

MISURE PREVENTIVE LOCALI

1	MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE	2
1.1	I CAMBI DI POSIZIONE.....	2
2	IGIENE PERSONALE E DEL LETTO	5
2.1	IGIENE PERSONALE.....	5
2.2	IGIENE DEL LETTO	5
3	PROTEZIONE DELLA CUTE	6
4	CONTROLLO DELL'INCONTINENZA	7

1 MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE

Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione. Una pressione locale eccessiva per entità o durata normalmente provoca disagio e stimola automaticamente il cambio di postura, ciò non si verifica "nel paziente a rischio".⁽¹²⁾

L'unica limitazione ai cambi posturali può dipendere dalle condizioni generali della persona. Ad esempio, nei pazienti terminali, una mobilizzazione frequente può aumentare il dolore e pertanto bisogna valutare se e come mobilizzare, nel rispetto del paziente e della qualità della sua vita.⁽³⁴⁾

La mobilizzazione deve essere eseguita in modo corretto al fine di evitare il più possibile danni alla cute. Una tecnica di mobilizzazione scorretta può provocare frizioni o forze di taglio sulla cute e tessuti sottostanti.

1.1 I CAMBI DI POSIZIONE

I cambi di posizione mirano a ridurre la durata della pressione in un punto.⁽³³⁾

La testata del letto deve essere mantenuta lievemente alzata (30°) al fine di evitare una eccessiva compressione sul sacro e sui talloni.⁽³⁵⁾

Posizionare cuscino tra le prominenze ossee che possono venire a contatto (caviglie, ginocchia). (Val C)⁽¹³⁾

Utilizzo di cuscini e/o materassini antidecubito idonei (vedi capitolo ausili) al fine di ridurre la compressione sulle zone a rischio. Evitare supporti circolari (ciambelle). (Val C)⁽¹³⁾

La mobilizzazione deve essere eseguita in modo corretto: sollevando bene il paziente si evitano frizioni della cute (utilizzando il trapezio se il paziente è collaborante, eseguire le manovre di posizionamento in due persone).

Eseguire i cambi posturali utilizzando teli di scivolamento o traverse, si evitano le forze di taglio.

La frequenza del cambiamento di posizione deve essere coerente con gli obiettivi globali.⁽³⁵⁾

Stimolare ed educare il paziente, se collaborante, a cambiare autonomamente posizione:

- ◆ Paziente seduto collaborante: sollevamento con le braccia ogni 15 minuti.⁽³⁵⁾
- ◆ Paziente allettato non collaborante: cambi posturali ogni 2 ore.⁽³⁵⁾
- ◆ Paziente seduto non collaborante: cambi posturali ogni ora, rispettando l'allineamento delle diverse parti del corpo.⁽³⁵⁾

Quando il paziente non può essere mobilizzato (politrauma, malato oncologico terminale con metastasi ossee, scarsa compliance), si possono utilizzare medicazioni locali con lo scopo di proteggere la cute e ridurre frizioni – forze di taglio:

- ◆ Idrocolloidi sottili
- ◆ Film di poliuretano
- ◆ Vaselina bianca filante in sottile velo
- ◆ Creme a base di idrocolloidi (meglio se con antisettici a base di argento)

Al fine di eseguire una mobilizzazione corretta per il paziente e prevenire malattie professionali per gli operatori (es. lombosciatalgie), è opportuno seguire le norme previste dalla legge 626/96.

A tale proposito si consiglia:

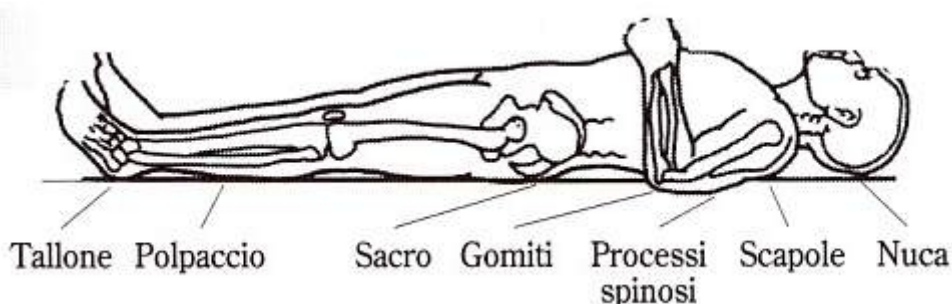
- ♦ Utilizzo del sollevatore per posizionare il paziente in carrozzina
- ♦ Eseguire le manovre a due persone
- ♦ Addestrare i parenti (care givers) ad una corretta mobilizzazione

POSIZIONE SUPINA

E' una postura obbligata per i pazienti con traumi alla colonna vertebrale e al bacino e per le altre condizioni nelle quali vi sia una stretta indicazione medica.

Porre alcuni cuscini sotto gli arti inferiori al fine di ridurre la compressione sui talloni.

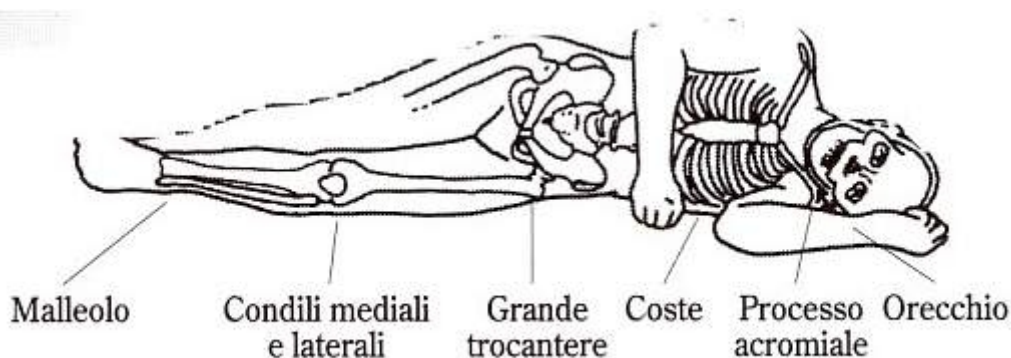
In questa posizione la zone a rischio di decubito sono: talloni, sacro, occipite, scapole e gomiti⁽⁵⁾



POSTURA SUL FIANCO SINISTRO E DESTRO

Questa postura viene di solito utilizzata per garantire un periodo di riposo alle zone cutanee sottoposte a pressione mantenendo il decubito supino. Evitare un'inclinazione di 90° sul trocantere, ma posizionare il paziente sul fianco a 30°, utilizzando dei cuscini dietro la schiena, la posizione è più confortevole e il peso è distribuito in più punti. E' importante in questa posizione evitare il contatto tra le prominenze ossee interponendo un cuscino tra le gambe dal ginocchio alla caviglia.

In questa posizione le zone a rischio di decubito sono: malleolo, condili mediali e laterali, il grande trocantere, le coste, l'acromion, l'orecchio e lo zigomo.⁽⁵⁾

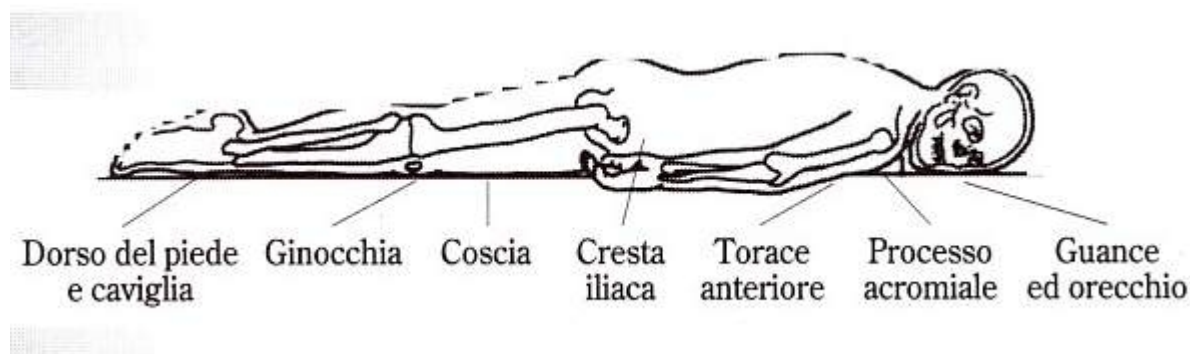


POSTURA PRONA

Questa postura trova indicazione nella prevenzione delle contratture delle anche e dell'equinismo del piede. E' invece controindicata nei pazienti affetti da malattie respiratorie, cardiache, tracheostomia, chirurgia addominale recente, gravi contratture delle anche, traumi cervicali.

In questa posizione le zone a rischio di decubito sono:

l'orecchio, lo zigomo, le spalle, il gomito, le creste iliache, le ginocchia. ⁽⁵⁾



POSTURA FOWLER O DECUBITO ORTOPNOICO

E' la postura del paziente che si realizza quando la testata del letto è sollevata di 45/50 cm e le ginocchia sono sollevate.

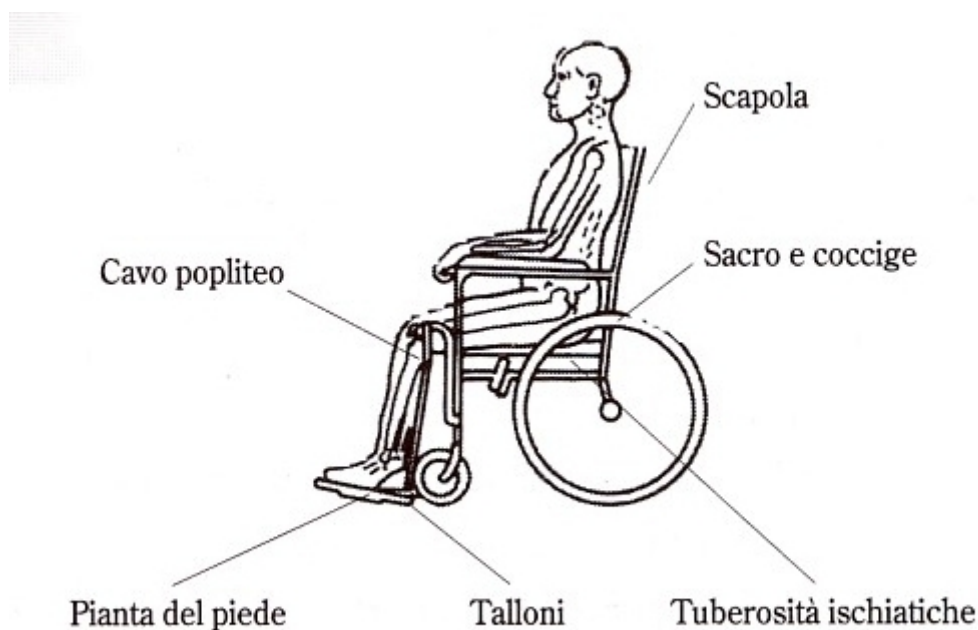
In questa posizione le zone a rischio di decubito sono:

sacro e tuberosità ischiatiche. ⁽⁵⁾

POSIZIONE SEDUTA

In questa posizione le zone a rischio di decubito sono:

sacro, tuberosità ischiatiche, talloni, cavo popliteo (se il paziente è seduto su sedia o carrozzina). ⁽⁵⁾



2 IGIENE PERSONALE E DEL LETTO

2.1 IGIENE PERSONALE

Una cute pulita e asciutta è meno aggredibile da traumatismi esterni. L'accurata pulizia aiuta a mantenerla integra ed elastica, ⁽³³⁾ migliorando il grado di tolleranza dei tessuti alla pressione, al fine di evitare lesioni:

- Osservare attentamente e costantemente la cute
- Garantire una accurata pulizia
- Garantire una adeguata elasticità
- Ridurre al minimo i rischi ambientali

Tutti gli individui a rischio dovrebbero essere sottoposti ad una ispezione cutanea sistematica almeno una volta al giorno, prestando particolarmente attenzione alle prominenze ossee. ⁽³⁵⁾ Attenzione agli arrossamenti che non scompaiono alla digitopressione! (Lesione di I grado).

La cute deve essere detersa non appena si sporca ed ad intervalli regolari. (val C) ⁽¹³⁾

Per detersione cutanea si intende l'insieme degli atti che servono a rimuovere feci e urine, lo sporco di derivazione ambientale, ridurre l'eccesso di secrezioni sebacee e sudorali, ridurre le cellule morte e la flora microbica residente.

Particolare attenzione deve essere rivolta alle pieghe cutanee e interdigitali ad esempio piega sottomammaria, inguinale, spazio retro auricolare e ombelicale.

Evitare un eccesso di lavaggi, e soprattutto evitare bagni troppo lunghi (non oltre 20 min): la cute perde il film idrolipidico che la protegge e si disidrata.

Lavare con acqua tiepida, usando sapone neutro (PH 5,5), che deve essere poco schiumogeno, facile da risciacquare, non profumato, che non disidrata la cute, di costo contenuto. ⁽³⁴⁾

Evitare detergenti energici e lozioni alcooliche che non rispettino il ph fisiologico cutaneo. ⁽³⁵⁾

Risciacquare mediante irrigazione con acqua direttamente con l'uso di brocca o bottiglia (per l'igiene intima), o con monopole di spugna eliminando ogni residuo di detergente. (Val.C) ⁽¹³⁾

Asciugare esclusivamente per tamponamento e non per strofinamento evitando di frizionare o massaggiare la cute in particolare sulle prominenze ossee. ⁽³⁶⁾ (Val.B) ⁽¹³⁾

2.2 IGIENE DEL LETTO

Una corretta igiene del letto permette di ridurre al minimo i rischi dovuti a fattori ambientali.

Al fine del completamento del lavoro di prevenzione, risulta di particolare importanza saper prevedere quali fattori esterni potrebbero causare o facilitare l'insorgenza di LdD. ⁽³³⁾

- Fissare il catetere vescicale, sull'addome per gli uomini e sulla zona inguinale per le donne. Interporre tra il catetere e la cute una garza. Evitare di passare il catetere vescicale sotto gli arti inferiori;
- Utilizzare gli appositi archetti o posizionare le coperte direttamente sulle sponde del letto al fine di evitare coperte gravanti sui piedi;
- Interporre cuscini o rotoli di gommapiuma tra gli arti. Evitare che gli arti siano schiacciati o compressi uno sull'altro;
- Evitare la presenza di briciole, residui alimentari, tappini degli aghi ecc.. E' importante tendere bene le lenzuola ed eliminare ogni corpo estraneo;
- Evitare l'utilizzo di indumenti con cuciture e bottoni sporgenti, calzature troppo strette; il paziente totalmente allettato andrebbe tenuto privo di indumenti.

3 PROTEZIONE DELLA CUTE

Obiettivo: preservare e migliorare la tolleranza dei tessuti alla pressione.

Intervento: identificare le zone a rischio (prominenze ossee), e le condizioni cutanee di aumentato rischio (secchezza, eritemi, fragilità, ipertermia, indurimento).

Applicare sulla cute pulita e asciutta creme emollienti ed idratanti a base di lanolina, olio di mandorle, preparati a base lipidica. Tale intervento serve ad evitare l'eccessiva disidratazione cutanea. I prodotti suddetti vanno stesi sulla cute in sottile velo, evitando l'impacco di creme e pomate, causa di macerazione.

Evitare l'utilizzo di talco che disidrata la cute.

Utile vaselina bianca filante.

Paste all'ossido di zinco: in sottile velo.

4 CONTROLLO DELL'INCONTINENZA

Tra i fattori etiopatogenetici locali che contribuiscono alla comparsa di LdD, gioca un ruolo fondamentale la macerazione cutanea. Una delle maggiori cause di macerazione è determinata dall'incontinenza urinaria e/o fecale: è stato calcolato che in pazienti a parità di condizioni predisponenti, la presenza di incontinenza aumenta di circa 6 volte il rischio di comparsa di decubiti.⁽³³⁾

L'immobilità e gli stati di demenza costituiscono i fattori di maggior criticità nello sviluppo dell'incontinenza urinaria. E' stato ampiamente dimostrato che per valori medi di Mini-Mental Status Score compresi fra 8 e 14 è associata una prevalenza di incontinenza tra il 60% e 90%.⁽³⁶⁾

Se l'incontinenza non può essere risolta definitivamente, si cerca di contenerla in modo da mantenere la dignità personale e garantire il massimo comfort, preservando così al meglio l'integrità cutanea e riducendo nel contempo il rischio di LdD.

La scelta degli ausili sarà orientata a soddisfare le esigenze individuali del paziente, in base a: sesso-età; quantità di urina persa; capacità fisiche e mentali dell'individuo; condizioni cutanee e stato igienico; supporto del care giver; materiale fornito dall'ASL.

PRESIDI DI CONTENIMENTO

Sistemi assorbenti	Pannoloni sagomati Pannolini rettangolari Pannoloni mutandine
Vantaggi	Il pannolone non è invasivo Utile sia per l'incontinenza urinaria e quella fecale
Svantaggi	Non permette una traspirazione adeguata, favorendo macerazioni, irritazioni ed arrossamenti. E' necessaria un'accurata igiene. ⁽³⁴⁾
Protezione del letto	Coprimaterasso Traversa impermeabile Traversa assorbente
Vantaggi	Permettono la protezione del materasso e ed una assorbenza delle fuoriuscite.
Svantaggi	La traversa impermeabile che viene utilizzata è di plastica, pertanto scalda la cute e favorisce la macerazione cutanea. ⁽³⁴⁾

Sistemi di raccolta per l'incontinenza	Uro-Condom con sacca di raccolta. -Va posizionato con l'apposita fascetta o con colla specifica. -E' necessaria una corretta igiene e la sostituzione è giornaliera.
Vantaggi	E' un dispositivo esterno pertanto è meno invasivo per il paziente con minori rischi iatrogeni. Permette di evitare macerazioni cutanee da incontinenza urinaria. Esistono diverse misure. E' di semplice utilizzo per i familiari
Svantaggi	<ul style="list-style-type: none"> ◆ E' utilizzabile solo per l'uomo. ◆ Può essere irritante e può provocare decubiti a livello dell'anello rigido della guaina. ◆ Si può staccare facendo defluire l'urina. ◆ I pazienti agitati e confusi possono manipolarlo e staccare il sistema. ◆ E' difficilmente utilizzabile nei pazienti con marcata retrazione del pene.⁽³⁴⁾

Cateteri vescicali	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Non è indicato per la semplice incontinenza urinaria e per la prevenzione dei decubiti (come da procedura aziendale sulla prevenzione delle infezioni urinarie) ◆ Utile quando l'incontinenza è associata a ritenzione <p>Nell'incontinenza urinaria è utile una terapia sistemica con: <u>Farmaci anti-colinergici:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ossibutinina cloridrato, Tolterodina tartrato, Trospium cloruro • Riducono le contrazioni instabili della vescica e ne aumentano la compliance • Controindicati in caso di ritenzione urinaria, glaucoma, miastenia grave, megacolon tossico, rettocolite ulcerosa
Indicazione all'uso di CV a permanenza	<p>Pazienti in cui il CV può migliorare la situazione locale (alto rischio di LdD o peggioramento delle pre-esistenti) Deve essere valutato il suo utilizzo in caso di lesione da decubito sacrale o ischiatico che dopo diversi tentativi non tende al miglioramento.</p> <p><u>Ipomobilità grave per</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattia oncologica terminale ▪ Malattie neurologiche (coma) ▪ Grande obesità <p><u>Necessità di monitoraggio della diuresi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologia acuta infettiva intercorrente ▪ Grave iponutrizione in terapia parenterale (ev)
GESTIONE DEL CV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideale per periodi breve ▪ Sempre aperto (non scollegare il sacchetto di raccolta chiudendo il CV con apposito tappo) per evitare ristagno. ▪ Sacca di raccolta con dispositivo anti-reflusso e con valvola di scarico ▪ Assicurare una buona diuresi (almeno 1000 – 1200 cc / 24 ore) ▪ Calibro non troppo grande per non decubitare sull'uretra e non troppo sottile per consentire il passaggio di fiocchi di muco, fibrina o piccoli coaguli (16 – 18 ch) ▪ Periodiche sostituzioni (silicone 20 – 25 gg.) con breve copertura antibiotica ▪ In altri contesti antibiotico terapia solo in caso di infezione urinaria clinicamente rilevante o urinocoltura positiva > 10⁶ u.f.c./ml ▪ In caso di catetere a permanenza per tempi lunghi in pazienti maschi allettati, specie se neurolesi incrociare il catetere all'addome per rettilineizzare l'angolo peno – scrotale. ▪ In caso di incontinenza tra uretra e catetere ▪ Verificare la pervietà del catetere ▪ Terapia anti-colinergica ▪ (NON applicare catetere di maggior calibro)