POSIZIONAMENTO E LA MOBILIZZAZIONE

Materasso antidecubito: dispositivo di posizionamento, generalmente in materiale plastico o gomma, gonfiato ad aria al momento di essere utilizzato; dal momento che

l'unità di misura, con cui si effettua l'ultima operazione citata, è rappresentata dalle atmosfere, difficilmente misurabili, si prende in considerazione la consistenza delle circonvoluzioni che compongono il telaio del materassino, che deve rimanere costante in ogni parte dell'ausilio, senza differenze di pressione, in modo da ammortizzare perfettamente le spinte verso il basso della sagoma dell'ospite.

Il materasso, che per sua costituzione gommosa facilita la sudorazione, va posto su un letto sopra il materasso, ma sotto le lenzuola, in modo da evitare l'insorgenza di essudato corporeo, fattore favorente l'insorgere di piaghe.

Da prestare particolare cura alla tensione di pompaggio dell'ausilio, che avviene attraverso diverse valvole, e che deve restare costante; dannosi sono i materassini che si squilibrano per diversità di pressione.

Per l'assemblaggio del medesimo, per la sua gestione, è consigliabile un'attività almeno di coppia.

Splint indefiniti/definiti di posizionamento e protezione: Fanno parte di questo insieme di ausili materiali che rivestono applicazioni differenti da quelle in esame, ma che risultano efficaci nei compiti in oggetto; in primis i cuscini in gel riutilizzabili per la Crioterapia, che a temperatura ambiente, posizionati nelle sporgenze o nei punti critici di contatto dell'assistito (gomiti, caviglie), svolgono un ruolo di protezione e di ammortizzatore delle pressioni fisiologiche gravitazionali dovute a stasi. La regola è sempre evitare materiali e tessuti che favoriscono il calore e generano frizioni sui distretti a cui si applicano.

Altri ausili utili in tale ambito risultano essere i dispositivi di sollevamento e contenimento delle lenzuola, archetti posizionati sopra gli arti inferiori allo scopo di prevenire vizi posturali come la flessione forzata delle caviglie o di ginocchia.

L'evitare attriti passivi in questa fase, come una coperta che spinge su un arto, considerando il livello cospicuo di ipotono muscolare e legamentoso in cui sovente i degenti interessati si trovano, è indice di una buona prevenzione delle piaghe.

Bendaggi per il nursing: Ruolo attivo per un posizionamento ergonomico preventivo ne hanno anche i vari tipi di bendaggio contenitivo come prevenzione e cura delle lesioni adottati generalmente in fase di iniziale arrossamento e macerazione dei tessuti. La tecnica base di confezionamento dell'applicazione in oggetto si basa su un posizionamento della parte trattata in maniera ergonomica volta a non favorire la progressione della lesione distrettuale, oppure al blocco della medesima; inoltre il tiraggio dei mezzi contenitivi (bende, garze e taping), lascia il distretto in modo da poter crescere e ripararsi in maniera ottimale.

Ausili per il comfort: La prima tipologia di ausili in questione risultano essere i cuscini, che vanno dai classici modelli in piume d'oca e lana, ai più ergonomici in lattice e materiali plastici.

I cuscini infatti svolgono le funzioni di posizionamento più disparate, dal loro utilizzo al posto letto, sotto gli arti, le principali articolazioni, i punti critici insomma, si passa a veri e propri modelli con peculiarità sia contenitiva che di supporto dinamico; fanno parte di questa ultima specie i cuscini-materassino delle sedie a rotelle, vere e proprie piccole centrali contenitive e fulcro delle movimentazioni che fa il paziente per muoversi. I materiali per questi ultimi fanno capo alla gamma di manifatture sanitarie in telo e plastica anti-sudore, anti-scivolo, deformabili ma non danneggiabili.

Ausili di Mobilizzazione.

Sollevatore: Dispositivo per movimentazione massimale di un paziente, ossia per lo spostamento del medesimo da una postazione ad un'altra (letto-sedia, ad esempio). Con motrice sia manuale, a pistone, sia elettrica.

La portata di carico del medesimo si aggira sui 120 chili circa, leggermente maggiore per i sollevatori a propulsione elettrica.

Durante lo spostamento il degente è fissato all'apparecchio grazie ad un telaio contenitivo in materiale plastico o tela rinforzata, la posizione che l'assistito occupa durante le manovre è ergonomica, con gli arti a riposo, non "imbracati" come i posteriori.

Visto il peso e le dimensioni dell'ausilio da movimentare, insieme alle dimensioni del degente, si consiglia agli operatori un lavoro in coppia

Materassino di trasporto e scorrimento: Ausilio in materiale plastico, sovente rivestito in tela, delle dimensioni di una lettiga circa, (un metro e ottanta centimetri circa), si utilizza per la movimentazione dei degenti, per spostare i medesimi, in particolare da un letto ad una lettiga, e viceversa. Fondamentale per l'operatore l'Ergonomia delle sue movenze durante l'utilizzo, accompagnando le manovre ed ammortizzandole con il proprio tronco la operazioni di movimentazione.

Tale ausilio si pone tra il paziente e la superficie di scorrimento, la manovra che avviene in questo momento è uno scorrimento del degente dalla superficie su cui si trova al materassino, per poi scivolare sulla superficie dove si desidera portare il medesimo (ad es. letto-barella). Non ci sono vincoli di peso all'utilizzo dell'ausilio, in quanto la azione del medesimo si esplica su superficie piana. Anche in questo frangente, si consiglia un'esecuzione dell'attività in coppia, se non con più operatori.

Per i pazienti inseriti nel protocollo di prevenzione saranno utilizzate delle **schede di registrazione** per il posizionamento (allegato2) , mentre gli altri interventi assistenziali risulteranno dalle cartelle infermieristiche e/o fisioterapiche.

4.4 EDUCAZIONE SANITARIA

Uno dei ruoli importanti di tutti gli operatori sanitari è quello di educare il paziente, i familiari e tutti coloro che sono coinvolti nell'assistenza.

Ci saranno quindi durante il ricovero **momenti di informazione al paziente e familiari** utilizzando **opuscoli informativi** oppure **interventi formativi** con gruppi didattico-educativi.

5. TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

Il trattamento delle lesioni da decubito deve procedere per gradi, partendo da una fase di VALUTAZIONE, per divenire poi strettamente "pratica" nelle fasi di DETERSIONE, DEBRIDEMENT e MEDICAZIONE.

5.1 VALUTAZIONE

LA VALUTAZIONE deve essere eseguita, attraverso una scheda di monitoraggio della lesione, (Allegato 3) all'inizio del trattamento, ogni settimana e alla fine del trattamento, in modo da verificare e/o, eventualmente, modificare il piano d'assistenza.

Valutazione della lesione

Prendere in considerazione:

- Localizzazione
- Stadiazione
- Dimensioni
- Tratti cavi
- Tessuto sotto minato
- Essudato
- Tessuto necrotico
- Presenza o assenza di tessuto di granulazione o epitelizzazione
- Si rivaluti il piano di trattamento non appena si notino segni di peggioramento

Una lesione da decubito ben detersa dovrebbe mostrare segni di guarigione entro le prime 2/4 settimane di trattamento. Se non si vedono progressi, occorre rivalutare il piano di trattamento.

Classificazione della lesione da decubito

Le lesioni da decubito vengono classificate a seconda dello stato cutaneo e/o sottocutaneo interessato. Il metodo di classificazione più utilizzato in Europa è definito dalle linee guida dell'*National Pressure Ulcer Advisory Panel* (N.P.U.A.P.). Le lesioni da decubito si possono così suddividere:

Stadio 1: iperemia della cute sana che non scompare dopo digitopressione.

Stadio 2: lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma od entrambi. L'ulcera è superficiale e si manifesta clinicamente come una abrasione o una bolla.

Stadio 3: lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo, con possibile estensione fino alla fascia ma non oltre.

Stadio 4: degenerazione massiva, necrosi tessutale o danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto con o senza lesione cutanea a tutto spessore.

5.2 DETERSIONE

La lesione va detersa ad ogni cambio di medicazione, infatti, la riepitelizzazione non avviene su base ricoperta di tessuto necrotico:

- **Utilizzare soluzione fisiologica o soluzione super ossidata**
- Utilizzare una pressione sufficiente per pulire la lesione senza causare traumi alla stessa
- Se si utilizzano garze imprimere una minima forza meccanica

5.3 DEBRIDEMENT (sbrigliamento)

Con il termine **debridement** si intende l'eliminazione del tessuto necrotico dalla ferita. Il debridement riduce la carica batterica della lesione e accelera la riepitelizzazione che è inibita dalla presenza di tessuto necrotico, può essere di 4 tipi: chirurgico, enzimatico, autolitico o meccanico.

D. chirurgico: asportazione di tessuto devitalizzato per mezzo di strumenti chirurgici taglienti, rimuove le cellule vecchie e senescenti, stimola la perfusione locale. È il metodo di scelta se si sospetta una sepsi. Può essere doloroso, può provocare sanguinamenti e non è indicato nelle escare dei talloni.

D. enzimatico: detersione del tessuto necrotico mediante applicazione topica di sostanze eubiotiche, quali gli enzimi proteolitici. Facilita la formazione di tessuto di granulazione ben vascolarizzato. Riduce il volume e l'estensione della ferita, accelera la riepitelizzazione dei margini.

D. autolitico: è un metodo selettivo che consiste nell'applicazione di una medicazione sintetica sulla lesione, allo scopo di favorire l'auto digestione del tessuto necrotico per opera degli enzimi presenti nei liquidi della lesione. Si utilizzano, in modo particolare, idrogeli da applicare sulla ferita o idrocolloidi. Il metodo può essere indicato nelle lesioni con essudato lieve-moderato, infatti, un'abbondante essudazione può provocare macerazione dei margini sani della lesione.

D. meccanico: meglio conosciuta come wet and dry, si effettua con garza asciutta, la quale viene lasciata in sede per 24 ore; alla rimozione, i frammenti necrotici adesi possono essere asportati per strappamento. È una tecnica dolorosa che trova indicazione limitatamente ad accumuli di fibrina e necrosi gialla, lede il tessuto di granulazione, causando spesso emorragie.

5.4 MEDICAZIONI AVANZATE

5.4.1 Presentazione dei materiali

Numerosi sono i prodotti, più o meno validati, per il trattamento delle lesioni da decubito. Ciò rappresenta una buona opportunità per l'operatore, che può tuttavia disorientarsi di fronte ad una così ampia scelta. Ciascun prodotto possiede caratteristiche peculiari, che lo rendono più adatto ad una determinata tipologia di lesione (granuleggiante, sanguinante, secernente, secca ecc.).

1. **Antisettici locali:** vanno utilizzati solo quando necessari perché sono irritanti per la cute e le mucose, ostacolano la formazione di fibroblasti e la riepitelizzazione, contrastano l'azione degli enzimi proteolitici. L'acqua ossigenata e il betadine anche diluito, sono diversamente citotossici; i disinfettanti a base di alcool essicano la superficie cutanea, ostacolando la riepitelizzazione. L'antisettico da preferire è una soluzione super ossidata, da utilizzarsi nella pulizia, irrigazione ed inumidimento delle ferite acute e croniche, ulcere, tagli, abrasioni e ustioni. L'azione si manifesta attraverso la riduzione del carico microbico e contribuendo alla creazione di un ambiente umido, favorisce conseguentemente il naturale processo di cicatrizzazione.
2. **Dispositivi medici:** la medicazione ideale deve creare sulla superficie della lesione un ambiente favorevole ai processi di divisione e replicazione cellulare, ossia **garantire le condizioni ottimali di temperatura (37°), umidità ed ossigenazione, essere biocompatibile e proteggere l'ulcera dai danni meccanici e dalla contaminazione batterica, preservando la cute circostante la lesione.**

Idrogel medicazioni ad alto contenuto di acqua: in forma fluida può essere usato per supportare lo sbrigliamento autolitico delle lesioni necrotiche secche; in forma di placche è indicato nel trattamento di lesioni superficiali in fase di riepitelizzazione. Vanno utilizzati su lesioni secche o lievemente essudanti in quanto la loro capacità assorbente è limitata.

Placca di idrocolloidi costituita da un film esterno in poliuretano e da una matrice idrocolloidale a contatto diretto della lesione. È indicata per favorire il fisiologico debridement e facilitare la granulazione in condizioni ottimali. Il materiale della medicazione interagisce con l'essudato della ferita, formando un soffice gel. Le placche vanno sostituite ogni 5-7 giorni.

Alginati medicazione a base di alginato di calcio, per ferite essudanti e sanguinanti: sono di prima scelta. Derivati dalle alghe brune, a contatto con l'essudato le fibre si gonfiano formando un gel ben strutturato, hanno un alto grado di assorbenza per cui sono indicate nell'ulcera con essudato medio-abbondante, sanguinanti per le proprietà emostatiche (calcio). Sono adatti al riempimento di cavità e possono rimanere in sede da 1 a 6 giorni in base alla quantità dell'essudato, non sono adesive per cui richiedono un fissaggio secondario con pellicole di poliuretano.

Fibre idrocolloidal (idrofibre) sono fibre di carbossimetilcellulosa sodica con un elevato grado di assorbenza che a contatto con l'essudato si trasforma in gel. Hanno caratteristiche simili agli alginati e sono indicate nelle lesioni cavitari iperessudanti di piccole dimensioni. Nel caso di lesioni infette vi sono fibre idrocolloidal in associazione a ioni di argento che svolgono azione antimicrobica.

5.4.2 PROTOCOLLO DI MEDICAZIONE

Il trattamento locale varia a seconda dello stadio della lesione.

1° stadio. Obiettivo: ripristinare la vascolarizzazione e prevenire l'ulcerazione cutanea

- 1. Detergere la lesione con soluzione fisiologica o soluzione super ossidata;*
- 2. Tamponare con garze (non sfregare);*
- 3. Posizionare placca di idrocolloide di dimensioni ideali (a tenere $\frac{3}{4}$ giorni) o idrocolloide in gel;*
- 4. Posizionare presidi di prevenzione (es: cuscino in gel, materassino o schiuma di poliuretano).*

2° stadio. Obiettivo: favorire la ricostruzione cutanea

- 1. Detergere l'ulcera;*
- 2. Tamponare con garze;*
- 3. Posizionare placca di idrocolloide o idrocolloide in gel, se presenta essudato schiuma di poliuretano. Se presenta infezione applicare come medicazione primaria idrofibre con argento e chiudere con placca idrocolloidale come medicazione secondaria.*

3° stadio. Obiettivo: rimuovere il tessuto necrotico e favorire la riparazione tissutale

- 1. Detersione-debridement: detersione della lesione e rimozione del tessuto necrotico; se c'è necrosi secca deve essere utilizzato il metodo autolitico, distribuire in uno strato sottile gli idrogeli e chiudere con medicazione secondaria a base di placca idrocolloidale, la medicazione va mantenuta in sede per 3 giorni, da valutare la regressione della necrosi. Se la necrosi è umida è da preferire il metodo chirurgico o enzimatico*
- 2. Dopo aver ottenuto lo sbrigliamento della lesione (assenza totale di fibrina e tessuto necrotico, infezione, colonizzazione e contaminazione), irrigare con soluzione fisiologica.*
- 3. Se la lesione è molto essudante e cavitaria può essere trattata con medicazioni in alginato.*
- 4. Chiudere con medicazione secondaria in poliuretano, da rinnovare ogni 3-4 giorni a seconda dell'essudato.*

4° stadio. Obiettivo: controllare l'infezione e le eventuali complicanze e favorire la riparazione tissutale parziale o totale

Debridement-medicazione

Nelle lesione da decubito al 4° stadio seguire le indicazioni per le medicazione di 3° stadio. La differenza sostanziale consiste nel maggiore rischio d'infezioni legato alla profondità delle lesioni e alle condizioni spesso critiche del paziente.

5.5 LA V.A.C. THERAPY

La V.A.C. (vacuum assisted closure) Therapy è un sistema non invasivo, dinamico ed esclusivo che promuove il processo di guarigione delle ferite.

L'unità V.A.C. therapy applica una pressione negativa (sub-atmosferica) nel sito della lesione attraverso un tubo di drenaggio che contrae una medicazione in schiuma, in modo continuo o intermittente (ad esempio: cinque minuti attivata e due minuti disattivata), a seconda del tipo di ferita da trattare. Essa viene utilizzata in modo efficace nel trattamento di ferite di diverse eziologie, in pazienti che potrebbero trarre beneficio dalla rimozione di materiale infetto o di altri fluidi dalle ferite. Attualmente la V.A.C. Therapy è indicata in: ferite croniche, ulcere diabetiche, ulcere da pressione, ferite acute e traumatiche, ferite deiscendenti e ustioni a spessore parziale.

Non tutte le lesioni possono guarire, molto dipende dalle condizioni cliniche generali del paziente, ed anche da svariati fattori come: stato di alimentazione, patologie terminali, diabete, stadio della lesione, condizioni igieniche, assunzione di farmaci come cortisone e anti-coagulanti; questi fattori influenzano molto la cura delle lesioni croniche.

La V.A.C. therapy sarà richiesta dal Medico responsabile e proposta, per l'approvazione, al Direttore Sanitario con nominativo del paziente e motivazione specifica .

5.6 Fisioterapia strumentale nel trattamento delle lesioni da decubito.

Magnetoterapia: I campi magnetici pulsati hanno un'azione di facilitazione per la ricostruzione dei tessuti organici, l'effetto pulsato esterno si trasforma nell'organismo in un processo biostimolante per i tessuti, favorendo per i medesimi una ripresa od un potenziamento dell'organizzazione di ricrescita tissutale dalle componenti più profonde del derma fino alla cute.

I quarzi erogatori vanno posizionati in senso laterale alla lesione, mettendo la medesima in un circuito pulsato del quale è centro.

Durata del trattamento, 30 minuti circa, programma ed intensità di media durata, da evincere sulle tabelle di applicazione delle apparecchiature.

Le indicazioni al trattamento della magnetoterapia sono prescritte dal medico.

Controindicata nei cardiopatici gravi e portatori di peace-maker.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ N. Valobra, "Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione", Volume 4.
Editore UTET, Torino. Edizione 2005

- ✓ Italian Resuscitation Council, "BLS – Applicazioni Pratiche", IRC Edizioni.
- ✓ Sito www.UNIROMA2.IT,Estratti di lavori e tesi sul Nursing e Fisioterapia.
- ✓ Sito www.piagadadecubito.it
- ✓ Sito www.acroplismed.it
- ✓ Sito www.riparazionetessutale.it
- ✓ Sito www.epuap.org
- ✓ testo Elia Ricci – Roberto Cassino "Piaghe da decubito II edizione" Minerva medica
- ✓ "Raccomandazioni per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito"- Agenzia di Sanità pubblica-Regione Lazio

Scala di Valutazione di NORTON PLUS

Allegato 1

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Reparto _____

Tabella A

Condizioni generali	Stato mentale	Capacità di camminare	Capacità di muoversi dal letto	Incontinenza	PUNTEGGIO A
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
4 buona	4 vigile	4 cammina	4 autonoma	4 assente	
3 mediocre	3 Disorientato, apatico	3 Cammina solo con appoggio	3 Ridotta	3 Occasionale, saltuaria	
2 scadente	2 Confuso (ridotto stato di coscienza, ideazione rallentata, obnubilamento mentale, spunti deliranti)	2 Costretto su sedia	2 Molto limitata	2 Abituale(urine)	
1 Pessime, molto scadenti	1 Incosciente (pochissimo vigile fino al coma, perdita di memoria)	1 Costretto a letto	1 immobile	1 doppia	
PUNTEGGIO A- Si ottiene sommando i punteggi delle colonne precedenti >16: basso rischio 16-22: medio rischio <12: alto rischio					

Tabella B	Punteggio B
Diagnosi clinica di diabete	SI
Diagnosi clinica di ipertensione arteriosa	SI
Ematocrito basso (<38 g/dl)	SI
Albuminemia <3,5/dl	SI
Temperatura corporea > 37É	SI
Modificazione dello stato mentale nelle prime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargia	SI
ATTRIBUIRE UN PUNTO PER OGNI RISPOSTA POSITIVA	

PUNTEGGIO COMPLESSIVO . Si ottiene sottraendo dal punteggio A il punteggio B (Punteggio A -Punteggio B = Punteggio complessivo).

I valori ≤ a 12 indicano un elevato rischio di insorgenza di LdD.

Operatore _____

SCHEDA DI POSIZIONAMENTO Allegato 2

MESE:

COGNOME:

NOME

REPARTO:

ORA:	h.7.0	h.8.0	h.9.0	h.10.0	h.11.0	h.12.0	h.13.0	h.14.0	h.15.0	h.16.0	h.17.0	h.18.0	h.19.0	h.20.0	h.21.0	h.22.0	h.23.0	h.24.0
DATA:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

AUSILIO APPLICATO

LEGENDA: Sd=seduto S=supino

Fdx=fianco dx

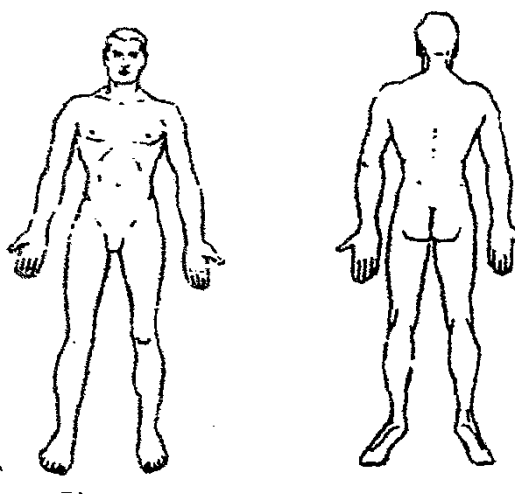
Fsx=fianco sn

P=prono

**Casa di Cura Villa delle Querce SCHEDA DI MONITORAGGIO LESIONI DA DECUBITO
Allegato 3**

Cognome----- Nome----- Rep----- Stanza-----
Sede della lesione

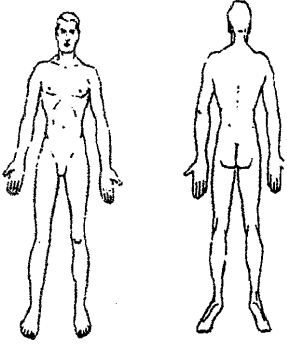
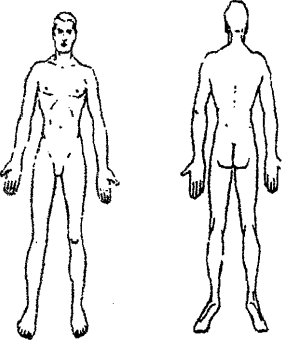
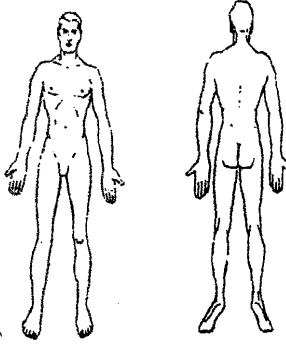
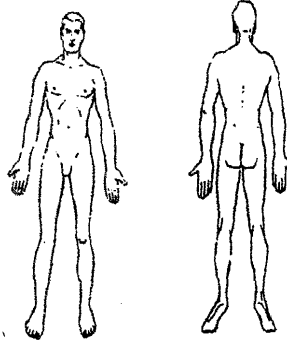
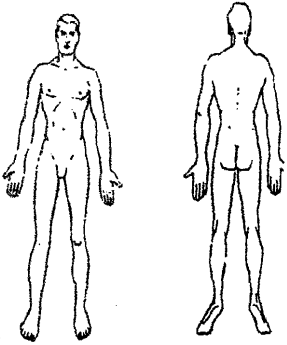
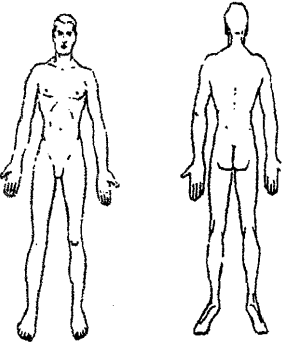
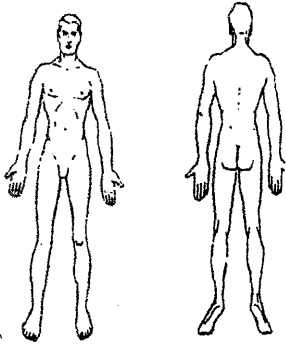
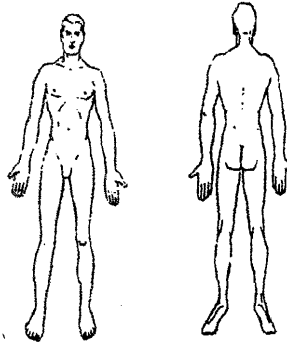
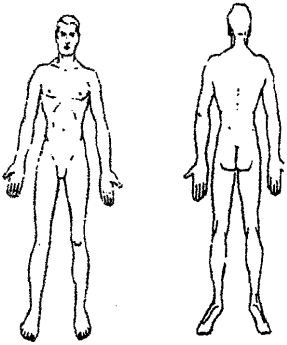
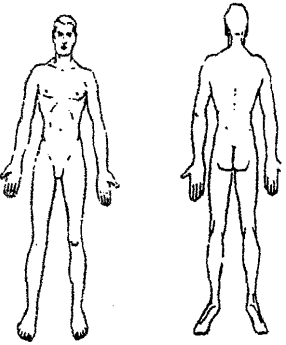
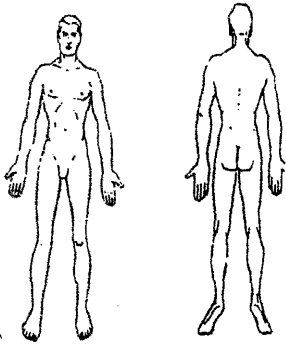
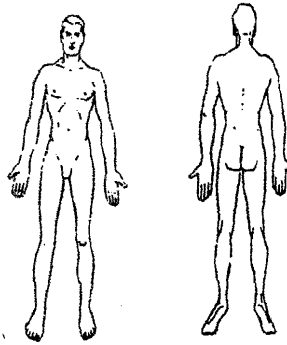
Data	Stadiazione della lesione	Dimensioni	Caratteristiche	
	1° eritema persistente	mmX.....	Asciutta	1° rilevazione
	2° abrasione del derma		Umida/ fibrinosa	
	3° ulcera derma, sottocute, muscoli fascia		Essudante/ purulenta	2° rilevazione
	4° lesione profonda/ osteomielite		Escara	
	Firma		Granuleggiante	
Data	Stadiazione della lesione	Dimensioni	Caratteristiche	
	1° eritema persistente	mmX.....	Asciutta	3° rilevazione
	2° abrasione del derma		Umida/ fibrinosa	
	3° ulcera derma, sottocute, muscoli fascia		Essudante/ purulenta	
	4° lesione profonda/ osteomielite		Escara	
	Firma		Granuleggiante	
Data	Stadiazione della lesione	Dimensioni	Caratteristiche	
	1° eritema persistente	mmX.....	Asciutta	
	2° abrasione del derma		Umida/ fibrinosa	
	3° ulcera derma, sottocute, muscoli fascia		Essudante/ purulenta	
	4° lesione profonda/ osteomielite		Escara	
	Firma		Granuleggiante	



Il monitoraggio viene effettuato **ogni settimana** e ad ogni aggiornamento di medicazione

SCHEDA ISPEZIONE CUTE

Allegato 4

DATA	DATA	DATA	DATA
firma	firma	firma	firma
			
DATA	DATA	DATA	DATA
firma	firma	firma	firma
			
DATA	DATA	DATA	DATA
firma	firma	firma	firma
			

Segnalare sulla figura, nella sede interessata "S" per cute secca, "E" per edema, "L" per lesione di qualunque stadio



Niente

Meno di metà

Più di metà

Tutto

CONTROLLO ALIMENTAZIONE

Sig:

Reparto:

Anno mese

	giorno										
Colazione	Latte o The/orzo										
	Fette bisc o biscotti										
	Integratore										
Metà Mattina	Integratore										
Pranzo	1° piatto										
	2° piatto										
	Contorno										
	Pane o Fette bisc.										
	Frutta										
	Olio										
Metà Pomeriggio	Integratore										
Cena	1° piatto										
	2° piatto										
	Contorno										
	Pane o Fette bisc.										
	Frutta										
	Olio										
Dopo cena											
	integratore										

<p>STADIO 1: iperemia della cute sana che non scompare dopo digitopressione Obiettivo: ripristinare la vascolarizzazione e prevenire l'ulcerazione cutanea</p>			
1° Fase	2° Fase	3° Fase	
Detergere la lesione con soluzione fisiologica o soluzione superossidata	Tamponare con garze (non sfregare)	Posizionare placca di idrocolloide di dimensioni ideali (Tenere ¾ giorni) o idrocolloide in gel; Posizionare presidi di prevenzione (cuscini in gel , materassino, schiuma di poliuretano).	
<p>STADIO 2: lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma od entrambi. L'ulcera è superficiale e si manifesta clinicamente come una abrasione o una bolla. Obiettivo: favorire la ricostruzione cutanea</p>			
1° Fase	2° Fase	3° Fase	
Detergere l'ulcera	Tamponare con garze	Posizionare placca di idrocolloide o idrocolloide in gel, se presenta essudato schiuma di poliuretano. Se presenta infezione applicare come medicazione primaria idrofibre con argento e chiudere con placca idrocolloidale come medicazione secondaria	
<p>STADIO 3: lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo, con possibile estensione fino alla fascia ma non oltre. Obiettivo: rimuovere il tessuto necrotico e favorire la ricostruzione tissutale</p>			
1° Fase	2° Fase	3° Fase	4° Fase
Detersione-debridement: detersione della lesione e rimozione del tessuto necrotico; se c'è necrosi secca deve essere utilizzato il metodo autolitico, distribuire in uno strato sottile gli idrogeli e chiudere con medicazione secondaria a base di placca idrocolloidale, la medicazione va mantenuta in sede per 3 giorni, da valutare la regressione della necrosi. Se la necrosi è umida è da preferire il metodo chirurgico o enzimatico	Dopo aver ottenuto lo sbrigliamento della lesione (assenza totale di fibrina e tessuto necrotico, infezione, colonizzazione e contaminazione), irrigare con soluzione fisiologica.	Se la lesione è molto essudante e cavitaria può essere trattata con medicazioni in alginato e schiuma di poliuretano.	Chiudere con medicazione secondaria in poliuretano, da rinnovare ogni 3-4 giorni a seconda dell'essudato
<p>STADIO 4: degenerazione massiva, necrosi tissutale o danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto con o senza lesione cutanea a tutto spessore. Obiettivo: controllare eventuali complicanze e favorire la riparazione tissutale</p>			
1° Fase	2° Fase	3° Fase	4° Fase
Comportarsi come per il 3° STADIO- ATTENZIONE: maggior rischio di infezioni per la profondità delle lesioni			

