



WOUMED
E-HEALTH WOUND HEALING

LESIONI DA DECUBITO





Scarica la versione per
iOS

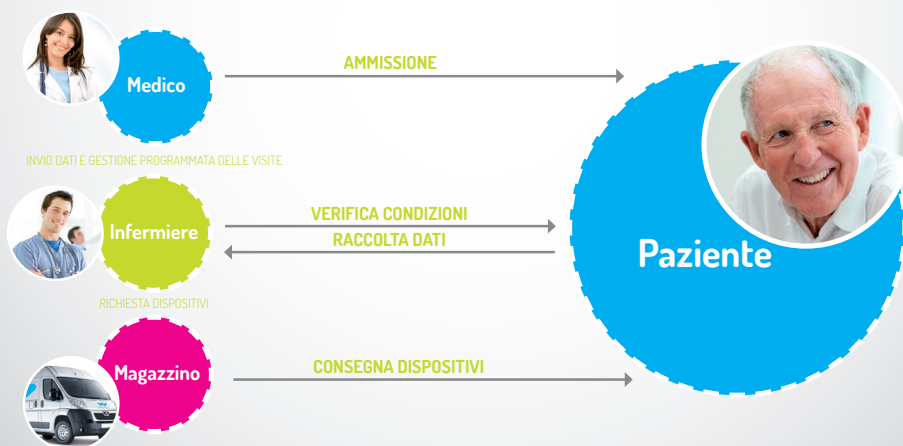


L'UNICA APPLICAZIONE CHE AIUTA PAZIENTI, MEDICI E OPERATORI SANITARI
NELLA GESTIONE E CURA DELLE PIAGHE DA DECUBITO



Scarica la versione per
Android

**WOUMED È UN NUOVO RIVOLUZIONARIO SISTEMA DI TELEMEDICINA
CHE FACILITA LA COLLABORAZIONE CLINICA E DI EDUCAZIONE METTENDO AL CENTRO LE ESIGENZE DEL PAZIENTE.
WOUMED È PROGETTATO PER SEMPLIFICARE I COLLEGAMENTI TRA PAZIENTE, MEDICI, INFERMIERI**



WWW.WOUMED.IT

PERCHÈ SCEGLIERE WOUMED



1

GESTIONE SEMPLICE E IMMEDIATA DEI DATI

per la **cura delle ulcere da decubito** con l'ausilio di **immagini, misure e note cliniche**.

2

ACCESSO DA DISPOSITIVI MOBILI (**APP DEDICATA**)

Progettato per iOS e Android, **WOUMED** garantisce il collegamento in tempo reale tra infermiere, paziente e medico, **verificando dell'andamento di ogni singola ulcera**

3

ORGANIZZAZIONE EFFICIENTE

WOUMED agevola la standardizzazione dei processi, la qualità del servizio (tempestività ed affidabilità), l'appropriatezza degli interventi, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane

4

PIANIFICAZIONE DELLA DOMANDA, VALUTAZIONE DEL RISULTATI E CONTROLLO DELLA SPESA

Corretta pianificazione degli ordini, sulla base delle reali necessità del paziente.



INTRODUZIONE

Le “lesioni da pressione” rappresentano un fenomeno che mette in evidenza come questo sia un elemento con una pesante ricaduta sia a livello economico che sulla qualità dell’assistenza infermieristica erogata, in ambito ospedaliero e domiciliare.

Tali lesioni tendono a formarsi prevalentemente nei soggetti affetti da patologie che ne compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati.

È un problema destinato a crescere in ragione dell’aumento della popolazione anziana.

In quanto professionisti della salute, dobbiamo porci nell’atteggiamento di approfondire su basi scientifiche la pratica quotidiana: è bene infatti evitare comportamenti basati sulle abitudini ed approfondire in maniera costante e scientifica il nostro sapere.

Valutare, cioè, se quello che facciamo tutti i giorni possiamo farlo meglio, allo scopo di rendere un servizio più efficiente ed efficace all’utente che in quel momento ha bisogno del nostro intervento. Questo non significa necessariamente fare ricerca in prima persona, ma conoscere e saper applicare correttamente ciò che la letteratura ci mette a disposizione per migliorare la nostra attività quotidiana.

1. LE LESIONI DA DECUBITO

Le lesioni da decubito si possono definire come “un danno cutaneo e/o dei tessuti sottostanti, localizzato per lo più in corrispondenza di prominenze ossee, quale risultato della pressione o della pressione in combinazione con forze di taglio” gravante per un certo intervallo di tempo sul distretto cutaneo interessato. Se la funzione dei recettori dolorifici viene meno, il danno ischemico si protrae per un intervallo temporale più lungo, portando a necrosi dei tessuti cutanei.

Ciò si manifesta con la formazione di una lesione da decubito.

Le lesioni da decubito, conosciute anche come ulcere da pressione, possono essere molto dolorose, difficili da guarire (cronicizzandosi nel tempo) e aumentano la mortalità nella popolazione interessata: si stima che circa 60.000 persone all'anno muoiano per complicanze legate all'insorgenza di lesioni da decubito, come le infezioni delle stesse e le sepsi generalizzate.

È ormai un dato assodato che la prevenzione delle ulcere da pressione non può prescindere da due aspetti:

- l'identificazione dei pazienti a rischio;
- lo sviluppo di un piano assistenziale tarato sui bisogni dei singoli pazienti.

2. CAUSE

I principali meccanismi fisiopatologici che determinano l'insorgenza delle lesioni da decubito sono la pressione e lo stiramento. Altre condizioni che svolgono un ruolo di concausa sono lo sfregamento e l'umidità. La pressione esercitata sui tessuti è considerata il fattore patogenetico principale.

La compressione esterna diventa lesiva per i tessuti, quando supera il livello critico di 32 mm Hg, poiché causa una riduzione dell'apporto ematico con conseguente ischemia ed ipossia.

Gli effetti della compressione variano, oltre che per l'entità e la durata della compressione, anche in funzione della sede, dello spessore della cute e dei tessuti molli. È dimostrato ad esempio che una pressione di 60-70 mm Hg mantenuta per 2 ore può essere sufficiente a produrre un danno irreversibile.

È inoltre possibile la formazione di lesioni in profondità con cute apparentemente integra (lesioni sotto minate). Si realizzano ad esempio quando il paziente è seduto sulla sedia senza sufficiente appoggio per le gambe o quando la testata del letto è sollevata, con tendenza alla caduta del tronco e scivolamento dei segmenti corporei da una posizione all'altra. In questi casi si produce una trazione dei tessuti molli superficiali ancorati dalle fasce muscolari profonde, con effetto di stiramento, possibile angolazione, microtrombosi, ostruzione e recisione dei piccoli vasi, ipossia e conseguente necrosi tissutale profonda.

Lo sfregamento sembrerebbe privo di un ruolo patogenetico principale. Esso determina la rimozione dello strato più superficiale della cute, lo strato corneo, con conseguente riduzione dell'attività fibrinolitica del derma, rendendo questo più suscettibile alla necrosi da compressione. L'aumentata perdita di acqua transdermica, con accumulo di liquidi in superficie, comporta una diminuzione della resistenza della cute ai traumi.

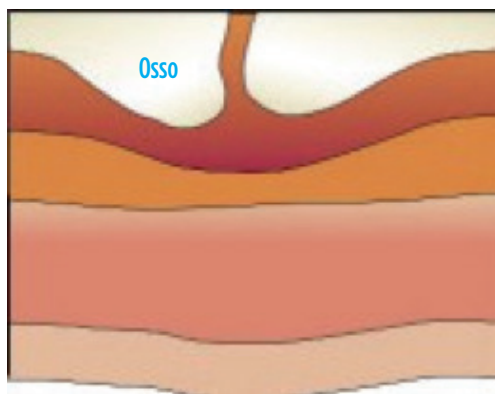
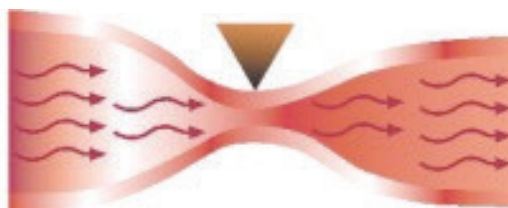
L'umidità potenzia l'azione degli altri fattori perché rende la pelle più fragile e facilmente aggredibile.

Un'esposizione prolungata della cute all'umidità provoca fenomeni di macerazione ed alterazione del pH

riducendo la funzione barriera della cute stessa come avviene ad esempio in presenza di incontinenza e di eccessiva sudorazione.

In base ai risultati riportati dalla letteratura internazionale lo sviluppo di nuove ulcere da pressione si correla con un insufficiente introito alimentare ed in particolare con un diminuito apporto proteico. In questo tipo di pazienti i fabbisogni calorici e proteici sono fortemente aumentati e l'uso di diete iperproteiche sembra influenzare positivamente l'evoluzione delle ulcere da pressione.

FIGURA 1: Effetto della pressione sulla circolazione
Pressione > 32mm Hg



2.1 AREE A RISCHIO

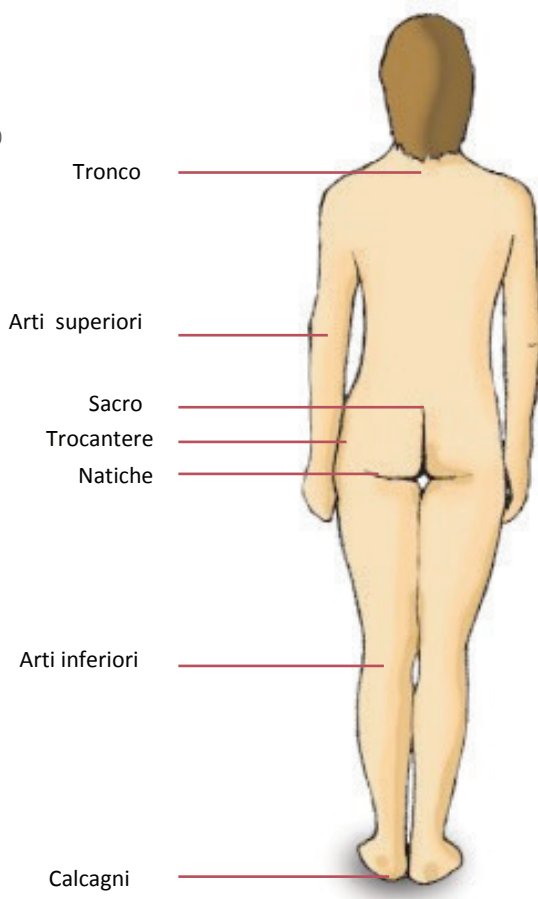
Dal punto di vista clinico le lesioni da decubito sono riconoscibili per il loro aspetto e per la loro localizzazione. Nella maggior parte dei casi si trovano in corrispondenza di una salienza ossea, come il sacro, le tuberosità ischiatiche, la cresta iliaca, i talloni, i gomiti, i trocanteri, le ginocchia, i malleoli, l'occipite e le scapole. Possono peraltro insorgere in altre zone, come orecchie e naso. Esse provocano dolore, spesso sottovalutato, che può aumentare durante le operazioni di medicazione e possono dare luogo a complicanze quali infezioni, perdita di proteine, anemia, osteomieliti, setticemie.

2.2. FATTORI DI RISCHIO

Numerosi sono i fattori di rischio implicati nell'insorgenza delle lesioni da decubito. Questi si possono suddividere in fattori intrinseci (legati al paziente) e fattori estrinseci (legati all'ambiente). Di seguito si riassumono i più importanti.

FATTORI INTRINSECI:

- Malnutrizione: (albumina sierica $< 3,5$ g/dL (indicatore discusso) - linfociti < 1200 mm³ diminuzione del peso corporeo superiore al 15%) → diminuita sintesi proteica ed ipoalbuminemia, che causano edema interstiziale e sofferenza cellulare;
- Ipoproteinemia: maggiore vulnerabilità all'ischemia;
- Anemia: ipossigenazione;
- Età avanzata: modificazioni della cute, diminuite difese e ritardata riparazione;
- Incontinenza: macerazione;
- Febbre aumentata: richiesta d'ossigeno;
- Immobilità: fratture aumentata esposizione alla compressione;
- Perdita di sensibilità: compromissione del meccanismo riflesso del cambio di postura
- Ipoperfusione: ischemia;





- Malattie cardiovascolari e respiratorie: alterata circolazione ematica e quindi ipossia tissutale;
- Obesità carico eccessivo;
- Magrezza: riduzione dei tessuti che fanno da “cuscinetto” tra la cute e le prominenze ossee;
- Infezioni sistemiche: ascessi muscolari e cutanei;
- Diabete mellito: angiopatia;
- Ipoglicemia diminuita: sintesi di collagene;
- Disidratazione: ipoperfusione;
- Immunodepressione: riduzione delle difese;
- Fumo: fibrosi del derma;
- Malattie psichiche: ipomobilità.

FATTORI ESTRINSECI:

- Stress meccanico (ad es. frizione quando il paziente viene mobilizzato);
- Inadeguata rimozione della compressione nel paziente allettato;
- Interventi chirurgici senza rimozione della compressione per oltre 2.5 ore;
- Riduzione della temperatura della sede di compressione (cellule ed enzimi sono maggiormente attivi a temperatura corporea);
- Essiccazione della medicazione (la guarigione è facilitata in ambiente umido);
- Utilizzo di steroidi che abbassano le difese dell'organismo e riducono i processi riparativi;
- Alto turnover e carenze nei flussi informativi tra operatori sanitari.

3. SCALE DI VALUTAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE:

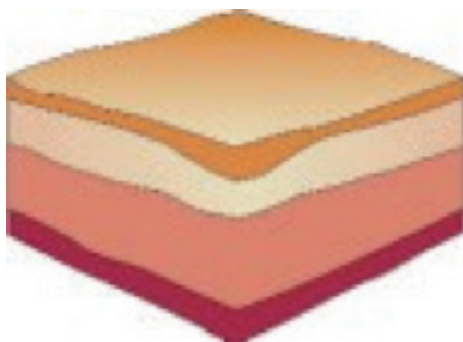
SCALA EPUAP

Esistono varie proposte di classificazione in gradi delle lesioni da decubito. Ciò che conta è individuare precocemente lo stadio del danno tissutale e conoscerne la progressione, poiché questi sono i presupposti per una terapia adeguata.

La classificazione qui descritta è quella proposta dall'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), che individua l'evoluzione delle lesioni da decubito in 4 stadi.

STADIO I: Eritema non sbiancante

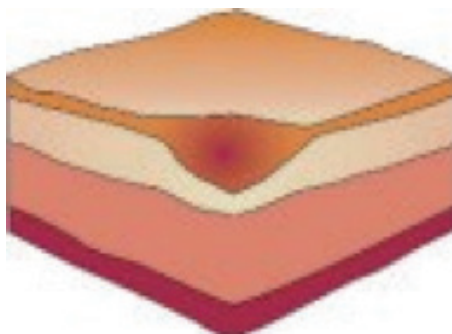
Cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea. Nella cute di pelle scura lo sbiancamento potrebbe non essere osservabile; il suo colore può differire dall'area circostante. L'area può essere dolente, dura, molle, più calda o più fredda in confronto al tessuto adiacente. È possibile che nelle persone di pelle scura lo Stadio I sia difficile da individuare. Può segnalare una persona "a rischio".



Area di eritema marcato e persistente
che non scompare alla pressione digitale e cute integra.

STADIO II: Spessore parziale

Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto di ferita rosa, senza slough. Può anche presentarsi come vescicola intatta o aperta/rotta ripiena di siero o di siero e sangue. Si presenta come un'ulcera lucida o asciutta, priva di slough o ematoma. Questa categoria non dovrebbe essere usata per descrivere skin tears (lacerazioni cutanee da strappamento), ustioni da cerotto, dermatiti associate all'incontinenza, macerazione o escoriazione. L'ematoma indica danno tissutale profondo.

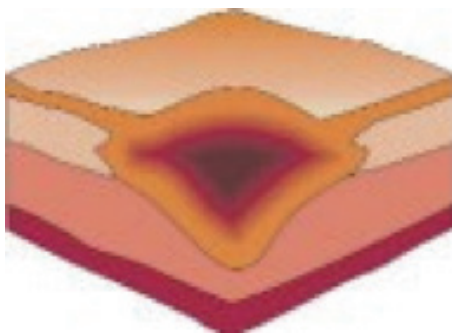


Lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide
e/o al derma; si presenta clinicamente sotto forma di
abrasione, vescicola o bolla.

STADIO III: Perdita di cute a tutto spessore

Perdita di cute a tutto spessore. Il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile, ma l'osso, il tendine o il muscolo non sono esposti. Può essere presente slough, ma senza nascondere la profondità della perdita tissutale. Può includere tratti sotto minati e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Stadio III varia a seconda della posizione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non sono dotati di tessuto sottocutaneo (adipe) e le ulcere di Stadio III possono essere superficiali.

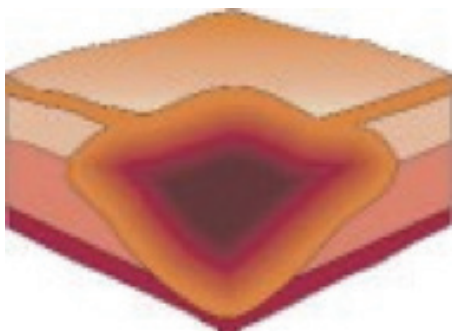
Al contrario, aree con significativa adiposità possono sviluppare ulcere da pressione di Stadio III molto profonde. Osso/tendine non sono visibili o direttamente palpabili.



Perdita di sostanza a tutto spessore, in cui la lesione e la necrosi progrediscono interessando il tessuto sottocutaneo fino alla fascia muscolare, senza oltrepassarla, con o senza sottominature dei bordi

STADIO IV: Perdita tissutale a tutto spessore

Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendine o muscolo. Potrebbero essere presenti slough o escara. Spesso include sottominatura e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Stadio IV varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto (adiposo) sottocutaneo, e queste ulcere possono essere superficiali. Le ulcere da pressione di Stadio IV possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (es. fascia, tendine o capsula articolare) rendendo probabile l'osteomielite o l'osteite. Ossa/tendine sono esposti, visibili o direttamente palpabili.



La lesione si estende oltre la fascia profonda interessando muscoli, tendini, strutture capsulari ed osso

4. GESTIONE GLOBALE DEL PAZIENTE

I punti cardine dell'approccio globale al paziente sono:

- definizione di un protocollo di prevenzione e sua applicazione;
- effettuazione di un idoneo trattamento della lesione.

4.1 PROTOCOLLO DI PREVENZIONE

È un dato certo che la prevenzione sia determinante per ridurre l'insorgenza delle lesioni da decubito o, a lesione già instaurata, per limitarne al minimo la progressione. Il presupposto per un'efficace prevenzione, nonché trattamento, è l'approccio multidisciplinare alla patologia che veda impegnate più figure professionali, quali l'infermiere professionale, l'operatore socio assistenziale, il medico, il nutrizionista, la dietista, il fisioterapista ecc., in grado di affrontare il problema da un punto di vista clinico, farmacologico ed assistenziale.

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

- identificazione dei soggetti a rischio;
- Applicazione protocollo di prevenzione.

4.1.1 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 deve essere effettuata, impiegando strumenti di verifica validati quali "scale di valutazione".

Queste devono essere somministrate ai pazienti in ingresso alla struttura e devono essere ripetute, durante la degenza, con cadenza stabilita in base al fattore di rischio iniziale (settimanale, quindicinale, ecc.). La rivalutazione del paziente deve essere realizzata, in particolare, ad ogni cambiamento delle condizioni esistenti (riammissione dopo ricovero ospedaliero, allettamento protratto) e nei casi in cui intervengano modifiche dei parametri oggetto di valutazione, anche se relative ad un singolo dato (comparsa di incontinenza, modifica dello stato di coscienza, ecc.).

Non è tanto importante il tipo di scala impiegata quanto la sua applicazione sistematica.

Il valore di rischio è riportato nella cartella clinica del paziente allo scopo di definire il piano d'intervento.

Esistono differenti "scale di valutazione" utilizzate per la valutazione del rischio dei pazienti: tra tutte le più utilizzate sono la scala di Norton e quella di Braden.

Analizziamo nello specifico il funzionamento della scala di Norton.

La scala di Norton è stata la prima scala di valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da decubito ed è stata creata nel 1962, partendo dall'osservazione di 600 pazienti. È lo score più usato in Inghilterra ed è uno dei più diffusi nel mondo.

L'indice di Norton è un sistema sensibile e facile da applicare, che prende in considerazione nel paziente quattro fattori: lo stato fisico generale, lo stato mentale, la mobilità e l'incontinenza urinaria e fecale. A ciascuno di questi fattori si deve attribuire un punteggio in base alla situazione o condizione del paziente. Il punteggio varia da 1 (situazione peggiore) a 4 (situazione ottimale, non a rischio). Il rischio di sviluppare lesioni da decubito è lieve con un punteggio da 14 a 12.



È elevato se inferiore o uguale a 10-12. Il rischio diminuisce quasi linearmente con l'aumentare del punteggio. È stata testata su soggetti anziani in ambiente ospedaliero, non esistono dati relativi di affidabilità, la versione originale non comprendeva le definizioni delle sue sottosezioni (Norton, Mc Laren e Exton-Smith, 1975). Le successive modificazioni della scala di Norton hanno incorporato tali definizioni nel 1989; essa prende in considerazione cinque fattori di rischio.

Punteggio	1	2	3	4
CONDIZIONI FISICHE	Pessime (totalmente dipendente nelle ADL)	Scadenti (è richiesta assistenza per molte ADL)	Discrete (richiede assistenza in qualche ADL)	Buone (abile nelle ADL)
STATO MENTALE	Comatoso (risposta lenta o assente)	Confuso (poco orientato nel tempo e nello spazio, risposta non precisa)	Apatico (necessita la ripetizione delle domande)	Lucido e orientato (orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida)
ATTIVITA' E DEAMBULAZIONE	Costretto a letto	Costretto su sedia (si muove e si sposta solo su sedia)	Cammina con aiuto (necessita l'aiuto di persone)	Autonomo (eventuale uso di presidi)
MOBILITA'	Immobile (richiede totale assistenza nei movimenti delle estremità)	Molto limitata (richiede assistenza nei movimenti degli arti)	Poco limitata (usa e controlla gli arti con minima assistenza)	Completa (muove e controlla gli arti)
INCONTINENZA	Doppia (totale incontinenza urinaria e fecale)	Abituale (incontinenza urinaria)	Occasionale (incontinenza occasionale, minore di 2 volte/die)	Assente (non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere)

4.1.2 APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO DI PREVENZIONE

Gli interventi di prevenzione sono i seguenti:

- A) norme igieniche;
- B) nutrizione;
- C) mobilizzazione e posizionamento;
- D) riduzione della compressione.

È oltremodo importante educare il paziente circa le misure preventive da adottare, affinché egli stesso, ove possibile, collabori con gli operatori sanitari. Questi ultimi dal canto loro devono provvedere al passaggio delle informazioni.

A) NORME IGIENICHE

- Osservare quotidianamente le condizioni della cute del paziente, in particolare le zone a rischio;
- Mantenere la cute pulita con l'utilizzo di detergenti debolmente acidi non irritanti, in particolare dopo ogni evacuazione;
- Asciugare per tamponamento;
- In presenza di cute secca l'applicazione di olii protettivi o creme idratanti ed emollienti può contribuire a ripristinare il mantello idrolipidico e a mantenere elastica la cute; l'utilizzo di paste a base di ossido di zinco può rivelarsi utile esclusivamente se vi è rischio di macerazione come nei casi di incontinenza;
- Ricorrere, per le persone incontinenti, all'uso di ausili ad assorbenza, seguendo uno schema di impiego personalizzato, anche sulla base delle modalità di utilizzo.

DA EVITARE:

- Uso di detergenti sgrassanti o soluzioni alcoliche;
- Applicazioni di talco o di polveri protettive;
- Strofinamento nell'asciugatura (rischio di frizione);
- Massaggi profondi (scollamento dei tessuti);
- Scorretto impiego dei pannoloni rispetto alle indicazioni di utilizzo;
- Contatto della pelle con materiali impermeabili, come tele cerate;
- Impiego di biancheria intima sintetica;
- Impiego di indumenti con elastici o bottoni;
- Lenzuola o indumenti umidi o bagnati;
- Pieghe delle lenzuola o della biancheria o presenza di corpi estranei (briciole ecc.).

B) NUTRIZIONE

In base ai risultati riportati dalla letteratura internazionale lo sviluppo di nuove ulcere da pressione si correla con un insufficiente introito alimentare ed in particolare con un diminuito apporto proteico. In questo tipo di pazienti i fabbisogni calorici e proteici sono fortemente aumentati e l'uso di diete iperproteiche sembra influenzare positivamente l'evoluzione delle ulcere da pressione.

In condizione di malnutrizione, al "depauperamento delle riserve proteiche" muscolari e viscerali, si accompagna una riduzione delle difese immunitarie con conseguente maggiore incidenza e gravità di complicanze infettive generali e locali, con conseguente ritardata capacità di cicatrizzazione.

Valutare lo stato nutrizionale. Inserire il soggetto in una delle seguenti categorie:

- A) Ben nutrito; rivalutare in caso di peggioramento clinico.
- B) A rischio di malnutrizione; monitorare il paziente; valutare un intervento nutrizionale mirato.
- C) Malnutrizione; richiedere consulenza specialistica urgente.

Adeguate il fabbisogno proteico: importante è la supplementazione proteica. Se l'individuo non mangia a sufficienza,



si potrà incrementare l'alimentazione con integratori calorico-proteici per os "specifici", in modo da coprire i fabbisogni nutrizionali.

In base alle indicazioni riportate da più autori, l'apporto proteico varierà tra 1-2 g/kg/die, secondo lo stadio di malnutrizione e della progressione dell'ulcera da decubito.

Adeguare il fabbisogno di specifici nutrienti (in particolare il fabbisogno di vitamine A, C, E che stimolano la sintesi del collagene): oltre a valutare l'apporto calorico-proteico, è indispensabile valutare eventuali carenze vitaminiche, in particolare le vitamine A, E, C, importanti nel processo di cicatrizzazione.

Per quanto riguarda l'integrazione salina, sarà opportuno monitorare gli eventuali deficit, in particolare di zinco, calcio e ferro.

Per prevenire la disidratazione è utile integrare l'apporto con acqua. La quantità può essere stimata a circa 1 ml/kcal ingerita oppure 30 ml/kg di peso corporeo.

Adeguare il fabbisogno energetico: l'apporto calorico verrà calcolato in base alle condizioni cliniche (patologie, esami ematochimici, etc.) ed altri parametri quali età, sesso, altezza, peso, attività fisica ed in particolare allo stadio delle ulcere. Indicativamente viene suggerito un apporto giornaliero pari a 30-35 kcal/kg di peso ideale, fino ad arrivare a 45 kcal/kg di peso ideale negli stadi più avanzati delle ulcere da decubito. Si ricorda che è necessario un adeguato apporto calorico, perché vengano utilizzate nel modo migliore le proteine introdotte.

Monitoraggio nutrizionale: oltre al monitoraggio metabolico, sarà necessario controllare lo stato nutrizionale attraverso parametri bio-umorali quali prealbumina, con cadenza ravvicinata (1 v/settimana) ed altri parametri quali proteine totali, albuminemia e conta linfociti totali (ogni 2-4 settimane).

Ricorrere all'integrazione nutrizionale: ove necessario, alla nutrizione artificiale (enterale o parenterale).

C) MOBILIZZAZIONE E POSIZIONAMENTO

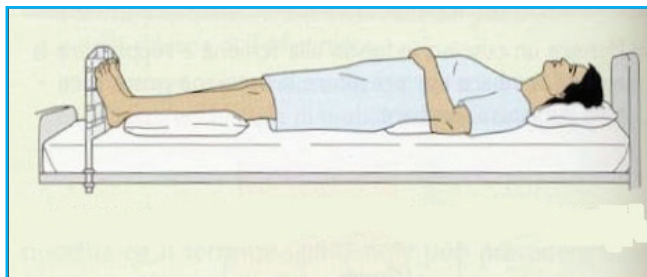
È importantissimo mobilitare in modo regolare e costante il paziente, in quanto la mobilitazione rappresenta la prima forma di difesa dell'organismo contro la compressione.

Nei pazienti che hanno conservato la capacità di deambulare, occorre stimolare il più possibile il movimento, accompagnando la persona o fornendole gli ausili necessari (bastone, tripode, girello, corrimano) per dare sicurezza e autonomia. A coloro che hanno perso la capacità di deambulare ed ai pazienti totalmente allettati è necessario garantire una corretta mobilitazione. Al fine di diminuire il rischio dell'individuo di sviluppare un'ulcera da pressione, è essenziale ridurre il tempo e la quantità di pressione cui l'individuo è sottoposto.

Un individuo dovrebbe essere riposizionato con maggiore frequenza su un materasso che non ridistribuisce la pressione rispetto a un materasso in schiuma viscoelastica. La frequenza del riposizionamento dovrebbe dipendere dalle qualità di ridistribuzione della pressione della superficie di supporto.

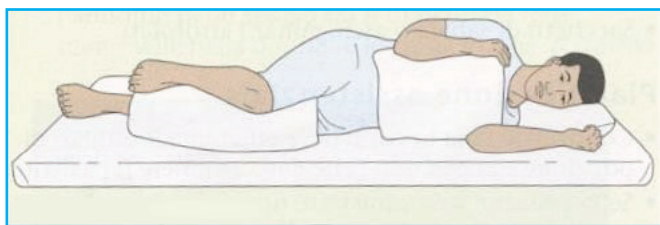
DECUBITO SUPINO

- Sistemare il paziente in posizione piana con il capo allineato al resto del corpo e con un cuscino posto sotto il capo;
- Allineare gli arti inferiori e superiori lungo il corpo con le braccia lievemente flesse o appoggiate su un cuscino;
- Sistemare un altro cuscino sotto il poplite onde evitare lesioni ai talloni;
- Tenere sollevate le coperte con l'ausilio di un archetto per evitare la scorretta postura dei piedi.



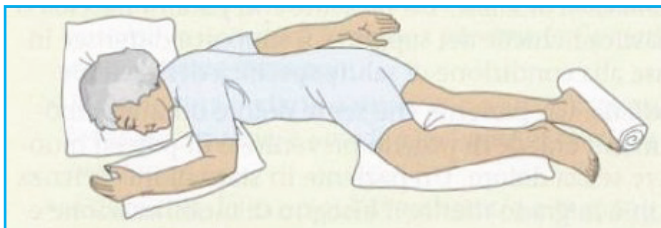
DECUBITO LATERALE DESTRO O SINISTRO

- Sistemare il letto in posizione piana o con lo schienale lievemente alzato se si vuole dare un lieve sostegno al tronco;
- Allineare la colonna vertebrale del paziente;
- Distendere la gamba aderente al piano del letto;
- Flettere a 60° - 90° il braccio aderente al piano del letto, estendere l'avambraccio con il palmo della mano rivolto verso l'alto evitando che il braccio rimanga imprigionato sotto il tronco;
- Piegarne la gamba controlaterale più in avanti rispetto alla precedente appoggiandola su un cuscino con anca e ginocchio in flessione;
- Flettere il bacino controlaterale ed appoggiare il palmo della mano sopra un piccolo cuscino.



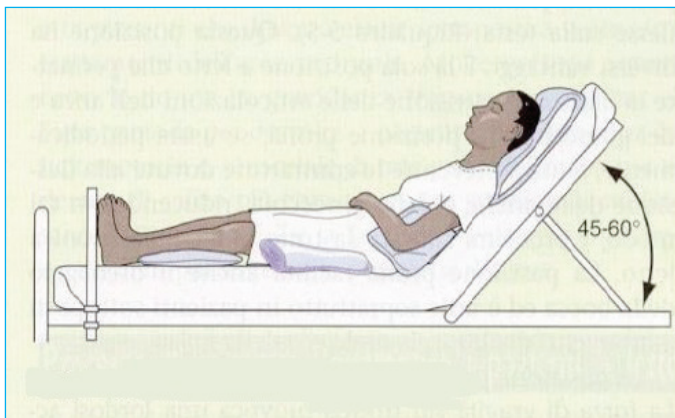
DECUBITO OBLIQUO

- Ottenere un'inclinazione di 30° con l'utilizzo di cuscino da porre sotto la scapola, il sacro e le ginocchia oppure mediante l'utilizzo di lettini inclinabili lateralmente ed allineare il paziente come in decubito laterale.



SEMISEDUTO

• Sistemare il paziente in mezzo al letto in posizione piana con il capo ben appoggiato al bordo del letto. Se il letto è snodabile flettere un poco le ginocchia, altrimenti sistemare un cuscino sotto il poplite ed alzare lo schienale. Mantenere questa posizione solo per l'alimentazione oppure se il paziente ha dei problemi respiratori (per evitare che scivoli dal letto e che, per frizione, sviluppi una lesione da pressione).



POSIZIONAMENTO IN CARROZZINA

Cambiare la postura ogni ora. Il cambiamento deve avvenire molto velocemente associando cuscini antidecubito (evitare le ciambelle).

- Evitare le pressioni sulle tuberosità ischiatiche;
- Sollevare i pazienti non collaboranti ogni 30 minuti;
- Insegnare ai pazienti collaboranti a spostare il peso corporeo ogni 20 minuti inclinandosi avanti e su un lato;
- Posizionare il paziente con le anche, le ginocchia e le caviglie flesse a 90°;
- Allineare il tronco e appoggiare la testa a un idoneo supporto;
- Appoggiare gli arti superiori su cuscini, sopra un tavolo o sui braccioli per mantenere il braccio abdotto e flesso.

Utilizzando questo piccolo strumento, cioè la mobilizzazione, possiamo perseguire il nostro obiettivo, informando e orientando i familiari su questo importantissimo aspetto della cura e dell'assistenza verso il paziente allettato.

D) RIDUZIONE DELLA COMPRESSIONE. I PRESIDI ANTIDECUBITO

“Per ausili intendiamo quegli strumenti che permettono l'adattamento individuale della persona all'ambiente”

Un presidio antidecubito è un supporto o dispositivo atto a ridurre o scaricare la pressione di contatto esercitata dal corpo su di una superficie, attraverso modalità diverse. Le superfici antidecubito vengono suddivise in classi ed ogni classe comprende numerosi prodotti con caratteristiche diverse.

L'obiettivo primario per una corretta prevenzione è fornire il supporto più adeguato alle esigenze del paziente, effettuando la valutazione del grado di rischio del paziente, così come precedentemente indicato nel paragrafo “Identificazione dei soggetti a rischio”.

Caratteristiche delle superfici antidecubito

Un presidio per essere definito efficace deve intervenire attivamente sulle cause estrinseche determinanti una lesione cutanea e quindi garantire:

- la riduzione della pressione del corpo sul piano di appoggio
- la riduzione delle forze di attrito e di stiramento
- la dispersione di calore e di umidità
- il mantenimento di una postura corretta

Densità

Rappresenta la quantità di materia prima presente in un metro cubo di prodotto, ossia il rapporto tra il peso di tale materiale e il suo volume espresso in kg/m³ → ma non è l'espressione del peso. La densità dipende dal materiale di base usato e dagli additivi utilizzati sia per aumentare la densità stessa che per migliorare la resistenza alla combustione.

Altezza

Le superfici di supporto dovrebbero essere abbastanza alte e dense a sufficienza per far sì che le prominente ossee non tocchino il fondo della base del materasso. Per un'efficacia preventiva le indicazioni, prevedono per i sovrasmaterassi un riferimento minimo di 10 cm e per i materassi di almeno 14 cm; maggiore è la densità, maggiore è il mantenimento dello spessore nel tempo.

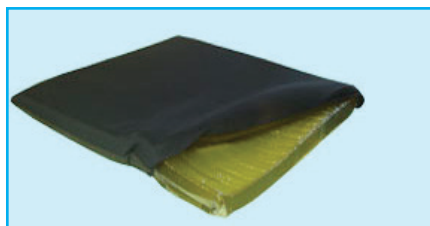
Memoria

Si riferisce alle superfici morbide: capacità delle superfici di “ricordare” la forma dell'oggetto / corpo che le ha compresse dopo che questo è stato rimosso; maggiore è la velocità di ritorno della superficie alla forma originale (memoria “veloce”), maggiore è la pressione esercitata sulle zone corporee; minore è la velocità di ritorno della superficie alla forma originale (memoria “lenta”), minore è la pressione esercitata sulle zone corporee.

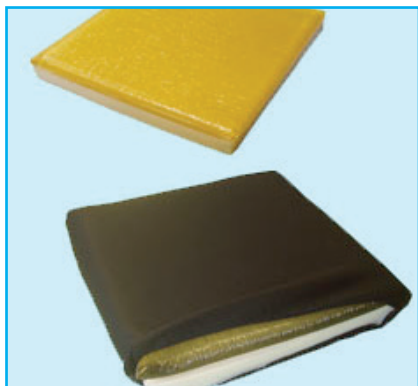
Presidio	Descrizione
Sovramaterasso	superficie di supporto che viene posizionato sopra il materasso standard. Il materasso standard (o base di supporto) e la rete del letto su cui poggia il sovrामaterasso devono garantire un sostegno tale da consentire in tutte le posture l'allineamento corporeo. In presenza di letti non regolabili in altezza porre attenzione al grado di elevazione del piano del letto che si realizza.
Materasso antidecubito	superficie che sostituisce il materasso standard e che garantisce una corretta prevenzione antidecubito
Talloniere e gomitiere	sistemi antidecubito appositamente studiati e sagomati per la protezione di talloni e gomiti.
Cuscini	sistemi antidecubito per la seduta del paziente
Accessori	spessori o imbottiture per evitare il contatto tra prominenze ossee reciproche, fodere per materassi antidecubito



Cuscino in gel fluido Codice ISO 03.33.03.006



Cuscino viscoelastico compatto Codice ISO 03.33.03.009



Cuscino con base anatomica Codice ISO 03.33.03.012



Cuscino con bolle d'aria Codice ISO 03.33.03.018

Superfici Antidecubito		
Descrizione	Codice	Grado di rischio
CUSCINI ANTIDECUBITO	03.33.03	
Cuscino in fibra cava siliconata	03.33.03.003	BASSO
Cuscino in gel fluido	03.33.03.006	BASSO
Cuscino in materiale viscoelastico compatto	03.33.03.009	BASSO
Cuscino composito con base anatomica preformata o base con formazione personalizzata, integrata con fluidi automodellanti	03.33.03.012	BASSO
Cuscino a bolle d'aria a micro interscambio	03.33.03.015	MEDIO
Cuscino a bolle d'aria a micro interscambio	03.33.03.015 a)	ALTO
Cuscino a bolle d'aria a micro interscambio o a celle con fluidi automodellanti a settori differenziati	03.33.03.018	ALTO
Cuscino in silicone	03.33.03.009 a)	ALTO
MATERASSI E TRAVERSE ANTIDECUBITO	03.33.06	
Materasso ventilato in espanso	03.33.06.003	BASSO
Materasso ventilato in espanso composito, realizzato con materiali di diversa densità per garantire lo scarico differenziato delle pressioni a livello delle specifiche zone corporee	03.33.06.006	BASSO
Materasso in fibra cava siliconata	03.33.06.009	BASSO
Materasso in fibra cava siliconata ad inserti asportabili	03.33.06.012	BASSO
Materasso ad acqua con bordo laterale di irrigidimento	03.33.06.015	BASSO
Sovramaterasso ad aria con camera a gonfiaggio alternato, con compressore	03.33.06.018	BASSO
Materasso ad elementi interscambiabili con compressore	03.33.06.021	BASSO
Materasso ventilato in espanso di poliuretano	03.33.06.006 a)	MEDIO
Materasso a regolazione differenziata (alto)	03.33.06.021 a)	ALTO
Materasso a regolazione differenziata (medio)	03.33.06.021 b)	MEDIO
Materasso a regolazione differenziata (basso)	03.33.06.021 c)	BASSO
Materasso a cessione d'aria	03.33.06.021 d)	ALTO



Materasso ad acqua con bordo laterale di irrigidimento
Codice ISO 03.33.03.015



Materasso ventilato in espanso
Codice ISO 03.33.06.003



Materasso a cessione d'aria
Codice ISO 03.33.06.021 d)

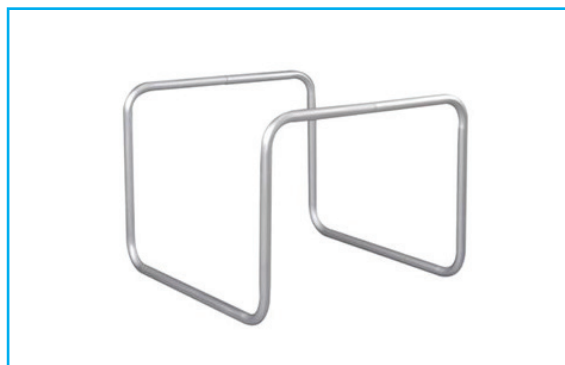


Materasso a regolazione differenziata
Codice ISO 03.33.06.021 a) - Alto Rischio

Accessori per Prevenzione Antidecubito		
Descrizione	Codice Classificazione ISO	Vantaggi
Asta con trapezio	12.30.09.103	Facilita i cambi posturali
Protezione tallone in fibra cava siliconata	03.33.09.006	Riducono la compressione delle zone maggiormente esposte a pressione o sfregamento
Protezione gomito in fibra cava siliconata	03.33.09.012	
Protezione ginocchio in fibra cava siliconata	03.33.09.018	
Archetto alza coperte		Evita il peso delle coperte sul piede e favorisce l'aerazione riducendo calore ed umidità
Cavigliere ad anello		Mantengono il piede sollevato dal piano del letto in qualsiasi posizione
Posizionatore del piede		Mantiene il piede sollevato dal piano del letto



Protezione per tallone in fibra cava siliconata
Codice ISO 03.33.09.006
Protezione per gomito in fibra cava siliconata
Codice ISO 03.33.09.012



Archetto alzacoperte



4.2 TRATTAMENTO DELLA LESIONE

Un approccio corretto alla lesione da decubito è di considerarla come una soluzione di continuo della cute, ossia una ferita, che va messa nelle condizioni migliori per rimarginare. La riparazione è un fenomeno vitale.

Si verifica attraverso la formazione di tessuto connettivo che viene ricoperto per moltiplicazione delle cellule epiteliali e migrazione delle stesse dai bordi della lesione verso il centro della stessa. È condizionata da fattori sia di tipo locale (apporto di sangue, presenza di ossigeno, presenza di batteri o di danno tissutale, tipo di medicazione), che di tipo sistemico (malnutrizione, diabete, deficit vitaminici, uso di farmaci, ipossia, ipovolemia, ecc.).

Non esiste una metodica ottimale per il trattamento delle lesioni da decubito, che può quindi variare in base alle condizioni del paziente, al tipo di lesione ed alla sua evoluzione. Il principio basilare è quello di favorire la guarigione rispettando l'ambiente naturale nel quale avvengono i processi di riparazione tissutale, quali la granulazione e la riepitelizzazione, ed evitare le condizioni che la rallentano come la variazione di umidità, pH e temperatura. Nella scelta del trattamento più idoneo devono essere quindi tenuti in considerazione alcuni principi generali che riguardano tali processi; in particolare:

Ossigeno: è dimostrato che la velocità di guarigione delle ferite è direttamente proporzionale alla tensione locale di ossigeno; infatti, le cellule epiteliali necessitano di ossigeno per muoversi e riprodursi. La lesione va tenuta pertanto pulita dalla presenza di fibrina, tessuto necrotico o di escare che sottraggono l'ossigeno necessario.

Umidità: il concetto di guarigione in ambiente umido è un'acquisizione relativamente recente delle ricerche sulla riparazione delle ferite. Le cellule epiteliali migrano solo su tessuti viventi. La formazione di escare ne ritarda la progressione, perché le cellule epiteliali devono migrare sotto di esse. La disidratazione favorisce la formazione di cicatrici e distrugge l'epidermide perilesionale, che serve per la formazione di nuove cellule. In ambiente umido la proliferazione cellulare sembra iniziare dopo 6 ore contro le 18 ore richieste in ambiente secco.

Temperatura: ha una grande influenza sulla rigenerazione cellulare. La temperatura ottimale è di 37° C. Una diminuzione anche di soli due gradi è sufficiente ad inibire la mobilità dei leucociti. Dopo una medicazione, occorrono circa 40 minuti alla lesione detersa per riprendere la temperatura normale e 3 ore per riprendere l'attività mitotica. Sono pertanto da preferirsi le medicazioni che non richiedono cambi frequenti e l'utilizzo di soluzioni a temperatura ambiente per la detersione.

Riparazione cellulare: nelle fasi iniziali della guarigione le cellule epiteliali che migrano attraverso la superficie della lesione hanno scarsa adesione al derma sottostante, per cui possono essere facilmente rimosse. Pertanto, nell'ambito delle operazioni di medicazione, sono da evitare i movimenti dei margini della lesione ed i cambiamenti di medicazione troppo frequenti, poiché possono ostacolare la guarigione.

Equilibrio acido-base: tutte le condizioni che modificano il pH locale provocano modificazioni del processo riparativo.

I possibili interventi sulla lesione sono:

- rimozione del tessuto non vitale;
- disinfezione;
- diagnosi e trattamento delle infezioni;
- medicazione topica della lesione;
- trattamento della cute circostante;
- frequenza della medicazione.

Si rimanda ad altra trattazione per gli interventi di pertinenza specialistica quali ad esempio: effettuazione di terapia con agenti fisici (O₂, terapia iperbarica, ecc.), effettuazione di terapia chirurgica ricostruttiva, utilizzo di epidermide bioingegnerizzata (cheratinociti autologhi) ed altro.

a. Rimozione del tessuto non vitale

La detersione della lesione è il presupposto del trattamento delle lesioni da decubito in quanto l'asportazione del materiale infiammatorio e/o dei residui di precedenti medicazioni riduce la colonizzazione batterica, abbassa il rischio di infezione e velocizza i processi di rigenerazione tissutale e quindi la guarigione. È inoltre una pratica indispensabile per la valutazione del fondo della lesione e quindi per l'applicazione del protocollo di intervento più appropriato. Il metodo utilizzato può essere selettivo, ossia con preservazione dei tessuti sani, da preferire, o non selettivo. Si riassumono di seguito le principali metodiche esistenti.

METODO IDROTERAPICO

Consiste nell'irrigazione della lesione con soluzioni di Ringer Lattato o Soluzione fisiologica, a temperatura ambiente e con una pressione adeguata, che si ottiene utilizzando una siringa da 50 ml ago 19 G.

METODO ENZIMATICO

È un metodo selettivo che consiste nell'applicazione di preparati topici contenenti enzimi proteolitici che hanno il compito di digerire la fibrina e rimuovere il tessuto necrotico preservando i tessuti sani. Il metodo trova indicazione nelle lesioni con abbondanti detriti necrotici o dopo la toilette chirurgica, come proseguimento della terapia.

METODO AUTOLITICO

È un metodo selettivo che consiste nell'applicazione di una medicazione sintetica sulla lesione, allo scopo di favorire l'autodigestione del tessuto necrotico ad opera degli enzimi presenti nei liquidi della lesione. Si utilizza in modo particolare idrogeli, da applicare direttamente sulla ferita, o idrocolloidi (in tal caso può essere utile riscaldarli preventivamente fra le mani).

METODO CHIRURGICO

La toilette chirurgica è un metodo selettivo ed è il più efficace e veloce per rimuovere grandi quantità di tessuto necrotico o escare secche. È il metodo di scelta quando è presente un'infezione.

b. Disinfezione

Sulla cute integra è normalmente presente la flora batterica denominata “flora residente” che comprende aerobi ed anaerobi ed è quasi esclusivamente costituita da Gram positivi (cocchi e bacilli).

L'insorgenza di una lesione da decubito modifica radicalmente le condizioni locali, compresa la stessa flora batterica che può variare in base a diversi fattori tra cui la sede della lesione; inizialmente essa è rappresentata in maggioranza da batteri Gram negativi, mentre nella fase rigenerativa dell'epidermide nuovamente da Gram positivi. L'impiego di antisettici è controverso poiché essi, abbinando all'azione antibatterica un effetto lesivo nei confronti di qualsiasi cellula, anche sana, possono danneggiare le cellule deputate alla riproduzione tissutale. Possono inoltre causare reazioni allergiche e/o irritazione locale. L'uso di antisettici non deve essere quindi routinario ma riservato



eventualmente alle lesioni chiaramente infette o in presenza di secrezioni necrotiche (stadio III e IV) e nelle fasi post-escarectomia. È opportuno precedere e seguire l'applicazione con un lavaggio con Soluzione fisiologica o Ringer lattato. La scelta dell'antisettico deve orientarsi verso quelli meno dannosi. È quindi preferibile l'uso della clorexidina gluconato in soluzione acquosa allo 0,05% per la sua buona attività antisettica, la buona tollerabilità e perché sembra interferire minimamente con i processi di guarigione. Deve essere sempre evitato l'uso simultaneo o consecutivo di un antisettico e di un sapone per il rischio di inattivazione.

c. Diagnosi e trattamento dell'infezione

La diagnosi disinfezione, generalmente, può essere formulata su base clinica (odore, caratteristica dell'essudato; ad esempio una lesione maleodorante è molto probabilmente infettata da anaerobi). Data la colonizzazione batterica, il tampone non è utile a fini diagnostici. Se necessario risulta più opportuno eseguire una coltura del prelievo biotico del fondo della lesione, o dell'essudato ottenuto tramite aspirazione. L'utilizzo degli antibiotici nel trattamento delle lesioni da decubito è stato oggetto di recenti revisioni. La colonizzazione batterica, come premesso, non incide sulla guarigione della lesione e spesso una corretta detersione o un appropriato impiego di disinfettanti rappresentano gli interventi sufficienti per il trattamento di ulcere, comprese quelle infette. Gli antibiotici topici sono inoltre responsabili della comparsa di fenomeni di sensibilizzazione e di reazioni allergiche, nonché dell'insorgenza di ceppi di microrganismi resistenti.

4.2.2 IL TRATTAMENTO TOPICO

La scelta della medicazione deve essere effettuata sulla base della valutazione globale del paziente e della lesione e in relazione agli obiettivi assistenziali definiti conseguentemente: la guarigione non sempre è l'obiettivo prefissato (es. nei pazienti terminali è molto più importante applicare un trattamento sintomatologico per la gestione di eventuale dolore, male odore, ecc.).

I tempi di sostituzione della medicazione indicati nel protocollo sono solo esemplificativi in quanto correlati alla tipologia di ferita ed ai tempi di saturazione della medicazione stessa (si raccomanda di leggere attentamente le indicazioni delle ditte produttrici nella scelta della medicazione più appropriata, al fine di evitare sprechi, come ad esempio relativamente ai tempi di permanenza in situ, al rischio di macerazione, al rischio di adesione al tessuto di granulazione, al rischio di infezione ecc.).

CUTE A RISCHIO DI ULCERE DA PRESSIONE

Obiettivo: ripristinare la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente (fase reversibile) per prevenire l'insorgenza di lesioni. Proteggere la cute con prodotti adeguati allo stato della cute.

1. Detersione: detergere la cute delicatamente; asciugare tamponando.
2. Medicazioni consigliate:
 - creme ad azione idratante (se la cute è secca), creme ad azione protettiva (se la cute è macerata);
 - pellicole di poliuretano;
 - idrocolloidi sottili come protezione alle lesioni da stiramento/attrito.
3. Cambio medicazione:
Ogni 5 – 7 gg. in caso di utilizzo di idrocolloidi sottili o pellicole di poliuretano.

ULCERA IN FASE DI RIEPITELIZZAZIONE

LESIONE ROSA: indica la riepitelizzazione.

In questa fase, è possibile osservare aree di riepitelizzazione di colore rosa traslucido al di sopra del tessuto di granulazione, costituite da cellule epiteliali migranti dai bordi dell'ulcera che avanzano in modo concentrico fino a unirsi. Il neoepitelio, nelle lesioni a spessore parziale, si sviluppa anche sotto forma di isole all'interno della superficie della lesione.

Obiettivo: favorire la ricostruzione tissutale; proteggere la cute neoformata, fragile e sottile; promuovere un buon trofismo cutaneo.

1. Detersione: detersione con soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile.
2. Medicazioni consigliate:
 - Schiuma di Poliuretano (medio/alto essudato);
 - Idrocolloide, schiuma di poliuretano sottile (basso essudato).
3. Cambio medicazione:
Ogni 2 – 3 gg in caso di utilizzo di schiuma di poliuretano o idrocolloidi.

ULCERA GRANULEGGIANTE (DETERSA, BASSO ESSUDATO)

LESIONE ROSSA: indica il tessuto di granulazione.

Il letto della lesione appare di colore rosso grazie alla presenza di tessuto di granulazione. Il tessuto di granulazione “sano” ha un aspetto umido a bottoncini; essendo molto vascolarizzato assume un colore rosso vivo o rosa intenso, stante ad indicare che la cicatrizzazione sta progredendo normalmente.

Obiettivo: ridurre la quantità di essudato presente sul letto della ferita; prevenire l'eccessivo essiccamento della lesione; prevenire la macerazione della cute perilesionale; favorire la ricostruzione tissutale.

1. Detersione: detersione con soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile; asciugare tamponando.
 2. Medicazioni consigliate:
 - Idrocolloidi, schiume sottili, collagene.
- Se cavitare:
- Idrocolloidi in pasta o schiume di poliuretano cavitare, collagene;
 - Pellicola di poliuretano come medicazione secondaria.
3. Cambio medicazione: 3-5 gg.

ULCERA GRANULEGGIANTE (DETERSA, MEDIO-ALTO ESSUDATO)

LESIONE ROSSA: indica il tessuto di granulazione.

Il letto della lesione appare di colore rosso grazie alla presenza di tessuto di granulazione. Il tessuto di granulazione “sano” ha un aspetto umido a bottoncini; essendo molto vascolarizzato assume un colore rosso vivo o rosa intenso, stante ad indicare che la cicatrizzazione sta progredendo normalmente.

Obiettivo: ridurre la quantità di essudato presente sul letto della ferita; prevenire l'eccessivo essiccamento della lesione; prevenire la macerazione della cute perilesionale; favorire la ricostruzione tissutale.

1. Detersione: detersione con soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile; asciugare tamponando.
2. Medicazioni consigliate:



- Idrocolloidi, schiume, alginati, idrofibra, collagene.

Se cavitare:

- Idrocolloidi in pasta o schiume di poliuretano cavitare, alginati, idrofibra, collagene;
- Pellicola di poliuretano come medicazione secondaria.

3. Cambio medicazione: Max 3 gg.

LESIONE NECROTICA

LESIONE NERA: indica la necrosi secca.

Quando un'area di tessuto è privata di un adeguato apporto di ossigeno o nutrienti diviene non vitale. Il tessuto devitalizzato ha la tendenza a disidratarsi, e via via che perde umidità forma uno strato ispessito, per lo più duro, coriaceo, di color marrone o nero, che aderisce saldamente al letto della lesione o ai margini dell'ulcera. Il tessuto disidratandosi si contrae, mettendo in tensione i tessuti circostanti e causando dolore.

Obiettivo: rimozione del tessuto necrotico, non vitale (debridment).

1. Detersione: soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile; asciugare tamponando.
2. Medicazioni consigliate:
 - Idrogel coperto con film di poliuretano o idrocolloide;
 - Prodotti a base di collagenasi + medicazione secondaria con garze, da cambiare ogni giorno;
 - Rimozione chirurgica parziale o totale.

Si ricorda che la necrosi del tallone è l'unica che non deve essere rimossa, a meno che non ci sia fluttuazione, infiltrazione, edema o fuoriuscita di liquido dalla stessa.

LESIONE ASCIUTTA

Manca la presenza di essudato.

Obiettivo: promuovere un ambiente umido del letto della ferita.

1. Detersione: detersione con soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile; asciugare tamponando.
2. Medicazioni consigliate:
 - Idrogeli + medicazione secondaria di schiuma di poliuretano sottile o idrocolloide sottile;
 - Idrocolloidi.

2. Cambio medicazione:

Max 2 gg in caso di utilizzo degli idrogeli, a seconda del grado di idratazione del letto della lesione; controllare la macerazione della cute perilesionale. Max 5 gg, in caso di utilizzo degli idrocolloidi.

LESIONE NECROTICA FIBRINOSA (a medio – alto essudato)

Indica la presenza di Slough.

Il tessuto devitalizzato può presentarsi anche sotto forma di slough, un materiale che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o mucillaginosi. Nella lesione gialla il letto dell'ulcera appare di colore giallo, beige o biancastro a seconda della variabilità nella combinazione dei componenti dello slough, un mix di tessuti devitalizzati, materiale cellulare di sfaldamento, essudato, leucociti, e batteri. Se è presente una gran quantità di globuli bianchi, lo slough tende ad assumere un aspetto cremoso, di colore giallo.

Obiettivo: rimozione del tessuto necrotico e conseguente ripristino del tessuto cutaneo e sottocutaneo con controllo del processo infettivo.

1. Detersione: detersione con soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile; asciugare tamponando.

2. Meditazioni consigliate:

Essudato moderato

- Meditazioni a contenuto salino;
- Prodotti a base di collagenasi + medicazione secondaria con garze;
- Idrogeli + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano;
- Idrocolloidi.

Essudato abbondante

- Meditazioni a contenuto salino + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano;
- Alginato di Calcio (o Calcio/Sodio) + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano.

3. Cambio medicazione:

Max 2 gg, in caso di utilizzo degli idrogeli.

Max 3 gg, in caso di utilizzo degli idrocolloidi.

Giornalmente per tutte le altre tipologie di medicazione.

LESIONE INFETTA (A MEDIO-ALTO ESSUDATO)

Lesione verde: indica la presenza di infezione/colonizzazione batterica critica.

Le lesioni possono complicarsi con infezioni che diffondendosi ai tessuti profondi possono causare celluliti, fasciti necrotizzanti, osteomieliti e batteriemie associate a rischio di mortalità. Le manifestazioni cliniche delle infezioni delle lesioni da pressione possono essere variabili e vanno dal ritardo nella cicatrizzazione alla presenza di intenso eritema, calore, tensione locale con crepitio dei tessuti sottostanti, secrezione purulenta, cattivo odore, ai segni sistemici della sepsi e dello shock settico.

Obiettivo: abbattere la carica batterica.

1. Detersione: detersione giornaliera con soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile, asciugare tamponando.

2. Meditazioni consigliate:

- Fase di sbrigliamento con meditazioni a contenuto salino, alcune tipologie di idrogel (solo se di tipo non occlusivo) e copertura con garze sterile.
- Fase di medicazione con:
 - Meditazioni a base di argento;
 - Antisettici/antibatterici topici.

3. Cambio medicazione:

Ogni 24 ore. In caso di meditazioni all'argento secondo le indicazioni del produttore.

LESIONE SANGUINANTE

Obiettivo: Arrestare il sanguinamento.

1. Detersione: giornaliera con soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile, asciugare tamponando.

2. Meditazioni consigliate:



Sanguinamento modesto

- Alginati.

Sanguinamento Abbondante

- Consultare il medico per la terapia del caso.

Sanguinamento post-chirurgico

- Secondo le indicazioni del chirurgo.

Dopo aver ottenuto l'emostasi, procedere secondo quanto precedentemente descritto.

3. Cambio medicazione:

Gli alginati vanno rimossi quando termina l'azione emostatica. Seguire le indicazioni del chirurgo nel decorso post escarectomia (di solito le medicazioni post chirurgiche sono rinnovate giornalmente).

LESIONE RIEPITELIZZATA

Obiettivo: proteggere la cute neoformata, fragile e sottile; promuovere un buon trofismo cutaneo.

1. Detersione: non necessaria.

Ispezione quotidiana della cute, attenzione alle recidive.

Cura della cute: creme ad azione barriera in caso di macerazione, creme idratanti in caso di secchezza, utilizzo di idrocolloidi sottili come prevenzione.

2. Cambio medicazione:

Giornaliera in caso di utilizzo di creme;

Ogni 3-4 gg in caso di utilizzo di idrocolloidi o pellicole di poliuretano.

5. MONITORAGGIO DELLA LESIONE

Per il monitoraggio delle lesioni deve essere utilizzata una scheda di rilevamento, da compilare da parte del personale infermieristico, nella quale riportare i dati relativi alla stadiazione delle lesioni, alle dimensioni e caratteristiche delle stesse, ad eventuali provvedimenti o interventi realizzati (consulenza dermatologica, toilette chirurgica ecc.), alle medicazioni effettuate e alla loro frequenza nonché le osservazioni ritenute utili per la prosecuzione del trattamento. Ad ogni scheda è attribuita una numerazione progressiva, riferita al singolo paziente. Nello spazio "da compilare il" è preventivamente indicata la data del controllo, programmato in base alla tipologia delle lesioni o al bisogno.

La cadenza dei controlli per il monitoraggio delle lesioni può essere fissato di routine dai singoli operatori, anche sulla base della propria organizzazione interna (settimanale, quindicinale ecc.), o, a seconda della tipologia delle lesioni, mirato al singolo paziente.

Per un corretto monitoraggio delle lesioni si può utilizzare la scala PUSH TOOL 3.0 (Pressure Ulcer Scale). Utilizzando la scala PUSH TOOL è possibile osservare l'andamento dell'ulcera classificandola relativamente ad area di estensione, essudato e tipo di tessuto, annotando il punteggio parziale per ciascuna delle caratteristiche dell'ulcera stessa e sommando tali punteggi per ottenere il totale. La comparazione dei punteggi totali rilevanti nel corso del tempo fornirà un'indicazione del miglioramento o del peggioramento della guarigione dell'ulcera da pressione.



www.e-medical.it
www.woumed.it

