

INDICE

1. SCOPO	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3. RESPONSABILITÀ	3
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	3
5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	3
6. ARCHIVIAZIONE	4
7. RIFERIMENTI EBM	4
8. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI	4
9. DESTINATARI	4
10. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	4
11. EZIOPATOGENESI	4
12. CLASSIFICAZIONI DELLE LESIONI DA DECUBITO	5
11.1. <i>Classificazione morfologica</i>	5
11.2. <i>Classificazione clinica</i>	5
11.3. <i>Classificazione secondo colore</i>	6
11.4. <i>Classificazione secondo l'aspetto</i>	6
11.5. <i>Classificazione secondo l'essudato</i>	6
11.6. <i>Misurazione della lesione</i>	7
13. LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO	8
12.1. <i>Igiene cutanea</i>	9
12.2. <i>Detergenti</i>	10
12.3. <i>Saponi</i>	10
12.4. <i>Oli da bagno</i>	10
12.5. <i>Emollienti</i>	11
12.6. <i>Detersione della lesione</i>	11
12.7. <i>Mobilizzazione</i>	11
12.8. <i>Presidi di supporto</i>	12
12.9. <i>Materassi in schiuma</i>	12
12.10. <i>Materassi statici</i>	12
12.11. <i>Sovramaterassi statici ad aria</i>	12
12.12. <i>Sovramaterassi dinamici ad aria</i>	13
12.13. <i>Sovramaterassi a gel o ad acqua</i>	13
14. LA NUTRIZIONE NELLE LESIONI DA DECUBITO	13
15. LE MEDICAZIONI AVANZATE xxxxxxxxxxxx	15

14.1. <i>Collagene</i>	15
14.2. <i>Pellicole trasparenti (films semipermeabili adesivi)</i>	16
14.3. <i>Medicazione a base di alginato di sodio e/o di calcio</i>	16
14.4. <i>Medicazioni composte</i>	18
16. UTILIZZO DEGLI ANTISETTICI	18
17. SPECIALITA' MEDICINALI COME AUSILII PER LA PREVENZIONE E CURA DELLE LESIONI CUTANEE	18
18. INFORMAZIONI PER LA FAMIGLIA	19
19. INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA	19

REV.	REDATTA DA DS/CI/CFKT		VERIFICATA RQ		APPROVATA DS	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	05.10.2017	//	08.10.2017	//	10.10.2017	//
01	25.09.2022	//	28.09.2022	//	29.09.2022	//
02	26.01.2023	//	28.01.2023	//	01.02.2023	//
03	09.05.2023	<i>Testa Caterina</i>	09.05.2023	<i>Le Polignone Carlo</i>	09.05.2023	<i>Testa Caterina</i>

1. SCOPO

Il presente documento descrive la corretta procedura per prevenire o gestire le lesioni da decubito nel rispetto dei requisiti normativi per garantire la sicurezza del paziente.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alla prevenzione e gestione delle lesioni da decubito rivolte ai pazienti afferenti le cure domiciliari integrate di I, II e III livello.

3. RESPONSABILITÀ

Il responsabile di questa procedura è il coordinatore medico.

Il responsabile di questa procedura è il coordinatore infermieristico.

RUOLO	ATTIVITÀ
Prevenzione e Gestione della piaga	Infermiere
Prescrizione Terapia farmacologica	Medico
Intervento chirurgico	Medico

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore Operativo
- Direttore Tecnico
- Responsabile Formazione
- Responsabile Qualità
- Coordinatore Infermieristico
- Coordinatore Fisioterapisti
- Coordinatore Amministrativo
- Operatori sanitari

5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- DS: Direttore Sanitario
- DO: Direttore Operativo
- DT: Direttore Tecnico
- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità
- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti

6. **ARCHIVIAZIONE**

Il presente documento viene pubblicata sull'Intranet Aziendale

7. **RIFERIMENTI EBM**

Linee guida gruppo di lavoro ASL 3 di Torino

8. **TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI**

Lesione Da Decubito O Da Pressione: una lesione tissutale, con evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, in casi molto gravi, la muscolatura e le ossa.

È la conseguenza di un'elevata e prolungata compressione o di forze di taglio (o stiramento) che causano uno stress meccanico ai tessuti; la compressione dei vasi sanguigni comporta una conseguente alterazione del flusso ematico, ischemia, ipossiemia e ridotto apporto nutritivo con rapida evoluzione verso la formazione di necrosi.

9. **DESTINATARI**

Personale sanitario con l'impresa per la realizzazione del servizio ADI

10. **DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO**

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop boxe; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sitoweb.

Per quanto riguarda la stesura dei documenti del sistema di Gestione per la qualità e l'accreditamento sarà l'ufficio qualità che supporterà i servizi interessati ad elaborare tali procedure. Lo stesso ufficio si occuperà di distribuire per mail alle centrali operative i nuovi documenti e, a loro volta, si occuperanno di farli pervenire a tutti gli operatori.

L'operatore, una volta ricevuto il documento, dovrà scaricarlo il contenuto ed inviare l'ok di avvenuta ricezione alla centrale operativa inviante.

11. **EZIOPATOGENESI**

I fattori generali che possono favorire la formazione di lesioni da decubito sono:

- Alterazioni dello stato di coscienza (obnubilamento del sensorio, coma, etc.)

- Alterazioni delle capacità mentali e del comportamento (demenza, apatia, etc.)
- Alterazioni motorie e della sensibilità (emiplegie, paraplegia, neuropatie, artropatie gravi, fratture e costrizioni in gessi o con trazioni, etc.)
 - Malattie cardiache o respiratorie
 - Eccesso di sedazione farmacologica
 - Obesità o denutrizione
 - Malattie generali debilitanti (diabete, insufficienza renale, avitaminosi, squilibri elettrolitici, ipoproteinemia, etc.)
 - Condizioni di ipossia

12. CLASSIFICAZIONI DELLE LESIONI DA DECUBITO

Esistono diversi tipi di classificazione delle piaghe: **morfologica, clinica e secondo il colore**, l'aspetto, l'essudato.

11.1. CLASSIFICAZIONE MORFOLOGICA

Da un punto di vista **morfologico** (secondo la classificazione EPUAP) sono considerati 4 stadi:

- **Stadio 1:** eritema della cute intatta con limitato edema locale (arrossamento superficiale da compressione vasale e successiva desquamazione non reversibile alla digitopressione); questo fa pensare ad una possibile ulcerazione della cute. Altri segni indicativi dell'imminente insorgenza dell'ulcera possono essere il pallore cutaneo, il calore o l'indurimento.
- **Stadio 2:** lesione a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si presenta clinicamente come un'abrasione (escoriazione), una vescica o una lieve cavità.
- **Stadio 3:** lesione a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo con estensione fino alla fascia muscolare. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può coinvolgere o no il tessuto adiacente.
- **Stadio 4:** lesione a tutto spessore con una distruzione estesa della cute, necrosi tissutale e interessamento di muscoli, talvolta tendini e ossa.

11.2. CLASSIFICAZIONE CLINICA

Da un punto di vista **clinico** è utile classificare le piaghe in rapporto alle condizioni generali del paziente; infatti la profondità, la vastità e l'aspetto della piaga possono essere simili in due malati con destino diverso: se il paziente è anabolico, mangia e si muove, la piaga guarirà in tempi brevi; se il paziente è catabolico e non si muove, non guarirà o guarirà in tempi più lunghi.

La piaga è l'espressione cutanea delle condizioni generali del paziente.

Si distinguono tre gruppi (secondo Nano - Strumia):

1° gruppo: lesioni acute

Sono enormi piastroni necrotici che si riscontrano in pazienti molto gravi e debilitati e che possono avere comparsa rapidissima con necrosi che si manifesta in 36/48 ore.

Generalmente consistono in un'unica grande lesione quasi sempre sacrale accompagnata da altre piccole ulcere, tutte necrotiche, nei vari punti di appoggio.

▪ **2° gruppo: lesioni propriamente dette**

Sono piaghe che si riscontrano in pazienti anziani in precario equilibrio metabolico associato a patologie intercorrenti (scompenso cardiaco, broncopolmonite), conseguenti a giorni di allettamento. In questo breve tempo tali pazienti possono andare incontro a piaghe piccole che compaiono lentamente in sede sacrale e/o calcaneale non sempre con piastrone. Tali piaghe guariscono non appena il paziente ritorna ad essere anabolico e non è più allettato.

▪ **3° gruppo: lesioni croniche**

A questo gruppo appartengono pazienti più che altro anziani, defedati con diverse patologie intercorrenti; quindi il loro trattamento risulta di difficile risoluzione. Tali pazienti hanno inoltre grossi problemi metabolici che portano ad una lenta o impossibile granulazione delle piaghe. Restano in condizione di stallo per mesi e perciò vanno incontro spesso ad osteomielite (26%). Le piaghe compaiono molto numerose in zona sacrale e/o calcaneale.

11.3. CLASSIFICAZIONE SECONDO COLORE

La classificazione secondo **colore** è utile sia come criterio di valutazione sia per il trattamento diretto.

- **Rosso:** indica presenza di tessuto di granulazione pulito e sano. Quando la lesione inizia a cicatrizzare si forma uno strato di colore rosa che in seguito diventa rosso carne.
- **Giallo:** indica presenza di essudato che va eliminato. Può avere un colore giallo biancastro, giallo cremoso o verde giallastro o beige.
- **Nero:** indica la presenza di escara. Essa rallenta la cicatrizzazione e favorisce la proliferazione di microrganismi.
- **Misto:** indica presenza di tessuto di granulazione, di escara, di necrosi, etc.

11.4. CLASSIFICAZIONE SECONDO L'ASPETTO

L'analisi di una lesione implica anche la valutazione della cute perilesionale. È fondamentale esaminare la cute intorno alle lesioni, osservare il colore, sentire la temperatura, osservare se la cute è integra, lesa, umida, particolarmente secca o trasudante. Quando vi è un alone rosso intorno alla lesione vi è la possibilità di un'infezione sottostante. Occorre monitorare l'eventualità di un'infezione conclamata: rossore cutaneo, gonfiore, calore, dolore, essudato, cattivo odore, per un'eventuale terapia antibiotica mirata sistemica.

11.5. CLASSIFICAZIONE SECONDO L'ESSUDATO

L'essudato è da considerarsi un parametro fondamentale per la classificazione nonché la descrizione dei vari stadi della lesione. L'essudato è un liquido sieroso di origine

infiammatoria che può imbibire i tessuti interstiziali lesionati. In base alla presenza e alla quantità dell'essudato le lesioni si dividono in tre gruppi:

▪ **Lesione asciutta:** se le garze della medicazione si presentano asciutte, adese alla ferita e i tessuti circostanti non sono compromessi.

▪ **Lesione umida:** se a 24 ore dalla medicazione le garze sono umide, non adese al fondo e i tessuti circostanti non sono compromessi.

▪ **Lesione iperessudante:** se le garze si presentano costantemente imbibite e i tessuti circostanti mostrano segni di macerazione.

La quantità di essudato influenza soprattutto il tempo di durata della medicazione e la scelta della metodologia più appropriata d'intervento. Più del 95% delle ulcere si localizza sulle prominenze ossee, anche se teoricamente qualsiasi settore cutaneo può esserne interessato. In rapporto alla postura del paziente si evidenziano le seguenti sedi:

- *Posizione seduta: regione del sacro, cresta iliaca, apofisi spinose vertebrali, spina della scapola, nuca*
- *Posizione prona: zigomi, padiglione auricolare, regioni temporali, zone antero-laterali del torace, spina iliaca antero-superiore, ginocchia*
- *Posizione laterale: regione trocanterica, cresta iliaca, ginocchia, malleoli, bordo esterno del piede, spalla, regione scapolare, gomito, padiglioni auricolari, zigomi*
- *Posizione supina: regione sacrale, regioni ischiatiche, zone compresse dal bordo della sedia, da padelle, cuscini, ciambelle, gomito, angoli di sporgenza costale nei cifoscoliotici.*

11.6. MISURAZIONE DELLA LESIONE

È fondamentale per preparare un piano di intervento.

▪ **Lunghezza e ampiezza:** si misurano tracciando una linea da un capo all'altro della lesione. Per rendere la misurazione più accurata è possibile paragonare la lesione al quadrante di un orologio dove le ore 12 corrispondono alla testa del paziente e le ore 6 corrispondono ai suoi piedi (lunghezza). L'ampiezza invece si può misurare prendendo in considerazione i lati opposti del paziente e riferendosi al quadrante dell'orologio le ore 3 e le ore 9. La misurazione è da ripetersi periodicamente per la valutazione della progressione in positivo o in negativo.

▪ **Profondità:** la profondità si può misurare inserendo all'interno della ferita un tampone di cotone (15 cm circa), sterile e flessibile. Si inserisce il tampone all'interno della lesione e si portano l'indice e il pollice a livello della superficie cutanea. Estruendo il tampone e misurando dalle dita alla punta del tampone si ha la profondità della lesione. Ripetere periodicamente tale misurazione per valutare l'evoluzione della piaga.

13. LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO

Il problema delle lesioni da decubito:

- a) va affrontato con misure preventive e cure appropriate;
- b) necessita di interventi integrati soprattutto nel passaggio dal ricovero alle cure extraospedaliere;
- c) comporta gravi disagi per il paziente, prolunga la degenza e aumenta i costi
- d) è un importante indicatore della qualità delle cure verso pazienti con pluripatologie e disabili ed in particolare dell'assistenza
- e) è numericamente rilevante.

Da tali premesse emerge come sia di fondamentale importanza evitare che tale fenomeno si instauri.

Il primo approccio è senza dubbio di tipo preventivo, individuando precocemente quali siano i soggetti a rischio di sviluppo di lesioni da decubito. Affinché la misurazione del rischio di sviluppare una lesione da decubito, o di peggiorare quella in atto, sia eseguita in modo sistematico e oggettivo al momento del ricovero ed ogni qualvolta si modificano le condizioni generali del paziente, è necessario utilizzare le scale di valutazione del rischio ad es. la scala secondo Norton Plus (vedi tabella A).

Per evitare il formarsi delle lesioni da decubito è necessario adottare un'appropriata strategia assistenziale di tipo multidisciplinare, e quindi diventa importante coinvolgere tutto il personale addetto all'assistenza.

La prevenzione deve essere rivolta a modificare, per quanto possibile, i fattori che concorrono allo sviluppo delle lesioni da decubito attraverso:

- a) un'adeguata igiene cutanea,
- b) una riduzione della pressione di schiacciamento,
- c) l'addestramento della famiglia per la gestione del paziente a domicilio,
- d) una buona nutrizione dell'individuo.

Tabella A - Scala di valutazione di Norton Plus

Condizioni generali	Stato mentale	Capacità di camminare	Capacità di muoversi nel letto	Incontinenza	Punteggio A
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
4 buona	4 vigile	4 cammina	4 autonoma	4 assente	
3 mediocre	3 disorientato, apatico	3 cammina solo con appoggio	3 ridotta	3 occasionale, saltuaria	
2 scadente	2 confuso	2 costretto su sedia	2 molto limitata	2 abituale	
1 pessime, molto scadente	1 incosciente	1 costretto a letto	1 immobile	1 doppia	

Punteggio A - si ottiene sommando i punteggi delle colonne precedenti:

>16: basso rischio 16-12: medio rischio <12: alto rischio

Punteggio B - Per determinare l'elemento rischio di LdD verificare anche l'esistenza di:
Diagnosi clinica di diabete

Diagnosi clinica di ipertensione arteriosa

Ematocrito basso (M < 51%); (F < 36%)

Albuminemia < 3.3 G/dl

Temperatura corporea > 37.6°C

Uso di 5 o più farmaci

Modificazione dello stato mentale nelle ultime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargia

Attribuire 1 punto per ciascuna risposta SI

Punteggio complessivo - Si ottiene sottraendo dal punteggio A il punteggio B.
I valori ≤ a 12 indicano un elevato rischio di insorgenza di LdD.

12.1. IGIENE CUTANEA

La cute è provvista di una barriera naturale, costituita da un film idrolipidico. I lavaggi eccessivi possono ridurre questa protezione naturale. È necessario:

- mantenere la cute asciutta e pulita;
- utilizzare acqua tiepida e sapone neutro durante le cure igieniche;
- sciacquare ed asciugare bene, tamponando delicatamente;
- ispezionare almeno una volta al giorno le condizioni della cute, soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee e delle pliche cutanee;
- in caso di disidratazione e rossore della cute, utilizzare creme idratanti, emollienti e oli protettivi;
- controllare che non ci sia la presenza di corpi estranei nel letto e che le lenzuola non siano troppo tese;
- evitare il contatto diretto della pelle con materiali impermeabili;
- non applicare sulla cute talco e non fare frizioni con soluzioni a base di alcool: sgrassano e disidratano;
- non usare antibiotici topici, se non indicati per problemi specifici in quanto possono dare luogo a fenomeni di sensibilizzazione;
- non utilizzare ciambelle: ostacolano l'apporto ematico e provocano danni da compressione e da frizione; spesso l'area che corrisponde al foro della ciambella diventa edematosa e cianotica per l'ostacolo creato alla circolazione;
- non utilizzare il vello di pecora, non modifica la compressione sui tessuti e non assicura una corretta igiene.

La base per una buona gestione della cute fragile nel paziente ipomobile, allettato, critico è una corretta detersione e lavaggio.

È importante il lavaggio della cute perché permette:

- ✓ rimozione delle secrezioni
- ✓ rimozione dello sporco
- ✓ riduzione della carica batterica residente

✓ confort e benessere

La pulizia della pelle deve essere eseguita usando prodotti che non alterino il suo equilibrio naturale

12.2. *DETERGENTI*

Un buon prodotto detergente deve possedere un'azione emolliente. Deve pulire a fondo la pelle senza inaridirla ed irritarla, rispettando quel film idrolipidico che funge da difesa e protezione contro l'attacco degli agenti esterni dannosi.

12.3. *SAPONI*

Si devono **evitare i saponi** perché sono alcalini (pH 9-10) e quindi non rispettano la fisiologica acidità della cute danneggiandola. I saponi in forma solida sono esposti a contaminazione batterica. I bagnoschiuma sono anch'essi lesivi perché sono molto concentrati, schiumogeni, disidratano la cute.

12.4. *OLI DA BAGNO*

Non sono schiumogeni, non alterano la cute, proteggono, svolgono un'azione detergente per assorbimento (le molecole lipofile inglobano lo sporco).

Nel paziente allettato sono difficili da rimuovere e se non rimossi totalmente possono irritare fino a provocare follicolite.

Il prodotto lavante ideale deve possedere le seguenti caratteristiche:

- a) pH 6 o poco superiore
- b) poco schiumoso
- c) non profumato
- d) facile da risciacquare
- e) poco costoso
- f) rispettare le mani dell'operatore.

Il pH della pelle è di 5.5 ma non è necessario utilizzare un detergente acido.

L'eccessiva alcalinità provoca uno stato irritativo, favorisce la crescita della flora residente e l'impianto di batteri. In genere È meglio utilizzare un detergente con pH 6 o poco superiore.

Se si utilizza un prodotto sbagliato, si crea un danno da detersione; all'osservazione la cute ha un aspetto avvizzito, sottile, facile alle screpolature e alle fessurazioni, alla digitopressione presenta piccole increspature, caratteristica questa tipica dei tessuti poveri di acqua. Si può rimediare utilizzando un emolliente.

Attenzione particolare va posta anche all'asciugatura della pelle tamponando delicatamente per evitare la macerazione cutanea e l'instaurarsi di micosi e di infezione da *Corinebacterium* nelle pieghe cutanee.

12.5. EMOLLIENTI

Dopo l'igiene è bene applicare sostanze emollienti ed idratanti. Le sostanze emollienti hanno lo scopo di riequilibrare il deficit lipidico, di ripristinare la funzione barriera e l'idratazione cutanea. Possono essere rappresentate da oli di origine vegetale o animale (es. olio di mandorle, olio di oliva, olio di fegato di merluzzo, olio di vaselina ecc.) o galenici base a uso dermatologico costituiti da vaselina, lanolina, olio di mandorle dolci, in parti uguali.

Raccomandazioni

- a) evitare di applicare sulla cute soluzioni astringenti o a base di alcool poiché causano un'ulteriore riduzione dello strato lipidico e accentuano la disidratazione;
- b) applicare l'emolliente con un lieve massaggio utilizzando i polpastrelli, in senso antiorario allo scopo di garantire l'assorbimento profondo;
- c) evitare il massaggio energetico perché aumenterebbe il trauma meccanico provocando danni irreparabili a livello cutaneo e vascolare;
- d) non utilizzare polveri perché sono irritanti e tendono ad essiccare la cute;
- e) evitare l'utilizzo di paste perché possono aumentare il rischio di macerazione, possono occludere i follicoli dando origine alla follicolite, sono difficili da rimuovere. Se sono utilizzate rimuovere con olio detergente ed eseguire ogni tre giorni una pulizia profonda; possono favorire l'insorgenza della Candida e del Corinebacterium.
- f) evitare l'utilizzo a scopo preventivo dei disinfettanti perché selezionano microrganismi resistenti. Sono potenti batteriostatici, ma molto irritanti.
- g) Non usare disinfettanti colorati perché mascherano il colore reale della cute.

12.6. DETERSIONE DELLA LESIONE

- ✓ rimuovere la precedente medicazione sollevando con delicatezza i bordi adesivi, dopo averli bagnati con soluzione fisiologica o olio;
- ✓ osservare attentamente la lesione, il colore, la quantità di essudato, il suo odore;
- ✓ irrigare la lesione con soluzione fisiologica sterile, usando una siringa a pistone senz'ago o per caduta;
- ✓ asciugare delicatamente i bordi della lesione tamponando con garze sterili.

Non usare per la detersione i disinfettanti come acqua ossigenata, iodopovidone, amuchina, perché:

- Sono tossici per i fibroblasti
- L'acqua ossigenata può provocare embolia gassosa
- Lo iodopovidone può creare problemi tiroidei

12.7. MOBILIZZAZIONE

Ogni malattia o condizione che riduca nel paziente l'abilità di muoversi liberamente aggrava il rischio di insorgenza di lesioni da decubito; per evitare il formarsi delle lesioni da decubito È quindi fondamentale attuare un protocollo di mobilizzazione con adeguato cambio di posture. La mobilizzazione si divide in **attiva assistita e passiva**.

La mobilizzazione è **attiva assistita** quando è svolta dal paziente sotto la guida dell'operatore; è invece **passiva** quando è svolta dall'operatore o da un mezzo meccanico.

Al paziente valutato a rischio di insorgenza di lesioni da decubito deve essere applicato un protocollo personalizzato di cambio di postura, per alternare le zone sottoposte a compressione ed evitare quindi l'ischemia e la necrosi. E' necessario variare la posizione ogni due ore, perché studi effettuati hanno dimostrato che è questo il tempo medio necessario perché si instauri sofferenza cutanea con danni al microcircolo. Lo stesso discorso vale per i pazienti mobilizzati in carrozzina anche se il protocollo deve essere individuale per ogni paziente.

E' necessario ridurre la pressione di schiacciamento attraverso l'adozione di corrette posizioni, effettuando frequenti cambi posturali e utilizzando idonei presidi di supporto che permettano di consentire la riperfusione tissutale:

- Non appoggiando il peso del corpo direttamente sulle lesioni da decubito
- Usando ausili antidecubito per diminuire la pressione
- Non appoggiando direttamente l'osso dell'anca, in decubito laterale, evitando l'inclinazione di 90
- Utilizzando un cuscino tra le ginocchia e tra le caviglie in modo che non si tocchino
- Mantenendo la testata del letto al più basso grado di elevazione
- Aiutando il paziente seduto in carrozzina a cambiare posizione ogni ora.

12.8. PRESIDI DI SUPPORTO

Le superfici rappresentano lo strumento più importante per il controllo della pressione, riducono inoltre le forze di frizione e di taglio, controllano l'umidità. Sono in grado di accelerare il processo di cicatrizzazione e prevenire l'insorgenza di nuove lesioni. Hanno due modi di funzionamento:

- dinamico, poiché possono gonfiarsi e sgonfiarsi alternativamente
- statico, la pressione rimane costante ed è distribuita su una vasta area.

12.9. MATERASSI IN SCHIUMA

I materassi in schiuma rappresentano il sistema di supporto più comune per la riduzione della pressione. Le caratteristiche della schiuma comprendono l'altezza o lo spessore della base, la densità cioè la quantità di schiuma contenuta nel presidio e la sua capacità di reggere il paziente, la flessione al carico che indica la capacità della schiuma di comprimersi e conformarsi nonché di distribuire il carico ed i contorni che descrivono la superficie della schiuma e possono essere sinuosi, piatti, tagliati o a trama di tessuto.

La capacità di ridurre la pressione è dovuta alla variabilità dello spessore della schiuma. Per avere effetto deve avere uno spessore tra i 7.5 e i 10 cm.

Indicazioni: Medio rischio secondo Norton

12.10. MATERASSI STATICI

La costituzione di questi materassi prevede l'uso di aria, schiuma, gel o di una combinazione di queste sostanze; hanno la capacità di ridurre la pressione e si utilizzano in sostituzione di quelli comuni, sono ricoperti con materiale batteriostatico, ma la loro efficacia non è dimostrata.

Indicazioni: Medio rischio secondo Norton

12.11. SOVRAMATERASSI STATICI AD ARIA

Sono costituiti da cellule bulbose che si gonfiano attraverso una pompa.

Possono avere un utilizzo a breve e a lungo termine, sono in grado di ridurre e talvolta alleviare la pressione, È necessario gonfiare le celle in modo appropriato.

Indicazioni: Basso rischio secondo Norton

12.12. SOVRAMATERASSI DINAMICI AD ARIA

Questi presidi, gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente, impediscono alla pressione di esercitare la propria forza costantemente sulla cute e favoriscono la circolazione sanguigna; devono essere gonfiati in maniera appropriata.

Indicazioni: Basso rischio secondo Norton.

12.13. SOVRAMATERASSI A GEL O AD ACQUA

Questi materassi riescono a ridurre la forza della pressione grazie alla loro azione fluttuante, richiedono una manutenzione minima e sono semplici da pulire, sono impiegati nelle cure a lungo termine.

Indicazioni: Basso rischio secondo Norton

14. LA NUTRIZIONE NELLE LESIONI DA DECUBITO

La malnutrizione proteico calorica è stata identificata come uno dei maggiori fattori intrinseci nello sviluppo delle lesioni da decubito. Si è evidenziato che la gravità delle lesioni da decubito è strettamente correlata all'entità del deficit nutrizionale. Pazienti particolarmente esposti alla formazione di lesioni da decubito sono gli anziani perché sono soggetti maggiormente al rischio di malnutrizione per problemi concomitanti come ad es. la ridotta funzionalità dell'apparato digerente, malattie croniche che richiedono un aumento del fabbisogno calorico-proteico, modificazioni metaboliche dovute all'età non supportate da una adeguata nutrizione, perdita dell'autosufficienza, assunzioni di farmaci.

Quindi si può sostenere che la nutrizione è uno dei componenti fondamentali per mantenere l'integrità tissutale e per promuovere i processi di cicatrizzazione.

L'introduzione di un solo nutriente non È sufficiente per promuovere i processi di cicatrizzazione; infatti si deve garantire un adeguato apporto calorico-proteico, vitaminico e di ologoelementi. Si è visto che nei pazienti con lesioni da decubito è importante un elevato apporto proteico, ma altrettanto importante è l'adeguato apporto energetico per mantenere nella norma i livelli di proteine circolanti e per favorire l'anabolismo proteico.

Una carenza proteica inibisce la proliferazione dei fibroblasti e la sintesi di collagene. Importante per la sintesi proteica è la presenza di aminoacidi essenziali in particolare Arginina e Glutamina, sono fondamentali nel processo di cicatrizzazione. L'Arginina aumenta la sintesi di collagene, favorisce il bilancio azotato ed incrementa la risposta immunitaria; la Glutamina è un substrato energetico per gli immunociti.

Sia i pazienti a rischio che quelli con lesioni preesistenti richiedono un intervento di tipo nutrizionale che può essere distinto in: preventivo e di trattamento. I pazienti a rischio vengono identificati eseguendo uno screening sistematico servendosi della Scala di Norton. Per quanto riguarda la prevenzione della malnutrizione si procede con la valutazione del rischio nutrizionale e poi con interventi correttivi mirati.

Durante la valutazione è necessario prendere in considerazione i dati antropometrici e di laboratorio, i dati dell'esame obiettivo e dell'anamnesi.

Un calo ponderale del 5% in tre mesi o del 10% in sei mesi si può considerare significativo per una diagnosi di malnutrizione; questo può essere determinato da problemi contingenti

come difficoltà nella masticazione e deglutizione, anoressia secondaria a patologie, depressione, etc. Altri fattori da tenere presenti sono le patologie che aumentano il fabbisogno di nutrimenti o la perdita di nutrimenti (traumi, neoplasie, sindromi da malassorbimento, patologie gastrointestinali, sepsi, ecc.).

I pazienti a rischio di malnutrizione devono essere monitorizzati. Bisogna pertanto che vengano assistiti nel pasto, che ci sia un'adeguata consistenza dell'alimentazione (diete semiliquide o liquide), eventuale fornitura di supporti nutrizionali, valutazione dalla patogenesi e correzione dei sintomi avversi (vomito, diarrea). In caso di mancata correzione dei fattori di rischio si devono effettuare interventi più mirati, monitoraggio più frequente (valutazione del peso corporeo 2 volte la settimana, esami ematici più frequenti) ed è bene rivolgersi ad un Nutrizionista

Nei pazienti affetti da lesioni da decubito in cui si effettua terapia nutrizionale si deve tenere in considerazione che:

- l'incremento del fabbisogno calorico-proteico associato ad un'azione catabolizzante delle lesioni da decubito ed il dispendio di energia usato per il processo di guarigione sono difficilmente quantificabili

- la maggior parte dei pazienti con lesioni da decubito È anziana, con problemi legati all'età. La dietoterapia è efficace nel prevenire la comparsa di lesioni e nell'accelerarne la guarigione. Si è visto infatti che con un apporto calorico- proteico adeguato si determina un bilancio azotato positivo con conseguente miglioramento delle condizioni cliniche del paziente e con cicatrizzazione delle lesioni più veloce. Il calcolo del fabbisogno energetico si effettua mediante la formula di Harris Benedict, il valore ottenuto si moltiplica per un fattore di correzione che per il paziente affetto da piaghe da decubito può essere di 1,3 - 1,5; il fattore di correzione si può aumentare fino a 1,5 - 1,7 per i pazienti gravemente malnutriti.

L'obiettivo finale è quello di stimolare i processi anabolici che possono anche portare ad un incremento ponderale. Si possono variare gli apporti energetici in riferimento allo stadio della lesione:

STADIO DELLA PIAGA PROTEICO	FABBISOGNO CALORICO (Kcal/Kg/die)	FABBISOGNO (g/Kg/die)
I	20-30	1
II 1,5	30-35	1,2-
III -IV 2	35-40	1,5

Se l'apporto calorico-proteico non viene raggiunto con diete per os. e se c'è una compromissione dello stato nutrizionale si può ricorrere alla nutrizione artificiale sia enterale sia parenterale, chiedendo l'intervento del Nutrizionista.

In caso di pazienti gravemente malnutriti, calcolati i fabbisogni nutrizionali, nelle fasi iniziali della nutrizione bisogna iniziare in modo graduale con un incremento progressivo della miscela nutritiva usata, monitorando i parametri metabolici e nutrizionali al fine di evitare complicanze metaboliche e cliniche come la refeeding-syndrome. Se il tipo di nutrizione scelta è enterale ci si avvale di prodotti commerciali che possono ricoprire una vasta gamma di esigenze (ad es. possono essere iperproteici, ipercalorici, immunonutrienti, prodotti per diabetici, con fibre ecc.).

Prima di iniziare la nutrizione artificiale è importante valutare la funzionalità renale, polmonare e cardiaca dei pazienti; ad es. in pazienti anziani bisogna evitare il sovraccarico di liquidi che potrebbe provocare edema polmonare.

15. LE MEDICAZIONI AVANZATE xxxxxxxxxxxx

- Spugne poliuterano
- Collagene
- Paste e Polveri
- Pellicole Trasparenti

14.1. **COLLAGENE**

Descrizione

Il Collagene È una medicazione di origine animale a forma di spugna o feltro. Il collagene esiste in commercio sottoforma di spugnette.

Azione

Il Collagene ha proprietà emostatiche ed un buon potere assorbente.

Esso è la proteina più importante dei tessuti connettivali e quindi agisce accelerando i processi rigenerativi e di crescita dei tessuti fornendo una trama favorevole allo sviluppo dei fibroblasti ed aumentando il processo di rigranulazione.

Indicazioni

Il Collagene va usato

- in lesioni a spessore parziale e totale
- in lesioni con essudazione minima - media
- in lesioni che necessitano di emostasi
- in lesioni profonde o superficiali umide

Precauzioni d'uso

Il Collagene è scarsamente efficace sulle lesioni asciutte, in cui è necessario idratare il fondo con soluzione salina prima di applicare la medicazione, e su lesioni iperessudanti in quanto si ha un consumo eccessivamente rapido della medicazione con limitata attività.

Modalità di impiego

La medicazione va rinnovata a consumo della spugnetta; deve essere rimossa laddove sia stata consumata. Va cambiata in media ogni 2-3 giorni.

14.2. *PELLICOLE TRASPARENTI (FILMS SEMIPERMEABILI ADESIVI)*

Descrizione

Le pellicole trasparenti sono medicazioni sterili primarie o secondarie costituite da una sottile membrana trasparente di poliuretano o politene rivestita con uno strato adesivo acrilico ipoallergenico.

La medicazione, essendo trasparente, consente l'ispezione della lesione in qualsiasi momento. È adesiva, elastica, molto adattabile alle forme del corpo, non richiede una medicazione secondaria.

Le pellicole trasparenti sono disponibili in differenti forme e dimensioni.

Azione

Le pellicole trasparenti sono medicazioni non assorbenti e semipermeabili (permeabili al vapore acqueo e ai gas, ma non ai fluidi esterni e ai batteri o virus); realizzano un ambiente umido promovendo la formazione del tessuto di granulazione.

Riducono, inoltre, le frizioni di superficie che possono danneggiare la cute in pazienti predisposti.

Indicazioni

- Protezione preventiva della cute da danni dovuti a sfregamento o a macerazione per esposizione prolungata all'umidità
- Medicazione di lesioni superficiali di I° stadio, di lesioni a spessore parziale con essudazione minima o assente
- Trattamento di ulcere in fase finale di guarigione con tessuto di granulazione
- Debridement autolitico in associazione a idrogeli o proteolitici
- Utilizzazione come medicazione secondaria

Precauzioni d'uso

Le pellicole trasparenti non vanno utilizzate su lesioni con essudato medio-intenso, salvo che la pellicola non venga utilizzata come medicazione secondaria. Non vanno utilizzate su ulcere a spessore totale, su lesioni infette o in presenza di cute perilesionale molto fragile. L'applicazione della pellicola trasparente può comportare difficoltà manuali, per esempio arricciamento della stessa.

Modalità di impiego

Applicare il film trasparente sulla cute pulita e asciutta con un bordo perilesionale di 4-5 cm. La medicazione può essere lasciata in sede fino a 7 giorni o fino al distacco provocato a volte anche dall'essudato. Ispezionare con frequenza la lesione e verificare segni eventuali di macerazione cutanea.

14.3. *MEDICAZIONE A BASE DI ALGINATO DI SODIO E/O DI CALCIO*

Descrizione

Medicazioni primarie sterili a base di fibre di sali di calcio e/o di sodio dell'acido alginico, un polimero idrofilo estratto dalle alghe marine. Le fibre si presentano brillanti, di colore giallognolo e con aspetto lanuginoso. Le medicazioni a base di alginati sono altamente assorbenti, non aderenti, non occlusive e conformabili.

Disponibili in forma di compresse o in nastro, richiedono un dispositivo secondario per il fissaggio. Sono di facile impiego e sono dotate di azione emostatica. Gli alginati sono utili come medicazione di riempimento.

Azione

Le fibre dei sali di acido alginico sono organizzate in una struttura reticolare che assorbe l'essudato della lesione. Attraverso lo scambio di ioni calcio dell'alginato con gli ioni sodio delle secrezioni, formano un gel stabile che impedisce l'adesione alla ferita, ne prende la forma e mantiene l'ambiente umido, ideale per la guarigione della lesione stessa.

Il gel è morbido e facilmente rimuovibile senza provocare traumi. La capacità di assorbimento dei fluidi varia in base alla struttura disaccaridica ed al rapporto tra i sali di calcio e di sodio dell'alginato.

Una medicazione a base di alginati è comunque in grado di assorbire fino a venti volte il suo peso. Gli ioni calcio, inoltre, attivando il processo della coagulazione, attribuiscono alla medicazione un'azione emostatica. La formazione del gel blocca la migrazione laterale degli essudati riducendo così la macerazione cutanea.

Alcune medicazioni a base di alginati di calcio e sodio contengono minime concentrazioni (inferiori o uguali all'1 %) di zinco. Quest'ultimo stimola il processo mitotico e la proliferazione cellulare, contribuendo alla guarigione ed alla cicatrizzazione della lesione cutanea.

Indicazioni

- Medicazione di lesioni con essudazione media-intensa
- Medicazione di lesioni a spessore parziale e totale (III o IV stadio)
- Medicazione di lesioni cavitari o con tragitti fistolosi

Precauzioni d'uso

Gli alginati sono controindicati su lesioni secche, con presenza di escara o tessuto necrotico e non essudanti.

Modalità di impiego

Nel caso di lesioni cavitari applicare la medicazione in forma di nastro, evitando di stipare la sede. Fare seguire l'applicazione di una medicazione secondaria di mantenimento che può essere adesiva. La frequenza di cambio varia in base al livello di essudazione (uno o due cambi al giorno nella fase di massima essudazione).

Con la diminuzione della quantità di essudato gli intervalli di cambio tenderanno ad allungarsi, fino ad un massimo di 5-7 giorni. Occasionalmente può manifestarsi immediatamente dopo l'applicazione una sensazione di bruciore dovuta alla presenza dei sali di sodio e di calcio. Questo effetto secondario può essere prevenuto dal lavaggio del fondo della lesione con soluzione fisiologica sterile, prima dell'applicazione della medicazione stessa.

Nel caso di piaghe superficiali posizionare la medicazione in forma di compressa adattandola alla forma e alla dimensione della lesione. Gli eventuali residui di gel che durante il cambio della medicazione potrebbero restare sulla ferita, si dissolvono e vengono rimossi con il lavaggio con soluzione fisiologica sterile.

14.4. **MEDICAZIONI COMPOSTE**

Le medicazioni composte sono costituite dalla combinazione di due o più prodotti distinti, fisicamente contenuti in una unica medicazione in grado quindi di assolvere a molteplici funzioni. Le medicazioni composte possono essere costituite dalla combinazione di strati assorbenti, di alginati, di schiume, di idrocolloidi o di gel. Esse possono quindi essere usati come medicazioni primarie e secondarie, per lesioni a spessore parziale o a tutto spessore, per lesioni con essudato, con tessuto granuloso, con tessuto necrotico o in caso di tessuto misto (granulazione e necrotico).

Vista la loro molteplice combinazione possono facilitare il debridement autolitico, permettono lo scambio di vapore umido e si possono usare su lesioni infette.

16. **UTILIZZO DEGLI ANTISETTICI**

Gli antisettici presentano azione citotossica nei confronti del tessuto di granulazione (fibroblasti in particolare).

L'acqua ossigenata distrugge il 50% delle cellule in via di riepitelizzazione e la sua efficacia nei confronti delle infezioni sostenute da anaerobi non risulterebbe comprovata a causa delle scarsità dei tempi di contatto.

Le soluzioni di ipoclorito di sodio possono avere un'azione analoga, alcune però molto diluite vengono utilizzate per bagni o impacchi al fine di drenare o pulire la lesione.

Vengono comunque utilizzate le soluzioni di iodopovidone o di clorexidina quando nasce l'esigenza di contenere la carica batterica o di contrastare una possibile micosi.

L'utilizzo dell'antisettico deve cessare quando inizia il processo di riparazione. È buona norma lavare le lesioni con acqua p.p.i. o soluzione fisiologica sterile o soluzione di Ringer.

17. **SPECIALITA' MEDICINALI COME AUSILII PER LA PREVENZIONE E CURA DELLE LESIONI CUTANEE**

- **Principi Attivi:**

- AGENTI ANTISETTICI (derivati dello iodio, dell'argento)
- ANTIBIOTICI (cloramfenicolo)
- AGENTI ENZIMATICI PROTEOLITICI (collagenasi, desossiribonucleasi fibrinolisinasi)

- **Specialità:**

- Collagenasi (noruxol pomata)
- Collagenasi + cloramfenicolo (iruxol pomata)
- Fibrinolisinasi + desossiribonucleasi (elase pomata)
- Cadexomero iodico (iodosorb r)
- Argento solfadiazina (sofargen r)
- Argento metallico colloidale (Katoxyn spray e polvere aspersoria)

18. INFORMAZIONI PER LA FAMIGLIA

Poiché la prevenzione deve essere attuata non solo in ambito ospedaliero ma anche in quello extraospedaliero occorre fornire alla famiglia tutte le informazioni utili a prevenire l'insorgenza delle lesioni da decubito.

A tale proposito è necessario fornire ai familiari, in previsione della dimissione del congiunto, le linee guida scritte allegate al presente protocollo, che consentono loro di mettere in atto tutte le procedure necessarie per ridurre il rischio di insorgenza delle lesioni da decubito.

19. INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA

OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	PERIODICITA' DELLA RILEVAZIONE
Migliorare l'assistenza infermieristica e sanitaria in generale	N. segnalazioni di nc, EA	0	Annuale
	N di anomalie durante audit comportamentali	0	Annuale
	N di anomalie durante audit documentali	0	Annuale



**PROTOCOLLO ASSISTENZIALE
PREVENZIONE E GESTIONE LESIONI DA DECUBITO**

Codice documento:
PT.8.5.ASS_15
Emesso il 10.10.2017
Rev.03 DEL 09.05.2023