



**PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE
E
IL TRATTAMENTO DELLE
LESIONI DA DECUBITO.**

“La lesione da decubito è un ostacolo che ritarda la guarigione del malato ed aumenta il costo assistenziale”.

E' più facile prevenire le lesioni da decubito che guarirle.

DEFINIZIONE: Le ulcere da decubito sono soluzioni di continuo che interessano la cute ed i tessuti molli sottostanti, causate da ischemia tissutale derivante da esagerata e/o prolungata compressione di tali strutture contro prominenze ossee sottogiacenti.

Le lesioni da decubito sono lesioni distrofiche conseguenti a cattiva nutrizione dei tessuti, espressione locale di una patologia generale che costringe a mantenere per troppo tempo una posizione obbligata.

CLASSIFICAZIONE:Anatomicamente le lesioni vengono classificate in gradi a seconda dello stato cutaneo e/o sottocutaneo interessato.

1° grado: Eritema persistente, che non si risolve alla digitopressione con epidermide sovrastante integra.

Persistente vasodilatazione arteriolare (roseo/rosso) o venulare (rosso/violaceo).

2° grado: Lesione superficiale, escoriazione, flittena o cratere superficiale.

Soluzione di continuo dell'epidermide superficiale (lesione a spessore parziale) con rispetto del fondo delle papille dermiche.

3° grado: Lesione a tutto spessore: Escara o Ulcera con aspetto di cratere. Può avere aspetto sottominato. Perdita di sostanza a tutto spessore comprende danno o necrosi del derma e può estendersi fino alla fascia muscolare senza superarla.

4° grado: Lesione profonda: Ulcera.

Perdita di sostanza a tutto spessore con distruzione ampia del muscolo, osso o strutture articolari. Può essere sottominata o con tragitti fistolosi.

(SHEA (1975) modificata secondo N.P.V.A.P.)

Situazioni predisponenti

- **Generali**

- Immobilità
- Diminuzione della sensibilità cutanea
- Deficit nutrizionale
- Anemia
- Malattie metaboliche
- Deficit cardio-respiratori
- Ipotiroidismo
- Neoplasie

- **Locali**

- Arteriopatie ostruttive
- Flebopatie
- Microangiopatie
- Macerazione cutanea
- Uso di detergenti inadeguati
- Uso di indumenti ruvidi
- Apparecchi gessati o bendaggi
- Anestesi locali prolungate

Cause determinanti

Esagerata o prolungata pressione dei tessuti molli su prominenze ossee.

Sfregamenti eccessivi ed inadeguati della cute.

Sollecitazione delle forze tangenziali da repentine e forti trazioni sui tessuti molli.

Modificazioni della cute senile che favoriscono le ulcere da decubito

- Assottigliamento della cute e riduzione dei cuscinetti adiposi

- Ridotta capacità di riparazione tessutale

- Modificazioni delle fibre elastiche e collagene

- Riduzione del letto vasale cutaneo

- Riduzione del numero dei recettori sensoriali della cute

- Compromissione della termoregolazione

- Tendenza alla secchezza cutanea

Sedi interessate

Le aree generalmente soggette alle lesioni da decubito sono:

- Sacro
- Tallone
- Trocantere
- Tuberosità ischiatica
- Cresta iliaca
- Malleolo
- Ginocchio
- Gomito
- Scapola
- Spalla
- Processo spinoso

La prevenzione e la cura delle lesioni da decubito richiedono una **stretta collaborazione** fra medico, personale infermieristico e personale assistenziale.

PROTOCOLLO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO.

Per ottenere un'omogeneizzazione degli interventi infermieristici è indispensabile l'utilizzo di un protocollo.

OBIETTIVO: Prevenzione delle lesioni da decubito

PRESTAZIONE: Identificazione dei pazienti a rischio di lesione da decubito. Applicazione delle prestazioni affinché i pazienti non presentino arrossamenti e/o lesioni.

RISORSE: Scala di BRADEN

- Materiale per cure igieniche
- Trattamento incontinenza
- Prodotti per idratazione cutanea
- Presidi antidecubito
- Piano di lavoro assistenziale

AVVERTENZE: Garantire la stabilità delle risorse

OPERATORI: Infermieri Professionali

Operatori Tecnici Assistenziali

Addetti all'Assistenza di Base

Operatori Socio Sanitari Assistenziali

TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI: Segnalazione dettagliata sulla consegna infermieristica.

VALUTAZIONE: Verifica raggiungimento obiettivo

NORME DI PREVENZIONE GENERALE

- Identificare i pazienti a rischio di lesioni da decubito (Scala di Braden)
- Evitare iperdosaggio di farmaci sedativi (per evitare lunghi periodi a letto)
- Stabilire corretto apporto nutrizionale
- Sorvegliare il corretto apporto idrico
- Ricorrere, quando necessario ad alimentazione enterale, parenterale ed integratori alimentari.
- Effettuare FKT esercizi attivi e passivi per il mantenimento del tono muscolare e vascolare.
- Alzare precocemente i pazienti (dopo fratture, ictus etc..)
- Correggere l'incontinenza
- Educare il paziente ed i familiari ad un cambio frequente di postura ed un'attenta osservazione della cute.

TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

Valutazione della lesione

Prendere in considerazione:

- Localizzazione
- Stadiazione
- Dimensioni
- Tratti cavi
- Tessuto sottominato
- Essudato
- Tessuto necrotico
- Presenza o assenza di tessuto di granulazione o epitelizzazione (validità C) (Agency for carepolicy and reserch (AHCPR) – Linee guida Prevenzione e Trattamento L.D.D.)
- Ripetere la valutazione della lesione con frequenza settimanale
- Si rivaluti il piano di trattamento non appena si notino segni di peggioramento (AHCPR – Validità C)
- Una L.D.D. 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 generale (AHCPR Validità C)

Il trattamento locale varia a seconda dello stadio della lesione.

1°grado: Detergere la zona con soluzione fisiologica, tamponare con garze sterili.

- Applicare paste assorbenti (pasta all'ossido di zinco) le quali assorbono l'umidità e prevengono la macerazione della cute.
- Applicare P.O.L sistema.
- Proteggere la cute da sfregamenti superficiali con l'applicazione di membrane semipermeabili (Tegaderm)

2°grado: Obiettivi principali da perseguire sono: l'accurata pulizia della lesione, la stimolazione della ricrescita tessutale e la prevenzione e cura di eventuali infezioni.

○ **FLITTENE**

Perforare la vescicola per rimuovere la sierosità

Lavare con soluzione fisiologica

Tamponare con tamponi di garza sterile

Ricoprire con compressa di garza antisettica o a base di acido ialuronico (connettiva garze)

Medicare ogni giorno

○ **DISEPITELIZZAZIONE**

Comportarsi come indicato per le flittene.

Se la disepitelizzazione presenta una necrosi superficiale di colorito giallastro o nerastro:

lavare con soluzione fisiologica

applicare idrogel (Askina gel)

ricoprire la lesione con placca a base di idrocolloidi (Es. Duoderm placca) da sostituire ogni 3-4 giorni o secondo prescrizione medica.

3°grado:

- **Con escara**
- **Con ulcerazione**

Escara: Rappresenta tessuto necrotico disidratato. Se l'escara è di piccole dimensioni può essere rimossa tramite detersione chimica con agenti proteolitici ed enzimatici (Iruxol, Elase).

In caso di escare di dimensioni maggiori può essere necessaria la toelette chirurgica.

In tal caso la manovra è di competenza medica.

- **Detersione chimica**

 - Lavaggio con soluzione fisiologica

 - Evitare di tamponare, mantenendo così umida l'escara (gli agenti proteolitici agiscono più efficacemente in ambiente umido)

 - Applicare pomata proteolitica enzimatica

 - Applicare tampone di garza sterile

 - Eeguire medicazione a piatto

 - Rinnovare la medicazione ogni giorno.

- **Toelette chirurgica**

 - La manovra è di competenza medica

 - Una volta esportata l'escara, in asepsi deve essere trattata l'ulcerazione "a cratere" come indicato nel punto successivo.

La lesione ai calcagni con escara asciutta non deve essere "sbrigliata" se non presenta edema, eritema, fluttuanza o secrezioni (validità C) (AHCPR)

Eeguire la valutazione giornaliera di queste ferite per monitorare eventuali complicanze che richiedono lo sbrigliamento (validità C)

ULCERAZIONE

Rappresenta la lesione cavitaria dopo l'esecuzione di toelette chirurgica oppure può derivare dall'approfondimento della lesione di 2° grado.

Gli obiettivi del trattamento locale sono:

- Rimuovere il tessuto necrotico

- Mantenere un ambiente umido assorbendo nel contempo l'essudazione

- Limitare la crescita dei batteri contaminanti

Eeguire tutte le manovre in asepsi usando ferri chirurgici sterili e materiale di medicazione sterile.

Lavaggio dell'intera cavità con soluzione fisiologica o Ringer. Irrigare con siringa sterile da 35 ml con ago del 19 per avere una pressione sufficiente per pulire la lesione senza causare traumi al tessuto (Validità C)

In presenza di residui di materiale necrotico (filamenti di fibrina) applicare pomata proteolitica oppure idrogel.

Applicare medicazione semi-occlusiva a base di idrocolloidi (Duoderm CGF)

La medicazione deve estendersi per almeno 3 cm oltre i margini della ferita.

In caso di ulcera con tessuto granuleggiante (aspetto roseo-rosso e facilmente sanguinante):

Lavaggio con soluzione fisiologica

Tamponare con garze sterili

Applicare tavoletta di collagene (Stimtes o Skinat)

Posizionare garze sterili più cerotto

Rinnovare la medicazione ogni 3 giorni o secondo diversa prescrizione medica.

Ulcerazione con contaminazione batterica ed essudato infetto

- Le lesioni di stadio II, III, IV vengono normalmente colonizzate da batteri
- Se la lesione si presenta purulenta è necessaria una pulizia più frequente ed un possibile sbrigliamento (validità C)
- Non usare colture a tampone per diagnosticare l'infezione delle ferite poiché tutte le lesioni sono colonizzate (C)
- Prendere in considerazione l'uso di un antibiotico topico ad ampio spettro per 2/4 settimane (validità A)
- Attivare una terapia di antibiotici per pazienti che presentano batteriemie, sepsi o osteomielite (A)
- Non usare antisettici topici (ipoclorito di sodio, acqua ossigenata, iodio povidone) per ridurre la contaminazione batterica (validità B) in quanto risultano essere istiolesive.

Quando la lesione è infetta non vanno applicate medicazioni occlusive, tipo Duoderm o Tegaderm poiché in presenza di germi e pus viene favorito lo sviluppo della setticemia. (medicazione almeno giornaliera a piatto)

4° grado: Il trattamento è lo stesso delle lesioni di 3° grado, fatta eccezione in caso di osteomielite. In questo grado sono necessarie varie medicazioni giornaliere ricoprendo l'osso con garze sterili imbevute di soluzione fisiologica o Ringer. Il trattamento delle ulcere da decubito in fase avanzata può avvalersi anche di tecniche chirurgiche riparative.

LA MEDICAZIONE IDEALE

CARATTERISTICHE

- Mantiene la superficie umida e non bagnata e la cute circostante asciutta;
- Controlla l'essudato;
- Impermeabile ai liquidi;
- Permette lo scambio dei gas;
- Favorisce l'isolamento termico;
- Protegge dalle sovrainfezioni;
- Non lascia residui sulla ferita;
- Consente cambi meno frequenti;
- E' sterile;
- Riduce il dolore.

QUINDI.....PER UNA BUONA MEDICAZIONE.....

- Utilizzare una medicazione che mantenga continuamente umido il letto della lesione (validità b)
- Scegliere una medicazione che mantenga la cute perilesionale asciutta (validità c)
- Sostituire i guanti ad ogni passaggio di lesione
- Rimuovere con cautela la precedente medicazione
- In caso di lesioni multiple, lasciare per ultima la lesione più contaminata (con necrosi, infetta, contaminata da liquidi biologici)
- La medicazione deve essere eseguita dall'interno verso l'esterno
- Detergere la lesione con soluzione fisiologica o ringer lattato tiepidi (validità c)
- Eseguire la medicazione in tempi brevi, per evitare il raffreddamento del letto della lesione
- Scegliere un tipo di medicazione che controlli l'essudato ma che non essicchi il fondo della lesione
- Monitorare la lesione situata vicino all'ano perché è difficile mantenere l'integrità (validità c)

TERAPIE COMPLEMENTARI

L'efficacia terapeutica della terapia iperbarica, dei raggi infrarossi, ultravioletti, della laser terapia a basso dosaggio, degli ultrasuoni, non è ancora stata stabilita con una evidenza tale da giustificare la raccomandazione (validità c)