


REGIONE MARCHE A.S.U.R. ZONA TERRITORIALE N. 13  ASCOLI PICENO	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 31 gennaio '04 Pag. 1 di 63
--	--	--


ASUR ZONA TERRITORIALE 13

PROTOCOLLO PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA COMPRESSIONE

INDICE

0	31/01/04	Prima Emissione	Redatto Dir.Serv.Inf. D.A.I. M.Tommasi Coordinatore C.S Dipartimento Chirurgico A.F.D L.Capriotti Dietista P. Nanni	Dott. Diana Sansoni
Rev.		Sintetico Modifica		Verificato e approvato

Premessa	pag. 3
Scopi e campi di applicazioni	pag. 4
Prevenzione trattamento Parte I e II	pag. 6
Indice di Nornton Modificato secondo Nancy Stottd	pag. 7
Linee Guida Umidità/Incontinenza	pag. 11
Linee Guida Mobilità	pag. 12
Protocollo Cambio Postura	pag. 15
Prevenzione e Terapia Nutrizionale nelle L.d.C	pag. 11
Trattamento delle lesioni da Compressione	pag. 29
Linee Guida per la Cura delle lesioni	pag. 30
Valutazione della lesione	pag. 34
Medicazioni avanzate	pag. 35
Classificazione delle L.d.C. decondo N.P.U.A.P	pag. 39
Protocollo di trattamento locale delle lesioni	pag. 39
Carrello per la medicazione	pag. 42
Procedura trattamento lesioni da compressione	pag. 43
Raccomandazioni	pag. 49
Categoria delle Evedenze E.P.U.A.P	pag. 51
Allegati in appendice	pag. 53
Glossario	pag. 56
Bibliografia	pag. 63

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 3 di 63
---	---	--

Team Multiprofessionale ASL 13 (per Progetto Lesioni da Compressione Epidemiologia)

Dott. Lorenzo Magi (MMG)
Dott. Guiseppe Di Fabio (MSO)
Dott.ssa Anita Vagnoni (medico Farmacista)
D.A.I Marinella Tommasi (Dirigente Servizio Infermieristico)
D.A.I Luciana Passaretti (Dirigente Responsabile Ufficio Formazione)
Sig.ra Paola Nanni (Coordinatrice Dietista)
D.A.I Loredana Scarpetta (Dirigente Servizio Territoriale)
D.A.I-A.F.D Rosanna Fabiani (Responsabile Ufficio Infermieristico)
A.F.D. Luigia Capriotti (A.F.D Dipartimento Chirurgico e Specialista in Wound-Care-
medicazioni avanzate)

PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA COMPRESSIONE

Premessa:


L'aumento della longevità porta ad avere anziani fragili, in quanto se superati i 75 anni l'aspettativa di vita in Italia è di 11,1 anni, di questi appena l'1,8 vengono trascorsi in buona salute. Si conferma così l'esistenza di un grave problema di autosufficienza della terza età. Il problema è messo ancora più in evidenza se si guardano i costi indotti, 30% sull'intera spesa sanitaria e nello specifico del WOUND-CARE 2-3% sulla spesa sanitaria complessiva (ultime stime a livello europeo).

E' necessario studiare il processo assistenziale attraverso la nuova concezione di "Risk Management" inteso come sistema che include strategie per ridurre l'incidenza dei danni provocati ai pazienti e per migliorare la qualità delle cure prestate.

Gestire quindi gli incidenti che accadono nel sistema sanitario ospedaliero e territoriale. Intesi come "eventi avversi", cioè lesioni non intenzionali che non accadrebbero se si adottassero buone abitudini professionali, un idoneo approccio e strumenti operativi.

Definizione :

E' definita lesione da decubito o lesione da compressione una lesione tessutale, con evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa. Essa è la conseguenza diretta di una elevata e/o prolungata compressione o di forze di taglio (o stiramento) causanti uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni con conseguente ischemia e necrosi dei tessuti.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 4 di 63
---	---	--

Scopi:

Adeguare il rapporto costo/risultato.

Prevenire:

- identificare, analizzare, misurare e ridurre i rischi in ambiente sia ospedaliero che territoriale

Trattare:

- utilizzare linee guida adottate e recepite dalle maggiori società scientifiche internazionali o integrate come EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) AHCPR

Uniformare:

- Utilizzare strumenti operativi integrati che uniformino e supportino la metodologia lavorativa.

Campo d'applicazione:


- U.U. O.O. dei presidi ospedalieri
- Distretti
- ADI (assistenza domiciliare integrata)
- RSA (Residenza Sanitaria Assistita)

Responsabilità':

La legge 26/02/99 n° 42

definisce il campo di attività e responsabilità delle professioni sanitarie. Da ciò deriva che il Profilo Professionale, l'Ordinamento Didattico ed il Codice Deontologico sono gli strumenti che permettono di esplicitare l'autonomia, la competenza e la responsabilità di ogni singola professione sanitaria,(abrogazione del mansionario). L'infermiere, pertanto perdendo il carattere di ausiliarità, acquista autonomia, responsabilità e competenza nell'assistenza da garantire.

AZIONE	COMPETENZA/RESPONSABILITA'
1- Elaborazione piano di prevenzione e trattamento	1- infermiere e/o medico
2- Individuazione dei presidi ausili per la mobilitazione passiva, ed attiva	2- infermiere e/o medico. Per gli utenti a domicilio i presidi e ausili vengono prescritti dallo specialista dell'ultima U.O. in cui l'utente è stato ricoverato e dallo specialista a domicilio. (Decreto Ministeriale 27/08/92 n° 332 "Regolamento recante le norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazioni e tariffe")
3- Piano di mobilitazione	3- Infermiere, Fisioterapista, Medico nello sbrigliamento chirurgico
4- Verifica e controllo	4-Infermiere, Fisioterapista, Medico

<p>REGIONE MARCHE A.S.U.R. ZONA TERRITORIALE N. 13</p>  <p>ASCOLI PICENO</p>	<p>Procedura Operativa</p> <p>Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)</p>	<p>Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 6 di 63</p>
---	--	---

I PARTE: PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

- **Strumenti di valutazione del rischio**
- **Cura della cute e trattamento precoce**
- **Carichi meccanici e sistemi di supporto**
- **Gestione dei carichi sui tessuti**

Operatori coinvolti

- Capo Sala
- Infermiere
- OSS
- OTA
- fisioterapista
- Medico

II PARTE: TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

- **Valutazione**
- **Cura della lesione**
- **Trattamento chirurgico**

Operatori coinvolti

- Capo Sala
- Infermiere
- OSS
- OTA
- fisioterapista
- Medico

PREVENZIONE DELLE LESIONI DA COMPRESSIONE

I principali strumenti di misurazione dei rischi sono le scale di valutazione (Norton modificata sec. STOTTS).

Tale strumento permette di analizzare il rischio attraverso un indice di valutazione ben definito, preconstituito, con caratteristiche ben determinate che derivano da una attenta e sistematica osservazione del paziente. Il punteggio della scala permette la valutazione effettiva della predittività.

INDICE DI NORTON MODIFICATO SECONDO NANCY STOTTS PUNTEGGIO "A"

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
Condizioni generali Livelli di assistenza richiesti per ADL, cioè relativi a: cure igieniche, alimentazione, movimenti.	Buone Abile ad eseguire le proprie ADL	Discrete Necessità di assistenza per alcune ADL.	Scadenti Richiede assistenza per più ADL	Pessime Totalmente dipendente su tutti gli ADL
Stato mentale Risponde alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce	Lucido Risposta rapida	Apatico Orientato nel tempo, nello spazio e persone, con una ripetizione della domanda	Confuso Parzialmente orientato nel tempo, spazio e persone. La risposta può essere rapida	Stuporoso o comatoso Stato di coscienza pochissimo vigile fino al coma, perdita della memoria
Deambulazione Distanza e indipendenza nella deambulazione.	Normale Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'ausilio di presidi (es. bastone)		Costretto su sedia Cammina o si muove soltanto su sedia.	Costretto a letto Confinato a letto per tutte le 24 ore.

INDICE DI NORTON MODIFICATO SECONDO NANCY STOTTS PUNTEGGIO "A"

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
MOBILITA'	PIENA	MODERATAMENTE LIMITATA	MOLTO LIMITATA	IMMOBILE
Quantità e controllo di una parte del corpo	Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio	Può muovere e controllare le estremità con la minima assistenza di un'altra persona. Può non usare un presidio	Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio	Non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.
Incontinenza	Assente	Occasionale	Abituale urine	Doppia
Valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci	Non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere.	Incontinenza di urine 1-2 volte die.	Incontinenza di urine più di 2 volte die ma non sempre, e/o feci 2-3 volte die ma non sempre.	Totale incontinenza di urine e feci.

INDICE DI NORTON MODIFICATO SECONDO NANCY STOTTS PUNTEGGIO "B"

Per determinare "l'elemento rischio" di lesione da decubito verificare anche l'esistenza di:

Diagnosi clinica di diabete.....	SI
Diagnosi clinica di ipertensione arteriosa.....	SI
Ematocrito basso (M: < 41 %).....	SI
(F: < 36 %).....	SI
Albuminemia (< 33 % g/dl).....	SI
Temperatura corporea (> 37,6 C.....)	SI
Modificazione dello stato mentale nelle ultime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargica.....	SI


VALUTAZIONE DEL PUNTEGGIO

Attribuire 1 punto per ciascuna risposta (**SI**) = punteggio **B**

(Il punteggio della scala di Norton Plus = al punteggio **A** meno il punteggio **B**)

Punteggio

Valori inferiore a **12** indicano un **elevato rischio** di insorgenza di L.d.D.
Valori da **16** a **12** indicano un **rischio lieve** di insorgenza di L.d.D.

<p>REGIONE MARCHE A.S.U.R. ZONA TERRITORIALE N. 13</p>  <p>ASCOLI PICENO</p>	<p>Procedura Operativa</p> <p>Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)</p>	<p>Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 10 di 63</p>
---	--	--

PREVENZIONE

Umidità / Incontinenza Linee guida per la cura della cute

- a) Mantenere la cute pulita ad intervalli regolari, personalizzare la frequenza della pulizia secondo la necessità
- b) Utilizzare acqua non troppo calda ed un detergente delicato pH 5.5, non mescolare il sapone nel bicchiere d'acqua, ma versarlo direttamente sulla cute in modica quantità
- c) Ridurre al minimo la forza e la frizione applicate sulla cute durante la pulizia, evitare il massaggio delle prominenze ossee, non utilizzare cotone idrofilo e/o garze, per l'igiene intima, evitare l'uso di manopole
- d) Ridurre al minimo i fattori ambientali che possono causare disidratazione della cute, ossia la scarsa umidità (< del 40°), trattare la cute secca con prodotti idratanti
- e) Proteggere la cute dall'umidità causata da incontinenza urinaria e fecale e da secrezioni da eventuali ferite
- f) Per l'igiene dei piedi rivolgere particolare attenzione agli spazi interdigitali sia al lavaggio che all'asciugatura
- g) Massaggiare la regione plantare con crema emolliente, in presenza di cute secca utilizzare sostanze idratanti o oli

Umidità / Incontinenza

Azione	Motivazione
<p>a) Mantenere la cute pulita ad intervalli regolari, personalizzare la frequenza della pulizia secondo la necessità (evid.C)</p>	<p>a) le attività fisiologiche giornaliere producono scarti metabolici che si accumulano sulla cute e la irritano</p>
<p>b) Non mescolare il sapone nel bricco d'acqua, ma versarlo direttamente sulla cute in modica quantità, utilizzando acqua non troppo calda. Utilizzare un detergente delicato pH 5.5, non(evid.C)</p>	<p>b) sensazione più piacevole</p> <p>limitare l'irritazione chimica e evitare di asportare le barriere naturali</p>
<p>c) Ridurre al minimo la forza e la frizione applicate sulla cute durante la pulizia, evitare il massaggio delle prominenze ossee, (evid.B) non utilizzare cotone idrofilo e/o garze, per l'igiene intima, evitare l'uso di manopole</p>	<p>c) Il massaggio provoca un profondo trauma del tessuto evitare irritazione della cute (cedimento dello strato corneo).</p>
<p>d) Ridurre al minimo i fattori ambientali che possono causare disidratazione della cute, ossia la scarsa umidità (< del 40°), trattare la cute secca con prodotti idratanti (evid. C)</p>	<p>d) Il livello di idratazione dello strato corneo si riduce al diminuire della temperatura ambientale</p>
<p>e) Proteggere la cute dall'umidità causata da incontinenza urinaria e fecale e da secrezioni da eventuali ferite (evid. C)</p>	<p>e) Il contatto con i liquidi biologici favorisce l'insorgenza di lesioni</p>

PREVENZIONE Deficit di mobilità attiva/ passiva

Carichi meccanici e sistemi di supporto:

hanno lo scopo di ridurre il carico e proteggere dagli effetti negativi di forze meccaniche esterne come pressione, frizione e stiramenti, utilizzando presidi ed ausili per la mobilizzazione di tipo preventivo. Nessuna posizione, nemmeno la più confortevole può essere mantenuta a lungo (rapporto pressione/tempo = alte pressioni x tempo breve = minor danno; basse pressioni per tempo lungo = maggior danno.

LINEE GUIDA:

- a) I soggetti allettati ritenuti a rischio di lesioni devono essere mobilizzati almeno ogni due ore, se ciò è compatibile con lo stato generale del paziente, **utilizzare scheda di mobilizzazione (Allegato. 1)**
- b) Usare ausili di posizionamento come cuscini o supporti in schiuma al fine di evitare il contatto diretto tra prominenze ossee.
- c) Nei soggetti allettati completamente immobili utilizzare ausili e presidi in grado di scaricare le pressioni
- d) Quando l'utente allettato è coricato sul fianco non lo si deve posizionare direttamente sul trocantere
- e) Mantenere la testata del letto al minimo grado di inclinazione, in conformità alle condizioni mediche e alle altre restrizioni, limitarne la durata
- f) Utilizzare sollevatori, come trapezi, per muovere gli utenti che non sono in grado di aiutarsi durante lo spostamento e i cambi di posizione
- g) Chi rientra nel rischio di L.d.D deve essere coricato su superfici antidecubito
- h) Evitare ai soggetti a rischio di rimanere seduti senza interruzione su sedie o carrozzelle, mobilizzare l'utente, alternando i punti di pressione, almeno ogni ora. Insegnare agli utenti in grado di muoversi, di spostare il loro peso ogni 15 minuti
- i) Per gli utenti costretti a rimanere seduti su altre superfici usare superfici antidecubito

Ausili e presidi

Ausili e presidi per la postura

1. Archetto alzacoperte
2. Sponde di contenimento
3. Snodi a manovella
4. Reggispalle
5. Staffa con trapezio
6. Cuscini e cunei

Ausili e presidi per ridurre il carico pressorio

1. Cuscini
2. materassi
3. letti

Presidi per la prevenzione e cura

1. cuscini per carrozzine	<ul style="list-style-type: none"> • formati da multistrati e da elementi modulari • ad acqua, aria, gel, gommapiuma • antiscivolo e posturanti
2. materassi ad acqua	<ul style="list-style-type: none"> • involucro di PVC + acqua a 37° • molto pesante, asciugare con cura • “mal di mare”
3. materassi in gommapiuma	<ul style="list-style-type: none"> • formati da uno o più segmenti per i letti articolati • struttura a tronco di piramide • adatti per pazienti a basso rischio
4. materassi a fluttuazione	<ul style="list-style-type: none"> • simile ai precedenti, hanno maggiore possibilità di regolazione • funzionamento statico/dinamico • adatti a pazienti di medio/alto rischio o con insufficienza respiratoria o fratture
5. materassi a cessione d'aria	<ul style="list-style-type: none"> • forniti di pompa computerizzata che garantisce una ottimale distribuzione • tramite microfori emettono aria tiepida • pazienti ad alto/medio rischio con lesioni di 3° 4° stadio
6. letti a cuscini d'aria	<ul style="list-style-type: none"> • consentono la rotazione del paziente mediante l'alternanza del gonfiaggio dei vari segmenti • dotati di computer che regola il grado di rotazione, le pressioni e il tempo • adatti a pazienti con gravi problemi respiratori, emodinamici, renali o per grandi obesi
7. letti articolati	<ul style="list-style-type: none"> • simili ai precedenti, sono divisi in 5 zone ciascuna con un proprio flusso • permettono una combinazione di regolazioni automatiche e personali • adatti a pazienti con problemi posturali (traumi, para o tetraplegie) o con problemi respiratori • contengono microsferre calcio-sodiche

8. letti fluidizzati	<ul style="list-style-type: none">• mantenute in movimento da un flusso d'aria• emettono un flusso d'aria regolabile per piaghe essudanti• adatti a pazienti con piaghe molto estese o con ustioni
9. letti basculanti	<ul style="list-style-type: none">• permettono la mobilitazione del paziente a tutti gli assi• dotati di sponde o supporti laterali• adatti a pazienti tetraplegici
10. materassi ad aria	<ul style="list-style-type: none">• vengono gonfiati ad una pressione costante• efficaci quelli >10 cm.
11. materassi in poliuretano	<ul style="list-style-type: none">• automodellanti grazie all'azione termica del corpo• sono idonei quelli di almeno 15 cm. di spessore
12. materassi a pressione alternata	<ul style="list-style-type: none">• adatti a pazienti con rischio medio/basso• formato di celle che si gonfiano e sgonfiano alternativamente• hanno un sensore che controlla le pressioni• adatti a pazienti a medio/basso rischio

AZIONE	MOTIVAZIONE
<p>DALLA POSTURA LATERALE ALLA POSTURA SUPINA</p> <p>a) Utente collaborante, informare del cambio di postura, che eseguirà da solo</p> <p>b) Utente non collaborante</p> <p>c) Lo spostamento deve essere effettuato da almeno due operatori</p> <p>d) L'utente verrà girato dalla posizione laterale fino ad assumere la posizione supina. Per situarlo al centro del letto gli operatori utilizzano una traversa</p> <p>e) Valutare la mobilità dell'utente ed optare per una postura di mantenimento o invece lasciare libero il segmento</p> <p>Per allineamento posturale</p> <p>f) porre un cuscino sotto la parte superiore delle spalle, il collo ed il capo. Il letto deve rimanere in posizione orizzontale o al max a 30°</p> <p>g) porre dei piccoli cuscini sotto le braccia in pronazione e parallele al corpo del paziente</p> <p>h) porre un rotolo di stoffa nelle mani dell'utente.</p> <p>i) Porre una piccola traversa nella zona lombare</p> <p>j) Porre sacchetti di sabbia in parallelo alla superficie laterale delle cosce .</p> <p>k) Porre un sostegno sotto la caviglia per sollevare il tallone</p>	<p>a) Il movimento consente di realizzare una migliore funzionalità articolare e un buon trofismo muscolare</p> <p>b) Permette una migliore collaborazione</p> <p>c) Evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute dell'utente ed il letto con la formazione di microlesioni cutanee. Evitare danni fisici agli operatori dovuti all'eccessivo peso.</p> <p>d) impedire lo scivolamento dell'utente e, quindi lo sfregamento delle lenzuola sulla cute con possibilità di formare lesioni.</p> <p>e) Ottenere il giusto allineamento posturale</p> <p>f) Mantenere il giusto allineamento , prevenire le flessioni e contratture delle vertebre cervicali.</p> <p>g) Ridurre la rotazione interna della spalla e prevenire l'estensione del gomito</p> <p>h) Ridurre l'estensione delle dita e l'abduzione del pollice che rimane in opposizione alle altre dita</p> <p>i) Fornire un sostegno al rachide</p> <p>j) Ridurre la rotazione esterna dell'anca</p> <p>k) Prevenire le lesioni al tallone</p>

l) Porre un cuscino tra la parte posteriore del piede e la pediera del letto

m) **Le zone da ispezionare quando l'utente si porta supino dalla postura laterale:**

orecchio, zigomo, gomito, anca, parte esterna del ginocchio, malleolo dell'emisoma su cui l'utente è stato posizionato

DALLA POSTURA DI FLOWER ALLA POSTURA SUPINA

a) **Utente collaborante** informarlo del cambio di postura che eseguirà da solo

b) **Utente non collaborante** informarlo comunque della variazione di postura

c) Con i letti articolati si abbassa lo schienale e il sollevamento centrale riportando il letto in posizione orizzontale e collocando gli ausili descritti per la posizione supina

d) Con i letti non articolati lo spostamento deve essere effettuato da almeno due operatori che tolgono il reggispoli e i cuscini, lasciandone uno o due in base alle esigenze

e) Se, dopo il raggiungimento della posizione supina, è necessario spostare l'utente verso la testata del letto, sono necessari due operatori con l'ausilio di una traversa

f) Se l'utente è collaborante fargli flettere le gambe e puntare i piedi indicando di premerli in successione, dapprima con forza verso il basso e poi verso il fondo del letto; i due operatori si afferrano reciprocamente per un braccio a livello sottoscapolare, con l'altro braccio afferrano la testiera, un ginocchio viene appoggiato sul letto, indi l'utente abbraccerà gli operatori ed insieme agiranno per lo spostamento verso l'alto.

l) Mantenere in piedi in dorsoflessione e prevenire la caduta

m) Controllare se la cute ha riportato segni di sofferenza durante il periodo di postura laterale

a) Il movimento consente di realizzare una migliore funzionalità articolare e un buon trofismo muscolare

b) Permette una migliore collaborazione durante gli spostamenti

c) Il posizionamento è effettuato da un solo collaboratore

d) Evitare danni fisici agli operatori, dovuti all'eccessivo peso

e) Evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute dell'utente e il letto con la formazione di microlesioni cutanee.

f) Il movimento consente di raggiungere la posizione supina senza ulteriori manovre dell'utente.

<p>g) Se l'utente non è collaborante gli operatori utilizzeranno una traversa.</p> <p>PER L'ALLINEAMENTO POSTURALE</p> <p>h) porre un cuscino sotto la parte superiore delle spalle, il collo ed il capo. Il letto deve rimanere in posizione orizzontale o al max a 30°</p> <p>i) porre dei piccoli cuscini sotto le braccia in pronazione e parallele al corpo del paziente</p> <p>j) porre un rotolo di stoffa nelle mani dell'utente</p> <p>k) porre una piccola traversa nella zona lombare</p> <p>l) porre sacchetti di sabbia in parallelo alla superficie laterale delle cosce</p> <p>m) porre un sostegno sotto la caviglia per sollevare il tallone</p> <p>n) porre un cuscino tra la parte posteriore del piede e la pediera del letto</p> <p>o) le zone da ispezionare quando l'utente passa dalla postura di <u>FLOWER</u> a quella <u>supina</u> sono: talloni, cavo popliteo, sacro, colonna vertebrale, scapole, occipite e gomiti</p>	<p>g) Perché il peso è completamente a carico degli operatori e per evitare sfregamenti delle lenzuola sulla cute</p> <p>h) per mantenere il giusto allineamento prevenire le flessioni e contratture delle vertebre cervicali</p> <p>i) per ridurre la rotazione interna della spalla e prevenire l'estensione del gomito</p> <p>j) per ridurre l'estensione delle dita e l'abduzione del pollice che rimane in opposizione alle altre dita</p> <p>k) per fornire un sostegno al rachide</p> <p>l) per ridurre la rotazione esterna dell'anca</p> <p>m) per prevenire le lesioni al tallone</p> <p>n) per mantenere il piede in dorsoflessione e prevenire la caduta</p> <p>o) per controllare se la cute ha riportato segni di sofferenza durante il periodo nella postura di flower</p>
<p>DALLA POSTURA SUPINA ALLA POSTURA LATERALE</p> <p>a) Se l'utente è collaborante informarlo del cambio di postura, che eseguirà da solo</p> <p>b) Se l'utente non è collaborante informarlo comunque della variazione di postura</p> <p>c) Lo spostamento deve essere effettuato da almeno due operatori</p>	<p>a) perché il movimento consente di realizzare una migliore funzionalità articolare e un buon trofismo muscolare.</p> <p>b) per permettere una migliore collaborazione durante gli spostamenti</p> <p>c) per evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute dell'utente ed il letto con la formazione</p>

<p>d) Se l'utente è collaborante, spostarlo verso la sponda del letto opposta al fianco da raggiungere in due modi: o posizionando le mani sotto le spalle dell'utente e tirando verso se stessi questa parte del corpo ,poi compiendo la stessa operazione con i fianchi e le gambe, o utilizzando un lenzuolo di trazione arrotolandolo dalla parte opposta a dove si vuol posizionare l'utente. Tirare il lenzuolo verso sé stessi spostando indietro il peso. Eseguire il movimento lentamente.</p> <p>e) Far flettere la gamba opposta al fianco da raggiungere, oppure entrambe le gambe</p> <p>f) L'operatore poi si posizionerà dalla parte del letto che l'utente deve raggiungere e pone una mano sulla spalla ed una sul bacino e sul ginocchio.</p> <p>g) Se l'utente è sufficientemente collaborante, può aiutarsi facendo trazione con la sponda del letto posta dalla parte che deve raggiungere.</p> <p>h) Curare l'allineamento delle spalle, del bacino e della gamba. Il cuscino posto sotto la testa non deve ostacolare gli atti respiratori</p> <p>i) L'operatore può aumentare l'angolatura del corpo dell'utente, posizionando le mani sotto le spalle e poi sotto i fianchi, l'utente può aiutarsi con la sponda del letto. Appoggiare un cuscino dietro la schiena dell'utente</p> <p>j) Se l'utente non è collaborante, bisogna spostargli il corpo posizionando le mani degli operatori prima sotto le spalle poi sotto il bacino e le gambe. Gli stessi effettueranno una trazione verso di loro</p>	<p>di microlesioni cutanee. Per evitare danni fisici agli operatori dovuti all'eccessivo peso</p> <p>d) per raggiungere la posizione laterale</p> <p>e) Per adottare una postura confortevole</p> <p>f) Per aiutare l'utente nella rotazione</p> <p>g) Per ottenere la postura laterale.</p> <p>h) Per raggiungere la corretta posizione sul fianco.</p> <p>i) Per mantenere la posizione laterale più a lungo.</p> <p>j) Per impedire lesioni dovute a frizionamento delle lenzuola sulla cute.</p>
---	--

evitando sfregamenti di corpo. Gli operatori possono aiutarsi con l'ausilio di un lenzuolo e poi continuare come nel punto d.

PER L'ALLINEAMENTO POSTURALE

- | | |
|---|--|
| k) Il letto deve rimanere orizzontale o leggermente rialzato. | k) Per evitare scivolamenti verso il basso. |
| l) la posizione laterale deve avere un'angolatura tra trocantere e piano del letto inferiore a 90°. L'angolatura ideale è di 30-40° | l) Perché a 90° c'è la massima compressione della zona trocanterica dal lato su cui si è posizionato l'utente. |
| m) Porre un cuscino sotto la testa ed il collo. | m) Per diminuire la rotazione interna e l'adduzione della spalla. |
| n) Posizionare entrambe le braccia leggermente flesse. Il braccio superiore va sostenuto con un cuscino. | n) Per evitare lo scivolamento del braccio. |
| o) Il braccio che giace sul materasso può anche essere piegato verso l'alto ad angolo retto, cambiare la posizione delle braccia almeno ogni 30'. | o) Per diminuire l'insofferenza dell'utente a tale posizione. |
| p) La gamba a contatto del letto deve essere leggermente flessa e comunque con un angolo di flessione diverso dalla gamba soprastante. | p) Per migliorare la stabilità, il comfort e per prevenire l'ipertensione della gamba. |
| q) Porre un cuscino sotto la gamba superiore semiflessa. Il cuscino deve comprendere l'area dalla coscia al piede. | q) Per prevenire le pressioni delle prominente ossee della gamba sottostante |
| r) Utilizzare un cuscino che verrà piegato lungo l'asse della lunghezza e posto sotto la schiena dell'utente. | r) Per mantenere la posizione laterale. |
| s) Negli utenti plegici il cambio di postura deve essere effettuato con movimenti lenti, non traumatizzanti, evitando trazioni e compressioni. Gli arti devono sempre essere afferrati in corrispondenza delle articolazioni. | s) Per evitare strappi muscolari e/o ai legamenti. |

<p>t) Non posizionare mai l'utente sul lato plegico</p> <p>u) Le zone da ispezionare quando l'utente passa dalla postura supina a quella laterale sono: dita dei piedi, polpacci, talloni, sacro, gomiti, scapole, occipite</p> <p>1.4 DALLA POSTURA LATERALE ALLA POSTURA DI FLOWER O DECUBITO SEMISEDUTO</p> <p>a) Se l'utente è collaborante informarlo del cambio di postura, che eseguirà da solo.</p> <p>b) Se l'utente non è collaborante informarlo comunque della variazione di postura.</p> <p>c) Lo spostamento deve essere effettuato da almeno due operatori.</p> <p>d) L'utente deve essere posizionato supino come al punto 1.1 postura a, b, c, d, e,</p> <p>e) Successivamente se il letto è articolato alzare la testata e la parte centrale del letto fino a quando l'utente assume la posizione semiseduta.</p> <p>f) Se il letto non è articolato far flettere le gambe e puntare i piedi indicando di premerli in successione, dapprima con forza verso il basso, poi anche verso il fondo del letto.</p>	<p>t) Perché tale posizione diminuisce la già scarsa ventilazione dell'emitorace. Il peso su quel lato è eccessivo perché venga mantenuta la posizione corretta.</p> <p>u) Per controllare se la cute ha riportato segni di sofferenza durante il periodo di postura supina.</p> <p>a) perché il movimento consente di realizzare una migliore funzionalità articolare e un buon trofismo muscolare</p> <p>b) Per permettere una migliore collaborazione durante gli spostamenti</p> <p>c) Per evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute dell'utente ed il letto con la formazione di microlesioni cutanee. Per evitare danni fisici agli operatori dovuti all'eccessivo peso.</p> <p>d) Vedi punto 1.1</p> <p>e) Per mantenere la posizione semiseduta.</p> <p>f) Per evitare ai piedi di scivolare e provocare una reazione che aiuta l'utente a muoversi.</p>
---	---

- | | |
|--|---|
| <p>g) I due operatori si dispongono sui due lati del letto, e si afferrano reciprocamente per un braccio a livello sottoscapolare. Con l'altro braccio si afferra la testata del letto, un ginocchio viene appoggiato sul letto o un piede appoggiato alla sponda inferiore. Quindi l'utente abbraccerà l'operatore e ad un segnale convenuto, tutti e tre agiranno per realizzare lo spostamento verso l'alto.</p> <p>h) Se l'utente non è collaborante i due operatori si aiuteranno con l'ausilio di una traversa.</p> <p>ALLINEAMENTO POSTURALE</p> <p>i) La testata del letto è elevata di 45-50 cm.</p> <p>j) Il capo è direttamente a contatto del letto o su un piccolo cuscino.</p> <p>k) Sostenere le braccia se il soggetto non ha il controllo volontario dei cuscini.</p> <p>l) Un cuscino può essere posto tra la zona sacrale ed il letto.</p> <p>m) Un piccolo cuscino può essere posto sotto le cosce.</p> <p>n) Porre a livello della radice esterna della gamba un piccolo cuscino o rotolo trocanterico per limitare l'extrarotazione.</p> <p>o) Utilizzare gli ausili per proteggere il piede ed il tallone.</p> | <p>g) Per rendere più agevoli i movimenti degli operatori ed evitare frizioni.</p> <p>h) Per evitare frizioni dovute all'attrito fra cute e lenzuola e garantire la posizione.</p> <p>i) Per aumentare il comfort, la ventilazione e la possibilità di socializzare.</p> <p>j) Previene contratture da flessione della colonna cervicale.</p> <p>k) Per prevenire la lussazione della spalla come effetto della trazione esercitata dal peso del braccio, promuovere il ritorno venoso, prevenire contratture del braccio e del polso da flessione.</p> <p>l) Esercita un'azione di supporto tra le vertebre lombari e diminuisce la loro flessione.</p> <p>m) Previene l'ipertensione del ginocchio e l'occlusione dell'arteria poplitea, il cuscino non va posto direttamente sotto il ginocchio.</p> <p>n) Riduce la pressione esercitata dal tallone sul materasso.</p> <p>o) Mantiene il piede in flessione dorsale e ne previene la caduta.</p> |
|--|---|

p) **Le zone da ispezionare quando l'utente si porta supino dalla postura laterale sono:**

orecchio, zigomo, gomito, anca, parte esterna del ginocchio e malleolo dell'emisoma su cui l'utente è posizionato.

1.5 DALLA POSTURA SUPINA ALLA POSTURA SEDUTA (carrozzina o sedia)

a) Se l'utente è **collaborante** informarlo del cambio di postura, che eseguirà da solo.

b) Se l'utente **non è collaborante** informarlo comunque della variazione di postura.

c) Lo spostamento deve essere effettuato da almeno due operatori.

d) Un operatore solleva il busto dell'utente lentamente cingendolo con un braccio intorno alla vita e con l'altro dietro la nuca.

e) L'altro operatore cinge l'utente al di sotto del bacino a livello della coscia e ruota le gambe per portarle fuori dal letto.

f) I movimenti di sollevamento del busto e rotazione delle gambe devono avvenire contemporaneamente.

g) Si avvicina la carrozzina al letto e si toglie il bracciolo da questa parte.

h) Un operatore abbraccia sotto le ascelle da dietro l'utente e l'altro lo abbraccia al di sotto del bacino anteriormente. Si solleva contemporaneamente e si porta sulla

a) perché il movimento consente di realizzare una migliore funzionalità articolare e un buon trofismo muscolare

b) per permettere una migliore collaborazione durante gli spostamenti.

c) Per evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute dell'utente ed il letto con la formazione di microlesioni cutanee. Per evitare danni fisici agli operatori dovuti all'eccessivo peso.

d) Per alzare il busto.

e) Per mettere l'utente seduto

f) Per non creare movimenti eccessivamente bruschi del sacro.

g) Per non avere ostacoli al momento dello spostamento.

h) Per ottenere la posizione seduta sulla carrozzina o sedia.

carrozzina.

Con il **sollevapazienti** vedi le istruzioni
allegate ad ogni apparecchiatura.

PREVENZIONE E TERAPIA NUTRIZIONALE NELLE L.D.C.

Un equilibrio nutrizionale ottimale è indubbiamente un componente indispensabile nel mantenimento dello stato di salute in ogni età. Qualsiasi disturbo della nutrizione comporta alterazioni metaboliche che nel tempo compromettono la funzione di tessuti, organi ed apparati dell'organismo.

Spesso durante il periodo di degenza nell'ospedale per acuti, lo stato nutrizionale non migliora, ma peggiora, a riprova del fatto che l'aspetto nutrizionale non viene considerato e trattato adeguatamente con la stessa attenzione con cui si affrontano altri aspetti della patologia. Accade che tra i fattori eziopatogenetici più importanti nella gestione delle ferite da compressione, **la malnutrizione calorico/proteica risulta essere determinante.**

La nutrizione rappresenta una componente fondamentale sia per mantenere l'integrità dei tessuti che per promuovere la guarigione delle lesioni

FINALITA'

1. garantire introiti che assicurino l'optimum del rendimento biologico;
2. prevenire carenze o sovraccarichi metabolici che nel perpetuarsi della forzatura biochimico-funzionale possano anticipare o provocare – come cofattore o come causa sufficiente – l'evento patologico.

I PRESUPPOSTI FISIOLGICI DELLA DIETOTERAPIA

Fabbisogno di energia

Il presupposto di una dieta equilibrata è ovviamente nell'adeguatezza dell'apporto energetico; al riguardo riportiamo a titolo di esempio il fabbisogno energetico giornaliero calcolato sulla base del sesso, dell'età e del peso

Metabolismo basale

Il Metabolismo Basale a riposo rappresenta la componente di gran lunga più importante del Fabbisogno energetico totale. Esso è influenzato dalla massa corporea, età, sesso ed abitudini di vita.

Il M.B. è la quantità minima di energia necessaria per il mantenimento delle attività vitali. Normalmente si calcola con la formula di Harris Benedict.

Fabbisogno di proteine

Il fabbisogno proteico varia secondo le esigenze diverse dell'organismo.

In presenza di lesioni da compressione, malnutrizione o stati ipercatabolici **il fabbisogno proteico AUMENTA per compensare le perdite , per favorire la rigenerazione dei tessuti e la risposta immunitaria.**

Il valore biologico di una proteina è dato dagli amminoacidi presenti in quantità e in rapporto tale da poter essere utilizzata. Alcuni amminoacidi hanno la caratteristica dell'essenzialità, perché hanno un'origine esclusivamente alimentare, l'organismo non è in grado di sintetizzarli.

Le proteine ad alto valore biologico sono quelle che contengono elevate quantità di aminoacidi essenziali:

valina	leucina	isoleucina
metionina	fenilalanina	triptofano
treonina	istidina	lisina
cistina *	tiroxina *	arginina **

*: sono considerati semiessenziali **:l'essenzialità è in relazione a condizioni fisiologiche o patologiche in cui la sintesi non avviene a velocità sufficiente

Le fonti alimentari

Carne – Pesce – Prosciutto e salumi – Uova – Latte – Formaggi – Legumi – Cereali

Fabbisogno di lipidi

L'apporto lipidico alimentare andrà contenuto al di sotto del 30% della quota calorica, con una ripartizione che privilegi gli acidi grassi monoinsaturi (acido oleico), limitando l'apporto dei saturi al 7-10% e quello degli «acidi grassi essenziali (AGE) tra il 2% e il 6% delle calorie totali di un regime normocalorico .

Fabbisogno di carboidrati

Una volta stabilito l'introito, l'esigenza proteica (10-15% delle calorie) e il tetto lipidico (<30% delle calorie) è inevitabile che l'apporto glucidico non debba essere inferiore al 55% - 60% della quota calorica

La fibra

Si propone un introito giornaliero di 10-15 g di fibre per ogni 1000 Kcal della razione energetica, riferendosi al contenuto naturale dei cibi e non alla supplementazione dietetica.

PERCHE' NELLA CICATRIZZAZIONE DELLE LESIONI SI RICORRERE AI MICRONUTRIENTI

Oltre all'apporto proteico e calorico anche gli oligoelementi e vitamine favoriscono il processo di ricostituzione tessutale.

ZINCO: una sua carenza svolge azione importantissima nello stimolare la cicatrizzazione e la ricostruzione di nuovi tessuti, determina un decremento della sintesi del collagene. La sua biodisponibilità maggiore è propria degli alimenti di origine animale. L'assorbimento è favorito dall' albumina.

SELENIO: esplica la sua attività principale contrastando i fenomeni ossidativi riducendo la formazione di radicali liberi.

VITAMINA A: stimola il processo di crescita delle cellule epiteliali e del sistema immunitario .

VITAMINA C: è riconosciuto un suo ruolo antiossidante e antinfiammatorio che favorisce la cicatrizzazione dei tessuti. E' protettiva per i nostri tessuti e per le pareti dei vasi sanguigni.

Il peso fisiologico o desiderabile

BODY MASS INDEX

(Indice di massa corporea)

PESO Kg.


BMI = -----

(ALTEZZA IN m. 2)

INDICE DI MASSA CORPOREA	CATEGORIA DI PESO	LIVELLI DI RISCHIO
< 15	SOTTOPESO GRAVE	MOLTO ALTO
15 – 18,5	SOTTOPESO	
18,5 – 24,9	NORMOPESO	MINIMO
25,0 – 29,9	SOVRAPPESO	BASSO
30,0 – 34,9	OBESITA' I °	MODERATO
35,0 – 39,9	OBESITA' II °	ALTO
> 40,0	OBESITA' III °	MOLTO ALTO

RIEPILOGO FABBISOGNI NUTRIZIONALI NEL PAZIENTE CON E SENZA LESIONI DA COMPRESSIONE

	L.D.C.		NO L.D.C.	
Proteine	g/die	100 – 130	g/die	50 – 70
Energia	Kcal/die	2000 – 3650	Kcal/die	1500 – 2000
Zinco	mg/die	13 – 30	mg/die	12 – 15
Vitamina C	mg/die	2000	mg/die	60
Vitamina E	mg/die	100 – 270	mg/die	8 – 10
Vitamina A	mg/die	3000 RE	mg/die	600 - 700 RE

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 26 di 63
---	---	---

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE

E' nell'organismo del paziente anziano, dove il tessuto molto spesso è già alterato che la malnutrizione comporta, tra le complicanze anche un aumentato rischio di lesioni da compressione, soprattutto quando alla riduzione della massa adiposa è associata l'ipertrofia della muscolatura.

Individuare il paziente malnutrito o a rischio di sviluppare la malnutrizione è fondamentale.

E' fondamentale:

- controllare il peso al momento del ricovero
- monitorarlo durante la degenza.
- la misurazione del peso deve essere effettuata sempre alla stessa ora della giornata, sulla stessa bilancia e con gli stessi indumenti.
- la bilancia deve essere calibrata regolarmente.

Nella valutazione delle variazioni di peso sono da tener presenti lo stato di idratazione ed eventuali amputazioni. La misurazione del peso non identifica i componenti corporei persi (massa magra o massa grassa).

Parametri antropometrici

L'antropometria è lo studio comparativo delle misure e delle proporzioni del corpo umano.

Età	Calo di peso = (peso abituale – peso attuale) / peso abituale x 100
Sesso	Calcolo dell'IMC o BMI = peso (kg) /altezza² (in metri al quadrato)
Altezza	Circonferenza del braccio (CB)
Peso: attuale, abituale	Plica tricipitale (PT) e sottoscapolare (indicano la massa adiposa)

Parametri ematologici e biochimici

Alcuni esami di laboratorio, utilizzati per la valutazione dello stato nutrizionale:


- Proteine plasmatiche sintetizzate dal fegato:
Albumina serica (turnover lento: emivita 20 giorni)
Trasferrina serica (turnover medio: emivita 7 giorni)
Prealbumina (turnover rapido: emivita 2 giorni)
- Creatinina urinaria (delle 24 ore) per il calcolo dell'Indice creatinina/altezza indicatore della massa magra corporea

CLASSIFICAZIONE CLINICA DELLA MALNUTRIZIONE

- MARASMA (calorica)
- KWASHIORKOR (proteica)
- MISTA MARASMA – KWASHIORKOR (calorico – proteica)
-

PARAMETRI CLINICI E LABORATORISTICI DI CLASSIFICAZIONE DI MALNUTRIZIONE

MALNUTRIZIONE	LIEVE	MODERATA	GRAVE
Perdita di peso sul peso abituale	5 – 10%	11 – 20%	> 20%
Perdita di peso sul peso ideale	10 – 20%	21 – 40%	> 40%
<i>a</i>	3 – 3,5	2,5 – 2,9	< 2,5
Transferrinemia	150 – 200	100 - 150	< 100
Prealbuminemia	18 – 22	10 - 17	< 10
RPB	2,5 – 2,9	2,1 - 2,4	< 2,1
Linfociti	1200 – 1500	800 - 1200	< 800

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 27 di 63
---	---	---

Un' insufficiente alimentazione orale comporta l'indicazione alla supplementazione nutrizionale o alla nutrizione artificiale.

Una stima accurata dello stato nutrizionale del paziente è fondamentale sia per valutare la *necessità* di un eventuale apporto nutrizionale sia per misurare l'efficacia di un (esistente) supporto nutrizionale.

COME NUTRIRE

1. Il **primo intervento** terapeutico si baserà su un' idonea nutrizione per os in base alle condizioni clinico-metaboliche del paziente, adattata alle sue esigenze e ai suoi gusti.
2. Il paziente va **incoraggiato ad alimentarsi** attraverso un'alimentazione personalizzata a lui gradita, o attraverso supplementazioni nutrizionali per patologia.
3. Un ridotto introito alimentare, soprattutto per quanto riguarda la quota proteica, richiede una supplementazione nutrizionale **tempestiva**, senza attendere l'instaurarsi di una ipoalbuminemia che è un segnale tardivo di un insufficiente apporto plastico.
4. Nei pazienti in grado di alimentarsi l'introito della supplementazione orale deve essere monitorato giornalmente.
5. Quando l'apporto alimentare per os è insufficiente e quindi < del 50% del fabbisogno calorico giornaliero è necessaria l'integrazione con alimenti specifici ed eventualmente prendere in seria considerazione la nutrizione artificiale entrale o parenterale.

Nutrizione enterale = infusione di miscele nutritive nella via digestiva (stomaco; digiuno) in caso di adeguata funzionalità dell'apparato gastro-intestinale attraverso un sistema artificiale (sonda o stomia)


Nutrizione parenterale = infusione di soluzione nutrizionale in un vaso venoso, periferico o centrale (vena cava) in caso di inadeguata funzione assorbente o alterato transito intestinale.

SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI

Possiamo definire gli integratori come preparati a formulazione definita, pronti all'uso somministrabili per via orale come supplemento o come unica fonte alimentare.

I prodotti sono scelti in base alla loro formulazione, alla palatabilità (esistono aromi dolci, neutri salati), alla tolleranza.

- **Le confezioni sono conservate a temperatura ambiente.**
- **Una volta aperte conservarle in frigorifero e consumarle entro 24 ore.**
- **Gli integratori vanno somministrati lontano dai pasti principali per la necessità di non interferire con l'appetito che deve essere conservato al momento del pranzo e della cena.**
- **Debbono essere sorbiti lentamente al fine di migliorare, almeno nei soggetti più difficili, la tolleranza gastrointestinale ed evitare meteorismo e distensione addominale.**
- **In soggetti portatori di lesioni orofaringee ed esofagee sarà bene controllare anche l'osmolarità ed il pH per la possibile comparsa di dolore e orale o di odinofagia.**
- **Bisogna inoltre informare il paziente sulle motivazioni che inducono alla prescrizione del prodotto**

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 28 di 63
---	---	---

Il supplemento nutrizionale specifico Cubitan è un alimento liquido completo specifico per il trattamento delle piaghe da decubito; la sua formulazione ipercalorica ed iperproteica, lo rendono il prodotto ideale per coprire le aumentate richieste energetico-proteiche dei pazienti affetti da lesione da compressione e per fornire inoltre micro nutrienti importanti per stimolare la sintesi proteica a livello cellulare ed i fenomeni di cicatrizzazione delle piaghe da decubito.


TABELLA POSOLOGICA

<i>Stadio della lesione</i>	<i>Supporto nutrizionale</i>
<i>1° Stadio</i>	<i>n. 1 Cubitan</i>
<i>2° Stadio</i>	<i>n. 2 Cubitan</i>
<i>3° Stadio</i>	<i>n. 3 Cubitan</i>
<i>4° Stadio</i>	<i>n. 4 Cubitan</i>

OBIETTIVI RAGGIUNTI

L'intervento nutrizionale nel trattamento delle lesioni da compressione permette di:

1. migliorare o mantenere il regime dietetico
2. migliorare la circolazione sanguigna
3. regolarizzare i processi infiammatori in corso
4. stimolare il processo di cicatrizzazione
5. risolvere completamente la lesione

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 29 di 63
---	---	---

TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA COMPRESSIONE

Non esiste una metodica ottimale di intervento per la lesione da decubito. Il trattamento varia in base alle condizioni del paziente e della lesione: esistono però alcuni principi generali di cui si deve tenere conto nella scelta del trattamento più idoneo.

La cura della lesione da decubito comprende lo sbrigliamento, la pulizia della ferita, applicazioni di medicazioni e possibili terapie aggiuntive. In alcuni casi è richiesto il trattamento chirurgico. In tutti i casi le strategie specifiche della cura della ferita dovrebbero essere conformi agli scopi generali del paziente.

Raccomandazioni della AH CPR (Agency for Health Care Policy and Research) per il trattamento delle lesioni infette infette

(da Treatment of Pressure Ulcers Clinical Practice Guideline Number 15 Modificato)

1. Utilizzare tutti i metodi utili per ridurre al minimo la colonizzazione delle lesioni da decubito
2. Favorire il processo di guarigione tramite un efficace detersione locale ed eventuale asportazione del materiale necrotico
3. Non eseguire esami colturali mediante tampone delle secrezioni perché tutte le lesioni sono colonizzate (se necessario, eseguire una coltura del prelievo biotico del fondo della lesione
4. Nel caso di lesioni da decubito deterse che non presentano tendenza alla guarigione o che continuano ad essudare nonostante un trattamento locale adeguato ed attuato per almeno 2 settimane , prendere in considerazione un trattamento antibiotico topico di almeno due settimane. L'antibiotico deve essere efficace contro i Gram negativi, i Gram positivi e gli anaerobi.
5. Eseguire colture batteriche per la determinazione della carica microbica dei tessuti molli e valutare la possibile presenza di osteomielite quando la lesione necrotica non risponde alla terapia antibiotica topica
6. L'uso di antisettici topici è sconsigliata per ridurre la carica batterica sul tessuto rigenerante
7. Attuare una terapia medica antibiotica appropriata per pazienti con batteriemia, sepsi, cellulite di grado avanzato od osteomielite. La terapia antibiotica non è necessaria nella cura delle delle lesioni da decubito ulcerate che presentano segni di infiammazione locale
8. Proteggere le lesioni da decubito da sorgenti esterne di contaminazione batterica (es. le feci)

TRATTAMENTO DELLA LESIONE DA COMPRESSIONE

Linee guida per la cura delle lesione


AZIONE	MOTIVAZIONE
<p>SBRIGLIAMENTO: rimozione di tessuto devitalizzato della lesione da decubito, quanto ciò sia opportuno rispetto alle condizioni del paziente e conforme ai suoi scopi. (Evidenza = C.)</p> <p>Metodi di Sbrigliamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autolitico (Idrogel) • Ensimatico (Iruxol, Elase, Noruxol) • Meccanico (Garze tradizione idrogel) • Chirurgico (Bisturi) <p>Utilizzare medicazioni pulite ed asciutte per un periodo da 8 a 24 ore dopo l'esecuzione dello sbrigliamento con strumento tagliente; in seguito, ripristinare le medicazioni umide. Le medicazioni pulite si possono adottare anche in concomitanza di tecniche di sbrigliamento enzimatico o meccanico. (Evidenza = C.)</p> <p>Le lesioni ai calcagni con escara asciutta non devono essere sbrigliate se non presentano edema, eritema, fluttuanza o secrezioni. Si esegua la valutazione giornaliera di queste ferite per monitorare eventuali complicanze che richiedono lo sbrigliamento (per es. edema, eritema, fluttuanza, secrezioni) (Evidenza = C.)</p>	<p>La rimozione del tessuto devitalizzato è considerata una pratica necessaria per la guarigione della ferita. Il tessuto umido e necrotico fa da tramite all'infezione ed instaura una reazione infiammatoria</p> <p>L'uso di medicazioni asciutte per le prime 8-24 ore dopo l'esecuzione dello sbrigliamento con strumento tagliente, tendono a limitare il sanguinamento. In seguito si deve ricreare un microambiente umido al fine di sostenere la guarigione.</p> <p>Le lesioni stazionarie ai calcagni coperte da un'escara protettiva non devono essere sbrigliate tranne in presenza di materiale fluttuante, eritema e suppurazione. L'escara fornisce una copertura naturale protettiva e favorisce la granulazione.</p>
<p>PULIZIA DELLA FERITA Pulire la ferita all'inizio del trattamento e ad ogni cambio di medicazione. (Evidenza = C.)</p> <p>Applicare la minor quantità di forza meccanica possibile quando si deterge la lesione con garza, panno o spugna. (Evidenza = C:)</p> <p>Non si esegua la pulizia della ferita da decubito con detergenti per la pelle o con agenti antisettici (per es. iodopovidone, iodoforo, soluzione di ipoclorito di sodio, perossido di idrogeno, acido acetico). (Evidenza =B.)</p> <p>Impiegare una soluzione fisiologica salina per la pulizia di gran parte delle lesioni da decubito. (Evidenza = C)</p>	<p>I materiali presente sulla superficie della ferita, quali corpi estranei, residui di agenti topici, residui di medicazione e scarti metabolici, ritardano il processo di cicatrizzazione e provocano infiammazione.</p> <p>Le ferite traumatizzate sono più esposte alle infezioni e guariscono più lentamente. Materiali ruvidi per la pulizia della ferita provocano un maggior trauma da frizione e una più grave infezione alle lesione di quanto non facciano altri meno ruvidi.</p> <p>Gli agenti antisettici sono sostanze chimiche reattive, le quali sono citotossiche per il tessuto in condizioni normali.</p> <p>E' la scelta migliore in qualità di agente detergente poiché è un prodotto fisiologico, non provoca danni al tessuto e deterge in maniera adeguata gran parte delle ferite.</p>

<p>Utilizzare una pressione di irrigazione sufficiente a migliorare la pulizia della ferita, senza causare trauma al fondo della lesione stessa. Una pressione di irrigazione sicura ed efficace varia da 1,8 kg a 6,8 kg per 6,4 cm². (Evidenza = B)</p> <p>Prendere in considerazione l'idroterapia a vortice per la pulizia di lesioni da decubito che contengono abbondante essudato, crosta o tessuto necrotico. Interrompere il vortice non appena la ferita sia detersa. (Evidenza = C)</p>	<p>Se le pressioni di irrigazioni sono troppo basse (al di sotto di 4 psi) non sono in grado di detergere in modo adeguato la ferita. L'irrigazione pressurizzata rimuoverà i batteri e i residui della ferita con maggiore efficacia rispetto all'irrigazione per gravità o a quella emanata da siringhe a bulbo. Utilizzare una siringa con capacità pari a 35 ml e dotata di un ago di calibro 19.</p> <p>L'aumento del periodo di tempo durante il quale la superficie della lesione sta a contatto con l'acqua, nel corso dell'idroterapia a vortice, migliora la rimozione di scarti metabolici inutili dalla lesione stessa. La pulizia con vortice deve essere effettuata 2 volte al giorno e sospesa non appena la ferita si considera detersa.</p>
<p>MEDICAZIONI</p> <p>Utilizzare una medicazione in grado di mantenere il fondo della lesione costantemente umido. Le medicazioni "umide-asciutte" dovrebbero essere utilizzate solo in caso di sbrigliamento e non sono considerate medicazioni ad umidità costante a base di soluzione fisiologica salina.</p> <p>Usare giudizio clinico nella scelta di un tipo di medicazione umide che siano indicate per quella lesione. Una serie di studi su diversi tipi di medicazioni umide non ha riscontrato differenze a livello di poteri curativi. (Evidenza = B)</p> <p>Scegliere un tipo di medicazioni che, contemporaneamente, mantenga asciutta la cute intatta circostante la ferita e umido il fondo della lesione. (Evidenza = C)</p> <p>Scegliere un tipo di medicazioni che controlli l'essudato, ma che non essicchi il fondo della ferita. (Evidenza = C)</p> <p>Durante la scelta di un tipo di medicazione, si prenda in considerazione la disponibilità di tempo del prestatore di cure. (Evidenza = B)</p> <p>Eliminare lo spazio morto all'interno della ferita riempiendo liberamente le cavità con materiale per medicazioni. Evitare di imbottire eccessivamente la ferita. (Evidenza = C)</p> <p>Monitorare le medicazioni situate vicino all'ano poiché è difficile mantenerne l'integrità. (Evidenza = C)</p>	<p>La velocità di guarigione è maggiore nel caso di trattamenti che mantengono umida la ferita rispetto a quella relativa a trattamenti con medicazioni che essiccano il fondo della ferita.</p> <p>Scegliere l'uso di una medicazione adeguata che conservi l'umidità della ferita al fine di favorirne la guarigione.</p> <p>L'umidità rende la cute intatta più suscettibile ai ferimenti. I pazienti portatori di lesioni da decubito presentano ulteriori fonti di umidità (secrezione delle ferite e soluzioni per il trattamento delle ferite) che potrebbero danneggiare la cute non protetta.</p> <p>Una quantità eccessiva di essudato può macerare il tessuto circostante.</p> <p>Le medicazioni a pellicola semipermeabile, o gli idrocolloidi, devono essere cambiati meno frequentemente delle medicazioni tradizionali.</p> <p>Le cavità della ferita devono essere riempite per evitare che le pareti di questi anfratti crollino trasformandosi in ascessi. Imbottire la ferita in modo eccessivo potrebbe aumentare la pressione sul tessuto del fondo della lesione causando ulteriore danno potenziale al tessuto.</p> <p>"Incorniciare" la medicazione o mettervi un fissaggio (OP-SITE) sui bordi potrebbe ridurre tale problema.</p>

<p>TERAPIE AGGIUNTIVE</p> <p>Prendere in considerazione una serie di trattamenti con elettroterapia nel caso in cui lesioni di Stadio III e IV non abbiano risposto positivamente alla terapia convenzionale. La stimolazione elettrica potrebbe essere utile nel caso di lesioni ostinate di Stadio II. (Evidenza = B)</p> <p>L'efficacia terapeutica dell'ossigenoterapia iperbarica, della terapia a raggi infrarossi, ultravioletti e laserterapia a bassa energia, e dell'ultrasuonoterapia non è stata sufficientemente stabilita da permettere la raccomandazione di queste terapie nel trattamento delle lesioni da decubito. (Evidenza = C)</p> <p>L'efficacia terapeutica di agenti topici di varia natura (per es. zucchero, vitamine, elementi, ormoni e altri agenti), di fattori di crescita e di equivalenti cutanei, non è stata ancora sufficientemente stabilita da permettere di consigliare questi agenti al momento presente. (Evidenza = C)</p> <p>L'efficacia terapeutica di agenti sistemici non antibiotici non è stata sufficientemente stabilita da permettere la loro raccomandazione per il trattamento delle lesioni da decubito. (Evidenza = C)</p>	
---	--

INDICE DI TOSSICITA' DI DETERGENTI PER PELLE E FERITE			
Shur Clens	1:10	Constant Clens	1:10.000
Biolex	1:100	Detergente per ferite cutanee	1:10.000
Saf Clens	1:100	Puri-Clens	1:10.000
Cara Klenz	1:100	Hibiclens	1:10.000
Ultra Klenz	1:1000	Lavaggio Chirurgico Asettico Betadine	1:10.000
Clinical Care	1:1000	Lavaggio Chirurgico Asettico Betadine	1:100.000
Uni Wash	1:1000	Detergente Cutaneo Bard	1:100.000
Ivory Soap	1:1000	Hollister	1:100.000

PRESSIONE DI IRRIGAZIONE EMANATE DA VARI TIPI DI DISPOSITIVI	
Dispositivo	Pressione di impatto
Flacone spray – Ultra Kenz (a) Carrington Laboratories Inc., Dallas TX	1.2
Siringa a bulba (a) (Davol Inc., Cranston, RI)	2.0
Siringa di irrigazione a pistone (60ml) con estremità a catetere (Premium Plastics, Inc., Chicago, IL)	4.2
Flacone a spruzzo di soluzione fisiologica salina (250 ml) con cappuccio da irrigazione (Baxter Healthcare Corp., Deerfield, IL)	4.5
Water Pik a bassa regolazione (#1) (Teledyne Qater Pik, Fort Collins, CO)	6.0
Siringa Irrijet con punta (Ackrad Laboratories, Inc., Cranford, NJ)	7.6
Siringa da 35 ml con ago o angiocatetere di calibro 19	8.0
Water Pik a media regolazione (#3) (b) (Teledyne Qater Pik, Fort Collins, CO)	42
Water Pik a alta regolazione (#5) (Teledyne Qater Pik, Fort Collins, CO)	50
Cannister-Dey-Wash pressurizzato (b) (Dey Laboratories, INC., Napa, CA)	50
(a) Questi dispositivi potrebbero emanare una pressione insufficiente ad un'adeguata pulizia della ferita.	
(b) Questi dispositivi potrebbero causare trauma e spingere i batteri dentro le ferite. Non sono indicati per la pulizia di ferite dal tessuto molle.	

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 34 di 63
---	---	---

Valutazione

Osservare inizialmente la lesione descrivendo:

1. la sede
2. lo stadio
3. la dimensione
4. la presenza di tratti sottominati
5. le fistole
6. la presenza di essudato
7. il tessuto necrotico
8. la presenza o assenza di tessuto di granulazione e zone di riepitelizzazione


Cura della cute perilesionale

E' importante il mantenimento della integrità della cute circostante la lesione, in quanto essa deve essere preservata per quanto possibile dall'effetto delle secrezioni provenienti dalla stessa ed inoltre devono essere accuratamente evitate tutte le applicazioni di sostanze che possono essere potenzialmente irritanti. La cute integra va protetta dall'azione di eventuali preparati ad azione proteolitica, utilizzati per il debridement e dall'effetto allergizzante di alcuni antibiotici o disinfettanti.

Irrigazione

Le piaghe da decubito devono essere pulite all'inizio del trattamento e ad ogni cambio di medicazione. Il processo di pulizia di una ferita consiste nella scelta sia di una soluzione detergente per ferite che di un mezzo meccanico per applicare il prodotto alla ferita stessa. L'irrigazione con soluzione fisiologica salina è metodo sicuro e appropriato per la maggior parte delle lesioni da decubito. Gli agenti settici (per es. iodopovidone, iodoforo, soluzione di ipoclorito di sodio, (soluzione di Dakin) perossido di idrogeno (acqua ossigenata), acido acetico) e i detergenti cutanei sono **tossici** per il tessuto della ferita e non si devono usare. A discrezione del clinico, si possono utilizzare detergenti cutanei commerciali che non contengano sostanze chimiche dannose.

Al fine di evitare di traumatizzare la ferita, il clinico deve applicare la minore quantità di forza meccanica possibile durante la pulizia con garza, panno o spugna. Le pressioni di irrigazione che variano da 1,8 KG a 6,8 kg per 6,4 cm² sono sicure ed efficaci. Per le lesioni da decubito che contengono abbondante essudato, crosta o tessuto necrotico, si deve prendere in considerazione l'idroterapia a vortice, ricordando però che questo metodo non è indicato per le ferite deterse.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 35 di 63
---	---	---

Medicazione avanzate

Caratteristiche

1. Mantenere l'ambiente umido
1. Permettere gli scambi gassosi
2. Assicurare l'isolamento termico (la temperatura deve essere mantenuta a 37° C):
3. Essere impermeabile ai microrganismi
4. Non contenere particelle contaminanti
5. Assicurare alta assorbenza
6. Non provocare traumi alla rimozione
7. Non provocare dolore
8. Conformarsi alle superfici irregolari
9. Avere intervalli di cambio sufficientemente lunghi

Medicazione e loro utilizzo


<i>Argento micronizzato in gel o spray</i> (Katogel – Katoxin)	Utilizzo nelle lesioni di 1° e 2° grado (eritemi e macerazioni); il gel idrata la cute, previene gli arrossamenti, stimola il trofismo cutaneo. Si applica 1 o 2 volte al giorno dopo detersione. Lo spray non va applicato su cute disidratata perché ha un'attività essiccante.
<i>Enzimi proteolitici</i> (Iruzol – Noruxol – Elase)	Usati su ferite umide con presenza di aree necrotiche o accumulo di fibrina. La applicazione va rinnovata e detersa con soluzione fisiologia o ringer, due volte al giorno per Iruzol ed Elase, una volta al giorno per il Noruxol. E' sufficiente uno strato sottile di prodotto e va protetto con una pellicola semipermeabile o da una medicazione non aderente. NON USARE INSIEME AD ACQUA OSSIGENATA E DISINFETTANTI. Questo trattamento si utilizza fino a completa detersione della lesione. Possono causare eritemi ai bordi della ferita e alla cute perilesionale

PELLICOLI SEMIPERMEABILI TRASPERENTI

Composizione	Membrana di poliuretano
Sterilizzazione	Raggi beta con lotto e scadenza
Stoccaggio	Orizzontale a temperatura ambiente
Tipologia	Medicazione adesiva, trasparente, conformabile, selettivamente permeabile, a volte con griglia per perimetrare le dimensioni della lesione
Caratteristiche chimico-fisiche	<ul style="list-style-type: none"> • Permeabilità al vapore MVTR in g/mq/24 ore e traspirazione • Adesione N/25 mm • Spessore mm • Elasticità % • Facilità di applicazione e di asportazione
Qualità	Certificazione ISO 9001/En46001
Indicazione	Stadio 1° o fase di riepitelizzazione o come dicazione secondaria
Tempo medio di permanenza	4 – 7 gg
controindicazioni	Non applicare direttamente su ferite infette o con essudato


IDROCOLLOIDI

Composizione	Sostanze idrocolloidali (gelatina, pectina, sodio carbossimetilcellulosa CMC) disperse in una matrice adesiva e ricoperte da un dorso di materiale impermeabile o semipermeabile
Sterilizzazione	Raggi beta con lotto e scadenza
Stoccaggio	Orizzontale a temperatura ambiente
Tipologia	Assorbono l'essudato in modo lento e controllato formando un gel soffice a contatto con la lesione (inversione di fase)
Caratteristiche chimico-fisiche	<ul style="list-style-type: none"> • Permeabilità al vapore MVTR in g/mq/24 ore • Adesione N/25 mm • Spessore mm • Elasticità % • Capacità di assorbimento g/mq • Integrità alla rimozione (parte residuale)
Qualità	Certificazione ISO 9001/En46001
Indicazione	Stadi II° - III° - IV° mediamente essudanti
Tempo medio di permanenza	3 – 7 gg
controindicazioni	Non usare in presenza di essudato abbondante

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 37 di 63
---	---	---

IDROGELI	
Composizione	Gel a base di acqua (contenuto superiore al 50% fino al 70%) a base di polimeri idrofili idrocolloidali (carbrossimetilcellulosa, pectina, gomma di guar). Possono contenere alginati.
Sterilizzazione	
Stoccaggio	Orizzontale a temperatura ambiente
Tipologia	Debridment autolitico (idrata la necrosi) favorendo il processo di detersione autolitica e assorbe l'essudato. Disponibile in applicatori o in forma di medicazione classica.
Caratteristiche chimico-fisiche	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di idratazione % H₂O • Grado di viscosità (> più efficace) • Trasparenza
Qualità	Certificazione ISO 9001/En46001
Indicazione	Per il trattamento di tessuti necrotici o fibrinosi, richiedono una medicazione secondario e aiutano a mantenere umida la zona della lesione, facilitando il debridment autolitico
Tempo medio di permanenza	24 ore – 3 gg
Controindicazioni	Un uso improprio può macerare la pelle sana circostante la lesione a causa dell'elevato contenuto in acqua
ALGINATI	
Composizione	Derivati dalle alghe brune. A base di calcio o calcio e sodio con funzione assorbente e gelificante. Contengono l'acido alginico, polimero a base di residui di acido mannuronico e glucuronico (alginati ricchi di acido mannuronico formano gel soffici e flessibili mentre quelli ricchi di acido glucuronico formano gel più compatti).
Sterilizzazione	
Stoccaggio	Orizzontale a temperatura ambiente
Tipologia	Piastre o nastro. La fibra di alginato a contatto con l'essudato della ferita si trasforma, attraverso un processo chimico di scambio ionica Ca/Na, in un gel viscoso e idrofilico. Possiede proprietà emostatiche. Un alginato è in grado di assorbire fino a 20 volte il suo peso, permette lo scabio gassoso tra ferita e ambiente esterno. La struttura a fibre perpendicolare impedisce all'essudato di espandersi oltre i bordi della ferita, per evitare il rischio di macerazione.
Caratteristiche chimico-fisiche	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di assorbimento g/mq • Struttura reticolare, % acido mannuronico e % acido glucuronico • Integrità alla rimozione • % Calcio

Qualità	Certificazione ISO 9001/En46001
Indicazione	Dopo escarectomia per l'effetto di emostasi nelle prime 24 ore (senza altre medicazioni). Ulcera a forte essudazione di stadio II°, III° e IV°. Ulcera infetta (non medicazioni occlusive).
Tempo medio di permanenza	3 – 7 gg
Controindicazioni	Ulcera eccessivamente asciutta
SCHIUME	
Composizione	Poliuretano ad assorbimento idrocellulare con varie strutture (alveolare, tridimensionale), gas permeabile.
Sterilizzazione	
Stoccaggio	A temperatura ambiente
Tipologia	Medicazione assorbenti adesive e non, con pellicole di rivestimento (poliuretano o pebax) per creare una ulteriore barriera antibatterica. Le schiume creano un ambiente umido e favoriscono l'isolamento termico della lesione e uno spessore protettivo.
Caratteristiche chimico-fisiche	<ul style="list-style-type: none"> • Permeabilità g/mq • Capacità di assorbimento g/mq • Capacità di idro-ritenzione dei liquidi • Adattamento e conformabilità alla cavità • Indeforabilità della medicazione (mantenere il contatto)
Qualità	Certificazione ISO 9001/En46001
Indicazione	Stadi II° - III° - IV° in relazione all'essudato o medicazione secondaria associata agli idrogeli.
Tempo medio di permanenza	3 – 7 gg.
Controindicazioni	Ulcere eccessivamente asciutte.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 39 di 63
---	--	---

CLASSIFICAZIONE DELLE L.d.C. SECONDO L'ORGANISMO N.P.U.A.P. (National Pressure Ulcer Advisory Panel)

1° STADIO = eritema della cute (senza lesione) che non scompare alla digitopressione
2° STADIO = soluzione di continuo superficiale che coinvolge l'epidermide ed il derma superficiale . la lesione si può presentare clinicamente con un'abrasione, una vescica o una iniziale ulcerazione
3° STADIO = ulcera a tutto spessore che implica interessamento con necrosi del tessuto sottocutaneo fino alla sottostante fascia. Clinicamente si presenta come una profonda cavità che può o non può essere sottominata
4° STADIO = ulcera a tutto spessore con interessamento muscolare fino alle strutture ossee

* In presenza di escara non è possibile determinare lo stadio della lesione

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO LOCALE DELLE LESIONI

STADIO 1	OBIETTIVO	PROTOCOLLO -1A
Eritema fisso con cute integra segno anticipatore dell'ulcera da compressione	Prevenire l'estendersi della lesione	Detergere accuratamente la cute. Applicare prodotti effetto barriera (es. crema protettiva, idrocolloidi), applicare film trasparenti (poliuretano o idrocolloide extrasottile)

STADIO 2	OBIETTIVO	PROTOCOLLO – 2A FASE NECROTICA
Perdita parziale della struttura cutanea con lesioni di continuo interessanti l'epidermide e il derma	Promuovere la riparazione dello strato tissutale coinvolto.	Detergere con soluzione fisiologica. Applicare uno strato di idrogel e coprire con idrocolloide extrasottile. Rimuovere la medicazione ogni 3 giorni.
PROTOCOLLO-2B FASE SIEROSA	PROTOCOLLO –2C FASE DI GRANULAZIONE	PROTOCOLLO-2D FASE DI RIEPITELIZZAZIONE
Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare : - strato di idrogel e coprire con idrogel extrasottile (2B1) - Applicare medicazione in poliuretano adesiva o non adesiva (2B2) - Rinnovare la medicazione ogni 3 gg.	Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare : - placca di idrocolloide o medicazione con poliuretano adesivo o non adesivo - rinnovare la medicazione ogni 4/5 gg.	Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare: - idrogel e coprire con film trasparente di poliuretano o idrocolloide extrasottile. Rinnovare la medicazione ogni 3 gg.

STADIO 3	OBIETTIVO	PROTOCOLLO – 3A FASE NECROTICA
Interessamento a tutto spessore della cute con coinvolgimento del sottocutaneo, la lesione si estende alla fascia muscolare sottostante senza superarla	Ripristinare la continuità tissutale della cute e del sottocute, tenendo sotto controllo anche il processo necrotico e/o infettivo che spesso si associa.	Detergere con soluzione fisiologica. Applicare uno strato di idrogel e coprire con idrocolloide extrasottile. Rimuovrrre la medicazione ogni 3 giorni.
PROTOCOLLO-3B FASE SIEROSA	PROTOCOLLO –3C FASE DI GRANULAZIONE	PROTOCOLLO-3D FASE DI RIEPITELIZZAZIONE
Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare: - alginato di calcio e coprire con film di poliuretano (3B/1) - Rinnovare la medicazione ogni 24 ore Oppure - schiume di poliuretano adesive anche cavitare. (3B/2) - rinnovare la medicazione ogni 3 gg. oppure - strato di idrogel e coprire con film di poliuretano (B/3) - rinnovare la medicazione ogni 3 gg.	Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare : - se molto essudante, alginato di calcio e coprire con film di poliuretano (3C/1) - se mediamente o poco essudante coprire con schiume di poliuretano adesive (3C/2) - se poco o scarsamente essudante coprire con idrocolloide - rinnovare la medicazione ogni 4/5 gg. secondo la quantità di essudato	Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare: - idrocolloide extrasottile o film trasparente di poluretano Rinnovare la medicazione ogni 4 /5 gg.

STADIO 4	OBIETTIVO	PROTOCOLLO – 4A FASE NECROTICA
Lesione a tutto spessore della cute profonda, frastagliata, che si estende fino ai muscoli e all'osso sottostante	Prevedere il controllo e la gestione di eventuali complicanze, riparazioni parziali o totali della integrità cutanea	Detergere con soluzione fisiologica. Applicare uno strato di idrogel e coprire con idrocolloide extrasottile. Rinnovare la medicazione ogni 3 gg. Considerare l'eventualità di una toilette chirurgica parziale o totale; di una antibiotico-terapia sistemica, dopo esame colturale (tampone o biopsia)
PROTOCOLLO-4B FASE SIEROSA	PROTOCOLLO –4C FASE DI GRANULAZIONE	PROTOCOLLO-4D FASE DI RIEPITELIZZAZIONE
Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare: <ul style="list-style-type: none">- idrogel con schiume di poliuretano cavitare. Ricoprire con film di poliuretano. (4/B1)- rinnovare la medicazione ogni 3 gg.- Alginato di calcio/sodio e copertur con film di poliuretano. (4B/2)- rinnovare la medicazione ogni 24/48 ore	Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare : <ul style="list-style-type: none">- schiume di poliuretano cavitare. Ricoprire con film di poliuretano. (4C/1)- rinnovare la medicazione ogni 3 gg.- alginato di calcio/sodio e copertura con film di poliuretano. (4C/2)- rinnovare la medicazione ogni 3 gg. Prendere in considerazione l'utilizzo del collagene liofilizzato.	Detergere con soluzione fisiologica tiepida. Applicare: <ul style="list-style-type: none">- idrocolloide extrasottile (4D/1)- schiuma di poliuretano autoadesiva (4D/2)- Rinnovare la medicazione ogni 4 /5 gg. Prendere in considerazione l'utilizzo del collagene liofilizzato

Carrello per la medicazione

Materiale

- a) soluzione salina (fisiologica ringer lattato)
- b) garze sterili (sempre dopo lo sbrigliamento chirurgico)
- c) forbice
- d) garze non sterili
- e) pinze anatomiche e chirurgiche sterili
- f) cerotti ipoallergici
- g) garze per bendaggio e reti elastiche
- h) guanti monouso
- i) fonte di luce
- j) sacchetto per rifiuti speciali
- k) arcelle
- l) traverse monouso
- m) siringhe sterili

PROCEDURA TRATTAMENTO LESIONI DA COMPRESSIONE

TRATTAMENTO LOCALE	
a) Informare l'utente;	a) Per avere collaborazione, diminuire l'ansia, la paura e la tensione;
b) Chiudere la porta della camera e/o utilizzare un paravento, limitare il passaggio di persone;	b) Per garantire la privacy;
c) Lavare le mani con lavaggio sociale	c) Per migliorare il passaggio di microrganismi da un utente all'altro;
d) Predisporre il materiale su un piano del carrello;	d) Per permettere una migliore e più rapida esecuzione della tecnica;
e) Avvicinare un contenitore per i rifiuti speciali	e) Per smaltire correttamente il materiale pericoloso;
f) Indossare guanti monouso;	f) La tecnica non necessita di sterilità perché la lesione è già colonizzata;
g) Posizionare, sotto la zona da medicare, un telino assorbente;	g) Per poter detergere la lesione senza bagnare il letto.
h) Scoprire solo la parte interessata	h) Per garantire la privacy e la temperatura corporea
i) Rimuovere con cura la vecchia medicazione, se necessario anche inumidendola con soluzione fisiologica;	i) Per non traumatizzare il tessuto perilesionale, il tessuto neoformato ed agevolare il distacco
j) Gettare i guanti e la medicazione nei rifiuti speciali ed indossare i guanti puliti;	j) Per garantire la pulizia nella prosecuzione della tecnica
k) Osservare attentamente la lesione e la cute circostante, documentandone le condizioni nella scheda preposta (scheda per il trattamento locale);	k) Per valutare le condizioni della lesione e gli eventuali cambiamenti positivi o negativi rispetto la rilevazione precedente e per impostare la giusta medicazione;
l) Passare alla detersione con soluzione fisiologica o Ringer lattato, meglio tiepida, irrigando direttamente sulla lesione con l'ausilio di una siringa senza l'ago. Se necessario ripetere più volte l'operazione;	l) Per eliminare i tessuti morti, detriti e materiale necrotico. Tiepida perché il freddo ritarda la mobilità dei leucociti. Il Ringer lattato è da preferire perché il contenuto in sali di potassio favorisce la crescita cellulare;
m) Utilizzare una minima forza meccanica;	m) Per evitare traumi nei confronti dei nuovi tessuti;

<p>n) La detersione viene svolta anche sul tessuto perilesionale;</p> <p>o) Dal centro verso la periferia tamponare se necessario, ma molto leggermente, con una garza anche i tessuti perilesionali.</p>	<p>n) Per eliminare eventuali residui della medicazione precedente;</p> <p>o) Per non danneggiare i tessuti neoformati e permettere l'adesione della medicazione successiva.</p>
<p>TRATTAMENTO LOCALE LESIONE 1° STADIO</p> <p>a) Detergere.</p> <p>b) La lesione viene osservata e se ne documenta per iscritto lo stato (scheda per il trattamento locale). Si presenta con un eritema fisso non riducibile alla digitopressione. La cute è integra.</p> <p>c) Dopo la detersione e l'asciugatura delicata dei tessuti si può applicare un prodotto ad effetto barriera all'ossido di zinco.</p> <p>d) In caso di incontinenza fecale o urinaria applicare un idrocolloide trasparente o un idrocolloide in placca, che devono debordare per 2 cm. dai margini della zona interessata.</p> <p>e) Si possono applicare idrocolloidi di tipo sollievo per ridurre il carico pressorio. Attenzione: l'utilizzo allunga i tempi della mobilizzazione, che rimane comunque necessaria.</p> <p>f) Possono essere lasciati in sito dai 5 ai 7 giorni, se la placca rimane ben aderente e pulita.</p> <p>g) Se l'utente è incontinente si potrà prendere in considerazione l'applicazione di condom o catetere vescicale temporaneamente (su indicazione medica), oppure il pannolone in base alle condizioni dell'utente.</p>	<p>a) Vedi detersione.</p> <p>b) Per mettere in evidenza miglioramenti o peggioramenti. L'osservazione permette anche di differenziare una lesione al primo stadio da altre affezioni dermatologiche.</p> <p>c) Creano un effetto barriera e mantengono l'integrità cutanea.</p> <p>d) Perché sono trasparenti o permettono comunque il controllo della ferita, minimizzano lo sfregamento, mantengono l'ambiente sottostante umido e proteggono l'integrità cutanea.</p> <p>e) Perché minimizzano lo sfregamento, ridistribuiscono il carico pressorio, mantengono l'ambiente sottostante umido e proteggono l'integrità cutanea.</p> <p>f) Per garantire l'efficacia del prodotto.</p> <p>g) Per evitare la macerazione cutanea.</p>

<p>h) Essendo la reazione reversibile è molto importante la prevenzione mediante la mobilizzazione.</p>	<p>h) Per risolvere prima che si creino ulteriori danni, il problema della compressione cutanea.</p>
<p>TRATTAMENTO LOCALE LESIONE 2° STADIO</p> <p>a) Detergere.</p> <p>b) Osservazione, valutazione e documentazione per iscritto della lesione (scheda per il trattamento locale), che si presenta con evidente lacerazione dell'epidermide e del derma.</p> <p>LESIONI DETERSE senza materiale necrotico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Con scarso essudato:</u> Applicare idrocolloide in placca e rinnovare ogni 3-7 giorni e, comunque, quando la medicazione è satura di essudato. Far debordare la placca di almeno 2-3 cm. ▪ <u>Con medio essudato:</u> Applicare idrocolloide in placca, come sopra, oppure, se c'è una minima cavità, idrocolloide in pasta, e, per occludere la medicazione idrocolloide in placca. Applicare schiume di poliuretano in placche adesive, scegliendo un formato adatto alla lesione che debordi di 2-3 cm. dalla ferita. Il cambio deve avvenire in base alla quantità di secrezioni a intervalli variabili tra 1-7 gg. Se la medicazione secondaria con cerotto ipoallergenico per essere fissata ai bordi. ▪ <u>Con abbondante essudato:</u> Applicare schiume di poliuretano in placche adesive, scegliendo un formato adatto alla lesione che debordi di 2-3 cm. dalla ferita. Il cambio deve avvenire in base alla quantità di secrezioni ad intervalli variabili tra 1-7 gg. Se la medicazione non è in placca adesiva 	<p>a) Vedi deterzione.</p> <p>b) Per individuare il tipo di medicazione ideale, per quella lesione.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perché mantiene condizioni di caldo umido ottimali, è barriera nei confronti di microrganismi, sono facili da applicare, sono autoadesive. 2. Crea un gel a contatto con la lesione e garantisce un ambiente umido permettendo l'assorbimento di essudato moderato. 3. Assorbono quantità importanti di essudato, mantengono l'ambiente umido permettendo la migrazione cellulare, non danneggiano i tessuti circostanti, isolano la ferita da liquidi e batteri. Non usare la schiuma in placca adesiva in caso di tessuto perilesionale o lesione con infezione. 4. Vedi punto 4.

richiede una medicazione secondaria con cerotto ipoallergenico per essere fissata.

Applicare alginati che sono disponibili in placca ed in nastro. Utilizzare il formato più idoneo in base alla lesione debordando da essa di 2-3 cm. possono rimanere in sito per 2-3 giorni. Richiedono una medicazione secondaria con idrocolloidi in placca o con garza e cerotto ipoallergenico.

▪ **LESIONI CON FIBRINA**

Applicare idrogel amorfo in tubo in un leggero strato fino a ricoprire la lesione. Aggiungere una medicazione secondaria di idrocolloide in placca. Vengono sostituite almeno ogni 3 gg. o, comunque, quando la medicazione è satura.

5. A contatto con la ferita essudante si trasformano in gel idrofilo (attraverso un processo di scambio ionico che copre la ferita mantenendo l'ambiente umido ma assorbendo l'essudato in eccesso.

6. Perché assorbe il materiale essudativo e le cellule morte. La medicazione secondaria non impedisce la traspirazione della cute ed è impermeabile ai batteri ed all'acqua.

**TRATTAMENTO LOCALE
LESIONE 3° e 4° STADIO**

a) Detergere.

b) Osservazione, valutazione e documentazione per iscritto della lesione (scheda per il trattamento locale).

a) Vedi detersione.

b) Per individuare il tipo di medicazione ideale, per quella lesione.

La lesione può presentarsi:

▪ **LESIONI NECROTICHE**

Sono consigliati due tipi di debridment:

Debridment autolitico: favorisce la digestione del tessuto non vitale grazie ad enzimi presenti nei liquidi della lesione. Applicare idrogel amorfo in un leggero strato fino a ricoprire la lesione, poi posizionare la medicazione secondaria di idrocolloide in placca. Vengono sostituite almeno ogni 1-2 gg o, comunque, quando la medicazione è satura. Il trattamento è controindicato nelle lesioni infette e molto essudanti (macerazione dei tessuti).

Toilette chirurgica per la rimozione

1. Perché assorbe il materiale essudativo e le cellule morte, la medicazione secondaria non impedisce la traspirazione della cute ed è impermeabile ai batteri ed all'acqua.

2. E' la forma più rapida di debridment

<p>dell'escara, dopo demarcazione con debridment autolitico: viene eseguita dal medico.</p> <p><u>Debridment meccanico:</u> applicare garze imbevute di soluzione fisiologica che vengono asportate ogni 6-8 ore. Non viene usato frequentemente perché si asportano anche le cellule neo formate ritardando la ripitelizzazione.</p> <p>Ottenuta la rimozione del tessuto necrotico si procede in base al tipo di lesione come riportato di seguito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LESIONE DETERSE (pulite) <u>Con scarso essudato:</u> Riempire il fondo con poliuretano cavitari. Occludere con idrocolloide in placca che deve debordare di almeno 1-3 cm. dai margini interessati. L'idrocolloide rimane in sede fino a quando la medicazione è satura. ▪ <u>Con medio e abbondante essudato:</u> applicare schiume di poliuretano in placche adesive e non cavitario, scegliendo un formato adatto alla lesione che debordi di 2-3 cm. dalla ferita. Il cambio deve avvenire in base alla quantità di secrezioni ad intervalli variabili tra 1-7 gg. Se la medicazione non è adesiva richiede una medicazione secondaria con cerotto ipoallergenico. <p>Applicare alginato in placca o nastro se la cavità è profonda. Occludere con idrocolloide in placca o con garza e cerotto ipoallergenico e rimuovere ogni 2-3 gg. o al bisogno e, comunque, per non più di 7 gg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LESIONI CON TRATTI SOTTOMINATI O TENNELIZZAZIONI <p>Se la cavità è secernente riempirla con alginato in nastro e ricoprire con alginato in placca o con idrocolloide o schiuma di</p>	<p>specie per le necrosi con tessuto non vitale esteso o in caso di sepsi.</p> <p>3. L'asportazione della garza essiccata permette la rimozione dei tessuti necrotici.</p> <p>1. Per assicurare l'ambiente umido che favorisce gli scambi gassosi e la granulazione. Per rendere la ferita impermeabile a liquidi e batteri, per creare un ponte tra superficie e fondo delle lesione.</p> <p>2. Assorbono quantità importanti di essudato, mantengono l'ambiente umido permettendo la migrazione cellulare, non danneggiano i tessuti circostanti, isolano la ferita da liquidi e batteri. Non usare le compresse adesive in caso di tessuto perilesionale o lesione con infezione</p> <p>3. Per assorbire completamente l'essudato.</p> <p>1. Perché l'alginato riempie questi tratti e permette la rigenerazione dei tessuti.</p>
---	--

poliuretano in placca.

Se la cavità è granuleggiante usare idrocolloide in pasta e ricoprire con idrocolloide in placca.

▪ **LESIONI INFETTE**

L'infezione viene individuata per la presenza dei sintomi locali (tessuto spesso grigio o giallo, forte odore, tessuto intorno alla ferita arrossato e caldo, area intorno alla ferita dolorante gonfiore edema).

E' preferibile non utilizzare le normali medicazioni avanzate.

- Se la lesione continua a produrre essudato dopo 4 settimane di trattamento si può utilizzare un antibiotico topico per 2 settimane (cefalosporine, clidamicina e metronidazolo) o un antimicrobico (ioni argento). Per l'antibiotico terapia sistemica è necessaria la prescrizione medica. Si usa solo nei casi di batteriemia, sepsi, cellulite e osteomielite. Eseguire, se possibile, un prelievo biotico se non è possibile ottenere un antibiogramma o usare un antibiotico a largo spretto.

- Perché ciò è indice di infezione.

RACCOMANDAZIONI

CATEGORIE DELLE EVIDENZE A.H.C.P.R.
Agency for Health Care Policy and Research

A = fondata su basi sperimentali e ricerche

B = fondata su basi sperimentali

C = fondata su opinione di esperti

D = fondata sul consenso di un gruppo di consulenti

CATEGORIA A

1. Programmi educativi per la prevenzione delle L.d.D. dovrebbero essere strutturati, organizzati e dovrebbero essere comprensivi e diretti agli operatori professionali, utenti e famigliari.
2. Il rischio di lesioni dovrebbe essere rivalutato periodicamente.
3. Minimizzare la colonizzazione della lesione e promuovere la guarigione con una efficace pulizia e sbrigliamento.
4. Le lesioni che non guariscono dopo 2-4 settimane possono essere trattate con antibiotico per uso topico per 2 settimane. L'antibiotico dovrebbe essere efficace contro gram +, gram – e anaerobi.

CATEGORIA B

1. Evitare il massaggio sulle prominenze ossee.
2. Ogni individuo allettato a rischio di L.d.D. dovrebbe essere posizionato, quando è nel letto, con dispositivi antidecubito come: materassi in schiuma, materassi statici ad aria, materassi a pressione alternata, materassi in gel o ad acqua.
3. Non pulire la lesione con detergenti cutanei o antisettici per esempio iodoformi, H₂O₂, acido acetico, ecc. per ridurre la contaminazione batterica.

CATEGORIA C

1. Ispezione sistematica della cute nelle zone a rischio, con particolare attenzione alle prominenze ossee.
2. Pulizia attenta della cute utilizzando saponi neutri per mantenere stabile il ph. Fisiologico (ph 5,5), non utilizzare agenti irritanti come acqua calda o alcool. Ridurre al minimo la forza e la frizione applicata alla cute.
3. In caso di incontinenza utilizzare prodotti barriere o film protettivi
4. Evitare l'eccessiva secchezza della cute con l'uso di creme emollienti ed idratanti. Ridurre al minimo i fattori ambientali che possono causare la disidratazione della cute, ossia scarsa umidità.
5. Tutte le valutazioni devono essere documentate.
6. Quando viene utilizzato il decubito laterale evitare il posizionamento ad angolo retto sul trocantere.
7. Gli individui allettati, dovrebbero avere un piano di trattamento che includa dispositivi in grado di alleviare completamente la pressione dei talloni sollevandoli dal letto. Si consiglia vivamente l'uso di presidi a ciambella.
8. Ogni soggetto a rischio dovrebbe evitare di sedere ininterrottamente su sedie a rotelle, ogni ora deve essere riposizionato e se autosufficiente deve essere educato affinché cambi posizione ogni 15 minuti.
9. Per i soggetti ritenuti a rischio, effettuare una valutazione sistematica dello stato nutrizionale almeno ogni tre mesi.
10. Una lesione pulita dovrebbe iniziare l'inizio del processo di guarigione entro 2-4 settimane. Se ciò non avviene rivalutare il piano di trattamento.
11. Non effettuare tamponi per fare diagnosi di infezione poiché tutte le lesioni sono colonizzate.
12. Quando l'ulcera non risponde alla terapia antibiotica, effettuare una cultura dei tessuti molli dell'ulcera per valutare la presenza di osteomielite.
13. Mantenere un'attività adeguata, una mobilità normale, sono gli obiettivi fondamentali per la maggior parte degli individui.
14. Usare dispositivi di sollevamento come trapezio o una traversa per muovere anziché trascinare gli individui nel letto.

**CATEGORIE DELLE EVIDENZE E.P.U.A.P.
European Pressure Ulcer Advisory Panel**

A = Risultati di due o più trials clinici controllati e randomizzati sulle ulcere da pressione.

B = Risultati di due o più trials clini controllati sulle ulcere da pressione.

C = Risultati di uno studio controllato. Risultati di almeno due serie di casi/studi descrittivi sulle ulcere da decubito. L'opinione di un esperto.

CATEGORIA A


1. Ridurre il rischio di infezione e promuovere la riparazione tissutale attraverso il lavaggio delle mani, la detersione dell'ulcera ed il debridement.
2. Istituire, quando è necessario, una terapia antibiotica sistemica per i pazienti con batteriemia, sepsi, cellulite ingravescente od osteomielite.
3. Utilizzare una medicazione che mantiene un ambiente umido nell'interfaccia tra ulcera e medicazione.

CATEGORIA B

1. Ogni soggetto a rischio di sviluppare ulcere da pressione deve essere cambiato di posizione se ciò è giudicato positivo da un punto di vista medico.
2. Le medicazioni dovrebbero essere mantenute in sede il più a lungo in base alle raccomandazioni cliniche ed alle indicazioni del produttore. La rimozione frequente può danneggiare il fondo della ferita. Le medicazioni che induriscono non dovrebbero essere utilizzate poiché possono causare traumi da pressione.

CATEGORIA C

1. Tutte le strategie relative alle lesioni da decubito devono essere sempre basate sulla migliore evidenza clinica disponibile.
2. La condizione della cute deve essere sempre documentata quotidianamente ed ogni cambiamento registrato nel momento stesso in cui viene osservato.
3. Valutare l'ulcera da pressione inizialmente in base alla sede, stadiazione, fondo della ferita, essudato, dolore e stato della cute perilesionale. Cura particolare deve essere posta nella individuazione di sottominature o formazioni sinuose.
4. Compilare un'anamnesi completa ed un esame obiettivo, poiché l'ulcera da pressione deve essere valutata nel contesto generale delle condizioni di salute fisiche e psico-sociali del paziente.
5. Valutare ogni paziente per il dolore correlato all'ulcera da pressione od al suo trattamento e documentarne la presenza.
6. Fornire farmaci o altri metodi per ridurre il dolore se necessario ed appropriato. Seguire i consigli dello specialista se necessario.
7. Prevenire o gestire il dolore associato al debridement chirurgico.
8. Gli antisettici non dovrebbero essere utilizzati di routine per detergere le ulcere, ma possono essere presi in considerazione quando la carica batterica deve essere controllata (dopo valutazione clinica). Idealmente, gli antisettici dovrebbero essere utilizzati per un periodo di tempo limitato fino ad ottenere la detersione dell'ulcera e la riduzione dell'infiammazione perilesionale.
9. L'impiego di un protocollo basato su una buona evidenza permette di evitare i cambi di medicazione non necessari.
10. Gli antibiotici sistemici non sono richiesti per le ulcere da pressione che presentano solo i segni clinici di infezione.
11. Quando devono essere trattate più ulcere nello stesso paziente lasciare la lesione più contaminata per ultima. Rimuovere i guanti e lavarsi le mani dopo ogni paziente.
12. Utilizzare strumenti sterili per il debridement delle ulcere da pressione.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 53 di 63
---	---	---

Scheda di monitoraggio delle lesioni



Cognome Nome:

Data di nascita:/...../.....

Data del ricovero:/...../.....

Data 1° osservazione	Sede lesione	Grado lesione principale	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
Lesione presente all'ingresso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Principale*: _____ Secondarie: _____	I° II° III° IV° <input type="checkbox"/> Escara	Cm. ____ <input type="checkbox"/> Detersa <input type="checkbox"/> Fibrina <input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Lineari <input type="checkbox"/> Macerati <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata

* Criteri di valutazione della lesione principale: valutare inizialmente l'escara (se presente), poi il grado della lesione ed infine l'estensione.

Eventuali note sulle lesioni secondarie:


Sintesi del trattamento

STADIO	DETERSIONE	MEDICAZIONE	CADENZA	AREA CIRCOSTANTE
I° E II°	Soluzione fisiologica o ringer lattato	<input type="checkbox"/> Pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano (I°) <input type="checkbox"/> Idrocolloidi extra sottili (I°-II°) <input type="checkbox"/> Schiuma di poliuretano (II°)	1 volta alla settimana o SO.	Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco
Filittente	Idem	<input type="checkbox"/> Forare senza rimuovere il tutto <i>Attenzione! Intervento asettico.</i> <input type="checkbox"/> Schiuma di poliuretano	1 volta alla settimana o SO.	Idem
III° e IV°	Idem	Vedi specifiche		Idem

Specifiche III° e IV° stadio

Variante lesione	Medicazione	Cadenza
Se escara	<input type="checkbox"/> Pomate enzimatiche + garze <input type="checkbox"/> Idrogeli + schiuma di poliuretano Rimozione chirurgica: <input type="checkbox"/> graduale o <input type="checkbox"/> totale	Ogni 24/72 ore. Rinnovo pomate enzimatiche <u>ogni 8 ore.</u>
Se emorragica	<input type="checkbox"/> Alginati + garze sterili	Ogni 8/24 ore
Se essudativa o necrotica o fibrinosa	<input type="checkbox"/> Idrogeli + schiuma di poliuretano o <input type="checkbox"/> placca dirocolloidale <input type="checkbox"/> fibra idrocolloidale + placca idrocoll.	Ogni 24/72 ore
Se cavitaria con abbondante essudato	<input type="checkbox"/> Tampone in schiuma di poliuretano + schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> Fibra di idrocolloidale + placca idrocoll.	Da giorni alterni a 3-4 giorni
Se lesione granuleggiante	<input type="checkbox"/> Schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> Placca idrocolloidale	1 volta alla settimana o SO.
Se lesione infetta	Fibra idrocolloidale + garza <i>Attenzione! Evitare l'occlusione. Si consiglia antibiotico sistemico. Consultare specialista in Wound Care</i>	Ogni 24 ore

firma infermiere _

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 54 di 63
---	---	---

Scheda di monitoraggio delle lesioni per il collegamento con le strutture territoriali



Cognome Nome: Data di nascita:/.../...

Data dimissione:/...../..... Data insorgenza lesione .../.../... Non nota

Data 1° osservazione	Sede lesione	Grado lesione principale	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
Lesione presente all'ingresso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Principale*:	I° II° III° IV°	Cm. ____ <input type="checkbox"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Integra
	Secondarie:	<input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> Fibrina <input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Macerati <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata

* Criteri di valutazione della lesione principale: valutare inizialmente l'escara (se presente), poi il grado della lesione ed infine l'estensione.

Eventuali note sulle lesioni secondarie:

Sintesi del trattamento

STADIO	DETERSIONE	MEDICAZIONE	CADENZA	AREA CIRCOSTANTE
I° E II°	Soluzione fisiologica o ringer lattato	<input type="checkbox"/> Pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano (I°) <input type="checkbox"/> Idrocolloidi extra sottili (I°-II°) <input type="checkbox"/> Schiuma di poliuretano (II°)	1 volta alla settimana o SO.	Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco
Filittente	Idem	<input type="checkbox"/> Forare senza rimuovere il tutto <i>Attenzione! Intervento asettico.</i> <input type="checkbox"/> Schiuma di poliuretano	1 volta alla settimana o SO.	Idem
III° e IV°	Idem	Vedi specifiche		Idem

Specifiche III° e IV° stadio

Variante lesione	Medicazione	Cadenza
Se escara	<input type="checkbox"/> Pomate enzimatiche + garze <input type="checkbox"/> Idrogeli + schiuma di poliuretano Rimozione chirurgica: <input type="checkbox"/> graduale o <input type="checkbox"/> totale	Ogni 24/72 ore. Rinnovo pomate enzimatiche <u>ogni 8 ore.</u>
Se emorragica	<input type="checkbox"/> Alginati + garze sterili	Ogni 8/24 ore
Se essudativa o necrotica o fibrinosa	<input type="checkbox"/> Idrogeli + schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> placca idrocolloidale <input type="checkbox"/> fibra idrocolloidale + placca idrocoll.	Ogni 24/72 ore
Se cavitaria con abbondante essudato	<input type="checkbox"/> Tampone in schiuma di poliuretano + schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> Fibra di idrocolloidale + placca idrocoll.	Da giorni alterni a 3-4 giorni
Se lesione granuleggiante	<input type="checkbox"/> Schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> Placca idrocolloidale	1 volta alla settimana o SO.
Se lesione infetta	Fibra idrocolloidale + garza <i>Attenzione! Evitare l'occlusione. Si consiglia antibiotico sistemico. Consultare specialista in Wound Care</i>	Ogni 24 ore

firma infermiere _____

Scheda cambio postura



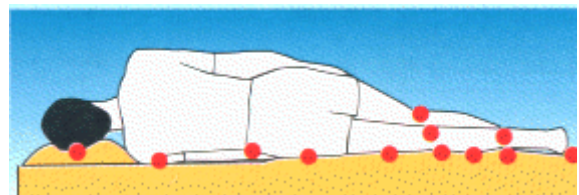
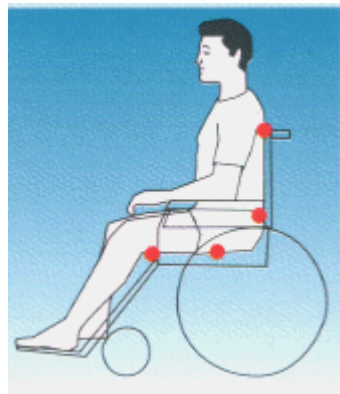
Cognome Nome:


Data di nascita:/.../...

Data posture ore	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
1 Supino																								
2 Laterale Dx																								
3 Prono*																								
4 Laterale Sx																								
Alimentato con almeno metà pasto		si no		si no		si no				si no			si no											
Ispezione cutanea	<input type="checkbox"/> Secchezza <input type="checkbox"/> Edemi <input type="checkbox"/> Arrossamento							<input type="checkbox"/> Secchezza <input type="checkbox"/> Edemi <input type="checkbox"/> Arrossamento							<input type="checkbox"/> Secchezza <input type="checkbox"/> Edemi <input type="checkbox"/> Arrossamento									
Sedi:																								

Segnare il cambio di postura. L'ordine di rotazione deve essere sempre mantenuto. La posizione * solo quando possibile

PRESIDI	<input type="checkbox"/> sovramaterasso ad acqua al sacro <input type="checkbox"/> materasso antidecubito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> materasso a cessione d'aria <input type="checkbox"/> materasso A pressione alternata <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> archetto alza coperta <input type="checkbox"/>
---------	--	--	--



	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 56 di 63
---	---	---

Glossario

ABRASIONE: trauma superficiale della cute a spessore parziale, spesso causato da frizione.

ALGINATI: fibre in tessuto non tessuto derivate da alghe marine. Prima dell'uso appaiono soffici e lanose, ma a contatto con l'essudato, si trasformano in gel. Producono un ambiente umido e sono utili su lesioni piane e cavitare. Hanno proprietà emostatiche.

AMBIENTE UMIDO: microcosmo che si realizza tra una medicazione avanzata ed il fondo di una lesione. Promuove la riparazione tissutale, facilita la rimozione del materiale devitalizzato tramite autolisi, protegge la lesione dalle contaminazioni esterne.

ANAEROBI: organismi che non necessitano di ossigeno per sopravvivere. Gli anaerobi facoltativi possono essere attivi anche in presenza di ossigeno. Nell'uomo gli anaerobi rappresentano la flora saprofita più comune. Le ferite infette con anaerobi producono un odore acre e putrescente caratteristico

ANGIOGENESI: la formazione di nuovi vasi sanguigni. Nel tessuto dannato è presente inizialmente sul fondo della lesione.

ANOSSIA: uno stato in cui il tessuto non riceve un adeguato apporto di ossigeno.

ANTISETTICI: sostanze in grado di ridurre la carica microbica sulla superficie del tessuto cutaneo o mucoso.

ARROSSAMENTO: vedi Eritema

ASCESSO: raccolta localizzata di pus all'interno di una cavità delimitata da tessuto o da un organo. Se l'ascesso si rompe e comunica con l'esterno del corpo, o con un'altra cavità, si può determinare una fistola.

ASEPSI. Assenza di microrganismi. E' finalizzata a prevenire la colonizzazione di una ferita mediante sterilità dei materiali che vengono in contatto con essa come strumenti, fluidi, medicazioni.


ATROFIA: diminuzione dello spessore e della resistenza della cute.

AUTOLISI: rimozione naturale dei tessuti attraverso l'azione di enzimi prodotti dalla lesione stessa.

BATTERIOSTATICO: agente chimico che inibisce la moltiplicazione dei batteri.

CELLULITE: infezione non suppurativa dei tessuti molli, normalmente causata dallo streptococco emolitico. Sono presenti sintomi e segni dell'infiammazione. La cellulite si manifesta sulla cute perilesionale della ferita, con netta demarcazione rispetto alla cute sana. L'infezione può diffondersi attraverso le reti linfatiche.

CICATRICE. Esito della perdita di sostanza che ha interessato il derma, si caratterizza per l'assenza di fibre elastiche.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 57 di 63
---	---	---

CITOTOSSICO: potenzialmente mortale per le cellule.

COLLAGENE: proteina prodotta da fibroblasti , che fornisce il supporto al tessuto connettivale e rappresenta la maggior proteina strutturale per la cute. Il collagene viene prodotto durante la fase proliferativa e di granulazione della riparazione tissutale, ma viene ristrutturato durante la fase di rimodellamento.

COLONIZZAZIONE: moltiplicazione di microrganismi senza evidenti segni clinici. E' presente normalmente su lesioni in fase di granulazione.

CONNETTIVO: tipo di tessuto. Prende il nome dalle sue funzioni: connettere fra loro i vari organi. Il tessuto connettivo è tipicamente formato da cellule immerse in una sostanza amorfa e piena di fibre.

CONTAMINAZIONE. Presenza di microrganismi senza moltiplicazione.

CORPI ESTRANEI: materiali presenti in tessuti del corpo dove non dovrebbero essere presenti. Possono rappresentare uno stimolo all'infezione.

CUTE: organo principale di protezione del nostro corpo costituita da diversi strati, che sono: epidermide, membrana basale, derma, tessuto sottocutaneo.

DEBRIDEMENT: rimozione di tessuto devitalizzato e di materiale estraneo d una lesione. Può essere ottenuto in alcuni giorni. Esistono varie modalità: chirurgica, enzimatica, meccanica, biochirurgica. Può essere selettivo e non selettivo.

DETERSIONE: eliminazione dei detriti e materiale necrotico che si svolge ad ogni cambio di medicazione

DERMA: tessuto situato al di sotto dell'epidermide, suddiviso in zona superficiale (derma papillare), ed in zona profonda (derma reticolare), provvisto di grossolane bande collagene. I vasi sanguigni della cute sono esclusivamente localizzati a livello del derma.

EDEMA: gonfiore causato da un aumento di liquido intracellulare.


ELASTINA: proteina fibrosa e flessibile presente nel tessuto connettivo e sulla cute. E' molto simile al collagene.

EMOSTASI: arresto di un'emorragia.

EPIDERMIDE: è la porzione della cute a diretto contatto con l'ambiente esterno E' costituito da diversi tipi di cellule che si distinguono per localizzazione e grado di differenziazione.

EPITELIO: tessuto costituito da cellule sovrapposte, disposto in modo continuo in uno o più strati che caratterizza le superfici cutanee e mucose.

EPITELIZZAZIONE: è lo stadio finale della fase proliferativa della riparazione tessutale. Le cellule epiteliali migrano sulla superficie di lesione, completando la guarigione.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 58 di 63
---	---	---

ERITEMA: arrossamento aspecifico che può essere sia localizzato che generalizzato e che può essere associato a cellulite, prolunga pressione o iperemia reattiva.

IPEREMIA REATTIVA: caratteristico arrossamento di color rosso vivo associato ad un aumento di volume del flusso di sangue arterioso che si verifica dopo la rimozione di una ostruzione nella circolazione.

IPEREMIA REVERSIBILE: è l'eritema che scompare alla digitopressione, deriva dalla iperemia reattiva (compare dopo la rimozione di una ostruzione nel flusso di sangue arterioso) e testimonia l'integrità del microcircolo.

IPEREMIA IRREVERSIBILE: è l'eritema che non scompare alla digitopressione. Indica la presenza di distruzione del microcircolo; è spesso associato ad altri segni clinici quali indurimento tessutale, bolle, edema.

EROSIONE: escoriazione, abrasione: perdita di sostanza che interessa solo l'epidermide o gli strati superficiali del derma.

ESCARA: gangrena superficiale chiusa e secca, espressione di necrosi dell'epidermide e degli strati superficiali del derma, adesa agli strati profondi.

ESSUDATO. Fluido prodotto dalla lesione, costituito da siero, leucociti e materiale devitalizzato. Il volume diminuisce con la progressione della riparazione tessutale. L'essudato può avere proprietà battericida e contenere fattori nutritivi. Può anche risultare infetto.

EXTRACELLULARE, MATRICE: il tessuto nel quale si trovano le cellule. Costituito da matrice e da fibre. La matrice è formata da materiale amorfo simile a gel nel quale sono contenuti i fluidi interstiziali. Le fibre sono formate da collagene, elastina, fibre reticolari e le proporzioni di queste sostanze variano in base ai tessuti.

FAGOCITI: cellule della serie bianca in grado di distruggere batteri, tessuto devitalizzato e corpi estranei.

FAGOCITOSI: processo attraverso il quale i fagociti distruggono i tessuti e i microrganismi estranei.


FASCIA: lamina di tessuto connettivale che avvolge le strutture muscolari e gli altri organi.

FATTORI DI CRESCITA: elementi essenziali per la proliferazione cellulare, sono costituiti da citochine e peptidi. Vengono definite con il nome della cellula da cui prendono origine. Hanno funzione di replicazione e migrazione cellulare, sintesi del collagene e della matrice extracellulare.

FIBROBLASTI: cellule della matrice connettivale. Contribuiscono alla formazione di collagene.

FIBRONOLITICI: contengono enzimi proteolitici quali : collagenasi, fibrolisina e catalasi.

FILM: medicazione avanzata costituita da una pellicola trasparente di poliuretano con adesività selettiva.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 59 di 63
---	---	---

FISSURAZIONE: presenza, obiettivamente rilevabile, di soluzione di continuo del piano della cute, avente forma lineare, imputabile ad eccessiva secchezza.

FISTOLA: un tratto anomalo di comunicazione tra un organo interno e la cute.

FLITTENE: è un rilievo della cute a contenuto liquido, di grandezza superiore alla vescicola (asse maggiore superiore a 0.5 cm). Il contenuto può essere serioso limpido, siero-ematico, siero-purulento. La sede può essere intraepidermica o dermoepidermica.

GANGRENA: necrosi tessutale conseguente ad anossia.

GRANULAZIONE: il tessuto neoformato che appare durante la fase proliferativa della riparazione tessutale. E' costituito principalmente da un numero di capillari neoformati.

IDROCOLLOIDI: medicazioni avanzate che realizzano un ambiente umido e assorbono medie quantità di essudato. Disponibili in placche e paste, promuovono la crescita del tessuto di granulazione.

IDROFIBRE: medicazioni avanzate a base di carbosmetilcellulosa che promuovono un ambiente umido e non determinano traumatismo sulla sede di lesione durante la loro rimozione. Assorbono consistenti quantità di essudato gelificandosi in modo selettivo.

IDROFILICA: sostanza in grado di attrarre acqua.

IDROFOBICA: sostanza in grado di respingere acqua.

IDROGELI: medicazioni avanzate idrofiliche che promuovono l'ambiente umido. Contengono alte percentuali di acqua (fino all'80%) e possono idratare lesioni necrotiche stimolando il debridement autolitico.

INFEZIONE: presenza e replicazioni di germi all'interno di un tessuto con evocazione di una risposta specifica da parte dell'ospite.


INFIAMMAZIONE: risposta fisiologica dell'organismo a un trauma o infezione. E' caratterizzata da segni clinici come: eritema, edema, ipertermia, dolore.

INNESTO: Applicazione di una lamina libera di cute da una sede all'altra. Può essere realizzato in laboratorio con varie dimensioni a partire da una piccola biopsia.

IPERGRANULAZIONE: Eccessiva formazione di tessuto di granulazione conseguente ad edema dei capillari neoformati.

ISCHEMIA: Riduzione di apporto sanguigno in un distretto corporeo, caratterizzato da dolore e da progressivo danno tissutale.

LESIONE: Termine aspecifico per descrivere un danno tissutale.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 60 di 63
---	---	---

LESIONE DA COMPRESSIONE: danno localizzato della cute e del tessuto sottostante che si realizza per effetto della pressione in combinazione con altri fattori.

LEUCOCITA: cellula della serie bianca che ha un ruolo importante nelle difese dell'organismo.

LINEE GUIDA: raccomandazioni di comportamento prodotte da società scientifiche, sulla base di ricerche, per le quali si è dimostrata l'efficacia (capacità di raggiungere l'obiettivo desiderato).

MACERAZIONE: Alterazione del tessuto per esposizione ad eccessiva umidità. Può riguardare i margini di una lesione qualora essa sia eccessivamente secernente.

MEDICAZIONI AVANZATE: medicazioni caratterizzate da materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità. Definite anche medicazioni occlusive.

MEDICAZIONE IDEALE: medicazione che ha caratteristiche tali da permettere la guarigione della lesione.

MEDICAZIONE SECONDARIA: si dispone sopra altri trattamenti (gel, alginato, idrocolloide pasta) per chiudere la medicazione. Possono essere costituite da garza e cerotto ipoallergenico o placca di idrocolloide, anche di tipo sottile/trasparente.

MEDICAZIONE TRADIZIONALE: i presupposti di una medicazione tradizionale sono l'assorbimento dei fluidi fino all'essiccamento, l'emostasi, l'antisepsi e la protezione delle infezioni. Fanno parte delle medicazioni tradizionali le comuni garze e quelle impregnate di vasellina.

MALNUTRIZIONE: mancanza delle sostanze nutritive necessarie o appropriate; oppure il loro improprio assorbimento e distribuzione. Una malnutrizione significativa dal punto di vista clinico viene diagnosticata se:


- L'albuminemia è inferiore a 3,5 mg. %
- La conta linfocitaria è inferiore a 1500 mm./cubo
- Il peso corporeo è diminuito di più del 15%
- La transferrinemia è inferiore a 200 mg. %
- La proteina legante il retinolo inferiore a 3 mg. %

MOBILIZZAZIONE: azione articolata che può essere compiuta attivamente o passivamente dal soggetto, avente lo scopo di mantenere o ridurre funzionalmente un segmento corporeo

NECROSI: morte cellulare all'interno di un tessuto. Si manifesta con aree di colore nero/marrone in base al livello di disidratazione.

NOSOCOMIALI, INFEZIONI: infezione contratta in ambiente ospedaliero.

PATOGENI: microrganismi capaci di causare malattia.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 61 di 63
---	---	---

PAZIENTE A RISCHIO LdC: soggetto, che a causa di fattori locali o generali, legati ad una patologia o ad una complicanza di questa, ha maggiore possibilità di contrarre lesioni da compressione: questo paziente necessita di un piano assistenziale mirato e personalizzato.

PLACCHE: medicazioni piatte adesive e non, costituite da alginati, idrocolloidi, schiume di poliuretano ed idrogel.

POLIURETANO: schiume ad assorbimento idrocellulare con varie strutture (alveolare, tridimensionale), gas permeabile. Sostanza presente in numerose medicazioni avanzate.

POSTURA: atteggiamento abituale del corpo.

- **Supina:** posizione di mantenimento del riposo. L'utente è disteso sulla schiena con le gambe allungate. Trova indicazione in diverse condizioni cliniche. E' una postura obbligata per utenti con traumi alla colonna vertebrale e al bacino.
- **Laterale destro o sinistro:** posizione che viene di solito utilizzata per garantire un periodo di riposo alle zone cutanee sottoposte a pressione mantenendo il decubito supino. L'utente è appoggiato sul fianco con entrambe le braccia rivolte in avanti, le ginocchia sono leggermente flesse.
- **Prona:** postura che viene indicata nella prevenzione delle contratture delle anche e dell'equinismo del piede. L'utente è disteso sull'addome.
- **Semiortopnoica o di FLOWER:** posizione che si presenta quanto la testata del letto è sollevata di 40-50 cm. e le ginocchia sono sollevate.

PRESIDI A PRESSIONE ALTERNATA: prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi, che gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente, impediscono alla pressione di esercitare la propria forza costantemente sulla cute.

PRESIDI A BASSA CESSIONE DI ARIA: prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi fabbricati in tessuto poroso che consente il passaggio di aria all'interno verso il paziente. Questo movimento di aria aiuta a controllare l'umidità, prevenendo i danni da macerazione cutanea.

PRIMA INTENZIONE: guarigione delle lesioni mediante avvicinamento dei bordi con tecnica chirurgica (punti di sutura) con materiale adesivo o metallico.


PROCEDURA: successione logica di atti, espressa in forma scritta, che compongono una azione avente lo scopo di eseguire un evento secondo criteri di correttezza. Sono strumenti operativi standard ufficiali.

PROTOCOLLO: è un documento scritto che tiene conto delle linee guida e delle procedure. E' concordato da un gruppo mono/interdisciplinare che traduce conoscenze professionali. Formalizza le azioni fisiche, mentali, verbali; permette di orientarle, facilitarle, controllarle e valutarle al fine di soddisfare o compensare un bisogno assistenziale o un problema organizzativo comune a più utenti. Sono strumenti piuttosto rigidi che rispecchiano l'ambito di lavoro di quel gruppo, ma il gruppo ha il compito di valutarne l'efficacia e di modificarlo all'occorrenza.

PURULENTO: produzione di pus.

PUS: fluido prodotto in corso di infezione, costituito da essudato, germi e cellule della serie bianca in fase di degradazione.

RIPARAZIONE TESSUTALE: guarigione del tessuto che può avvenire per prima o seconda intenzione.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 62 di 63
---	---	---

OSSERVAZIONE

Occorre osservare quotidianamente il paziente dal punto di vista degli aspetti definiti dalla scala di NORTON MODIFICATA SECONDO STOTTS, ponendo attenzione a:

-Alimentazione: controllare che il paziente assuma almeno metà dei pasti ed eventuali spuntini e merende.

-Umidità: valutazione dello stato di continenza; ispezione quotidiana della cute.

-Mobilizzazione e attività: assicurare che il paziente modifichi la propria postura almeno una volta ogni 2 ore.

Le eventuali modificazioni delle condizioni cliniche devono portare alla immediata rivalutazione della condizione di rischio

SAPROFITA: aggettivo utilizzato per descrivere gli organismi che non sono patogeni per l'ospite, ma rappresentano la normale flora, come ad esempio l'Esscherichia Coli per l'intestino.

SECONDA INTENZIONE: guarigione delle lesioni che prevede la formazione del tessuto di granulazione con contrazione della ferita, senza avvicinamento dei margini di lesione.

SETTICEMIA: rapida moltiplicazione dei batteri nel sangue associata alla presenza delle loro tossine. Di solito è dovuta ai batteri provenienti da un focolaio infettivo presente in altra zona corporea.

SLOUGH: tessuto devitalizzato di colore giallastro-grigio che appare sul fondo della lesione. Può facilitare l'infezione e deve essere rimosso per attuare la guarigione della lesione.

SOLUZIONE SALINA: soluzione fisiologica composta dallo 0,9% di cloruro di sodio. Rappresenta il miglior detergente per le ulcere croniche, assieme al ringer lattato e all'acqua.


STADIAZIONE: classificazione delle lesioni ulcerative per un corretto monitoraggio durante la loro evoluzione.

SUPPURAZIONE: processo di formazione del pus.

TOPICO: attributo che viene associato a prodotti che vengono utilizzati per uso locale sulle lesioni cutanee.

ULCERA: soluzione di continuo della cute che può avere varie origini, cronicizzare e, nel tempo, avere differente stadiazione.

VESCICOLA: piccolo rilievo cutaneo formato da una cavità a contenuto sieroso limpido. Può essere il risultato di un trauma chimico o termico o essere il risultato di una reazione allergica.

	Procedura Operativa Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione (decubito)	Rev. 0 del 31/01/2004 Pag. 63 di 63
---	---	---

Bibliografia

- AISLEC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee)
“Le lesione cutanee terzo millennio” – Maggio 2000
- AISLEC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee)
“Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito” Linee guida integrali
Edito AISLEC 2001
- AHCPR PANEL for Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults
Pressure Ulcers in adults: Prediction and Prevention
Clinical Practice Guideline, Number 3. AHCPR PUBLICATION N° 92-0047
- ROCKVILLE. MD AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH,
Public Health Service, U. s. Department of Health and Human Services
May 1992
- NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)
- Compendio le ferite ed il trattamento delle ferite
(Hartman Medical Edition Public dalla Paul Hertmann AG. D – 89522 Heidenheim

Consulenza Scientifica Prof. Dott. Med. Pavel Brychta
Prof. Dott. Med. Gunther Germann
Dott. Med. Andreas Gericke
Dott. Med. Hannes Rietzsch
Dott. Med. Jorg Tautenhahn