


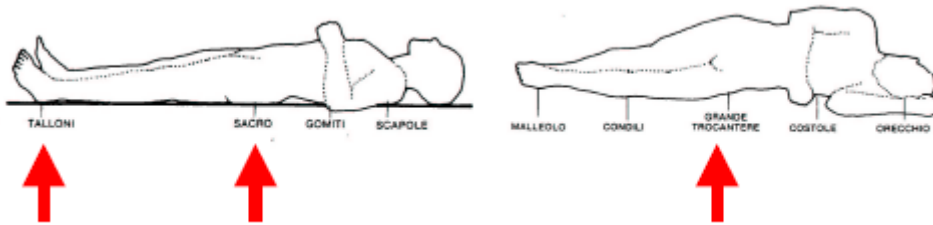
**PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE
DA DECUBITO (LDD)****PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)****INDICE DELLE REVISIONI**

Numero	Data	Descrizione	Paragrafi Variati	Pagine Variate
00	01/02/16	Prima emissione	TUTTI	TUTTE

RESPONSABILITA'

	ELABORAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
DATA	01/02/16	01/02/16	01/02/16
FUNZIONE	Il Direttore di Struttura	Il Direttore Sanitario L'Infermiere	Presidente del Consorzio Obiettivo Sociale
FIRMA			

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 2 di 18



PREMESSA


La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito rappresentano in RSA, ma anche a domicilio, un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, economiche e tecnologie. A tutt'oggi non si è trovata una cura definitiva, né si è raggiunta uniformità nei comportamenti terapeutici ed assistenziali, malgrado i numerosi studi condotti sull'argomento, le varie figure professionali coinvolte, l'infinità di ausili e presidi impiegati, compresi quelli tecnologicamente più avanzati. L'unico dato certo è che una adeguata prevenzione svolge un ruolo determinante nel prevenire la comparsa o la progressione delle lesioni. Dal momento che le lesioni da decubito tendono a formarsi prevalentemente nei soggetti affetti da patologie che ne compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati, tale problema è destinato a crescere in ragione dell'aumento della popolazione in età avanzata.

La prevalenza delle lesioni varia in rapporto all'ambiente in cui vive il paziente ed alla concomitanza di altre patologie. Da studi epidemiologici condotti sulla incidenza e nella prevalenza delle lesioni da decubito tra la popolazione ospedalizzata o ricoverata in strutture protette, quali le case di riposo, sembra emergere che i valori registrati tra gli ospiti residenti nelle strutture residenziali siano inferiori a quelli rilevati sui pazienti in ingresso alle medesime strutture, facendo supporre una miglior gestione delle lesioni ed un maggior controllo di alcuni fattori di rischio tra gli ospiti istituzionalizzati, rispetto al domicilio o all'ospedale per acuti.

In base a questo dato sicuramente positivo, il nostro obiettivo è quello di ottimizzare gli interventi terapeutici ed assistenziali uniformandoli a procedure validate per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito, sostituendo eventuali metodiche non sempre appropriate, dettate dalla tradizione e dall'esperienza.

Obiettivi generali

- Migliorare la qualità della vita dei soggetti istituzionalizzati presso le strutture residenziali, gestite da Consorzio Obiettivo Sociale.
- Fornire alle strutture residenziali procedure per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito, allo scopo di uniformare i comportamenti assistenziali e terapeutici.
- Fornire una guida per la gestione dell'ospite, che costituisca uno strumento formativo tale da accrescere la professionalità degli operatori e qualificare il servizio offerto.
- Ottimizzare l'intervento sanitario.
- Ottimizzare l'investimento delle risorse stanziato per la fornitura di dispositivi medici e di farmaci alle strutture residenziali.

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 3 di 18

Obiettivi specifici

- Diminuire l'incidenza delle lesioni da decubito privilegiando l'aspetto della prevenzione.
- Indicare un approccio razionale alla patologia, che valuti il soggetto nella sua globalità.
- Adottare strumenti di identificazione dei soggetti a rischio.
- Definire i cardini del comportamento preventivo.
- Correggere comportamenti terapeutici ed assistenziali inappropriati.
- Formulare un protocollo di intervento.
- Responsabilizzare gli operatori nell'applicazione del protocollo.
- Predisporre strumenti per la verifica dell'applicazione e della efficacia delle linee guida.

La lesione da decubito


Definizione

Per ulcera o lesione da decubito si intende una **lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, il muscolo, la cartilagine e l'osso**. Il fenomeno è causato da una prolungata e/o eccessiva pressione esercitata tra piano d'appoggio e superficie ossea, tale da provocare uno stress meccanico sui tessuti ed un'alterazione della circolazione ematica locale. Clinicamente le lesioni si osservano in sedi particolarmente predisposte, come le prominenze ossee, ed insorgono in seguito al decubito prolungato in posizione obbligata. Sono favorite da fenomeni generali e locali. Tutte le condizioni che comportano una diminuzione della mobilità rappresentano pertanto un'importante fattore di rischio di insorgenza delle lesioni. I pazienti immobilizzati per compromissione della funzionalità neuromotoria e gli anziani allettati rappresentano le categorie più esposte. Questi ultimi anche a causa dell'invecchiamento dei tessuti che risultano ipotrofici, meno elastici e caratterizzati da maggior fragilità capillare. La presenza di malattie sistemiche concomitanti come il diabete mellito, l'insufficienza renale, l'immunodepressione, i disturbi circolatori, ecc. costituisce un'ulteriore aggravante.

Cause

CAUSE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

La principale causa locale che dà origine alla lesione è la prolungata pressione. La sofferenza dei tessuti si manifesta quando le forze che agiscono su un punto della cute, superano la pressione del sangue presente nei capillari arteriolari e venosi. Se la compressione persiste nel tempo questa produce nelle cellule anossia e acidosi con conseguente morte cellulare. Alcune ricerche scientifiche (Munro 1940) si sono occupate di valutare la correlazione tra durata della pressione esercitata dal peso del corpo e l'insorgenza della lesione cutanea; pur non raggiungendo l'assoluta certezza, hanno dimostrato che la superficie cutanea, il sottocute e lo strato muscolare vanno incontro a modificazioni patologiche se viene esercitata sulla parte la pressione costante del corpo per oltre due ore a questo studio si aggiunge la ricerca di Kosiak e di Maklebust hanno portato ad un consenso dopo il quale è ammesso che una pressione da 60 a 80 mmHg mantenuta durante un lasso di tempo che va dalle 2 alle 3 ore rischia di provocare una piaga da decubito. Oltre alla pressione del corpo, possono contribuire alla formazione di lesioni cutanee anche le forze di taglio e di frizione. Le prime, per esempio, sono quelle che agiscono sulla persona allettata in posizione seduta e che progressivamente scivola verso il fondo del letto determinando lo scorrimento degli strati profondi (muscoli, tendini ecc.), sul tessuto cutaneo e sottocutaneo. Tale movimento di uno strato sull'altro provoca l'ingnocchiamento del sistema vascolare arteriolare e capillare con l'aggravamento dell'ischemia.

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 4 di 18

Le forze di frizione sono quelle che agiscono direttamente sullo strato più esterno della cute asportandone una parte e rendendo la cute più sottile e vulnerabile all'effetto negativo della pressione. L'esempio di forza di frizione è quella esercitata dalla superficie delle lenzuola sullo strato esterno dell'epidermide quando l'ammalato viene "trascinato" per gli spostamenti nel letto.

Il rischio di sviluppare la lesione da decubito aumenta se alle forze di pressione, taglio e frizione si associano fattori generali quali le cattive condizioni di salute, l'immobilità e/o l'incontinenza, le malattie croniche in particolare la malattia diabetica, le vasculopatie e la malnutrizione.

La malnutrizione è un fattore di rischio estremamente importante nello sviluppo di lesioni da pressione. La compromissione dello stato nutrizionale, soprattutto se comporta calo ponderale, con conseguente riduzione del pannicolo adiposo e diminuzione delle proteine circolanti, aumenta la suscettibilità dei tessuti al danno da pressione.


Un altro importante fattore di rischio è rappresentato dall'invecchiamento. I soggetti anziani sono particolarmente esposti allo sviluppo di lesioni. L'invecchiamento infatti è caratterizzato da riduzione dell'elasticità della cute e della sua vitalità con riduzione del tessuto sottocutaneo, atrofia muscolare e maggiore fragilità capillare. Se il tessuto cutaneo può rispondere all'insulto provocato dalla compressione con un'iperemia compensatoria, nel paziente anziano questa è generalmente insufficiente a proteggerlo dal rischio di ipossia. In mancanza di ossigeno le cellule utilizzano un metabolismo anaerobio, che produce sostanze tossiche ed acidosi locale, aumento della permeabilità vasale, formazione di trasudato ed edema, nonché ulteriore sofferenza cellulare fino alla necrosi. Il tessuto adiposo sottocutaneo ed i dotti escretori delle ghiandole sudoripare sono i più delicati e quindi sono i primi interessati. La necrosi può estendersi successivamente alle ghiandole sebacee, all'epidermide ed ai follicoli piliferi. Per tale motivo è possibile la formazione di lesioni in profondità con cute apparentemente integra (lesioni sottominate).

Stadiazione

Dal punto di vista clinico le lesioni da decubito sono riconoscibili per il loro aspetto e per la loro localizzazione. Nella maggior parte dei casi si trovano in corrispondenza di una salienza ossea, come il sacro, le tuberosità ischiatiche, la cresta iliaca, i talloni, i gomiti, i trocanteri, le ginocchia, i malleoli, l'occipite e le scapole. Possono peraltro insorgere in altre zone come le orecchie ed il naso. Esse provocano dolore, spesso sottostimato, che può aumentare durante le operazioni di medicazione e possono dare luogo a complicanze quali infezioni, perdita di proteine, anemia, osteomieliti, setticemie. Esistono varie proposte di classificazione in gradi delle lesioni da decubito. Ciò che conta è **individuare precocemente lo stadio del danno tissutale e conoscerne la progressione**, poiché questi sono i presupposti per una terapia adeguata.

La classificazione qui descritta è quella proposta dall' Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), che individua l'evoluzione delle lesioni da decubito in 4 stadi:

- Primo stadio area di eritema marcato e persistente che non scompare alla pressione digitale e cute integra
- Secondo stadio lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al dermasi presenta clinicamente sotto forma abrasione vescicola o bolla
- Terzo stadio perdita di sostanza a tutto spessore, in cui la lesione e la necrosi progrediscono interessando il tessuto sottocutaneo fino alla fascia muscolare senza oltrepassarla, con o senza sottominature de bordi.

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 5 di 18

- Quarto stadio la lesione si estende oltre la fascia profonda interessando muscoli tendini strutture capsulari e osso.

La stadiazione può tuttavia non risultare così semplice, poiché talvolta una lesione di continuo può verificarsi al di sotto di un piano cutaneo apparentemente intatto. Non di rado, come già premesso, gravi lesioni iniziano nel tessuto sottocutaneo e nel muscolo in corrispondenza delle prominenze ossee, poiché derma ed epidermide sono relativamente resistenti ed il danno compare in un secondo tempo. Nelle lesioni al **primo stadio**, l'area interessata si presenta lievemente edematosa e calda ed il paziente può provare un senso di tensione o di dolore. Rimuovendo la causa che determina la compressione la cute ritorna normale entro 24 ore senza alterazioni permanenti. Le lesioni al **secondo stadio** si presentano con margini ancora ben definiti, sotto forma di abrasione, vescicola o bolla. Il colore può variare dal rosso intenso al cianotico, l'area può essere calda o fredda, edematosa e lievemente indurita ed il paziente accusa, in genere, dolore e senso di tensione. Anche in questo stadio la rimozione della compressione conduce alla completa regressione delle alterazioni. Nelle fasi successive (**terzo e quarto stadio**) si assiste ad una progressiva degenerazione dei tessuti con interessamento degli strati più profondi. I margini dell'ulcera non sono ben delineati, i bordi sono irregolari, la cute circostante può essere eritematosa. Il fondo può apparire lucido ed edematoso, oppure coperto da una membrana aderente e giallastra formata da fibrina, cellule morte, a volte pus. Possono comparire croste secche e sottili, necrosi molle, escare spesse e coriacee, fistole. Anche i tessuti circostanti la lesione possono essere infiltrati. La lesione che tende a cronicizzare è invece caratterizzata da un aspetto calloso con fibrosi diffusa dei margini e del fondo. Le lesioni al terzo e quarto stadio guariscono per seconda intenzione in tempi assai prolungati. In alcuni casi la guarigione può essere influenzata negativamente da malattie sistemiche intercorrenti come il diabete mellito, l'insufficienza renale, l'immunodepressione, i disturbi circolatori, ecc.

Statisticamente sono più frequenti le lesioni al sacro, trocantere, glutei, spine ischiatiche a causa dei fattori eziologici di seguito evidenziati:

- **PRESSIONE**

Si intende per pressione una forza applicata su una data superficie in senso perpendicolare. Il break point, oltre il quale avvengono i danni tissutali che predispongono allo sviluppo di una L.D.D. si raggiunge quando la pressione esercitata su un'area cutanea è maggiore della pressione del microcircolo arteriolare per cui si instaura una situazione ischemica. Ciò si verifica quando sull'area cutanea si applica una forza pressoria superiore ai 32 mmHg per un periodo sufficientemente prolungato. Il limite di 32 mmHg è convenzionalmente accettato come tale ma non rispecchia affatto il valore reale di occlusione capillare che varia da individuo ad individuo.


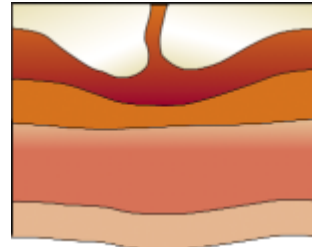
	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 6 di 18

FIGURA 1: effetto della pressione sulla circolazione
PRESSIONE > 32mm Hg



OSSO



- *FORZE DI TAGLIO (O STIRAMENTO)*


Le forze di stiramento agiscono parallelamente al piano interessato e sono più intense ed evidenti a livello sacrale quando l'ospite è in posizione semiseduta. Egli tende a scivolare in basso mentre la pelle tende ad aderire alla superficie del letto provocando stiramento dei tessuti superficiali e, conseguentemente, la strozzatura dei vasi che vanno a nutrire la cute generando ischemia fino a raggiungere nei casi più gravi la necrosi dei tessuti cutanei.

- *ATTRITO (O FRIZIONE)*

La forza esercitata tra due superfici che si muovono l'una contro l'altra prende il nome di attrito (o frizione). Tra le due superfici si genera calore e, nel caso della cute, provoca vasodilatazione che aggrava il quadro ipossico tissutale. Il fenomeno è più evidente quando si sposta l'ospite trascinandolo nel letto invece che sollevandolo.

- *UMIDITA'*

L'umidità può macerare la cute esponendo gli strati meno superficiali ai danni derivanti dalla pressione e/o frizione. Specialmente il contatto con i liquidi biologici quali urine e feci comporta un'alterazione del pH cutaneo verso la basicità per fermentazione dell'urea ammoniacale.

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 7 di 18

La valutazione del rischio


La valutazione del rischio di poter sviluppare lesioni da pressione è l'elemento di base per la pianificazione dell'assistenza infermieristica orientata principalmente alla prevenzione. La misurazione del rischio fornisce inoltre informazioni che aiutano l'infermiere e in senso più allargato l'équipe curante e la famiglia a dimensionare correttamente i tempi assistenziali da garantire al malato, necessari per prevenire l'insorgenza delle lesioni da decubito. La valutazione iniziale del rischio permette di procedere successivamente al monitoraggio e alla rivalutazione periodica; in tal modo, risulta possibile verificare l'efficacia degli interventi posti in essere dal piano assistenziale individuale (PAI). Le associazioni infermieristiche scientifiche che si occupano di questo settore, sia in ambito nazionale che internazionale, raccomandano di valutare il rischio di sviluppare lesioni in tutti i malati che non sono in grado di muoversi autonomamente, allettati o costretti in carrozzina. Viene anche consigliato di considerare nella valutazione altri fattori che, se presenti, aumentano il rischio quali: l'incontinenza, l'immobilità, la malnutrizione, la situazione dello stato mentale. Tutti i malati che presentano uno o più fattori di rischio devono quindi essere valutati al momento della presa in carico e nel corso delle verifiche periodiche. In tale sede vengono prese in considerazione le seguenti scale, universalmente accettate e raccomandate:

Fattori di rischio

Numerosi sono i fattori di rischio implicati nell'insorgenza delle lesioni da decubito. Questi si possono suddividere in **fattori intrinseci** (legati al paziente) e **fattori estrinseci** (legati all'ambiente). Di seguito si riassumono i più importanti.

I precedenti fattori possono essere esacerbati nella concomitante presenza di co-fattori intrinseci ossia caratteristiche proprie del:

- *DISTRETTO CUTANEO INTERESSATO*
 - Tipo di cute (indenne o lesionata, squamosa, edematosa, pallida ecc..)
 - Caratteristiche elastiche della cute
 - Umidità relativa del distretto (vicinanza con sfinteri)
 - Lesioni cutanee precedenti
- *SOGGETTO*
 - Età
 - Peso corporeo
 - Patologie neurologiche
 - Stato nutrizionale
 - Patologie micro/macro circolatorie

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 8 di 18

- Malattie croniche
- *PARTICOLARI CONDIZIONI*
 - Ridotta mobilità
 - Assunzione di farmaci cito – statici/tossici
 - Utilizzo incogruo di presidi (busti rigidi, apparecchiature gessate ecc..)
 - Interventi chirurgici
 - Patologie acute
 - Stati terminali
 - Disidratazione

Fattori estrinseci:

- stress meccanico (ad es. frizione quando il paziente viene mobilizzato)
- inadeguata rimozione della compressione nel paziente allettato
- interventi chirurgici senza rimozione della compressione per oltre 2.5 ore
- riduzione della temperatura della sede di compressione (cellule ed enzimi sono maggiormente attivi a temperatura corporea)
- essiccazione della medicazione (la guarigione è facilitata in ambiente umido)
- utilizzo di steroidi che abbassano le difese dell'organismo e riducono i processi riparativi
- alto turnover e carenze nei flussi informativi tra operatori sanitari

Gestione globale del paziente

I punti cardine dell'approccio globale al paziente sono:


- ❖ **definizione di un protocollo di prevenzione e sua applicazione;**
- ❖ **risoluzione della patologia di base**, ove possibile;
- ❖ effettuazione di un idoneo **trattamento** della lesione.

Protocollo di prevenzione

E' un dato certo che la prevenzione sia determinante per ridurre l'insorgenza delle lesioni da decubito o, a lesione già instaurata, per limitarne al minimo la progressione. Il presupposto per una efficace prevenzione, nonché trattamento, è l'approccio multidisciplinare alla patologia che veda impegnate più figure professionali, quali l'infermiere professionale, l'operatore socio assistenziale, il medico, il nutrizionista, la dietista, il fisioterapista ecc., in grado di affrontare il problema da un punto di vista clinico, farmacologico ed assistenziale.

La prevenzione, finalizzata a modificare i fattori che concorrono all'insorgenza e allo sviluppo delle lesioni consiste nella:

- Identificazione dei soggetti a rischio
- Applicazione protocollo di prevenzione

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16
			Pag. 9 di 18

La misurazione del rischio dei pazienti di sviluppare lesioni da decubito è il primo passo da compiere per una corretta pianificazione degli interventi di prevenzione. Tale misurazione deve essere effettuata, impiegando strumenti di verifica validati quali "scale di valutazione".

Scale di rischio

Questo gruppo comprende quelle classificazioni che hanno per scopo l'individuazione dei pazienti a rischio, al fine di prevenirne le piaghe da decubito: esse confrontano una serie di segni e sintomi a ciascuno dei quali è assegnato un punteggio: la somma di questi punteggi evidenzia l'eventuale rischio del paziente. Le più usate sono la scala di Norton e quella di Braden. Queste devono essere somministrate **ai pazienti in ingresso alla struttura** e devono essere ripetute, **durante la degenza, con cadenza stabilita in base al fattore di rischio iniziale** (settimanale, quindicinale, ecc.). La rivalutazione del paziente deve essere realizzata, in particolare, ad ogni cambiamento delle condizioni esistenti (riammissione dopo ricovero ospedaliero, allettamento protratto) e nei casi in cui intervengano modifiche dei parametri oggetto di valutazione, anche se relative ad un singolo dato (comparsa di incontinenza, modifica dello stato di coscienza, ecc.). Non è tanto importante il tipo di scala impiegata quanto la sua applicazione sistematica. Il valore di rischio è riportato nella cartella clinica del paziente allo scopo di definire il piano di intervento.

La Scala Norton è stata la prima scala di valutazione del rischio di insorgenza di piaghe da decubito ad essere stata creata nel lontano 1962. E' lo score più usato in Inghilterra ed uno dei più diffusi nel mondo. L'indice di Norton è un sistema sensibile e facile da applicare, che prende in considerazione lo stato fisico generale, lo stato mentale, la deambulazione, la motilità e l'incontinenza del paziente. A ciascuno di questi fattori si deve attribuire un punteggio da 1 (peggiore) a 4 (migliore). Il rischio di contrarre lesioni da decubito è lieve con un punteggio da 14 a 12. E' elevato se è inferiore od uguale a 11. Il rischio diminuisce quasi linearmente con l'aumentare del punteggio (vedi Tab. 1).

**SCALA A PUNTEGGIO DI NORTON**

INDICATORI	VARIABILI			
CONDIZIONI GENERALI	BUONE	DISCRETE	SCADENTI	GRAVI
STATO MENTALE	LUCIDO	APATICO	COMA APALLICO	COMA
MOBILITA'	AUTONOMA	POCO LIMITATA	MOLTO LIMITATA	IMMOBILITA'
INCONTINENZA FECALE	ASSENTE	OCCASIONALE	CONTROLLATA DA FARMACI	CONTINUA
PUNTEGGIO INDICATORE	4	3	2	1
PUNTEGGIO FINALE		RISCHIO ASSENTE: da 16 a 15		
		RISCHIO LIEVE: da 14 a 12		
		RISCHIO ELEVATO: uguale o inferiore a 11		

La scala Braden, sviluppata nel 1985 per venire incontro ad alcune delle carenze della scala Norton. Recentemente, un edizione di questa scala, modificata con l'aggiunta di un ulteriore parametro per l'incontinenza, è stata adottata su scala europea come strumento ufficiale di valutazione dall'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Anche in questo caso, per calcolare il fattore di rischio, occorre aggiungere i valori a fianco di ogni parametro applicabile alla realtà del paziente. Minore il punteggio, maggiore il rischio. Indicativamente, un punteggio maggiore di 20 indica basso rischio, da 16 a 20 medio rischio e da 11 a 15 alto rischio, mentre un punteggio inferiore a 10 indica un altissimo rischio.(Tab 2)



	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16
			Pag. 11 di 18

Tabella di Valutazione Scala Braden

Parametro	Valutazione verbale	Pt.
Percezione Sensoria	Adeguata (Risposta a stimoli verbali, nessun impedimento a rendere noto verbalmente uno stato di dolore o di scomodità)	4
	Leggermente limitata (Risposta a stimoli verbali, ma non sempre riesce a rendere noto un eventuale stato di dolore o scomodità)	
	Molto Limitata (Risposta solo a stimoli dolorosi, incapacità di comunicare dolore o scomodità tranne con mugolii e lamenti o agitazione)	2
	Completamente limitata (Nessuna risposta, neppure a stimoli dolorosi)	1
Umidità Cutanea	Pelle Asciutta (non viene rilevato quasi mai sudore, urina o altro)	4
	Pelle occasionalmente bagnata	3
	Pelle molto spesso bagnata	2
	Pelle costantemente bagnata	1
Attività Fisica	Cammina frequentemente (Esce dalla stanza un paio di volte al giorno e gira per la stanza almeno ogni 2 ore nelle ore di veglia)	4
	Cammina occasionalmente (Percorre distanze molto brevi, con/senza assistenza. Passa la maggior parte del tempo seduto o a letto)	3
	Costretto su sedia (Non è in grado di sostenere il proprio peso e deve essere aiutato a sedersi su sedia o sedia a rotelle)	2
	Costretto a letto (Non può muoversi dal letto)	1
Mobilità	Illimitata (Compie spostamenti frequenti ed ampi senza alcuna assistenza)	4

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 12 di 18

TAB.02

Applicazione del protocollo di prevenzione

Gli interventi di prevenzione sono i seguenti:

A) norme igieniche

B) nutrizione

C) mobilizzazione e posizionamento

D) riduzione della compressione

È oltremodo importante educare il paziente circa le misure preventive da adottare, affinché egli stesso, ove possibile, collabori con gli operatori sanitari. Questi ultimi dal canto loro devono provvedere al passaggio delle informazioni.

A) NORME IGIENICHE

- osservare quotidianamente le condizioni della cute del paziente, in particolare le zone a rischio
- mantenere la cute pulita con l'utilizzo di detergenti debolmente acidi non irritanti, in particolare dopo ogni evacuazione
- asciugare per tamponamento
- in presenza di cute secca l'applicazione di oli protettivi o creme idratanti ed emollienti può contribuire a ripristinare il mantello idrolipidico e a mantenere elastica la cute; l'utilizzo di paste a base di ossido di zinco può rivelarsi utile esclusivamente se vi è rischio di macerazione come nei casi di incontinenza
- ricorrere, per le persone incontinenti, all'uso di ausili ad assorbimento, seguendo uno schema di impiego personalizzato, anche sulla base delle modalità di utilizzo.

DA EVITARE:

- *uso di detergenti sgrassanti o soluzioni alcoliche*
- *applicazioni di talco o di polveri protettive*
- *strofinamento nell'asciugatura (rischio di frizione)*
- *massaggi profondi (scollamento dei tessuti)*
- *scorretto impiego dei pannoloni rispetto alle indicazioni di utilizzo*
- *contatto della pelle con materiali impermeabili, come tele cerate*
- *impiego di biancheria intima sintetica*
- *impiego di indumenti con elastici o bottoni*
- *lenzuola o indumenti umidi o bagnati*
- *pieghe delle lenzuola o della biancheria o presenza di corpi estranei (briciole ecc.).*

B) NUTRIZIONE


VALUTARE LO STATO NUTRIZIONALE:

Verificare che non sia in atto uno stato di malnutrizione (per eccesso o per difetto) tramite il monitoraggio dei seguenti parametri:

il peso corporeo ed il suo andamento negli ultimi 6 mesi:

calcolo del peso desiderabile

$$= \text{altezza (cm)} - 100 - \frac{\text{altezza (cm)} - 150}{2(\text{donna}); 4(\text{uomo})}$$

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 13 di 18

calcolo del BMI = Indice di massa corporea

BMI = $\text{Peso corporeo(Kg)}/\text{altezza}^2 \text{ (m)}$

Normopeso = BMI 18.5-29.9

Sottopeso = BMI < 18.5

Obesità = BMI >30

l' appetito:

controllare la corretta assunzione quantitativa e qualitativa degli alimenti tenendo conto che nell'anziano vi è una diminuzione sia del senso del gusto che dell'olfatto, sia della capacità di masticare e digerire; assicurare quindi l'assistenza ed il comfort necessario alla consumazione del pasto;

lo stato di idratazione:

stimolare e aiutare la persona a bere; eccezionalmente, se il medico lo ritiene opportuno, ricorrere alla reidratazione per via parenterale;

la situazione proteico - vitaminica:

controllare lo stato delle mucose, della pelle, dei capelli, delle unghie;

esami di laboratorio:

particolare attenzione va rivolta al bilancio azotato e ai valori di albuminemia;

eventuale patologia di base:


possibile concausa dell'alterato stato di nutrizione: diabete, malattie apparato digerente, malassorbimento, parassitosi, anemia, epatopatia, malattie cardiovascolari, neoplasie, demenza, comatosi.

ADEGUARE IL FABBISOGNO PROTEICO

Le proteine sono nutrienti di estrema importanza nel processo di cicatrizzazione, rivascularizzazione e rigenerazione dei tessuti. Il fabbisogno fisiologico di proteine nell'anziano è di 0,8- 1 gr/Kg di peso corporeo ideale. In caso di lesioni da decubito l'apporto di proteine deve aumentare fino a 1,5 gr/Kg di peso corporeo ideale. E' quindi fondamentale che la persona introduca ogni giorno la corretta porzione di alimenti ricchi in proteine sia di tipo animale (carne, pesce, uova, latte e latticini) che vegetale (pasta/riso, pane, ed altri cereali, legumi). Ovviamente, a seconda dei problemi presentati dal paziente, si tratterà di garantire questo apporto proteico adottando le più opportune forme di somministrazione degli alimenti (omogeneizzati, frullati macinati, etc.).

ADEGUARE IL FABBISOGNO DI SPECIFICI NUTRIENTI

In particolare il fabbisogno di vitamine (A, C, E) che stimolano la sintesi del collagene. E' importante anche il corretto apporto di alcuni sali minerali (Selenio, Zinco, Manganese, Rame) per la loro azione nel processo di riepitelizzazione.

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 14 di 18

RICORRERE ALL'INTEGRAZIONE NUTRIZIONALE, OVE NECESSARIO, ALLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE (enterale o parenterale)

Esistono in commercio diversi tipi di integratori ad uso orale: particolarmente adatti sono quelli iperproteici che garantiscono la copertura dell'aumentato fabbisogno di proteine.

C) LA MOBILIZZAZIONE


Per mobilizzazione si intende l'azione articolata che può essere compiuta attivamente o passivamente dal soggetto, avente lo scopo di mantenere o rieducare funzionalmente un segmento corporeo. Per evitare il formarsi di lesioni è fondamentale l'attuazione di un piano di mobilizzazione con adeguati cambi di postura. Il cambio di postura è l'insieme degli atti sostitutivi della mobilizzazione mirati al mantenimento dello schema posturale fisiologico. Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione: al paziente valutato a rischio (secondo la scala adottata) deve essere applicato un piano personalizzato di cambio posturale per alternare le zone sottoposte a pressione e per evitare l'ostruzione del microcircolo e quindi l'ischemia e la necrosi. E' consigliata la rotazione periodica delle posture ogni due ore: viene indicato questo intervallo perché studi effettuati hanno dimostrato che è il periodo di tempo medio necessario perché si instauri sofferenza cutanea con danni maggiori al microcircolo; in realtà ciò può avvenire ad intervalli di tempo maggiori o minori, per le diverse caratteristiche generali e locali del singolo soggetto. Si potrà pertanto verificare la necessità di programmare cambi posturali più frequenti. Nei pazienti **totalmente allettati privi di movimenti volontari o automatici** assicurare una mobilizzazione passiva seguendo, a seconda del livello di rischio di insorgenza di lesioni, lo schema di posizionamento indicato di seguito.

PAZIENTE IN POLTRONA E IN CARROZZINA:

- **individuare la seduta corretta: schiena ben appoggiata allo schienale con uno spazio laterale e sottostante le ginocchia di 2 cm al massimo;**
- **sollevare il paziente o incentivare il cambio di posizione autonomo (autosollevamento) per alcuni secondi, ogni 15-20 minuti**
- **la carrozzina deve essere possibilmente personalizzata alle esigenze del paziente**

DA EVITARE:

lo scivolamento, assicurandosi dell'appoggio dei piedi; è possibile l'utilizzo di telini antiscivolo.

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 15 di 18

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO:

la postura indicata per il paziente allettato, oltre a ridurre i punti di pressione, deve essere confortevole e garantire un corretto allineamento delle articolazioni, per evitare contratture, anchilosi e, quindi, dolore. Durante le operazioni è necessario seguire le regole seguenti:

- nei cambi di postura ricercare la collaborazione del paziente; oltre ad agevolare l'operatore, ciò rappresenta un forte stimolo al mantenimento delle capacità di movimento per il paziente stesso
- cambiare la postura ogni 2 ore alternando le posizioni
- ad ogni cambio di postura sorvegliare la cute delle zone a rischio, sopra le sporgenze ossee, per riconoscere precocemente le zone di arrossamento

POSIZIONE SUPINA

Allineamento:

Gli arti superiori possono essere allineati lungo i fianchi o leggermente abdotti e flessi in avanti, appoggiati su un cuscino, mano aperta. Gli arti inferiori divaricati, anche e ginocchia estese, piedi ad angolo retto. Per aumentare il comfort può essere utilizzato l'archetto solleva coperte. Se il paziente è ad alto rischio possono essere posizionati cuscini sotto gli arti inferiori, per sollevare i talloni. Gli arti inferiori possono essere messi in leggera flessione solo per brevi periodi, in quanto tale posizione, peraltro comoda, causa retrazioni tendinee e blocchi articolari. Se si vuole mantenere il paziente in posizione semiseduta, il sollevamento della testiera del letto non deve superare i 30°, al fine di evitare forze aggiuntive di taglio nei tessuti profondi causate dallo scivolamento verso il basso; se la testiera viene sollevata oltre i 30° dovranno essere sollevati anche gli arti inferiori, per contrastare lo scivolamento. Quando si mobilizza un paziente dalla posizione supina, si devono ispezionare i talloni e la zona sacro/coccigea. Nei soggetti totalmente immobili si dovranno ispezionare anche le altre zone di appoggio, cioè le scapole, i gomiti e l'occipite.


POSIZIONE OBLIQUA destra e sinistra

La posizione sul fianco a 90° deve essere evitata, per l'alto rischio di lesione nella zona trocanterica.

Sono da preferire le posizioni obliqua a 30° anteriore e posteriore. Allineamento: La spalla e la scapola sottostante vanno appoggiate al letto, per poter meglio posizionare il braccio sul piano del letto, sia esteso che a gomito flesso. Il braccio che rimane sopra deve essere appoggiato su un cuscino, in modo che la spalla sia leggermente aperta. La schiena va appoggiata su un cuscino ripiegato. La gamba che rimane sul piano del letto va posta lievemente in estensione indietro, per migliorare la stabilità del paziente, il ginocchio lievemente flesso, il piede ad angolo retto. L'altra gamba, che rimane sopra, va appoggiata su un cuscino, flessa all'anca e al ginocchio, piede ad angolo retto. Quando il paziente viene spostato da questa posizione si devono ispezionare la zona del trocantere e quella del malleolo; nei pazienti ad alto rischio anche la zona dell'orecchio.

POSIZIONE PRONA

Ove possibile insistere affinché le persone mantengano questa posizione, anche se per breve tempo, in quanto assicura un completo scarico della zona sacrale e dei calcagni e contrasta la rigidità in flessione delle anche e delle ginocchia. Allineamento: Il capo va ruotato dolcemente su un lato. Gli arti superiori possono essere allineati entrambi lungo i fianchi, oppure uno dei due

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 16 di 18

può essere flesso verso l'alto. Sotto il paziente devono essere posizionati cuscini che permettano di ottenere uno spazio per i genitali maschili, i cuscini saranno lievemente distanziati. **Si ricorda che i cambi di posizione vanno effettuati secondo le metodiche della Buona Tecnica, per la sicurezza del rachide dell'operatore (D.L. 81/08).**

DA EVITARE (sempre):

- *appoggio del corpo sui decubiti*
- *stiramento degli arti verso il basso*
- *eccessiva tensione del lenzuolo superiore, che provoca compressione sulle prominenze ossee*

D) RIDUZIONE DELLA COMPRESSIONE

Ridurre la compressione con dispositivi e ausili antidecubito. **Questi permettono di tollerare meglio l'immobilità tra un cambio di postura e l'altro**, ma non possono ridurre la frequenza, o essere sostitutivi, degli interventi di mobilizzazione sopra ricordati. Devono essere considerati all'interno **di un piano complessivo di assistenza al paziente.**

Materassi ed analoghi:

Quelli comunemente usati riducono di circa la metà la pressione di contatto di un normale materasso, che si aggira sui 160 mm Hg. Solo pochissimi e costosi dispositivi riducono la pressione di contatto sotto il livello di rischio, cioè sotto la pressione di occlusione dei capillari (circa 32 mm Hg). Anche in questo caso i talloni rimangono una zona a rischio.

Non vi sono studi sufficienti che dimostrino differenze di efficacia tra i diversi tipi di dispositivi in commercio. I letti ad aria fluidizzata ed a cessione d'aria sembrerebbero migliorare la guarigione della lesione. I dispositivi di supporto devono possedere almeno le seguenti caratteristiche:

- essere permeabili all'aria e al vapore, cioè non devono trattenere l'umidità
- ridurre l'accumulo di calore (un aumento della temperatura di 5° aumenta il rischio di lesione)
- ridurre la frizione
- ridurre la compressione
- assicurare una superficie morbida

DA EVITARE: tutte le ciambelle in quanto è dimostrato che determinano compressione sul piano di appoggio, creando edema e congestione della zona centrale ed ostacolando la circolazione nella zona del decubito.

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO DELLA LESIONE DA DECUBITO


1° Stadio area di eritema persistente che non scompare alla pressione digitale.

OBIETTIVO: ripristinare la vascolarizzazione e prevenire l'ulcerazione cutanea.

Trattamento

Medicazione della lesione con film trasparente semipermeabile in poliuretano. La medicazione può rimanere in sede fino a 7 giorni. **L'eritema non va mai sfregato.**

2° Stadio lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al derma; si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescicola o bolla

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16

OBIETTIVO: favorire la ricostruzione cutanea.

Trattamento

Detersione irrigazioni a pressione adeguata con Soluzione fisiologica o Ringer lattato a T° ambiente

Medicazione della lesione

- se presente abrasione: film trasparente semipermeabile in poliuretano
- se presente vescicola o bolla: idrocolloidi in placca
- se lesione presente essudato: schiuma in poliuretano

Il film in poliuretano può rimanere in sede fino a 7 giorni, la medicazione idrocolloidale può rimanere in sede fino a saturazione, in media 3-5 giorni, la schiuma in poliuretano può rimanere in sede da 1 a 7 giorni in base alla quantità di essudato.

3° Stadio perdita di sostanza a tutto spessore in cui la lesione e la necrosi progrediscono interessando il tessuto sottocutaneo fino alla fascia muscolare senza oltrepassarla, con o senza sottominature dei bordi.

La lesione si presenta spesso coperta da fibrina e/o tessuto necrotico con possibile presenza di escara molle o secca. Vi possono essere pus e bordi sottominati.

OBIETTIVO: rimuovere il tessuto necrotico e favorire la riparazione tissutale.

Trattamento della lesione con prevalente aspetto necrotico:


Detersione - Debridement

- irrigazioni a pressione adeguata con Soluzione fisiologica o Ringer lattato a T° ambiente
- rimozione del tessuto non vitale; il metodo, in base alla tipologia della lesione, può essere:
 - enzimatico
 - autolitico
 - toilette chirurgica
- se necrosi secca: metodo autolitico; gli idrogeli si distribuiscono in strato sottile sull'intera lesione o a riempimento di un'eventuale cavità, fino a rammollimento della lesione; in seguito si procede con toilette o con enzimi proteolitici
- se necrosi umida: toilette chirurgica o metodo enzimatico; gli enzimi proteolitici vanno applicati solo sulla zona necrotica
- se necrosi con infezione o grandi escare: toilette chirurgica dopo escarectomia chirurgica può rendersi necessaria l'applicazione di tamponi di garze per assorbire l'eventuale emorragia; in seguito possono essere utilizzati enzimi proteolitici o idrogel a completamento della detersione del fondo della lesione.

Quando l'escara è secca e ben adesa al fondo della lesione, senza raccolte sottostanti o segni di colliquazione, può non essere consigliata la toilette chirurgica radicale in unica soluzione, poiché dolorosa per il paziente e causa di sanguinamento anche abbondante. E' invece opportuno recentare quotidianamente i tessuti necrotici, limitando così il dolore ed il sanguinamento. Le escare secche dei talloni non vanno rimosse chirurgicamente, ma lasciate in sede fino a distacco spontaneo. Fanno eccezione i casi in cui sia presente una raccolta sottostante.

Medicazione della lesione

Dopo **ogni tipo di debridement** utilizzare una medicazione secondaria di copertura, idrocolloidi in placca sottile o film trasparente semipermeabile in poliuretano.

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL007	
	PREVENZIONE E CONTROLLO LESIONE DA DECUBITO (LDD)		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 18 di 18

Quando la lesione migliora utilizzare

- se lesione prive di essudato: idrocolloidi in placca
- se lesione con medio essudato: schiume in poliuretano
- se lesioni con abbondante essudato: alginati di calcio o calcio e sodio, e medicazione secondaria di copertura.

Nei primi giorni di trattamento la medicazione va rimossa ogni 24 ore per verificare l'evoluzione della lesione.

lesione con sola (o prevalente) perdita di sostanza:

Detersione

- irrigazioni a pressione adeguata con Soluzione fisiologica o Ringer lattato a T° ambiente

Medicazione della lesione

- se lesione con medio essudato: schiume in poliuretano
- se lesioni con abbondante essudato: alginati di calcio o calcio e sodio, e medicazione secondaria di copertura.

La medicazione va rimossa ogni 24 ore o più frequentemente se lesioni iperessudanti. Quando l'ulcera si riduce in larghezza e profondità utilizzare idrocolloidi in placca fino a guarigione della lesione.

In presenza di infezione dei tessuti perilesionali, febbre o complicanze settiche, chiamare il medico e su sua prescrizione utilizzare, antibiotici per via sistemica sulla scorta dell'ABG eseguito sulla coltura di materiale ottenuto con biopsia del fondo dell'ulcera o con aspirazione di essudato.

4° Stadio: la lesione si estende oltre la fascia profonda, interessando muscoli, tendini, strutture capsulari ed osso.

OBIETTIVO controllare l' infezione e le eventuali complicanze e favorire la riparazione tissutale parziale o totale.

Trattamento

Detersione - Debridement seguire le indicazioni fornite per la detersione delle lesioni al 3° stadio

Medicazione della lesione seguire le indicazioni fornite per la medicazione delle lesioni al 3° stadio

La differenza sostanziale consiste nel maggior rischio di infezioni legato alla profondità delle lesioni ed alle condizioni spesso critiche del paziente.

In presenza di infezione dei tessuti perilesionali, febbre o complicanze settiche, chiamare il medico e su sua prescrizione utilizzare antibiotici per via sistemica sulla scorta dell'ABG eseguito sulla coltura di materiale ottenuto con biopsia del fondo dell'ulcera o con aspirazione di essudato.

* Per il trattamento delle lesioni colonizzate o con sospetta infezione locale è sufficiente un'accurata e frequente detersione con soluzione di Ringer lattato o soluzione fisiologica.

* In presenza di lesioni chiaramente infette o dopo una detersione accurata e protratta per 2- 4 settimane senza miglioramento chiamare il medico e su sua prescrizione procedere con antibiotico locale (sulfadiazina).