

1 INTRODUZIONE

1.1 DEFINIZIONE

1.2 EPIDEMIOLOGIA

1.3 EZIOPATOGENESI

1.3.1 FATTORI GENERALI

1.3.2 FATTORI LOCALI

2 PREVENZIONE

2.1 INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI A RISCHIO

2.1.1 LE SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

2.2 MISURE PREVENTIVE GENERALI

2.2.1 COMPENSO DELLA PATOLOGIA DI BASE

2.2.1.1 DIABETE MELLITO

2.2.1.2 RUOLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NEL MANTENIMENTO DEL TROFISMO TISSUTALE

2.2.1.3 DIARREA

2.2.1.4 STATI INFETTIVI – IPERTERMIA

2.2.2 CORRETTO APPORTO NUTRIZIONALE

2.2.2.1 VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE

2.2.2.2 INTERVENTI CORRETTIVI

2.2.2.3 FARMACI DI SUPPORTO NUTRIZIONALE (ALLEGATO 4)

2.2.3 PRESIDI ED AUSILI ANTIDECUBITO (ALLEGATI 5 E 6)

2.2.4 EDUCARE IL PAZIENTE E IL CARE-GIVER ALLA PREVENZIONE

2.3 MISURE PREVENTIVE LOCALI

2.3.1 MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE

2.3.1.1 I CAMBI DI POSIZIONE

2.3.1.1.1 POSIZIONE SUPINA

2.3.1.1.2 POSTURA SUL FIANCO SINISTRO E DESTRO

2.3.1.1.3 POSTURA PRONA

2.3.1.1.4 POSTURA FOWLER O DECUBITO ORTOPNOICO

2.3.1.1.5 POSIZIONE SEDUTA

2.3.2 IGIENE PERSONALE E DEL LETTO

2.3.3 PROTEZIONE DELLA CUTE

2.3.4 CONTROLLO DELL'INCONTINENZA

3 TRATTAMENTO

3.1 TRATTAMENTO GENERALE

3.1.1 COMPENSO DELLE PATOLOGIE DI BASE, TERAPIA SISTEMICA

3.1.2 CORRETTO APPORTO NUTRIZIONALE

3.2 TRATTAMENTO CAUSALE

3.3 TRATTAMENTO LOCALE

3.3.1 LETTURA DELLA FERITA

3.3.1.1 MISURAZIONE DELLA LESIONE

3.3.1.2 CLASSIFICAZIONE E STADIAZIONE

3.3.1.3 PARAMETRI PER LA LETTURA

3.3.1.3.1 CUTE E CUTE PERILESIONALE

3.3.1.3.2 BORDO-MARGINE

3.3.1.3.3 FONDO (5)

3.3.1.3.4 ESSUDATO

3.3.1.4 WOUND BED PREPARATION SCORE (40)

3.3.2 WOUND BED PREPARATION (PREPARAZIONE DEL LETTO DI FERITA) (42)

3.3.2.1 GESTIONE DELLA CARICA NECROTICA (DETERSIONE – DEBRIDEMENT)

3.3.2.1.1 IRRIGAZIONE (detersione)

3.3.2.1.2 DEBRIDEMENT CHIRURGICO

3.3.2.1.3 DEBRIDEMENT OSMOTICO

3.3.2.1.4 DEBRIDEMENT AUTOLITICO

3.3.2.1.5 DEBRIDEMENT ENZIMATICO

3.3.2.2 GESTIONE DELLA CARICA BATTERICA

3.3.2.2.1 ANTISEPSI: ANTISETTICO – ANTIBIOTICO LOCALE

3.3.2.2.1.1 Il Tampone Cutaneo

3.3.2.2.1.2 Antisettici

3.3.2.2.1.3 Antibiotici locali

3.3.2.3 GESTIONE DELL'ESSUDATO

3.3.2.4 CORREZIONE MICROAMBIENTE BIOLOGICO

3.3.3 MEDICARE

3.3.3.1 MEDICAZIONE TRADIZIONALE E AVANZATA: UN CONCETTO

3.3.3.2 SCELTA DELLA MEDICAZIONE (ALLEGATI 8,9,10)

3.3.3.3 RACCOMANDAZIONI

3.3.3.4 SUGGERIMENTI PER UNA BUONA GESTIONE DELLE RISORSE

3.3.4 GESTIONE DEL DOLORE DI FERITA

3.3.4.1 SUGGERIMENTI PER IL TRATTAMENTO LOCALE

3.3.4.2 SUGGERIMENTI PER IL TRATTAMENTO GENERALE

3.3.5 TERAPIE COMPLEMENTARI

3.3.6 APPROCCIO AL PAZIENTE TERMINALE

3.3.7 SCHEDE VULNOLOGICA DI RACCOLTA DATI

1 INTRODUZIONE

Un gruppo di lavoro composto da Medici di Medicina Generale, Infermieri Professionali dei servizi territoriali e medici responsabili dei Servizi ADI dei tre Distretti della ASL 7 si è costituito per elaborare un sistema unico di valutazione, prevenzione e terapia delle Lesioni da Decubito (LdD).

Nascono così le Linee di Indirizzo per la gestione di una problematica quanto mai attuale e ricca spesso di contraddizioni. E' con lo scopo di appianare tali discrepanze e creare una metodologia di approccio comune che il gruppo ha lavorato per circa un anno, operando una scrupolosa ricerca di dati forniti dalla letteratura, scremando e facendo delle scelte, basandosi sul principio dell'omogeneità interna (accordo fra i componenti) e congruità rispetto alle risorse territoriali cui il documento è diretto.

Il gruppo si è avvalso della consulenza di molti specialisti delle Unità Operative del Presidio Ospedaliero di Chivasso, nonché di esperti del Wound Care nazionale e numerose figure sanitarie che operano sul nostro territorio quali Fisioterapisti, OSS, assistenti alla persona.

In quest'ottica le Linee di Indirizzo divengono per tutti uno strumento di lavoro che traduce nozioni scientifiche in attività cliniche.

Proprio per la sua valenza multidisciplinare, questo lavoro potrebbe costituire un utile supporto nella gestione più generale del "Paziente allettato" o comunque ipomobile.

Poiché le Lesioni da Decubito sono considerate indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza, è stato nostro scrupolo quello di uniformare la metodologia di intervento al fine di poter verificare, mediante dati oggettivi, la qualità dell'assistenza erogata nei nostri distretti.

Ha durata annuale.

Dopo tale periodo è prevista una prima revisione sulla base dell'indicatore di qualità scelto, ossia l'Incidenza di lesioni, e sulle nuove conoscenze acquisite in materia.

Il principio su cui si basa questo lavoro è:

"La comprensione della modalità d'insorgenza, la precoce prevenzione, la consapevolezza del tipo di trattamento da porre in atto riducono i rischi e limitano l'incidenza delle lesioni contribuendo in modo determinante alla cura, alla riabilitazione e al recupero totale della persona."

La nostra analisi parte dal concetto ribadito da più Autori: LA PIAGA DA DECUBITO E' L'ESPRESSIONE CUTANEA DELLE CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE. Tale affermazione allarga il punto di vista degli operatori a 360 gradi e conduce all'immagine di prevenzione come "prendersi cura della persona nella sua globalità". Allo stesso modo il trattamento sarà programmato con interventi di carattere generale e locale.

Come punto di partenza, consideriamo valida la nozione di Linea Guida: affermazioni sviluppate in modo sistematico per assistere le decisioni sanitarie circa una assistenza appropriata a condizioni cliniche specifiche. Sono infatti elaborate in modo da essere di ausilio alla pratica clinica e offrono raccomandazioni per la gestione di problemi. Costituiscono una sintesi delle informazioni scientifiche disponibili, valutate criticamente da professionisti. L'adozione di Linee Guida non limita l'attività di scelta ma consente di avere indicazioni sui comportamenti ottimali e di documentata efficacia, da adottare sulla maggior parte dei pazienti. Sta poi al singolo clinico decidere se seguire la linea guida, ma questi è tenuto anche a giustificare per quale motivo o in base a quali dati-osservazioni non ne ha tenuto conto.

In Wound Care esistono due Linee Guida Internazionali:

AHCPR (Agency of Health Care Policy and Research), 1992, 1994

EPUP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), 1997

Gli obiettivi delle “Linee di Indirizzo per la gestione del paziente affetto da Lesioni da Decubito: prevenzione e trattamento” sono dunque:

- Migliorare gli standard assistenziali e, con questi, la qualità di vita del paziente ipomobile e/o allettato (per patologia intercorrente o definitivamente per terminalità, oncologica o meno);
- Uniformare il linguaggio e le modalità d'intervento di Infermieri e Medici di Medicina Generale del territorio così come delle figure Specialistiche via via interessate nella gestione del problema;
- Adeguamento alle Linee Guida Internazionali e loro contestualizzazione ed implementazione a livello aziendale mediante la collaborazione ed allineamento con Società Scientifiche riconosciute e dedicate all'argomento;
- Effettuare un piano di interventi programmati e personalizzati;
- Migliorare la conoscenza e l'applicazione del nomenclatore tariffario sulla prescrivibilità dei prodotti di medicazione.
- Ottimizzare le risorse attraverso l'utilizzo mirato di materiali di medicazione, degli ausili e presidi.

La Lesione da Decubito (LdD), così come tutte le Lesioni Cutanee Croniche (LCC), può essere bene inserita fra quelle forme morbose che possono essere affrontate mediante un approccio multidisciplinare ed integrato secondo il moderno concetto del Disease Management ossia la gestione dei processi diagnostici e terapeutici sanitari. Innanzitutto è la prevalenza elevata che giustifica l'impiego di risorse in tal senso. Altro elemento consiste nella mancanza di percorsi prestabiliti per affrontare il problema, insieme ad una spirale, a volte perversa, di vai e vieni tra il livello base e quello avanzato delle cure. Ultimo ma non per importanza, è il significato che assume una patologia cronica nel suo snodarsi attraverso una dimensione atemporale e pertanto angosciante: quante volte si sentono affermazioni di resa di fronte alla patologia ulcerativa, da molti ancor oggi ritenuta quasi come “normale epilogo di talune forme morbose quali l'allettamento prolungato”.

Disease Management rappresenta la possibilità di disegnare a priori per le singole malattie percorsi razionali e nello stesso tempo controllati, per i quali sia possibile stabilire in anticipo un budget di spesa. Ma non è solo una mera definizione di tappe per il contenimento della spesa, bensì una proposta per un modello di confronto degli interventi sulla base di referenze “evidence based”. Si giunge quindi ad un'offerta di procedure diagnostiche e cure più adeguate impiegando le risorse in modo qualificato: non spendere meno, ma spendere al meglio, ponendo il paziente al centro del sistema. Si cerca così di ovviare al fenomeno della frammentazione delle cure e della mancanza di coordinazione fra le varie tappe dei percorsi sanitari.

Mediante il supporto della tecnologia, oggi sono disponibili nuove medicazioni che consentono di ridurre i passaggi degli operatori garantendo numerosi vantaggi :

- disporre di più tempo da dedicare al counselling ed all'educazione del care giver al fine di utilizzare in modo appropriato le medicazioni evitando inutili sprechi
- ridurre i costi per i prodotti accessori (garze, cerotti, bendaggi di contenimento...)
- aumentare il numero di pazienti presi in carico da una equipe preparata evitando la dispersione e la frammentazione delle cure.

Ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse umane ed economiche fornendo una cura appropriata... ecco cosa ci si aspetta da questo lavoro.

1.1 DEFINIZIONE

Lesione o Piaga o Ulcera da Decubito o da Pressione.

Assumiamo la dizione "Lesione da Decubito". Abbreviazione: LdD

E' definita lesione da decubito un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei, con evoluzione necrotica, conseguenza diretta di forze di pressione, trazione e frizione o da una combinazione di questi fattori, in pazienti predisposti in seguito a precarie condizioni generali.

1.2 EPIDEMIOLOGIA

In Italia nel 1984 uno studio effettuato su 20 ospedali, per un totale di 12.048 pazienti, dei reparti di medicina, chirurgia, neurologia, geriatria, neurochirurgia, rianimazione e urologia, mostrava una prevalenza dell'8.6%. (1)

Rilevazioni effettuate in ospedali italiani hanno evidenziato che la prevalenza di LdD tende ad aumentare con il passare degli anni: dall'8,6% rilevato nel 1984 al 12,8% rilevato nel 1996. (2)

La prevalenza aumenta in modo esponenziale con l'avanzare dell'età e su questo dato sono concordi tutti gli studi osservazionali. Uno studio condotto nella nostra ASL 7 su una popolazione di pazienti con LCC, rivelava una prevalenza di circa il 50% nella fascia di età superiore agli 80 anni. (3) Sull'analisi dei costi esiste una fitta letteratura in merito. Si riporta un dato significativo: una LdD che richiede un intervento infermieristico domiciliare per 3-4 mesi di un ora al giorno, con necessità di utilizzare materiale di medicazione, costa 10-12 milioni di vecchie lire. (4)

1.3 EZIOPATOGENESI

1.3.1 FATTORI GENERALI

Principale: Ipo-Immobilità

Concause: Malnutrizione
Alterazioni metaboliche
Alterazioni cardiocircolatorie e respiratorie
Lesioni del SNC o SNP

1.3.2 FATTORI LOCALI

Principale: Prolungata pressione

Concause: Forze di stiramento
Attrito
Macerazione della cute
Corpi estranei
Altri

La LdD si forma necessariamente in prossimità di una prominenzza ossea.

La prolungata pressione dei tessuti fra il piano d'appoggio e le strutture ossee sottostanti determina una ischemia locale cui i vari tessuti rispondono in modo differente a seconda della resistenza al danno ipossico.

Una volta evidente, il danno cutaneo rappresenta l'epifenomeno di una lesione molto più importante e profonda, essendo la cute il tessuto più resistente all'ipossia.

Si genera una lesione cuneiforme (Fig 1).

Se a livello cutaneo è presente necrosi, è verosimile che la lesione abbia già interessato i piani muscolari profondi poiché il muscolo è la struttura più sensibile all'ischemia (per maggior fabbisogno di ossigeno). (5)

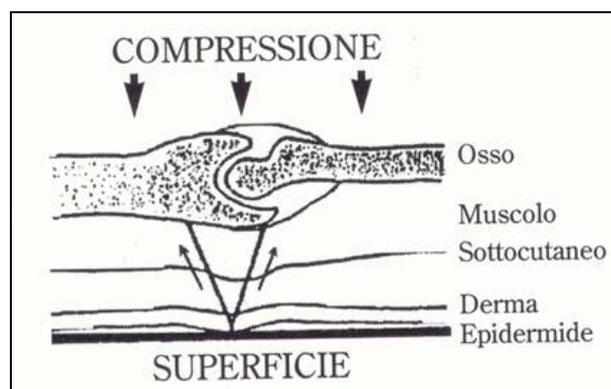


Fig.1

La pressione genera danno tissutale se prolungata per un tempo superiore a 2 ore. (6)

Forze di stiramento: scivolamento del paziente sul piano rigido con trazione sui vasi del sottocute. Responsabili di sofferenza tessutale profonda. (7)

Attrito o frizione: spostamento del paziente sul piano rigido mediante trascinamento (causa iatrogena). Responsabile di lesione superficiale.

Macerazione della cute: indebolisce gli strati superficiali e favorisce la colonizzazione batterica. Legata a fenomeni di incontinenza retto-vescicale e sudorazione.

Corpi estranei: qualsiasi oggetto venga interposto tra la cute ed il lenzuolo causa aumento di pressione locale o piccolo trauma (anche le pieghe dei tessuti).

Altri fattori: contratture spastiche, uso scorretto di presidi (cuscini, padelle...), impropria cura della cute mediante uso incongruo di prodotti per l'igiene, aumento della temperatura locale (con aumento del metabolismo e quindi esacerbazione dell'insulto ischemico).

2 PREVENZIONE

La prevenzione è un insieme di programmi e strategie utili ad evitare l'insorgenza e/o lo sviluppo di lesioni da decubito.

La prevenzione si inserisce nell'ottica del miglioramento della qualità dell'assistenza in quanto

- Migliora la qualità della vita della persona malata riducendone mortalità e rischio di complicanze,
- Migliora la situazione socio-assistenziale della famiglia, necessariamente coinvolta in prima persona nei piani assistenziali ADI;
- Migliora la gestione del personale sanitario mediante una riduzione dei tempi assistenziali, costi e degenze per complicanze. (5)

Gli interventi da attuare devono essere mirati, e pertanto è necessario individuare i soggetti a rischio.

Gli scopi della prevenzione sono

- Riduzione del numero di lesioni da decubito
- Miglioramento della qualità di vita
- Riduzione del carico di lavoro
- Riduzione dei costi umani ed economici

Interventi preventivi generali

- Compenso della patologia di base
- Corretto apporto nutrizionale
- Presidi ed ausili antidecubito
- Educazione sanitaria

Interventi preventivi locali

- Mobilizzazione del paziente
- Igiene personale e del letto
- Protezione della cute
- Controllo dell'incontinenza

2.1 INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI A RISCHIO

Si definisce soggetto a rischio il paziente costretto a letto o su sedia, o con gravi difficoltà di mobilizzazione, ed in relazione ad ulteriori fattori che sono in grado di aumentare il pericolo di sviluppare lesioni da decubito. (5)

Fattore determinante per definire un paziente a rischio è l'IPOMOBILITA'. (8)(9)(10)

Paziente ipomobile

- Anziano
- Mieloleso, neuroleso (ictus cerebri)
- Politraumatizzato, fratturato, portatore di apparecchio gessato
- Coma
- Neoplasie in stadio avanzato

Condizioni morbose che aumentano il rischio

- Incontinenza retto-vescicale
- Malnutrizione (iponutrizione, cachessia, obesità, disidratazione)
- Livelli di coscienza alterati (sedazione, demenze gravi)
- Patologie croniche (neoplasie, diabete, immunosoppressione iatrogena, cardiopatie gravi, arteriopatie obliteranti, ipertensione)
- Anemia, stati di shock-ipotensione, iperpiressia, dolore

Ogni paziente ipomobile deve essere valutato riguardo al rischio di sviluppare una LdD.

Le tappe più importanti per identificare i pazienti a rischio sono

- Valutazione generale: anamnesi ed esame obiettivo.
- Applicazione di scale di valutazione per il rischio.
- Valutazione condizioni di nutrizione ed idratazione: clinica + laboratorio.
- Identificazione delle condizioni morbose che aumentano il rischio.
- Esame della condizione abitativa e del care giver. (11)

2.1.1 LE SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Sono strumenti che ne permettono una valutazione oggettiva. (12)

Si propone l'Indice di Braden. (13) (ALLEGATO 1)

Fra tutte le scale esistenti è quella con la più alta Sensibilità e Specificità

Per ogni voce si ottiene uno score (valore).

Sommando i valori si ottiene un indice di rischio.

Per un Indice <16 : paziente a rischio.

Pazienti anziani: rischio se Indice <18 (Braden, 1994)

Score	1	2	3	4
Percezione sensoriale	Assente	Molto limitata	Leggermente limitata	Normale
Umidità cutanea (grado di esposizione)	Costante	Molta	A volte	Raramente
Attività	A letto	In poltrona	Cammina occasionalmente	Cammina frequentemente
Mobilità	Immobile	Molto limitata	Leggermente limitata	Limitazioni assenti
Nutrizione	Molto scarsa	Inadeguata	Adeguata	Ottima
Scivolamento, Frizione	Richiede assistenza	Problema potenziale	Problema non evidente	

L'attribuzione di un indice standardizzato ai pazienti permette di uniformare gli interventi. Un paziente a rischio sarà seguito con maggior frequenza.

Dalla tabella occorre individuare, per ogni voce, quale può essere l'intervento mirato al fine di alzare il punteggio alla valutazione successiva.

Il rischio dovrebbe essere rivalutato periodicamente ed a intervalli regolari (Val. A) (13); tutte le valutazioni dovrebbero essere documentate (Val. C) (13)

Si propone il calcolo dell'Indice di Braden

- Alla presa in carico
- Ogni 15 gg per il paziente a rischio
- Ogni 30 gg per il paziente risultato non a rischio
- Ad ogni cambiamento clinico

2.2 MISURE PREVENTIVE GENERALI

2.2.1 COMPENSO DELLA PATOLOGIA DI BASE

L'importanza delle patologie croniche nella genesi della LdD è ormai assodata. (14)
Queste costituiscono importante causa di ritardo della riparazione tissutale.

Identificare le condizioni morbose concomitanti più rilevanti da equilibrare

- Diabete mellito
- Iperensione –Ipotensione arteriosa
- Diarrea
- Stati infettivi – ipertermia
- Anemia
- Scopenso cardiaco
- Arteriopatie obliteranti
- BPCO
- Distiroidismi
- Alterazioni del sistema immunitario
- Insufficienza epatica (HCV)
- Eccesso di sedazione nelle forme di Demenza

Occorre, alla presa in carico, individuare uno screening ematochimico standard che permetta di inquadrare il paziente nella sua globalità, ponendo l'accento sugli aspetti metabolici fondamentali.

Screening proposto

- Emocromo
- Glicemia
- Creatinina, Azotemia, Na, K
- Quadro proteico, Albuminemia, Transferrina
- Pcr
- AST, ALT
- Colesterolo tot
- Esame completo urine ed eventuale urocoltura
- (Amilasi, CPK, TSH)

Gli ultimi tre esami possono essere considerati di secondo livello (diretta conseguenza quindi dell'esame clinico) in quanto possono identificare situazioni particolari quali:

Pancreatiti croniche misconosciute (diarrea, malassorbimento dei fattori nutrizionali, ipotensione).

Miocitolisi da immobilità (tubulopatie acute con insufficienza renale).

Ipo-Ipertiroidismo (diarrea, perdita peso, aumento temperatura corporea, danno tissutale,sovraccarico cardiocircolatorio.....).

Vengono di seguito riportati alcuni suggerimenti terapeutici riguardo a situazioni particolari.

2.2.1.1 DIABETE MELLITO

Nel paziente diabetico il rischio di sviluppare un'ulcera da decubito è maggiore a causa della microangiopatia e della neuropatia che induce una ridotta percezione del dolore. Inoltre eventuali ipoglicemie notturne non diagnosticate possono ridurre il numero di movimenti spontanei del paziente sotto la soglia critica di 20 per notte.

Quando una LdD è in atto, la coesistenza del diabete rende più difficile i processi di riparazione tessutale per rallentamento ed invecchiamento più precoce dei fibroblasti ed espone a maggiori rischi infettivi per la ridotta motilità dei macrofagi.

La neuropatia costituisce un ulteriore fattore aggravante nel trattamento delle ulcere.

Per la coesistenza di manifestazioni di micro e macroangiopatia, gli arti inferiori sono maggiormente a rischio nel paziente diabetico, in particolare per quanto riguarda l'area dei talloni.

Nella prevenzione e nel trattamento delle LdD deve essere intensificato il monitoraggio della glicemia basale e postprandiale ricercando il miglior compenso metabolico. A tale scopo si utilizza l'emoglobina glicosilata: di questa è sufficiente una valutazione trimestrale, avendo gli eritrociti una vita media di 120 giorni.

In presenza di un LdD la terapia del paziente diabetico necessita di alcune variazioni:

L'utilizzo delle Biguanidi infatti è controindicato per il rischio di acidosi lattica che si può verificare specialmente in caso di processi infettivi in atto.

Possono essere invece mantenute le Sulfalinuree con eventuali aumenti del loro dosaggio quando la quota di emoglobina glicosilata si attesti tra 7 e 8 con particolare attenzione al rischio di ipoglicemia nel tardo pomeriggio se utilizzate molecole a lunga emivita (es. glibenclamide) e con somministrazioni al pranzo (meglio infatti evitare la glibenclamide a pranzo e preferire colazione e cena).

E' preferibile somministrare insulina (nella forma rapida ai pasti aggiungendo quella intermedia la sera) nel caso in cui l'emoglobina glicosilata superi il valore di 8 o nel caso di complicanze infettive importanti.

2.2.1.2 RUOLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA NEL MANTENIMENTO DEL TROFISMO TISSUTALE

La pressione nella circolazione capillare arteriosa è di circa 32 mmHg.

Se si esercita sui tessuti una compressione che occluda parzialmente o completamente i capillari, viene a crearsi un deficit di ossigenazione cui segue, se la compressione si mantiene, uno stato ischemico.

IPOTENSIONE

Importante fattore di rischio nel paziente anziano.

In soggetti ipotensi la pressione per occludere i vasi capillari soprastanti una prominenza ossea è inferiore. (15) (16)

Gli stati ipotensivi riconoscono una eziopatogenesi multipla. Nel paziente anziano, si possono individuare tre cause principali:

- Iatrogena
- Bassi livelli di Sodio
- Bassa portata

In un paziente anziano, allettato, affetto da pluripatologia e molto spesso in polifarmacoterapia, eseguire innanzitutto una revisione della terapia con particolare riferimento ai farmaci ipotensivizzanti.

Per pressioni sistoliche <110 mmHg occorre un particolare attenzione alla terapia in atto. Infatti, la terapia con ACE inibitori in tali condizioni non agisce sul miglioramento della funzionalità cardiaca e causa un peggioramento della funzione renale; nel caso dei diuretici, all'ipotensione si associano frequentemente disonie importanti con potenziali alterazioni del ritmo cardiaco.

Non è indicata la somministrazione di farmaci per alzare i valori pressori per la loro corta emivita e rapido instaurarsi del fenomeno di tolleranza. Inoltre potrebbero causare sovraccarico cardiaco.

IPERTENSIONE

Alcuni studi suggeriscono una correlazione tra ipertensione arteriosa ed aumentata incidenza di ulcere cutanee . (17)(18)

Lo stato ipertensivo determina alterazioni morfo-funzionali delle strutture arteriolo – capillari cutanee con conseguente aumento delle resistenze periferiche e riduzione della pressione di perfusione. Viene meno la possibilità di un compenso da parte del microcircolo nell'equilibrare il metabolismo del tessuto che diventa assai vulnerabile anche per microtraumi. (scompenso tra aumentata richiesta di ossigeno e possibilità di irrorazione)

Per la terapia dell'ipertensione attenersi alle linee guida ufficiali.

Si rammenta di porre particolare attenzione all'uso eccessivo di diuretici in quanto responsabili spesso di deplezione sodica e disidratazione e ipotensione.

2.2.1.3 DIARREA

Nel paziente allettato, a rischio di LdD o in presenza di LdD, la diarrea costituisce un problema in termini di

- Disidratazione con peggioramento clinico generale.
- Malassorbimento di farmaci e fattori nutrizionali.
- Colonizzazione locale della lesione da parte dei batteri intestinali.
- Aumentata umidità locale con maggior rischio di macerazione della cute sana.

Approccio generale

- Aumentare l'apporto idrico (eventuale supplementazione di glucosio e sali).
- Correggere l'alimentazione prediligendo alimenti che aumentino la componente solida delle feci.
- Nel paziente a rischio di disidratazione instaurare terapia con loperamide.
- Utili fermenti lattici (uso corrente, esperienza). (19)
- Antibiotici: in pazienti con immunodeficienza, anziani, portatori di valvole cardiache meccaniche si attua una terapia empirica subito. Negli altri bisognerebbe valutare il germe in causa.
- Integrazione delle vitamine liposolubili nella steatorrea cronica.

La terapia farmacologia dovrebbe essere riservata a quei pazienti con diarrea persistente o che non rispondono ai trattamenti conservativi come aumentare il volume fecale (bulking therapy) con addensanti. (20)

In ogni caso sarebbe corretto porre la diagnosi tenendo ben presente la distinzione fra diarrea acuta e cronica (> di 4 settimane). (21)

2.2.1.4 STATI INFETTIVI – IPERTERMIA

Con il procedere degli anni, il sistema immunitario risponde sempre meno attivamente agli insulti esterni. Da ciò la ridotta risposta febbrile agli stati infettivi.

E' possibile affermare che l'aumento della temperatura corporea anche solo di un grado (da 37 a 38°C) nel paziente anziano possa essere considerata spia di infezione in atto (batterica o virale) ed indurci ad un approccio terapeutico più aggressivo.

La rilevazione della temperatura corporea nel paziente anziano risulta in questi termini sottostimata.

Percorso diagnostico-terapeutico

Con maggior probabilità il paziente anziano ed allettato va incontro ad infezioni del tratto genito-urinario e respiratorio.

In caso di sepsi senza altre evidenti sorgenti di infezione, le piaghe dovrebbero essere considerate la causa più probabile. (22)

Se l'origine non è identificabile negli apparati a rischio e la lesione non presenta caratteristiche cliniche di infezione, procedere con antibiotico ad ampio spettro, a dosi piene per almeno 10 giorni.

Se l'origine è individuata negli apparati a rischio, procedere al trattamento antibiotico specifico.

Qualora si formuli un sospetto di infezione virale respiratoria è lecito fornire da subito una adeguata copertura antibiotica dato l'elevato rischio di sovrapposizione batterica nei pazienti debilitati.

Se l'analisi clinica della lesione, depone per uno stato infettivo locale con "host reaction" (febbre), intraprendere da subito terapia antibiotica ad ampio spettro (non necessario tampone cutaneo) fino a che i parametri locali non depongano per la risoluzione del quadro locale. (23)

Terapia di supporto

Iniziare da subito una iperidratazione.

Indispensabile introdurre da subito antipiretici (paracetamolo) a dose piena e ad orario.

Se disponibile accesso venoso, instaurare supporto alimentare prediligendo aminoacidi e glucosio. Ipertermia: ad ogni aumento di 1C° della temperatura corporea corrisponde un incremento del 10% delle richieste metaboliche.

Data la possibilità dell'instaurarsi di stati di ipercoagulabilità durante un episodio infettivo, aggravati dalla disidratazione, considerando l'ipomobilità presente, è consigliabile attuare una profilassi antitrombotica con eparine a BPM da subito. (Si rammenta che l'utilizzo di eparine a bpm riduce il carico di lavoro in termini di monitoraggio del PTT e delle somministrazioni giornaliere rispetto all'eparina tradizionale). Attenzione ai livelli di PLTs in pazienti piastrinopenici. Un controllo dell'Emocromo consente comunque la valutazione di GB, MCV, Hb, HT, PLTs, utili parametri nell'inquadramento generale del paziente.

Particolare attenzione va posta per i pazienti diabetici in cui gli stati infettivi causano scompenso glicometabolico da tenere sempre in considerazione : introduzione di eventuale terapia insulinica temporanea, correzione dell'iperosmolarità, attenzione alla terapia reidratante con glucosio.

Più del 30% dei casi: rilevata batteriemia polimicrobica. (24)

La complicità infettiva della LdD ha una mortalità del 38%. (25)

SCHEMI TERAPEUTICI IN CASO DI LESIONI INFETTE

B-lattamine + Macrolide/Chinolonic

Sospetta etiologia Gram-/Anaerobi: Metronidazolo

Attenzione alla funzionalità renale per terapie con Aminoglicosidi e Glicopeptidi

In casi particolarmente selezionati per gravità e fallimento delle terapie instaurate, prendere in considerazione l'emocoltura (sempre in caso di comparsa di soffi cardiaci nuovi o aumento di preesistenti).

NB:

Spesso l'ospedalizzazione può precipitare il quadro

Importanza delle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica

2.2.2 CORRETTO APPORTO NUTRIZIONALE

Esiste un'evidente correlazione tra il deterioramento dello stato nutrizionale e l'insorgenza di LdD oltre che tra la gravità della malnutrizione e la gravità delle lesioni.

Lo stato nutrizionale può essere severamente compromesso nei pazienti anziani, nella cachessia neoplastica, nelle iperpiressie prolungate, nelle patologie che determinano ipercatabolismo (come la presenza stessa di una LdD). (8)

2.2.2.1 VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE

Eseguire una valutazione nutrizionale nei soggetti a rischio di sviluppare LdD o con lesioni presenti, in particolare in quei soggetti che non sono in grado di assumere il cibo per via orale o che accusano una perdita di peso.

È importante rammentare che per malnutrizione si intende uno squilibrio nell'assunzione, in difetto o in eccesso, anche solo di alcuni nutrienti, non provocando quindi necessariamente una riduzione del peso corporeo (diete prevalentemente a base di grassi e carboidrati).

I test di laboratorio giocano un importante ruolo nella valutazione dello stato nutrizionale. Essi possono rilevare deficit molto prima che le misure antropometriche e/o i segni e sintomi clinici appaiano evidenti. (Ruolo fondamentale nella prevenzione). (26) (27)

STRATEGIE PER LA VALUTAZIONE DELLA MALNUTRIZIONE (5)

Lo stato di malnutrizione può essere valutato mediante uno o più dei seguenti metodi di indagine, alcuni dei quali richiedono il peso del paziente. Poiché spesso volte non risulta possibile, per le condizioni cliniche, eseguire tale rilevazione, esistono alternative utili al fine di stabilire se e in che misura il paziente presenta malnutrizione.

Nei soggetti non pesabili possono essere utilizzati per la valutazione della malnutrizione, in assenza di alterazioni severe della funzionalità epatica e renale, indici ematici.

1) CALCOLARE LA PERCENTUALE DI DIMAGRIMENTO (ALLEGATO 2)

Si avvale della formula di Lorentz. (28)

Esiste malnutrizione se dimagrimento > 5% in tre mesi oppure > 10% in sei mesi. (29)

$$2) \text{ CALCOLARE L'INDICE DI MASSA CORPOREA (BMI)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altezza (mt)}^2}$$

Esiste malnutrizione se BMI < 18.5.
(BMI: Body Mass Index)

3) VALUTARE L'ALIMENTAZIONE DEL SOGGETTO.

La valutazione dello stato nutrizionale si basa anche su questionari rapidi e validati come il MNA (Mini Nutritional Assessment). (ALLEGATO 3) (30)

4) VALUTARE LA PRESENZA DI SINTOMI CHE INFLUENZANO NEGATIVAMENTE L'ALIMENTAZIONE o l'utilizzazione degli alimenti (il paziente è a rischio di malnutrizione se esiste anche solo una delle condizioni sottoelencate) (31):

- Presenza di alterazioni motorie o psichiche che inibiscono la gestione autonoma del pasto
- Presenza di disfagia anche parziale
- Vomito
- Diarrea

5) VALUTARE LA PRESENZA DI MALATTIE CHE DETERMINANO UN INCREMENTO DELLE RICHIESTE NUTRIZIONALI (il paziente è a rischio di malnutrizione se affetto da una o più delle situazioni cliniche sottoelencate) (31) (28):

- Malattie infiammatorie croniche
- Interventi di chirurgia maggiore
- Tumori
- Fratture multiple (frattura di femore nell'anziano)
- Sepsi
- Lesioni da decubito

6) VALUTAZIONE QUANTITATIVA DELLA MALNUTRIZIONE (31)(5)

Malnutrizione	Lieve	Moderata	Grave
Albuminemia (g/dl)	3,4 – 2,8	2,7 – 2,1	< 2,1
Transferrinemia (mg/dl)	200 – 150	150 – 100	< 100
Linfociti / mmc	1800 – 1200	1199 – 800	< 800
Emoglobina (g/dl)	<12 g/dl (Donne) - <14 g/dl (Uomini)		

Albumina

Ipoalbuminemia buon indicatore di deplezione proteica.

Ipoalbuminemia associata a incremento della mortalità e morbilità nell'anziano.

Molti fattori interferiscono con i livelli sierici di questa proteina (disidratazione, enteropatie, nefropatie, malattie epatiche...).

Ipoalbuminemia è strettamente correlata con la formazione di LdD. (32)

Transferrina

Emivita breve

Più sensibile a deficit calorico-proteici

Risponde velocemente alla rialimentazione

Rilevazione precoce di stati di malnutrizione subclinici nell'anziano, follow up del trattamento dietetico, monitoraggio nei soggetti a rischio

2.2.2.2 INTERVENTI CORRETTIVI

Nei pazienti con LdD occorre tenere presente l'importanza cruciale di un incremento del fabbisogno calorico-proteico, correlato al notevole effetto catabolizzante delle piaghe, e il dispendio di energia richiesto per i processi di cicatrizzazione, difficilmente quantizzabile.

Una riduzione del tasso proteico nel sangue, non è dovuto solo alla malnutrizione con conseguente diminuzione di sintesi, ma anche alla perdita di proteine da una soluzione di continuo cutanea. Nelle grandi piaghe la perdita di proteine può arrivare anche a 50 gr/die (33) con conseguente riduzione della sintesi di collagene e dell'attività di angiogenesi.

I pazienti a rischio di malnutrizione e malnutriti devono essere inclusi in un piano di intervento e di monitoraggio che include:

- Aiuto durante il pasto (pazienti non in grado di gestione autonoma).
- Adeguamento della consistenza dell'alimentazione (dieta semi solida/semi liquida).
- Assicurare un adeguato apporto nutrizionale per prevenire la malnutrizione, tenendo conto dei desideri del soggetto.

In presenza di LdD, fornire almeno 30-35 Kcal/kg/die e 1.2-1.5 g di proteine/kg/die, 20-40 ml/Kg/die di acqua e prendere i seguenti provvedimenti:

- Fornitura di supporti nutrizionali (dieta iperproteica, spuntini, integratori).
- Valutazione della patogenesi e correzione dei sintomi avversi (vomito, diarrea).
- Monitorizzazione dell'alimentazione reale e dell'andamento dello stato di nutrizione: controllo del peso corporeo ed esami ematici periodicamente.
- Molti dati di letteratura suggeriscono l'integrazione costante di oligoelementi e vitamine, in particolar modo: Ferro, Zinco, Magnesio, Vitamina C, Vitamina D, Vitamina E, Vitamina A, Complesso B. (5)

Se un soggetto portatore di LdD non risponde positivamente agli interventi precedenti (persistenza di alimentazione scarsa e/o di stato nutrizionale compromesso):

- Riferire il paziente al dietologo e/o dietista per interventi nutrizionali ad personam e valutazione dell'indicazione a nutrizione artificiale di supporto o totale.
- Considerare la possibilità di SNG, PEG, CVC (valutare attentamente pregi e difetti delle tre metodiche e personalizzare il trattamento).

2.2.2.3 FARMACI DI SUPPORTO NUTRIZIONALE (ALLEGATO 4)

Esistono molti dati di letteratura riguardo l'utilizzo di farmaci o supporti per la nutrizione sia entrale che parenterale. Non tutti gli Autori sono concordi sull'efficacia dei suddetti né tanto meno esistono linee guida a riguardo. Molto spesso i dati a disposizione riguardano il paziente oncologico terminale e sono stati elaborati da società scientifiche che si occupano di cure palliative. Vengono riportati in allegato i presidi ritenuti utili ricordando che la scelta dipende dal singolo caso e dalla coscienza individuale dell'operatore.

2.2.3 PRESIDI ED AUSILI ANTIDECUBITO (ALLEGATI 5 E 6)

Ogni individuo valutato a rischio di sviluppare LdD dovrebbe essere posizionato su un dispositivo che riduca la pressione (Val. B) (13)

Individuato il soggetto a rischio, e' necessario procedere ad un'anamnesi specifica del paziente che metta in evidenza le abitudini di vita, le caratteristiche dell'ambiente in cui vive e la presenza di un care-giver, allo scopo di scegliere il presidio antidecubito più adeguato.

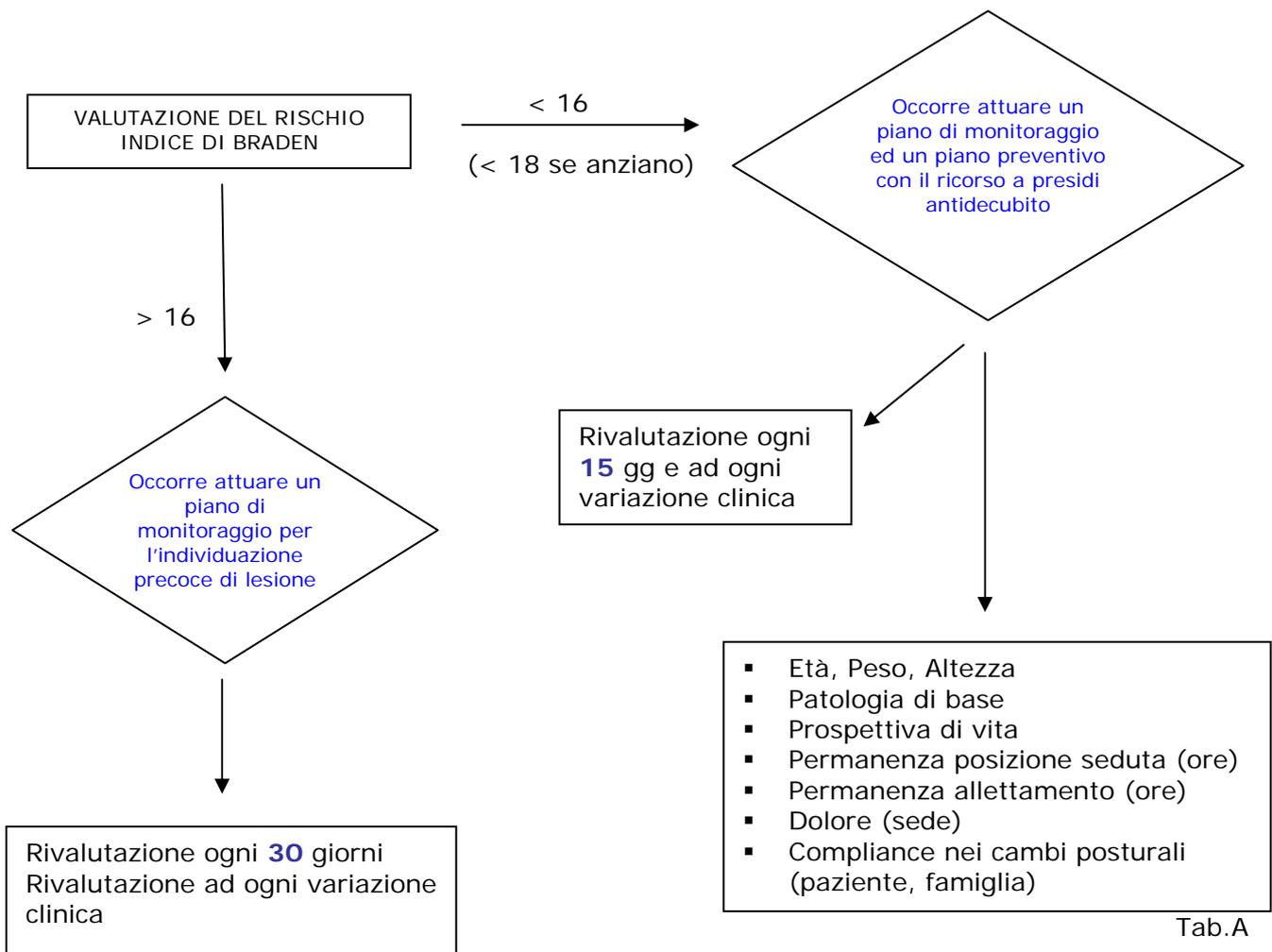
E' importante, per una buona riuscita del nostro intervento e una ottimizzazione delle risorse, riportare i dati rilevati attraverso la compilazione della scala di Braden con le esigenze del paziente.

La consultazione delle schede tecniche degli ausili antidecubito e il nomenclatore tariffario ci guideranno in una scelta migliore.

E' competenza dell'Infermiere e del Medico di Medicina Generale raccogliere i dati relativi al rischio di contrarre LdD, attraverso l'utilizzo della scala di Braden (indice oggettivo).

In caso il rischio risultasse elevato, si dovrà procedere a raccogliere i dati relativi alle caratteristiche cliniche del paziente e dell'ambiente in cui vive (tab.A), che permetteranno al medico prescrittore di indirizzarsi meglio nella scelta dell'ausilio idoneo.

Si propone il seguente algoritmo decisionale:



Gli ausili antidecubito da soli non sono in grado di prevenire una lesione da decubito ma riducono il lavoro degli operatori e migliorano la qualità di vita del paziente.

1) Presidi semplici

presidi per postura

- Archetti alza coperta
- Sponde di contenimento
- Reggispalle se il letto non è articolato
- Staffe con trapezio
- Cuscini e cunei per evitare il piede equino

presidi per proteggere la cute

- Protettivi cutanei (pomata all'ossido di zinco/ spray al silicone/ vaselina bianca filante)
- Film di poliuretano
- Idrocolloidi sottili

2) Presidi complessi

presidi per ridurre il carico pressorio

- Cuscini per carrozzina (acqua, aria, gel, gomma piuma, tutti con spessori di almeno 10 cm.)
- Sovramaterassi e materassi:
 - * acqua (poco usati)
 - * aria con gonfiaggio alternato
 - * fibra cava siliconata / con inserti asportabili
 - * ventilato in espanso
 - * poliuretani (meglio distribuito il peso del paziente sul piano d'appoggio)
- Letti: articolati basculanti / fluidizzanti

2.2.4 EDUCARE IL PAZIENTE E IL CARE-GIVER ALLA PREVENZIONE

Il paziente a rischio di LdD necessita di un'assistenza nelle 24 ore.

A domicilio questo ruolo è svolto dal care-giver.

Ruolo dell'Infermiere e del Medico di Medicina Generale è la supervisione del paziente e l'educazione e il sostegno di colui che direttamente svolge il ruolo di assistenza e a cui si decide di delegare la parte più pratica della prevenzione (igiene, mobilizzazione, ecc.) e cura delle lesioni (medicazioni).

Un piano educativo può essere a volte lungo ed oneroso in termini di risorse umane, ma porterà sicuramente ad un miglioramento della qualità assistenziale, di vita del paziente e di chi lo assiste.

Il ruolo del care-giver è faticoso e talvolta senza sosta, per questo è importante che abbia un sostegno da parte degli operatori (MMG, IP, OSS).

Un paziente ed un care giver con un buon grado di compliance più facilmente seguiranno i consigli del personale sanitario, con risultati in termini di riduzione dei tempi di guarigione, minor spreco di materiale di medicazione, maggior autonomia, riduzione dei passaggi degli infermieri, meno ricoveri nelle strutture (RSA-RAF). Spesso i fenomeni di riparazione tissutale seguono di pari passo una buona compliance del paziente e/o della famiglia. (37)

Interventi educativi (35)

Si dovrebbero strutturare e organizzare programmi educativi completi per la prevenzione delle Lesioni da Decubito.

Questi dovrebbero essere diretti a tutti i livelli della categoria degli operatori sanitari, ai pazienti, ai loro familiari e ai care givers (Evidenza A)

EDUCAZIONE

Per svolgere un ruolo educativo è necessario dare notizie semplici e chiare, a tale proposito è stato prodotto un opuscolo (vedi allegato) da consegnare alle famiglie dei nostri pazienti. Le informazioni contenute all'interno di questo opuscolo non sono esaustive ma devono essere discusse e messe in pratica (mobilizzazione, posizionamento, medicazione, ecc.) con il supporto del personale di riferimento.

Il personale medico ed infermieristico può individuare il care giver all'interno del nucleo familiare, amici, volontari, oss, ecc. In qualsiasi caso il piano educativo dovrà essere personalizzato tenendo conto delle caratteristiche del paziente, della situazione socio-abitativa e delle potenzialità del care giver stesso.

PREVENZIONE

In particolari situazioni l'educazione alla mobilizzazione ed alla prevenzione può essere l'unico supporto a nostra disposizione.

In pazienti terminali con dolore incontrollato, con fratture patologiche, in situazioni familiari particolari dove ad esempio viene espresso il desiderio di non sostituire il letto del malato con un presidio ortopedico, intensificando e personalizzando mobilizzazione, attenzione verso la cura della cute e igiene, si possono ottenere comunque buoni risultati in termini di prevenzione e/o contenimento delle LdD.

L'operatore, anche con valori di rischio elevati, in scienza e coscienza può evitare l'utilizzo di presidi antidecubito se l'obiettivo finale è il rispetto della personalità e dignità del paziente.

2.3 MISURE PREVENTIVE LOCALI

2.3.1 MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE

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

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

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

2.3.1.1 I CAMBI DI POSIZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A tale proposito si consiglia:

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

2.3.1.1.1 POSIZIONE SUPINA

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

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

2.3.1.1.2 POSTURA SUL FIANCO SINISTRO E DESTRO

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

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

2.3.1.1.3 POSTURA PRONA

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

In questa posizione le zone a rischio di decubito sono:
l'orecchio, lo zigomo, le spalle, il gomito, le creste iliache, le ginocchia. (5)

2.3.1.1.4 POSTURA FOWLER O DECUBITO ORTOPNOICO

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

In questa posizione le zone a rischio di decubito sono:
sacro e tuberosità ischiatiche. (5)

2.3.1.1.5 POSIZIONE SEDUTA

In questa posizione le zone a rischio di decubito sono:
sacro, tuberosità ischiatiche, talloni, cavo popliteo (se il paziente è seduto su sedia o carrozzina). (5)

2.3.2 IGIENE PERSONALE E DEL LETTO

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

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

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

INDICAZIONI PER UNA CORRETTA IGIENE

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

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

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

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

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

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

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

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

IGIENE DEL LETTO

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

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

Fissare il catetere vescicale, sull'addome per gli uomini e sulla zona inguinale per le donne. Interporre tra il catetere e la cute una garza. Evitare di passare il catetere vescicale sotto gli arti inferiori;

Utilizzare gli appositi archetti o posizionare le coperte direttamente sulle sponde del letto al fine di evitare coperte gravanti sui piedi;

Interporre cuscini o rotoli di gommapiuma tra gli arti. Evitare che gli arti siano schiacciati o compressi uno sull'altro;

Evitare la presenza di briciole, residui alimentari, tappini degli aghi ecc.. E' importante tendere bene le lenzuola ed eliminare ogni corpo estraneo;

Evitare l'utilizzo di indumenti con cuciture e bottoni sporgenti, calzature troppo strette; il paziente totalmente allettato andrebbe tenuto privo di indumenti.

2.3.3 PROTEZIONE DELLA CUTE

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

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

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

Evitare l'utilizzo di talco che disidrata la cute.

Utile vaselina bianca filante

Paste all'ossido di zinco: in sottile velo

2.3.4 CONTROLLO DELL'INCONTINENZA

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

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

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

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

PRESIDI DI CONTENIMENTO

Sistemi assorbenti

Pannoloni sagomati
Pannolini rettangolari
Pannoloni mutandine

Vantaggi

Il pannolone non è invasivo, utile sia per l'incontinenza urinaria e quella fecale

Svantaggi

Non permette una traspirazione adeguata, favorendo macerazioni, irritazioni ed arrossamenti. E' necessaria un'accurata igiene. (34)

Protezione del letto

Coprimaterasso
Traversa impermeabile
Traversa assorbente

Vantaggi

Permettono la protezione del materasso e ed una

assorbimento delle fuoriuscite.

Svantaggi La traversa impermeabile che viene utilizzata è di plastica, pertanto aumenta la temperatura locale favorendo la macerazione cutanea. (34)

Sistemi di raccolta per l'incontinenza Condom con sacca di raccolta.
 - Va posizionato con l'apposita fascetta o con colla specifica.
 - E' necessaria una corretta igiene e la sostituzione è giornaliera.

Vantaggi E' un dispositivo esterno pertanto è meno invasivo per il paziente con minori rischi iatrogeni. Permette di evitare macerazioni cutanee da incontinenza urinaria. Esistono diverse misure. E' di semplice utilizzo per i familiari

Svantaggi E' utilizzabile solo per l'uomo.
 Può essere irritante e può provocare decubiti a livello dell'anello rigido della guaina.
 Si può staccare facendo defluire l'urina.
 I pazienti agitati e confusi possono manipolarlo e staccare il sistema. E' difficilmente utilizzabile nei pazienti con marcata retrazione del pene. (34)

Cateteri vescicali Non è indicato per la semplice incontinenza urinaria e per la prevenzione dei decubiti (come da procedura aziendale sulla prevenzione delle infezioni urinarie)
 Utile quando l'incontinenza è associata a ritenzione.

Nell'incontinenza urinaria è utile una terapia sistemica con farmaci anti-colinergici:
 Ossibutinina cloridrato
 Tolterodina tartrato
 Trospium cloruro
 Riducono le contrazioni instabili della vescica e ne aumentano la compliance
 Controindicati in caso di ritenzione urinaria, glaucoma, miastenia grave, megacolon tossico, rettocolite ulcerosa.

Indicazione all'uso di CV a permanenza: Pazienti in cui il CV può migliorare la situazione locale (alto rischio di LdD o peggioramento di pre-esistenti)
 Deve essere valutato il suo utilizzo in caso di lesione da decubito sacrale o ischiatico che dopo diversi tentativi non tende al miglioramento.

Ipomobilità grave per :

- Malattia oncologica terminale
- Malattie neurologiche (coma)
- Grande obesità

Necessità di monitoraggio della diuresi:

- Patologia acuta infettiva intercorrente
- Grave iponutrizione in terapia parenterale (ev)

Gestione del CV:

Ideale per periodi brevi

Sempre aperto (non scollegare il sacchetto di raccolta chiudendo il CV con apposito tappo) per evitare ristagno.

Sacca di raccolta con dispositivo anti-reflusso e con valvola di scarico

Assicurare una buona diuresi (almeno 1000 – 1200 cc / 24 ore)

Calibro non troppo grande per non decubitare sull'uretra e non troppo sottile per consentire il passaggio di fiocchi di muco, fibrina o piccoli coaguli (16 – 18 ch)

Periodiche sostituzioni (silicone 20 – 25 gg.) con breve copertura antibiotica

In altri contesti antibiotico terapia solo in caso di infezione urinaria clinicamente rilevante o urinocoltura positiva > 10⁶ u.f.c./ml

In caso di catetere a permanenza per tempi lunghi in pazienti maschi allettati, specie se neurolesi incrociare il catetere all'addome per rettilineizzare l'angolo peno – scrotale

In caso di incontinenza tra uretra e catetere

Verificare la pervietà del catetere

Terapia anti-colinergica

(NON applicare catetere di maggior calibro)

3 TRATTAMENTO

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO CON LESIONI

La LdD è espressione di una alterazione globale dell'equilibrio metabolico del paziente ipomobile pertanto deve essere affrontata con una visione olistica: inquadramento a 360 gradi del paziente, seguendo un approccio di tipo multidisciplinare, onde ricavarne il maggior numero di dati possibile che ci permettano di individuare le criticità che hanno determinato il manifestarsi della lesione. Una valutazione globale si basa sul seguente schema riassuntivo:

Trattamento generale, volto al riequilibrio delle alterazioni metaboliche del paziente.

Trattamento causale, al fine di ridurre le forze di pressione che gravano sulla superficie lesa.

Trattamento locale, inteso come la messa in opera di tutta una serie di interventi volti alla correzione delle cause di ritardo di riparazione tissutale locali.

3.1 TRATTAMENTO GENERALE

Compiere un'anamnesi completa ed un esame obiettivo generale, poiché la LdD deve essere valutata nel contesto generale delle condizioni di salute fisica e psicosociale del paziente. Evidenziare particolari necessità. (Evidenza C) (35)

3.1.1 COMPENSO DELLE PATOLOGIE DI BASE, TERAPIA SISTEMICA

Momento fondamentale e di primaria importanza.

Nella gestione del paziente già piagato assume una valenza maggiore in termini di tempestività ed aggressività dell'intervento.

3.1.2 CORRETTO APPORTO NUTRIZIONALE

Il paziente portatore di LdD è testimonianza vivente di uno stato di malnutrizione.

In ambito terapeutico occorre particolare attenzione ai livelli di malnutrizione, sia dal punto di vista ematochimico (Es. albuminemia) che anamnestico per evidenziare, e quindi correggere prontamente, i deficit eventuali di introito proteico (quasi costantemente presenti soprattutto nel paziente anziano). (5)

Suggerimenti utili:

- La somministrazione di Ferro si accorda col dato di letteratura secondo cui il 75% di pazienti con LdD presenta iposideremia.
- Lo Zinco riveste un ruolo fondamentale nella riparazione cutanea (50 mg/die di Zn elementare per 4 mesi correla con un 80% di guarigione). (5)
- La somministrazione di 25-30 gr di L-arginina /die, stimola la ritenzione di azoto, accelera la guarigione delle ferite e potenzia le difese immunitarie. (5)

3.2 TRATTAMENTO CAUSALE

RIDUZIONE DELLA COMPRESSIONE DELLE ZONE LESE (vedi capitolo prevenzione)

Nel paziente con LdD già esistenti bisogna adottare le stesse raccomandazioni già citate nel capitolo sulla prevenzione riguardo alla mobilizzazione e l'utilizzo di ausili.

Raccomandazioni specifiche:

- “Evitare di posizionare il paziente sulla piaga”

Posizioni da EVITARE assolutamente se una lesione è già presente (dal 1° al 4° stadio);

<i>Sede lesione</i>	<i>Posizioni consigliate</i>	<i>Posizioni da evitare</i>
Sacro	Laterale dx-sx	Seduta
Ischio	Laterale dx-sx	Seduta
Trocantere dx	Supina-laterale sx	Laterale dx

- Verificare che i presidi in dotazioni siano idonei alla situazione attuale del paziente;
- Verificare che i presidi in dotazioni siano funzionanti ed utilizzati in modo corretto;
- Mobilizzare il paziente ogni 2 ore o meno (piano individualizzato);
- Rivalutare le condizioni generali con maggiore frequenza utilizzando le scale di rischio (calcolo dell'indice di Braden ogni 15 gg o ad ogni cambiamento della situazione clinica);
- Mantenere una accurata igiene;
- Ispezionare 1-2 volte al giorno la pelle e le zone di maggior carico (importante l'educazione del care giver);
- In caso di LdD nelle zone del sacro ed ischi evitare la posizione seduta fino a guarigione delle stesse; (Evidenza B) (13)
- Il posizionamento di catetere vescicale non è indicato per evitare l'incontinenza in pazienti affetti da lesioni salvo per situazioni particolari di: scarsa igiene ambientale e della persona, condizioni cliniche generali che limitano la mobilizzazione, assenza di un care giver (vedere protocollo di prevenzione: indicazioni all'uso del CV a permanenza).

3.3 TRATTAMENTO LOCALE

Introduzione

Il ruolo della medicazione, intesa come rivestimento e protezione, è quello di “promuovere e mantenere le migliori condizioni affinché il complesso processo della riparazione tissutale possa iniziare e proseguire senza ostacoli fino alla guarigione della lesione” (Thomas).

Il nostro compito diventa quello di mettere in atto una serie di procedure che conducano ad una scelta congrua del prodotto di medicazione, avendo ben chiare le esigenze della ferita e del paziente.

3.3.1 LETTURA DELLA FERITA

Prima di medicare una lesione cutanea è importante osservarla e valutarla. Affinché tale valutazione sia il più possibile oggettiva e riproducibile, è opportuno utilizzare strumenti di classificazione riconosciuti a livello internazionale.

3.3.1.1 MISURAZIONE DELLA LESIONE

Lo scopo di tenere aggiornate le misurazioni nella cartella clinica è quello di definire l'andamento della lesione e l'effettiva efficacia della terapia intrapresa.

La prima valutazione dovrebbe, quando possibile, essere corredata di misure ed immagini fotografiche. La misurazione dell'ulcera va ripetuta ogni 21 giorni, oppure con più frequenza in base alle esigenze cliniche. (NdR)

La lesione può essere misurata nella sua massima larghezza e lunghezza, utilizzando un righello. Tuttavia, avendo spesso margini irregolari, è preferibile riprodurre la forma dell'ulcera sovrapponendovi un foglio di acetato (trasparente) e disegnandone i contorni con un pennarello indelebile. Nelle lesioni cavitare l'indicazione sulla profondità si può ottenere con l'ausilio di specilli (indicare il punto di massima profondità).

L'utilizzo combinato di fotografia e traccia su foglio trasparente permette di ottenere il maggior numero di informazioni utili (38), oggettivandole e consentendone la trasmissione fra operatori più aderente alla realtà.

3.3.1.2 CLASSIFICAZIONE E STADIAZIONE

Stadiare una lesione è importante al fine di utilizzare un linguaggio comune che consenta ai vari operatori di poter comprendere e capire la lesione ed insieme decidere le strategie terapeutiche ottimizzando le risorse.

Esistono diverse classificazioni anatomiche.

Si propone quella EPUAP, 1997 (European Pressure Ulcer Advisory Panel, Guidelines on treatment of pressure ulcer, www.epuap.com).

La classificazione anatomica permette di individuare la profondità della ferita descrivendone il progressivo aggravamento. In questi termini, assume un importante significato prognostico: i primi due stadi portano ad una restituito ad integrum mentre nei successivi, essendo impegnato l'apparato muscolo-scheletrico, si prevedono sequele che richiedono un maggior impiego di risorse.

Stadio I

Iperemia della cute sana che non scompare dopo scarico della pressione. La discromia cutanea, il colore, l'edema, l'indurimento possono anche essere utilizzati come parametri di valutazione, in particolare nei soggetti di razza scura.

Stadio II

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

Stadio III

Lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo con possibile estensione fino alla fascia ma non oltre.

Stadio IV

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

NB: La necrosi compare solamente in ulcere con interessamento degli strati profondi. (5)

3.3.1.3 PARAMETRI PER LA LETTURA

Leggere una ferita vuol dire saper osservare con metodo :

i tessuti di cui è composta la lesione

l'essudato prodotto (quantità e qualità)



La corretta interpretazione di questi parametri fornisce indicazioni per la scelta dei materiali di medicazione più idonei da utilizzare.

3.3.1.3.1 CUTE E CUTE PERILESIONALE

Per perilesionale si intende la porzione di cute che si estende per 10 cm. oltre il margine di lesione. Essa guida all'utilizzo di medicazioni adesive, potenziali irritanti (antisettici, collanti), analizza la compresenza di mico-batteriosi che compromettono la riparazione propria della lesione ulcerativa.

CUTE	MANIFESTAZIONE CLINICA	INTERVENTO
Integra	Rosea, ben idratata, elastica	<ul style="list-style-type: none"> • Emollienti – idratanti • Adeguata igiene
Macerata	Biancastra, aree di disepitelizzazione, umidità eccessiva	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione dell'essudato (Colonizzazione? Errore nel tempo di cambio della medicazione?) • Gestione dell'incontinenza • Correzione dell'ambiente (cerate, temperatura ambientale)
Secca	Squamosa, fissurata, possibile prurito con lesioni da grattamento	<ul style="list-style-type: none"> • Emollienti – Idratanti • Emollienti +/- Cortisonici topici +/- Antibiotici topici (in creme) • Aumentare l'idratazione generale
Eritematosa	Arrossamento, termotatto + prurito con lesioni da grattamento	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare la presenza di irritanti nella medicazione in uso (evitare collanti, antisettici a diretto contatto, antibiotici locali) • Adeguata igiene – Correzione dell'ambiente • Mico - batteriosi ? • Emollienti +/- Cortisonici topici +/- Antibiotici topici (in crema)
Edematosa	Tumefazione perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare i carichi (stato infiammatorio?) • Valutare l'origine sistemica (ipoalbuminemia?)
Termotatto +	Aumentato calore perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> • Mico – batteriosi? • Febbre di origine sistemica?
Cianotica	Violacea	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare i carichi • Ipossia sistemica?

Elenco dei prodotti utili per la gestione della cute perilesionale

- vaselina bianca filante
- olio di mandorle dolci
- olio di vaselina
- crema cortisone
- antibiotico in crema
- antimicotico in crema

In caso di eritema – eczema – secchezza e prurito

2 tubi di Vaselina bianca filante
1 tubo di crema cortisonica
2 cucchiaini di olio di oliva

In caso di sospetta batteriosi

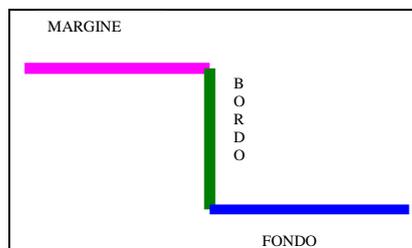
1 tubo Vaselina bianca filante
1 tubo di crema cortisonica
1 tubo di gentamicina crema

In caso di sospetta micosi, data la frequente compresenza di batteriosi

- applicazione topica di creme fungicide + battericide
- molto utile l'impiego di iodopovidone in soluzione (spennellature)
- evitare le polveri
- considerare l'utilizzo di terapia antimicotica sistemica a lungo termine

3.3.1.3.2 BORDO-MARGINE

Ogni lesione ha un margine, ma solo le lesioni di una certa profondità hanno un bordo. Nel linguaggio comunemente usato si tende ad usare indifferentemente il termine bordo e margine.



La sua descrizione è importante per valutare l'attività della lesione. Può essere descritto dal punto di vista funzionale e anatomico.

STATO FUNZIONALE = identifica la dinamica di miglioramento-stato-estensione della lesione:

- Attivo :

la riepitelizzazione è presente e la ferita è avviata alla chiusura. Si presenta in genere di colore rosa chiaro, translucido, con un orlo di riepitelizzazione che crea una linea di continuità tra cute perilesionale e fondo di ferita.

- Piantato :

non c'è presenza di attività, la lesione non si chiude e non peggiora. Esiste una netta demarcazione, scalino, tra le due unità funzionali (fondo e cute perilesionale). Importante è ricordare che uno dei segni che identificano la colonizzazione batterica è proprio l'arresto della riparazione. Una lesione che non dà segni di attività dopo 6 settimane si definisce "non healing".

- In Estensione :

la lesione aumenta di superficie. Si evidenzia spesso con presenza di aree di macerazione. Possono determinare la comparsa di una estensione: processi di colonizzazione, effetti di ipercarico sulla lesione, peggioramento delle condizioni generali del paziente, errore di scelta e/o utilizzo della medicazione.

STATO ANATOMICO = descrive il disegno della lesione e lo stato anatomo-patologico del margine. La descrizione permette a volte di formulare un'ipotesi diagnostica in caso di peggioramento (edematoso, sottominato, secco, macerato, infiammato, cianotico ...).

Una corretta valutazione della profondità della lesione mediante la stadiazione ci fornisce, oltre ad un indice prognostico, un dato importante sulla probabilità di insorgenza di complicanze infettive (maggiori profondità sono correlate ad una guarigione più lunga e gravata da frequenti episodi di infezione). (22)

3.3.1.3.3 FONDO (5)

Unità funzionale che definisce l'obiettivo di primaria importanza in termini di atteggiamento terapeutico (vedi Wound Bed Preparation).

COLONIZZATO→ spesso appare di colore grigio-verde. Il sospetto di colonizzazione si fonda sui criteri di Cutting ed Harding (39) (vedi capitolo su "Gestione della carica batterica").

NECROTICO→ presenza di evidenza clinica di morte tessutale dovuta a fattori circolatori di tipo ischemico. Può variare di consistenza e colore. La sua presenza interessa gli strati profondi (III e IV stadio).

NECROSI SECCA: di consistenza dura, colore nero, adesa ai tessuti circostanti che appaiono integri o lievemente eritematosi/edematosi;

NECROSI SETTICA: presenza di materiale colliquativo – purulento (può presentarsi sotto una escara dura che risulta alla palpazione fluttuante), colore marroncino, odore nauseabondo ; i tessuti circostanti presentano segni di flogosi importante;

NECROSI GIALLA: (slough), di consistenza molle e giallastra, esito di una rimozione della necrosi nera, spesso accompagnata da accumuli di fibrina.

FIBRINOSO→ si presenta di colore giallo, rappresentato da una patina, più o meno adesa al fondo di ferita. Diagnosi differenziale: slough, tendine, capsula articolare, fascia muscolare, materiale purulento. Si definisce fondo fibrinoso se la fibrina occupa >50% della superficie totale, al di sotto di questo valore l'approccio alla lesione può essere uguale a quella detersa. (NdR)

DETERSO→ prevale il tessuto di granulazione, di colore rosso. E' l'immagine della ferita acuta, pulita, avviata alla guarigione.

3.3.1.3.4 ESSUDATO

Liquido di produzione patologica che fuoriesce dai tessuti infiammati.

La valutazione della quantità e dell'aspetto determinano il tempo di cambio e la scelta del prodotto di medicazione. L'aumento di essudato può essere indice di aumento della carica batterica locale (vedi capitolo su "Gestione della carica batterica").

Aspetto dell'essudato e odore possono essere di supporto per una corretta diagnosi:

Colore → limpido, verde (pseudomonas), giallo scuro e opalescente (pus), ematico.

Odore → assente, presente (da utilizzo di idrocolloidi, fibrinolitici, proteolitici o per colonizzazione).

3.3.1.4 WOUND BED PREPARATION SCORE (40)

(Modificato (41))

Ossia: approccio clinico integrato alla Lesione Cutanea Cronica.

Considerando le caratteristiche del fondo di ferita e della quantità di essudato, è possibile determinare uno Score che identifica il “bisogno di debridement-pulizia” della lesione in termini di atteggiamento clinico: più è alto lo score, più la nostra attenzione deve essere rivolta a medicazioni con proprietà di “pulizia” e gestione dell’essudato (es: una lesione D 3 avrà necessità di un controllo dell’essudato e un debridement del fondo di ferita) . (NdR)

Aspetto della ferita			
Punteggio	Granulazione	Fibrina	Necrosi
A	100%	-	-
B	50-100%	+	-
C	<50%	+	-
D	Qualunque %	+/-	+

ESSUDATO	
0	Secco, senza essudato, può essere presente la crosta, la garza rimane adesa al fondo
1	Totalmente controllato, quantità nulla-poca, non richiede medicazioni assorbenti oppure la medicazione può stare in sede 1 settimana
2	Parzialmente controllato, quantità moderata, la medicazione può essere cambiata ogni 2-3 giorni
3	Non controllato, ferita iperessudante, richiesto un cambio di medicazioni assorbenti 1 o più volte al giorno

3.3.2 WOUND BED PREPARATION (PREPARAZIONE DEL LETTO DI FERITA) (42)

Per W.B.P. si intende:

“ La gestione globale e coordinata della lesione volta ad accelerare i processi endogeni di guarigione ma anche a promuovere l’efficacia di altre misure terapeutiche.” (40) (43)

La W.B.P. si compone di:

- Gestione della carica necrotica
- Gestione della carica batterica
- Gestione dell’essudato/trasudato
- Correzione del microambiente biologico

FASE CLINICA	INTERVENTO
Gestione della carica necrotica	Debridement: Chirurgico (di elezione) Meccanico Osmotico Enzimatico Larve
Gestione della carica batterica	Detersione Antisepsi
Gestione dell’essudato/trasudato	Medicazioni avanzate Elastocompressione
Correzione del microambiente biologico (cellule fenotipicamente alterate)	Fattori di crescita MMPs inibitori Terapia cellulare e genica

3.3.2.1 GESTIONE DELLA CARICA NECROTICA (DETERSIONE – DEBRIDEMENT)

Definizione di carica necrotica: tessuto necrotico, batteri, tossine batteriche, essudato e residui di medicazione.

Debridement: rimozione della carica necrotica al fine di predisporre la ferita alla guarigione.

Il razionale per la rimozione della carica necrotica è:

- Rimuovere un terreno favorente l'infezione
- Facilitare la riparazione tissutale
- Aiutare la valutazione della profondità della ferita
[Linee Guida EPUAP, Ev. C]

La presenza di una area di tessuto necrotico sulla superficie della lesione la definisce NECROTICA e l'approccio terapeutico sarà indirizzato primariamente alla sua rimozione.

Il processo di debridement deve essere prolungato nel tempo, anche in assenza di tessuto necrotico evidente, poiché nelle lesioni croniche esistono fattori legati alle patologie sottostanti che alimentano la carica necrotica (fase infiammatoria prolungata) e automantengono l'ulcera (debridement di mantenimento).

Su questo principio è possibile proseguire fino alla guarigione con medicazioni idrocolloidali, idrogeli o collagenasi anche in lesioni con fondo ormai deterso se, alla sospensione del presidio di medicazione con attività di debridement, si osserva una ripresa della carica necrotica, evidenziata con impacco di fibrina. L'aspetto clinico del tessuto devitalizzato varia in consistenza e colore (vedi capitolo sulla lettura della ferita).

Le tecniche di debridement si possono suddividere in:

Primaria, irrigazione o detersione della lesione, eseguita dall'operatore in un'unica fase;

Secondaria, chirurgica o con l'ausilio di prodotti di medicazione, osmotica, autolitica, enzimatica.

3.3.2.1.1 IRRIGAZIONE (detersione)

Rappresenta il primo approccio al debridement. Avviene per mezzo dell'operatore ad ogni cambio di medicazione.

Corrisponde alla definizione di detersione propriamente detta.

Detergere le ulcere in base alle necessità con acqua corrente o con acqua potabile o con soluzione salina.

EPUAP (1998) Ev. [C]

Il proposito della detersione è quello di allontanare dalla lesione detriti cellulari, residui della precedente medicazione, batteri, filamenti di fibrina ed essudato.

E' indicato irrigare abbondantemente con soluzione a temperatura compresa fra i 35°-37° per non ritardare i processi riparativi e non provocare sensazioni dolorose.

Gli antisettici in soluzione, non dovrebbero essere utilizzati per detergere le ulcere: l'antisettico esplica la sua azione in proporzione al tempo di permanenza sulla lesione. (45)

L'acqua ossigenata non dovrebbe essere utilizzata per detergere in quanto è irritante, lesiva e provoca dolore; può tuttavia essere utile per la sua azione meccanica di distacco di particelle necrotiche dal fondo di ferita se utilizzata come primo approccio in caso di lesioni cavitari in presenza di materiale purulento o colliquativo.

Utile un lavaggio secondario con soluzione acquosa al fine di asportare i residui di materiale necrotico distaccati con il primo passaggio di acqua ossigenata.

L'utilizzo ripetuto può determinare una sofferenza tissutale con rallentamento dei processi riparativi.

3.3.2.1.2 DEBRIDEMENT CHIRURGICO

La Rimozione dei tessuti necrotici dal fondo di ferita con un atto chirurgico va eseguita sempre e come primo intervento. Considerare le condizioni generali del paziente (terminalità e dolore). La tecnica chirurgica, per la sua azione rapida, previene la sepsi e garantisce una miglior gestione della carica necrotica.

Unica eccezione è la necrosi del tallone che vede come intervento di elezione l'utilizzo di iodopovidone soluzione in impacco (ogni 12-24 ore) fino all'essiccamento. (5),(13)

Indicazioni al Debridement Chirurgico

1. Urgente in caso di necrosi settica con infezione e cellulite satellite;
2. Compatibilmente con le condizioni generali del paziente;
3. Nei pazienti terminali è necessario valutarne l'aspettativa di vita e limitare allo stretto necessario tali interventi; praticare una finestra centrale alla necrosi per drenare il materiale colliquativo;
4. Va eseguita con tecnica esangue;
5. In lesioni ampie la necresectomia deve essere fatta in più fasi;
6. La necrosi deve essere rimossa centralmente lasciando una parte di essa sul bordo per evitare di intaccare i tessuti ancora vitali;
7. In caso di sintomatologia algica già presente, prevedere terapia analgesica 30-60 min. prima dell'intervento e l'utilizzo eventuale di anestetici locali;
8. Prevedere copertura antibiotica sistemica (da iniziare due giorni prima dell'intervento) in caso di segni di flogosi locali, in necrosi estese ed in pazienti defedati, per la durata di almeno 10gg.;
9. In seguito all'asportazione medicare con antisettici per almeno 5-7 giorni;
10. La tecnica chirurgica è di competenza del medico o specialista esperto;

NB: Il personale infermieristico esperto può avvalersi di questa tecnica solo in casi di estrema urgenza (presenza di necrosi settica ove sia presente host reaction) in assenza di un medico che effettui l'intervento chirurgico nel giro di poche ore. Tale intervento deve comunque essere supportato e avallato dal MMG. (35)

3.3.2.1.3 DEBRIDEMENT OSMOTICO

La iperosmolarità di alcune medicazioni o di preparati a base di zucchero (prep. di Knutson vedi allegato n.9 sui prodotti di medicazione), favoriscono i processi di sbrigliamento delle parti necrotiche.

In particolare il preparato di Knutson ha un elevato potere di debridement, assorbimento dei cattivi odori ed eccellente controllo della carica batterica (a base di iodio → non usare in presenza di sospette colonizzazioni da Pseudomonas).

Indicazione prevalente:

- Lesioni cavarie post debridement chirurgico

3.3.2.1.4 DEBRIDEMENT AUTOLITICO

È un processo naturale che viene favorito dal mantenimento di un ambiente umido.

Le placche idrocolloidali hanno dimostrato di avere attività fibrinolitica; non sono consigliati in caso di escara nera estesa dove la tecnica chirurgica diviene di prima scelta per l'elevato rischio di sepsi (attività lenta delle medicazioni rispetto alla chirurgia).

Gli idrogeli cedono acqua alla lesione favorendo l'autolisi, tale processo ha inizio dopo 24-72 ore. Sconsigliati in lesioni iperessudanti per il rischio di macerazione.

Possono provocare cattivo odore a causa della loro azione.

L'autolisi mediante idrogeli +/- occlusione con idrocolloidi è molto utile nello sbrigliamento di aree di necrosi gialla o piccole aree di necrosi secca se presente dolore e quindi non risulta possibile la tecnica chirurgica.

NB: La massima efficacia di debridement avviene con l'associazione di idrogeli in occlusione con idrocolloidi o pellicole in poliuretano. Tecnica di medicazione peraltro assai rischiosa in quanto causa di imponenti macerazioni o progressione di colonizzazioni sconosciute soprattutto da anaerobi.

Consigliato l'utilizzo di idrocolloidi con argento. Meglio comunque evitare medicazioni occlusive in lesioni francamente colonizzate. (Escare fluttuanti con cute perilesionale sospetta per invasione sistemica)

3.3.2.1.5 DEBRIDEMENT ENZIMATICO

Vengono impiegati enzimi (collagenasi) di origine batterica, animale o vegetale, in commercio sottoforma di pomate.

La loro azione (proteolitica) si basa sulla rottura dei ponti di collagene denaturato, facilitando la rimozione dei frammenti di necrosi.

Vanno applicati per impacco sulla lesione e sostituiti ogni 8-12 ore (Collagenasi+Cloramfenicolo, pomata precostituita in cui occorre tenere presente l'emivita dell'antibiotico se si decide per il suo utilizzo) o 12-24 ore (Collagenasi).

Vengono inattivati da agenti ossidanti (H₂O₂), essiccamento ed acidità locale (iodopovidone); è quindi utile una medicazione secondaria non aderente (garza grassa) anche per ridurne il traumatismo alla rimozione.(5)

SCHEMA RIASSUNTIVO DELLE OPZIONI TERAPEUTICHE

DEBRIDEMENT	TIPO DI INTERVENTO	CHI ESEGUE	COME-QUANDO
IRRIGAZIONE	PRIMARIO	OPERATORE	Sempre, con acqua potabile o fisiologica a 35° -37° a cascata
CHIRURGICO	SECONDARIO	MEDICO	Sempre, in caso di escara, tranne escara del tallone non fluttuante
OSMOTICO	SECONDARIO	MEDICAZIONI	Sostanze ipertoniche (prep.Knutson)
AUTOLITICO	SECONDARIO	MEDICAZIONI	Idrogel Idrocolloidi
ENZIMATICO	SECONDARIO	MEDICAZIONI	Collagenasi

3.3.2.2 GESTIONE DELLA CARICA BATTERICA

Ha il significato di contenere la presenza di batteri sulla ferita evitando una crescita che porterebbe ad un danno della lesione e quindi del paziente. Il trattamento in quest'ottica non deve essere troppo aggressivo.

Secondo alcuni autori la presenza di batteri sul letto di ferita (soprattutto i G-) favorirebbe i processi di riparazione, comportandosi questi come "spazzini" e quindi garantendo un certo grado di debridement. (46),(47)

Ridurre il rischio di infezione e promuovere la riparazione tissutale mediante:

- Lavaggio delle mani
- Debridement
- Detersione dell'ulcera

(Evidenza A)(35)

Classificazione del fondo della ferita secondo la carica batterica presente.

In corsivo **rosso** i segni clinici di colonizzazione secondo Kutting ed Harding

STATO	CARATTERISTICHE	SINTOMI - SEGNI	INTERVENTO
CONTAMINATO	Presenza di batteri senza replicazione	Nessuno	Nessuno
COLONIZZATO	Replicazione batterica con danno locale	Presenza di 1 o + segni - <i>essudazione purulenta</i> - <i>aumento essudazione ma non purulenta</i> - <i>allargamento dell'ulcera</i> - <i>arresto della riparazione</i> - <i>fragilità e facilità al sanguinamento del fondo di ferita</i> - <i>aumento del dolore</i> - <i>odore nauseante</i> - <i>colore verdastro (Pseudomonas)</i>	Terapia locale con antisettici
CRITICAMENTE COLONIZZATO	Replicazione batterica con - danno locale - estensione ai tessuti circostanti	Segni della colonizzazione + linfangite satellite e/o cellulite satellite	Terapia locale con antisettici + ATB sistemici nei paz. Defedati
INFETTO	Replicazione batterica con - danno locale - reazione sistemica	LOCALI (colonizzazione) + SISTEMICI: ipertermia, tachicardia, shock, disidratazione, confusione Iperglicemia (da valutare soprattutto nei pazienti diabetici)	Terapia locale con antisettici + ATB sistemici SEMPRE

NOTA BENE:

Una lesione detersa che presenta un arresto della riparazione da più di 6 settimane, anche senza evidenti segni clinici, può definirsi colonizzata (equilibrio tra quello che l'organismo produce e il batterio distrugge). (48)

La diagnosi di colonizzazione è clinica sulla base di uno o più segni o sintomi (vedi schema precedente).

La presenza contemporanea di tre segni o sintomi clinici indica una colonizzazione certa. La presenza di solo un segno o sintomo deve far porre da subito il sospetto e procedere al trattamento locale immediato con antisettici. (39),(5)

Occorre particolare attenzione agli stati di immunodepressione (anche iatrogena) in quanto possono mascherare i segni clinici di colonizzazione o infezione.

Un continuo monitoraggio del paziente risulta fondamentale ponendo particolare attenzione ai fattori locali e sistemici di aumentato rischio di colonizzazione:

- Ridotta perfusione
- Estensione e profondità della lesione
- Cronicità dell'ulcera
- Presenza di tessuto necrotico
- Corpi estranei
- Disordini metabolici / Diabete Mellito
- Abuso di alcool e fumo
- Farmaci corticosteroidi ed immunosoppressori (49)

3.3.2.2.1 ANTISEPSI: ANTISETTICO – ANTIBIOTICO LOCALE**3.3.2.2.1.1 Il Tampone Cutaneo**

L'utilizzo di esami colturali a scopo diagnostico non è significativo in quanto si possono avere risultati positivi anche in assenza di segni clinici, nei quali casi non risulta necessaria una terapia antisettica o antibiotica. (42) (Evidenza C) (35)

E' stato dimostrato che la conta batterica varia considerevolmente da un punto all'altro della lesione. Il numero di batteri è in continuo cambiamento e un singolo campione biologico non è in grado di precisare se essi sono in crescita o in diminuzione. (50)

E' consigliato come supporto per una terapia mirata in caso di lesioni difficili che persistono da tempo senza segni di riparazione o come strumento per studi clinici.

(vedi ALLEGATO 7)

3.3.2.2.1.2 Antisettici

L'utilizzo di antisettici locali deve essere effettuato fino a regressione dei sintomi e riattivazione dei processi riparativi.

Il significato clinico di ogni potenziale danno da parte dell'antisettico al tessuto di granulazione è molto controverso e deve essere pesato alla luce della risposta clinica della lesione. Alcuni lavori dimostrano che l'utilizzo protratto di iodio (fino a 18 mesi) non riduce le potenzialità di riparazione del tessuto di granulazione. (51)

Raccomandazioni

- In presenza di colonizzazione, colonizzazione critica e infezione.
- In presenza di necrosi nera o gialla, di esposizioni tendinee, articolari ed ossee in cui il rischio di colonizzazione e quindi di infezione è molto elevato proprio per le caratteristiche di questi tessuti.
- In presenza di necrosi utilizzare antisettici locali fino alla rimozione chirurgica della stessa (intervento di elezione).
- Nella stimolazione della riparazione di lesioni croniche refrattarie a precedenti trattamenti. (49)

Requisiti fondamentali di un antisettico

- non irritante per i tessuti
- facilità di applicazione
- attività prolungata nel tempo
- compatibilità con altre sostanze

L'utilizzo di antisettici in formulazione liquida non ha nessun significato in termini di riduzione della carica batterica se usati per irrigazione in quanto la loro azione è proporzionale al tempo di permanenza sulla lesione, in questo caso troppo breve. (45)

ECCEZIONE: lo iodopovidone in formulazione liquida trova utilizzo, come medicazione ad impacco, nelle necrosi del tallone. E' utile per la gestione della cute perilesionale o interdigitale del piede soprattutto nei pazienti diabetici, in quanto garantisce una doppia azione agendo come antimicotico e antibatterico.

Antisettici consigliati**IODATI**

Iodopovidone soluzione e garza, potere antimicotico, antibatterico, essiccante; consigliato in caso di escara al tallone, lesioni colonizzate, per toccature in caso di micosi.

Non usare in presenza di Pseudomonas.

Non utilizzare in associazione con collagenasi in quanto il pH acido ne annulla l'effetto.

CLOREXIDINA

Elevata attività antibatterica

ARGENTO

In diverse formulazioni risulta uno dei più antichi e potenti antimicrobici a largo spettro.

NB: Eosina e Mercurio cromo non sono antisettici. Evitare il loro utilizzo sulle lesioni e/o la cute perilesionale in quanto provocano essiccamento ed impediscono, a causa del loro potere colorante, di vedere il reale colore dei tessuti (irritazioni, escoriazioni, ischemia).

3.3.2.2.1.3 Antibiotici locali

L'antibiotico applicato localmente non raggiunge le concentrazioni utili a svolgere l'azione battericida a causa della diluizione da parte dell'essudato.

I rischi di tossicità, sensibilizzazione cutanea e resistenza batterica correlati all'antibiotico topico, superano di gran lunga i potenziali benefici di questi farmaci nel trattamento della colonizzazione/infezione.

Gli antisettici agiscono con meccanismi biologici multipli suggerendo una minor probabilità di sviluppo delle resistenze. (52)

In caso si scelga di applicare un antibiotico locale, considerare

- Effetto di primo passaggio epatico
- Presenza di essudato (l'iperessudazione ha effetto lavaggio rimuovendo l'atb in polvere o liquido)
- Stato della cute perilesionale (risultano essere maggiormente irritanti degli antisettici)
- Grado di infiammazione locale
- Tolleranza individuale locale

Sono da preferire prodotti su base cremosa, avendo l'accortezza di

- Interporre una garza grassa non aderente fra il prodotto e le garze in cotone (evita l'assorbimento della pomata da parte della garza in cotone)
- Non utilizzare in caso di iperessudazione
- Utilizzare con i giusti tempi di cambio dati dall'azione dell'antibiotico (es. Cloramfenicolo 6-8 h)

**SCHEMA RIASSUNTIVO DELLE OPZIONI TERAPEUTICHE
In lesioni colonizzate**

TESSUTI	ESSUDATO	PRODOTTO
NECROSI	1-2-3	- DEBRIDEMENT CHIRURGICO - PREP. KNUTSON (LdD CAVITARIE) - GARZE IODATE - +/- VASELINATA + CARBONE ATTIVO & ARGENTO
NECROSI DEL TALLONE	1 2-3	- IODOPOVIDONE SOLUZIONE IMPACCO - GARZE IODATE IN ATTESA DELLA CHIRURGIA (URGENTE SE FLUTTUAZIONE DELL'ESCARA)
FIBRINA-GRANULAZIONE	1	- IDROGEL + GARZE IODATE - +/-IDROGEL + VASELINATA +/- CARBONE ATTIVO & ARGENTO - SULFADIAZINA D'ARGENTO + GARZA VASELINATA - IDROCOLLOIDE CON ARGENTO

	2-3	<ul style="list-style-type: none"> -GARZE IODATE +/- CARBONE ATTIVO & ARGENTO -SULFADIAZINA D'ARGENTO LIPIDOCOLLOIDALE -SCHIUMA DI POLIURETANO CON ARGENTO
TUTTI	1-2-3 VERDE PSEUDOMONAS	-USARE SOLO MEDICAZIONI CON ARGENTO

3.3.2.3 GESTIONE DELL'ESSUDATO

Le ulcere sono croniche in quanto il sistema di riparazione è bloccato ad uno stadio intermedio caratterizzato da "infiammazione inefficace".

Infiammazione cronica = continua produzione di essudato per richiamo di liquidi (TUMOR, DOLOR, CALOR...).

La quantità e le caratteristiche dell'essudato presente sulla lesione determinano la scelta e il tempo di cambio della medicazione.

L'eccesso o l'assenza di essudato sul fondo di ferita sono due elementi che rallentano e/o arrestano i processi di cicatrizzazione.

Il nostro obiettivo è il mantenimento DELL'AMBIENTE UMIDO.

L'aumento della quantità di essudato, anche se di aspetto sieroso, nel giro di poche ore deve far porre sospetto di colonizzazione, quindi la scelta del prodotto sarà basata su una attenta analisi dell'ulcera e delle sue caratteristiche. In questo caso è consigliato l'uso di antisettici fino a risoluzione del quadro.

Lesione con essudato medio -2- o abbondante -3-

utilizzo di schiume in poliuretano, alginati, (riduzione dell'essudato), essiccanti (iodopovidone);

Lesione con essudato nulla o scarso -1-

utilizzo di idrocolloidi, idrogel, film in poliuretano, garze grasse (aumento dell'umidità del fondo di ferita).

ESSUDATO	ASPETTO	TESSUTI	PRODOTTO
1	SIEROSO	GRANULEGGIANTE	<ul style="list-style-type: none"> - GARZA VASELINATA - IDROCOLLOIDI - FILM POLIURETANO - IDROGEL + G. VASELINATA - ALGINATI + G. VASELINATA
1		NECROSI	<ul style="list-style-type: none"> - DEBRIDEMENT CHIRURGICO - ANTISETTICI (IN ATTESA)
2 – 3	SIEROSO	GRANULEGGIANTE FIBRINA	<ul style="list-style-type: none"> - ABBONDANTE DETERSIONE - ALGINATO - SCHIUMA POLIURETANO - VALUTARE ANTISETTICI
2 – 3	EMATICO	GRANULEGGIANTE FIBRINA	<ul style="list-style-type: none"> - ABBONDANTE DETERSIONE - ALGINATO - COLLAGENE IN TAVOLETTE O SPRAY
2 - 3	PURULENTO	GRANULEGGIANTE FIBRINA NECROSI	<ul style="list-style-type: none"> - ABBONDANTE DETERSIONE - GARZE IODATE - CARBONE ATTIVO & ARGENTO - PREP. KNUTSON

3.3.2.4 CORREZIONE MICROAMBIENTE BIOLOGICO

Altro elemento importante che determina ostacolo alla riparazione è costituito da alterazioni fenotipiche delle cellule. E' stato infatti dimostrato che i fibroblasti presenti nelle lesioni croniche "invecchiano" precocemente(53) e non rispondono ai fattori di crescita.(40) La presenza di tali cellule alterate in sede di lesione può essere definita con il termine di "carica cellulare".

Sul letto di ferita, si accumulano molecole di derivazione ematica (le più rappresentate sono il fibrinogeno, fibrina e alfa2macroglobulina) che rallentano/annullano l'attività dei fattori di crescita inibendo la riparazione tissutale.

La correzione del microambiente avviene quindi eliminando macromolecole e cellule alterate.

Nelle lesioni non healing, una possibile opzione terapeutica, dopo adeguata gestione della carica batterica, potrebbe essere l'utilizzo di collagene eterologo. Questo agirebbe come stimolo alla proliferazione fibroblastica selezionando le linee cellulari più efficaci. (54)

3.3.3 MEDICARE

3.3.3.1 MEDICAZIONE TRADIZIONALE E AVANZATA: UN CONCETTO

La classificazione dei prodotti secondo il concetto di tradizionali e avanzate si può ritenere superata. Il concetto di medicazione avanzata nasce nel 1969 con G. Winter, secondo cui la medicazione deve garantire una protezione dall'esterno mantenendo un ambiente umido sulla superficie della lesione. La scelta del prodotto di medicazione deve essere fatta tenendo conto delle caratteristiche della lesione (lettura della ferita), dei prodotti di medicazione e dalle caratteristiche ed esigenze del paziente visto nella sua globalità (compensazione degli squilibri metabolici e circolatori sistemici).

3.3.3.2 SCELTA DELLA MEDICAZIONE (ALLEGATI 8,9,10)

La scelta della medicazione deve tener conto della fase in cui si trova la lesione e delle sue **caratteristiche**: sede, dimensioni, tessuti, presenza di infezione, essudato.

Ambiente: le lesioni croniche sono per definizione ipossiche(55), situazione dovuta a fattori locali e generali. Quindi nella LdD l'obiettivo principe è favorire l'ossigenazione decomprimendo la sede dell'ulcera per quanto riguarda l'approccio locale e compensare le patologie generali.

Mantenimento dell'ambiente umido: i processi riparativi e la proliferazione cellulare sono facilitate dalla presenza di umidità. Il contrario, e quindi la secchezza, determina un arresto o rallentamento della riparazione e può essere causa di insorgenza o aumento della sintomatologia algica.

La temperatura: fattore assoluto per i processi di proliferazione cellulare è la temperatura compresa tra i 35 e 37 gradi.

Tecniche che contrastano questo fattore sono: temperatura del liquido utilizzato per la detersione inferiore a 35°, ferite esposte all'aria, cambi di medicazione troppo frequenti (l'abbassamento della temperatura arresta i processi di riepitelizzazione fino a 12-24 ore).

Temperature fredde ed esposizione prolungata all'aria possono determinare importante sintomatologia algica.

Le caratteristiche della medicazione "ideale"

- Mantenimento del microambiente umido
- Rimozione di essudato e tessuti necrotici
- Permeabile ai gas
- Isolante termico
- Protezione dalle infezioni
- Atraumatica al cambio
- Maneggevolezza
- Basso costo
- Permettere tempi di cambio più lunghi
- Buona tollerabilità del paziente

TRATTAMENTO DEL PRIMO STADIO

Il trattamento del PRIMO STADIO ha come obiettivo la redistribuzione del carico.

Ci si può avvalere del supporto di alcuni prodotti, in un'ottica di arresto della progressione a stadi più profondi:

- creme emollienti ed idratanti per migliorare l'elasticità della pelle e ripristinare il mantello idrolipidico;
- film di poliuretano per ridurre le forze di stiramento e la trazione sulla porzione interessata;
- evitare l'utilizzo di medicazioni (garze in più strati, idrocolloidi spessi) che a causa dello spessore aumenterebbero la pressione di carico locale (compressioni eccentriche).

TRATTAMENTO DEL SECONDO STADIO

Il SECONDO STADIO della classificazione EPUAP, è caratterizzato da un'ulcera superficiale che si manifesta clinicamente come una abrasione od una bolla.

MANIFESTAZIONE CLINICA	TRATTAMENTO	LA PRESENZA DI FIBRINA ADESA AL FONDO DI LESIONE PUO' ESSERE TRATTATA CON COLLAGENASI, IDROCOLLOIDI IN GEL+ARGENTO, IDROCOLLOIDE
ABRASIONE	Idrocolloidi, film di poliuretano, garze vaselinate o garze iodate, gel idrocolloidale + argento	
BOLLA	- Bucare la bolla lasciando fuoriuscire l'essudato - Lasciare la cupola, adagiandola sulla lesione - Trattare come sopra	

NB: In presenza di segni o sintomi di colonizzazione batterica clinica critica o meno, comportarsi secondo WBP prediligendo la gestione della carica batterica.

3.3.3.3 RACCOMANDAZIONI

L'adozione di alcuni accorgimenti sulla scelta ed utilizzo dei materiali di medicazioni può essere fondamentale per la razionalizzazione ed ottimizzazione della spesa, garantendo quindi un miglioramento della qualità del servizio.

Spesso, il maggior spreco si osserva sui materiali di medicazioni di supporto (garze, bende, cerotti) aumentando così la spesa sanitaria a discapito, a volte, dei materiali di medicazione avanzati.

Materiali evitabili:

BENDA ORLATA	Poco pratica, non conformabile, assai poco contenitiva
GARZA 10 X 10	Rilasciano fibre di cotone nella lesione Poco adattabile alle varie dimensioni della lesione
IDOPOVIDONE POMATA	Scarso significato se non nel preparato di Knutson. Necessità di copertura con garza grassa per rimanere in situ quindi meglio la garza di iodopovidone.
MERCURO CROMO - EOSINA	Non dimostrata attività antibatterica, coloranti non permettono di visionare la lesione e la cute perilesionale, essiccanti
ANTISETTICI IN SOLUZIONE	Inutili nella fase di detersione. Scarsa efficacia se utilizzati in impacco Utili nel trattamento di micosi su cute perilesionale (iodio)
ANTIBIOTICI IN SOLUZIONE	Scarsa efficacia Sensibilizzanti
ANTIBIOTICI IN POMATA	Utili in situazioni selezionate Buoni risultati nel trattamento della cute perilesionale (gentamicina)

La benda autoadesiva elastica può essere un valido supporto ma deve essere scelta della altezza giusta per la parte dove verrà applicata (standard h:12 cm per gli arti inferiori e h:4 cm per le dita) e sono sufficienti pochi giri. Più è alto il numero di giri, maggiore è la pressione esercitata aumentando di conseguenza l'ipossia locale (fattore predisponente la comparsa/peggioramento della lesione).

Le bende elastiche devono essere posizionate correttamente altrimenti causano più danni che benefici...

L'utilizzo di garze sterili trova un razionale nella copertura diretta della lesione, ma se si vuole aumentare lo strato assorbente sono sufficienti le garze non sterili.

La scelta del cerotto di fissaggio deve essere fatta in base alla capacità di utilizzo del paz o del care giver. Considerare le tre possibilità: benda autoadesiva elastica, cerotto di carta, benda adesiva streth o non stretch.

Ridurre il più possibile la superficie di contatto del presidio con collanti sulla cute sana.

Ogni crema, gel o pomata deve essere coperta prima di tutto con garza vaselinata e quindi con garze in cotone altrimenti il prodotto di medicazione viene assorbito nella garza e si riduce la sua efficacia, inoltre si rischia l'essiccamento del fondo di ferita.

3.3.3.4 SUGGERIMENTI PER UNA BUONA GESTIONE DELLE RISORSE

La quantità di materiale fornito al paz. deve essere calcolato in base alle sue effettive necessità: numero e grandezza delle lesioni, stadio, sede, numero di cambi al giorno.

Una fornitura di materiale che non varia con il passare dei mesi denota una mal gestione della situazione in quanto una lesione o peggiora o migliora, se rimane stazionaria si impone una rivalutazione del caso.

Prescrizioni a carico del MMG (modalità A, allegato 8) :
RIVALUTARE LA SITUAZIONE CLINICA DI MESE IN MESE
(le prescrizioni vanno infatti rinnovate mensilmente)

Fornitura diretta in regime ADI:
RIVALUTARE LA FORNITURA DEL MATERIALE OGNI 15 GG IN EQUIPE (MMG + Inf.)
La risposta clinica efficace è evidenziabile in 15 gg pertanto, se allo scadere di tale periodo, la situazione non cambia si impone una revisione terapeutica (rarissime sono le eccezioni e relative ad alcuni prodotti e situazioni cliniche)

Fornitura secondo prescrizione specialistica (modalità b, allegato 8)
Allo scadere del 6 mese di trattamento, si impone una rivalutazione dello specialista prescrittore (D.G.R. 135 – 721/2000), è possibile richiedere una valutazione da parte degli specialisti dipendenti o convenzionati ASL.

3.3.4 GESTIONE DEL DOLORE DI FERITA

Il dolore è un sintomo estremamente frequente in tutte le manifestazioni cliniche dell'ulcera cutanea, rappresentando una complicanza molto temuta. (56)

La scelta del trattamento non può prescindere dalla qualità e dall'intensità del dolore, dallo stadio dell'ulcera e dallo stato psichico del paziente.

Il sintomo dolore, ha origini diverse se consideriamo tre diversi punti di vista: (59)

la lesione (soprattutto negli stadi più superficiali dove le terminazioni nervose sono ancora presenti);

la complicanza della lesione, (la colonizzazione batterica);

la tecnica di medicazione, quindi la mano dell'operatore e la scelta del prodotto di medicazione.

ATRAUMATICO PER:

LA LESIONE: rispettare la fisiologia della cicatrizzazione evitando il danneggiamento dell'orlo di riepitelizzazione e/o del tessuto di granulazione. (58)

IL MALATO: rispettare la dignità del paziente, i suoi bisogni e, non ultimo, evitando la vasocostrizione adrenergica da dolore che causa ipossia tissutale.

Valutazione del dolore (44),(35)

La valutazione del dolore mediante una Scala Numerica (NRS) da 0 a 10, permette di uniformare il linguaggio fra gli operatori e comprendere al meglio la sensazione soggettiva del paziente attenuando le distorsioni dovute agli aspetti psicologici che influenzano la percezione e la soglia del dolore come ansie, paure, depressione ed insonnia. Vi sono raccomandazioni di standard di cura, che provengono da società scientifiche ed agenzie governative, che richiedono l'introduzione nella documentazione clinica dell'intensità del dolore per mezzo di scale numeriche da 0 a 10. (57)

La scala NRS può essere presentata al paziente con una semplice domanda: “

Considerando una scala da 0 a 10, in cui a 0 corrisponde l'assenza di dolore e a 10 il massimo dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?”

3.3.4.1 SUGGERIMENTI PER IL TRATTAMENTO LOCALE

Entrare in contatto con la persona ricercando un dialogo e una buona compliance.

Cercare una posizione comoda sia per l'operatore che per il paziente.

Stipulare un contratto, dove ognuno si sente libero di esprimere le proprie esigenze, paure e richieste.

L'impiego di strumenti validi di valutazione del dolore è essenziale. L'utilizzo della scala di valutazione numerica può esserci di supporto per classificare il sintomo dolore.

Anche una cute perilesionale alterata può essere causa di dolore.

La rimozione della medicazione è spesso l'operazione più dolorosa. Inumidire con fisiologica o acqua è indispensabile. La rimozione può essere svolta associando lidocaina alla soluzione fisiologica o essere preceduta, su parere medico, da antidolorifici sistemici somministrati prima della medicazione stessa.

La garza molto spesso causa dolore. Utili le garze in TNT in quanto più morbide, si prestano meglio alla rimozione, provocano meno irritazione alla cute perilesionale.

Fra la lesione (+/- creme) e la garza in cotone interporre una garza grassa per evitare che la garza in cotone aderisca alla ferita.

In caso di idrocolloidi o medicazioni con adesivi e collanti, la rimozione deve avvenire delicatamente e in modo tangenziale alla cute.

Provocare un sanguinamento del fondo di ferita altro non provoca che la rottura dei microvasi in formazione che sono deputati a portare nutrimento ed ossigeno ai tessuti.

Se il dolore è il sintomo principale, la fase di detersione può essere evitata per il “bene del paziente”.

Le soluzioni saline possono provocare bruciore: preferire acqua sterile o acqua minerale naturale.

La temperatura della soluzione detergente andrebbe compresa fra i 35°-37°. La sensazione di freddo provocata da una soluzione a temperatura più bassa (in inverno la temperatura ambiente in case non sufficientemente riscaldate), in pazienti con lesioni molto dolenti, potrebbe scatenare sensazioni dolorose importantissime.

Evitare essiccanti (antisettici in soluzione alcolica o a diretto contatto con la lesione).

3.3.4.2 SUGGERIMENTI PER IL TRATTAMENTO GENERALE

In lesioni con componente algica impostare da subito una adeguata terapia del dolore secondo la scala OMS (paracetamolo, FANS, oppioidi deboli e quindi oppioidi forti) ma soprattutto non AL BISOGNO ma piuttosto AD ORARIO verificando nel tempo una copertura nelle 24 ore;

Dosi di antidolorifico sistemico sono utili nei 30 minuti precedenti l'atto della medicazione;

Assicurarsi di garantire una adeguata copertura gastrica e motilità intestinale nei pazienti che utilizzano farmaci antidolorifici a lungo termine o in caso l'indagine anamnestica lo richieda;

Un esame clinico-anamnestico preliminare consente di inquadrare il paziente nella sua globalità, facilitando gli interventi che via via si presentano durante il percorso di assistenza.

3.3.5 TERAPIE COMPLEMENTARI

Nuove e incoraggianti prospettive provengono dall'uso, ancora poco conosciuto, di sostanze che promuovono la crescita e la riparazione tissutale. Sono questi i fattori di crescita di derivazione piastrinica: Plateled Derived Growth Factors (PDGF) che hanno la funzione di promuovere la proliferazione e la chemiotassi dei fibroblasti e dei macrofagi, la deposizione di collagene e la riparazione tissutale.

Esistono prodotti di bioingegneria: sostituti dermici acellulari composti da fibroblasti, sostituti cutanei fonte di citokine e di fattori di crescita anche vascolare.

I sostituti cutanei non funzionano se il letto della ferita non è preparato, pulito e granuleggiante e anch'essi dopo l'applicazione, necessitano di un'adeguata quantità di ossigeno e quindi in genere sono controindicati nel paziente anziano o debilitato.

L'elettroterapia e l'uso di Laser a bassi dosaggi sono proposti come terapie alternative; non ci sono evidenze scientifiche che giustifichino il loro utilizzo routinario.

Si è però dimostrato che la stimolazione elettrica sulle ulcere croniche aumenta la migrazione di neutrofili e macrofagi e stimola la proliferazione dei fibroblasti. Utile soprattutto in lesioni di III e IV stadio. (Validità B) (13)

VAC TERAPIA

La terapia VAC è un sistema computerizzato, non invasivo che agisce con una pressione negativa localizzata e controllata sulla sede della lesione. La pressione applicata sulla lesione è regolata tramite comandi a display tra 50 e 200 mmHg.

Questo sistema di aspirazione continua, applicato sulla lesione con una medicazione oclusiva, favorisce una guarigione in ambiente umido, la riduzione della carica batterica, la riduzione dell'edema perilesionale, favorisce la formazione di tessuto di granulazione grazie allo stimolo all'angiogenesi.

Il suo utilizzo avviene su prescrizione specialistica ed è particolarmente indicato per LdD, deiscenze di ferite chirurgiche, preparazione per innesti e lembi cutanei.

E' controindicato in pazienti con arteriopatia, osteomieliti non trattate, lesioni cutanee tumorali, presenza di tessuto necrotico sul fondo di lesione.

3.3.6 APPROCCIO AL PAZIENTE TERMINALE

Alla base della prevenzione e della cura delle lesioni da pressione, come abbiamo già visto, ci sono due concetti fondamentali, le condizioni generali e la mobilizzazione.

Ma come intervenire su di un paziente in cui per definizione le condizioni generali sono deficitarie?

L'obiettivo diviene non la guarigione ma la cura, vissuta dalla equipe in termini olistici, dove al centro viene posto il malato e la sua dignità di uomo.

Si tratta di pazienti ad alto rischio infettivo per riduzione delle difese immunitarie, con estremo rallentamento della riparazione tissutale per carenza dei substrati principali: iponutrizione e disidratazione dominano un quadro clinico in cui dolore e sofferenza psichica fanno da padroni.

Su queste basi si sviluppa il concetto di "cura palliativa della piaga"⁽⁶⁰⁾: prevenzione della colonizzazione batterica locale e della sepsi, attenuazione della sintomatologia dolorosa.

La mobilizzazione come intervento primario nella prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione, diviene nel paziente terminale, un atto strettamente dipendente dalla sua compliance in relazione al dolore dovuto alla patologia di base.

La medicazione locale deve essere eseguita scegliendo un antisettico a lento rilascio affinché possa rimanere in sede di lesione più tempo possibile, evitando il dolore da medicazione. In casi estremi e nelle ultime fasi della vita del paziente, la medicazione locale viene quasi completamente evitata.

L'antibioticoterapia, praticata esclusivamente per via sistemica, rappresenta un utile supporto in termini di prevenzione dello shock settico, evento tutt'altro che raro e che conduce rapidamente ad un decesso che certamente non rispetta quei parametri di dignità assunti come fondamento nell'approccio al malato terminale.

In presenza di escare con presenza di fluttuazione, la toeletta chirurgica è indicata esclusivamente per permettere il drenaggio del materiale colliquativo sottostante.

3.3.7 SCHEDA VULNOLOGICA DI RACCOLTA DATI

Al fine di raccogliere ed ordinare le informazioni cliniche del paziente in carico, è opportuno utilizzare uno strumento cartaceo uniformato che serva da guida per l'operatore.

L'importanza di avere una cartella specifica è sottolineata da vari dati di letteratura.

Il gruppo che ha redatto le Linee di Indirizzo ha seguito un percorso di messa a punto dello strumento in questione, che dura da tre anni giungendo alla stesura del documento che si propone in ALLEGATO 11. (37), (41)

Questo supporto cartaceo non costituisce solo una base per la raccolta dei dati ma un vero e proprio momento di incontro e di crescita all'interno del quale confrontarsi. Medici ed Infermieri, pur con percorsi formativi differenti, si portano sullo stesso piano comunicativo, grazie ad un vero e proprio dizionario terminologico e di atti tecnici, stilato al fine di dar vita ad una sorta di standard di esecuzione.