

LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

VALUTAZIONE DELLA LESIONE DA DECUBITO E DEL PAZIENTE

E' opportuno eseguire una valutazione multidimensionale del soggetto con LDD? Come effettuare la gestione dei problemi psicosociali?

Ogni singolo individuo, sottoposto a trattamento delle lesioni da decubito, dovrebbe essere oggetto di una valutazione multidimensionale, con particolare attenzione ai problemi cognitivi e psicologici al fine di determinare la sua capacità di comprensione del programma di trattamento delle LDD e la sua motivazione ed osservarlo. La valutazione dovrebbe prendere in considerazione, almeno i seguenti punti:

- stato di coscienza, stato mentale ed eventuale depressione;
- abitudini di vita;
- sostegno sociale;
- plurifarmacologia o abuso di farmaci;
- abuso di alcool e/o stupefacenti.

Si raccomanda una ripetizione periodica di tale valutazione [C].

Valutare le risorse a disposizione dei soggetti portatori di LDD assistiti a domicilio (disponibilità e capacità dei famigliari, possibilità economiche, attrezzatura disponibile) [C].

Stabilire gli scopi del trattamento e la conformità ai valori ed allo stile di vita del soggetto e dei familiari. [C].

Organizzare gli interventi rispettando i ritmi di vita e le attività del soggetto. Collaborare con il soggetto ed i suoi familiari nella pianificazione del piano di trattamento [C].

Come deve essere eseguito l'inquadramento clinico del paziente con LDD?

Occorre ottenere una anamnesi completa del paziente, che tenga conto sia degli aspetti

fisici che psicosociali, poiché una LDD dovrebbe essere valutata nel contesto della salute generale del soggetto [C].

Quali sono le possibili complicanze delle LDD?

Le seguenti complicanze possono essere associate alle lesioni da decubito:

- amiloidosi;
- endocardite;
- formazione eterotopica dell'osso;
- infestazione di larve di mosca;
- meningite
- fistola perineo-uretrale;
- falso aneurisma ;
- artite settica;
- fistole o ascessi;
- carcinoma epidermoide nella lesione;
- complicanze sistemiche di trattamento topico - intossicazione allo iodio e perdita dell'udito in seguito a neomicina topica e gentamicina sistemica.


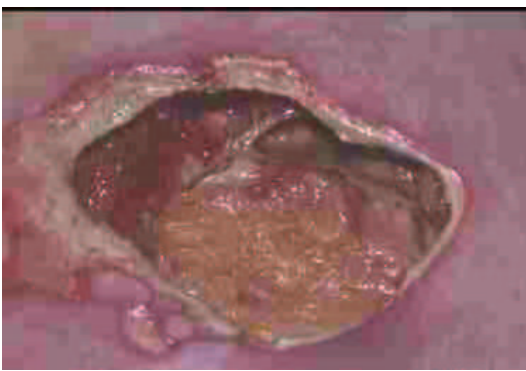
Quali sono i caratteri della LDD la cui valutazione risulta essere significativa?

Occorre inizialmente osservare la lesione descrivendo: la sede, lo stadio, la dimensione, la presenza di tratti sottominati, fistole, la presenza di essudato, di tessuto necrotico, e la presenza o assenza di tessuto di granulazione e di zone di riepitelizzazione [**SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA DECUBITO (LDD)**] [C].

Stadiazione

I	Arrossamento delle pelle (senza lesione) che non scompare alla digitopressione (eritema irreversibile).
---	---

	
<p>II</p>	<p>Soluzione di continuo superficiale che coinvolge l'epidermide ed il derma superficiale. La lesione si può presentare clinicamente con un'abrasione, una vescica od una iniziale ulcerazione.</p> 
<p>III</p>	<p>Ulcera a tutto spessore che implica interessamento con necrosi del tessuto sottocutaneo fino alla sottostante fascia. Clinicamente si presenta come una profonda cavità che può o non può essere sottominata.</p>

	
<p>IV</p>	<p>Ulcera a tutto spessore con interessamento muscolare fino alle strutture ossee.</p> 
<p>*</p>	<p><u>In caso di escara non è possibile determinare lo stadio della lesione.</u></p>

Quale deve essere la frequenza con la quale valutare il programma di cura della LDD?

Il programma di intervento, deciso per la cura di una lesione, non deve essere modificato ad intervalli inferiori ad una settimana. Se le condizioni del paziente o della lesione peggiorano, rivalutare il programma di trattamento [C].

Entro quanto tempo dovrebbe vedersi il miglioramento della LDD?

Una lesione pulita dovrebbe mostrare l'inizio del processo di guarigione entro 2 settimane. Se ciò non avviene, rivalutare complessivamente il piano di trattamento ed anche il grado di adesione del paziente ad esso, per stimare se sono necessari dei cambiamenti [C].

L'ALIMENTAZIONE

Cosa deve garantire l'alimentazione al soggetto con LDD?

Occorre valutare gli introiti rispetto ai fabbisogni calorico-nutrizionali del soggetto.

La presenza di LDD richiede:

- un controllo della quota proteica con garanzia di proteine animali;
- un controllo della quota calorica per favorire un bilancio azotato positivo;
- un adeguato introito in micronutrienti (vitamine, ed in particolare vitamina C, minerali, ed in particolare Zinco) [B].

Il paziente va incoraggiato ad arricchire la sua alimentazione con supplementi calorici e proteici (alimenti comuni e graditi, tipo crem-caramel, prosciutto, ecc. o integratori farmaceutici) e controllato nei comportamenti alimentari registrando le assunzioni di cibo quali-quantitative nella documentazione clinica [C].

Un'insufficiente alimentazione orale può indurre il medico a mettere in atto un'alimentazione enterale o parenterale.

Vedi il "Protocollo sulla nutrizione del portatore di lesioni da decubito" in allegato 10.

ALLEGATO 10

PROTOCOLLO SULLA NUTRIZIONE DEL PORTATORE DI LDD

✓ Una valutazione nutrizionale con adeguato piano terapeutico alimentare è parte del trattamento delle lesioni da decubito

Obiettivo

- Incrementare l'apporto calorico-proteico
- Migliorare l'introito di nutrienti specifici (proteine ad alto valore biologico, micronutrienti, ecc.)
- Formulare una dieta possibile nel rispetto delle criticità del soggetto (disfagia, malassorbimento, ecc.)

INTERVENTO NUTRIZIONALE DI SUPPORTO



Formulazione del piano dietoterapeutico

- Valutazione delle capacità del soggetto di assunzione del cibo e masticatorie
- Valutazione della funzionalità del tratto gastroenterico

Alimentazione Naturale Possibile

- Scelta della dieta appropriata - nel Dietetico Ospedaliero con supporto del dietista
- con prescrizione di dieta personalizzata
- Controllo degli introiti alimentari e verifica dell'apporto calorico-proteico
- Eventuale incremento calorico-proteico con integratori

ALIMENTAZIONE NATURALE NON POSSIBILE O INSUFFICIENTE ➡ NUTRIZIONE ARTIFICIALE



La nutrizione artificiale rappresenta un importante progresso scientifico e terapeutico, la cui attuazione richiede appropriatezza con individuazione corretta del paziente candidato, scelta del tipo di NA, prescrizione di apporti nutrizionali, e garanzie di sicurezza nella somministrazione.

a) *Intestino normofunzionante: nutrizione enterale*

b) *Tratto gastroenterico insufficiente: nutrizione parenterale*

ALIMENTAZIONE PREFERENZIALE

alimenti naturali + integratori

===



- VALORE CALORICO E NUTRIZIONALE ELEVATO
- RISPETTO DELLE CAPACITÀ FUNZIONALI GASTROENTERICHE DEL PAZIENTE
- PASTI VARIATI NEL RISPETTO DELLE ABITUDINI ALIMENTARI DEL PAZIENTE

CARATTERI	INTEGRATORI	ALIMENTI NATURALI
Palatabilità	Buona Scarsa per i prodotti con amminoacidi liberi	Buona
Calorie volume	Buono	Scarso
Gusti	Monotoni	Vari
Igienicità	Elevata	Scarsa
Valore bromatologico	Certo	Incerto
Valore nutrizionale	Elevato	Variabile
Influsso sull'appetito	Scarsa stimolazione	Variabile

ALIMENTAZIONE ENTERALE



Nei soggetti critici, a rischio o con malnutrizione conclamata, con perdita delle riserve nutritive dell'organismo, con stress e incrementato metabolismo che ne consegue, quando l'alimentazione naturale per os non è possibile o insufficiente o comunque non soddisfacente, **l'alimentazione enterale per sonda o PEG** instaurata in fase precoce, può migliorare lo stato nutrizionale dell'utente e di conseguenza la prognosi.

MISCELE PER NUTRIZIONE ENTERALE

FORMULE POLIMERICHE STANDARD	(< 1 kcal/ml)
FORMULE POLIMERICHE STANDARD	(1 kcal/ml)
FORMULE POLIMERICHE STANDARD CON FIBRE	
FORMULE POLIMERICHE IPERPROTEICHE	
FORMULE POLIMERICHE <u>IPERCALORICHE</u> \IPERPROTEICHE	(> 1 kcal/ml)

FORMULE SEMIELEMENTARI

FORMULE ELEMENTARI

FORMULE SPECIALI PER PATOLOGIA

IL DOLORE

Come gestire il dolore nel paziente con LDD?

Valutare in tutti i pazienti con LDD la presenza del dolore dovuto alla lesione e le modalità di trattamento [C].

ESPOSIZIONE AI FATTORI DI RISCHIO

Come gestire i fattori di rischio delle LDD?

Quando il soggetto è allettato

- Evitare di posizionare il soggetto sulla lesione [C].
- Fare uso di presidi di posizionamento per diminuire la pressione sulla LDD. Se il paziente non presenta ulteriori rischi di sviluppare altre lesioni da decubito, impiegare sovr materassi o materassi senza motore. Non utilizzare presidi a ciambella [C].
- Stabilire un programma scritto di cambio posturale [C].
- Evitare il posizionamento ad angolo retto sul trocantere. Utilizzare ausili (come cuscini o schiume) per alleviare la pressione sui calcagni, oppure tenerli sollevati dal letto [C].
- Utilizzare dispositivi (cuscini o schiume) per prevenire il contatto diretto tra le prominenze ossee (ginocchia e caviglie) [C].
- Mantenere la testata del letto al più basso grado di elevazione, tenendo conto delle indicazioni cliniche [C].

- Mantenere il monitoraggio della cute al fine di prevenire ulteriori LDD [SCHEDA DI PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO (LDD)] [C].
- se il paziente può modificare la sua posizione, senza gravare col peso sulla lesione e senza “toccarne il fondo”, utilizzare un sistema di supporto statico [B].
- Utilizzare un sistema di supporto dinamico (ad esempio: materassi a pressione alternata) se il paziente non è in grado di cambiare la sua posizione, o se il paziente “tocca” il fondo di un presidio statico, o se la lesione non dimostra segni di miglioramento [B].
- Se il paziente è portatore di lesioni multiple di stadio III o IV in zone diverse è indicato un sistema a bassa cessione d’aria o ad aria fluidizzata [C].
- Se esiste il rischio di macerazione cutanea e di ulteriori lesioni, un sistema di supporto che fornisca un flusso d’aria può essere importante per asciugare la cute e prevenire altre lesioni [C].

Vedi protocollo di cambio posturale e presidi antidecubito in allegato 2.

Quando il soggetto è seduto

- Evitare che la posizione seduta determini una pressione su una LDD; anche quando può essere ridotta la pressione sull’ulcera, utilizzare la posizione seduta per un tempo limitato [C].
- Quando si mette la persona seduta favorire l’allineamento posturale, la distribuzione del peso, il bilanciamento, la

stabilità e la riduzione della pressione sulla lesione [C].

- Riposizionare il malato seduto preferibilmente ogni ora. Nel caso ciò sia impossibile, rimettere a letto la persona. Gli individui che ne sono in grado, dovrebbero cambiare spontaneamente la posizione seduta ogni 15 minuti [C].
- Utilizzare un cuscino adatto alle necessità del paziente per ridurre la compressione in posizione seduta. Evitare ausili circolari [C].

Sviluppare un programma scritto che faciliti la gestione del posizionamento della persona [C].

Vedi protocollo di posizionamento seduto in allegato 3.

Come impostare la cura della LDD?

La cura della lesione da decubito comprende lo sbrigliamento, la pulizia della ferita, l'applicazione di medicazioni. In alcuni casi è richiesto il trattamento chirurgico [**SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA DECUBITO (LDD)**].

TRATTAMENTO DELL'ESCARA

Come eseguire la rimozione dell'escara dalla LDD?

Il tessuto necrotico ritarda la guarigione delle LDD e rappresenta un terreno di coltura per lo sviluppo batterico.

La rimozione dei tessuti non vitali deve tenere conto delle condizioni della persona e degli obiettivi assistenziali. Nei pazienti terminali prima di attuare il debridement andrebbe presa in considerazione la qualità generale della vita.

Appropriate tecniche di toilette sono in funzione del grado di necrosi con diverse possibilità di scelta che comprendono:

- toilette chirurgica, sbrigliamento meccanico, enzimatico, autolitico.

Quando vi è urgenza di rimuovere il tessuto necrotico in presenza di lesioni profonde ed in

presenza di cellulite o sepsi, è indicato l'intervento chirurgico.

Medicazioni asciutte-umide sono efficaci per allontanare piccole quantità di tessuto necrotico superficiale.

Medicazioni asciutte devono essere associate allo sbrigliamento meccanico o enzimatico.

In caso di ulcera secca del calcagno, la necrosi non va rimossa se non sono presenti: edema, eritema, fluttuazione o secrezione.

Qualora questi segni comparissero, si deve procedere allo sbrigliamento tempestivo.

Se è necessario va trattato il dolore associato alle manovre chirurgiche [C].

DETERSIONE DELLA LESIONE DA DECUBITO

Come deve essere effettuata la pulizia della LDD?

Utilizzare un'irrigazione con soluzione fisiologica sterile che non è dannosa per i tessuti [C].

Deve essere utilizzata una pressione sufficiente per pulire la lesione senza traumatizzarla (può essere utilizzata una siringa con ago del 19G) [C].

Utilizzare una minima forza meccanica se ci si serve di garze, telini o spugne.

Non è indicato l'uso di detergenti cutanei o agenti antisettici (iodio povidone, clorexidina, soluzione di ipoclorito di sodio, acido acetico, acqua ossigenata) [B].

In presenza di flittene, forarla per permettere la fuoriuscita del liquido contenuto, ma lasciare in sede il tetto (Attenzione! Intervento da effettuare con la massima sterilità).

LE MEDICAZIONI

Quali medicazioni devono essere usate?

Utilizzare una medicazione che mantenga umido il fondo della lesione [A].

Le medicazioni asciutte-umide (bagnate con soluzioni fisiologica e lasciate asciugare), sono efficaci per rimuovere piccole quantità

di tessuto necrotico superficiale, ma possono compromettere la riepitelizzazione.

I nuovi tipi di medicazioni sintetiche forniscono un ambiente umido che promuove la pulizia della piaga e favorisce la riepitelizzazione. Il confronto tra le diverse medicazioni sintetiche non ha mostrato significative differenze nei confronti del processo di guarigione [B].

In presenza di perdita di sostanza è opportuno riempire lo spazio vuoto con uno zaffo morbido [C].

La scelta del tipo di medicazione va fatta anche tenendo conto della disponibilità di tempo del personale di assistenza. Le

medicazioni dovrebbero essere lasciate in sede per il maggior tempo possibile in rapporto all'andamento clinico e alle specifiche del prodotto. La rimozione frequente può danneggiare il fondo della lesione [B].

Le medicazioni in sede perianale vanno controllate più volte al giorno per l' alto rischio di contaminazione [C].

Vedi il "Protocollo sulle medicazioni delle lesioni da decubito con schede medicazioni avanzate" in allegato 11.

ALLEGATO 11

PROTOCOLLO SULLE MEDICAZIONI DELLE LESIONI DA DECUBITO CON SCHEDE MEDICAZIONI AVANZATE

TRATTAMENTO

Stadio	Detersione	Medicazione	Cadenza	Area circostante
I°	con soluzione fisiologica o ringer lattato	- pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano - idrocolloidi extra sottili	1 volta alla settimana o al bisogno.	Crema base per cute grassa; crema emolliente e oli per cute secca; crema all' acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.
II°	Idem	- idrocolloidi extra sottili - schiuma di poliuretano	Idem	Idem
Flittene	Idem	- forare, con manovra asettica, senza rimuovere il tetto e coprire con schiuma di poliuretano	1 volta alla settimana o al bisogno.	Idem
III° e VI°	Idem	Vedi specifiche seguenti.		Idem

SPECIFICHE III° E IV° STADIO

Variante lesione	Medicazione	Cadenza
Se escara	- pomate enzimatiche (da rinnovare ogni 8 ore) e coprire con garze - idrogeli e ricoprire con medicazione a base di schiuma di poliuretano - rimozione chirurgica * graduale o * totale	ogni 24/72 ore
Se lesione emorragica	- alginato e garze sterili Attenzione! Evitare la rimozione traumatica.	ogni 8/24 ore
Se lesione essudativa, necrotica o ricca di fibrina o granuloggiante con essudato	- idrogeli e ricoprire * con medicazione a base di schiuma di poliuretano o * placca idrocolloidale - fibra idrocolloidale ricoperta con placca idrocolloidale	ogni 24/72 ore
Se lesione cavitaria con	- tampone in schiuma di poliuretano ricoperta con placca	da giorni alterni a 3/4

abbondante essudato	di schiuma di poliuretano - fibra idrocolloidale ricoperta con garze <i>Attenzione! No garze iodoformiche.</i>	giorni
Se lesione granuleggiante	- schiuma di poliuretano - placca idrocolloidale	1 volta alla settimana o al bisogno
Se lesione infetta	- fibra idrocolloidale ricoperta con garze <i>Attenzione! Evitare l'occlusione. Si consiglia antibiotico sistemico. Consultare specialista in Wound Care</i>	ogni 24

SCHEDE MEDICAZIONI AVANZATE

PELLICOLE SEMIPERMEABILI TRASPARENTI

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

IDROCOLLOIDI

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

IDROGELI

<i>Composizione:</i>	Gel a base di acqua (contenuto superiore al 50% fino al 70%) a base di polimeri idrofilici
----------------------	---

	idrocolloidali (carbossimetilcellulosa, pectina, gomma di guar). Possono contenere alginati.
<i>Sterilizzazione:</i>	
<i>Stoccaggio:</i>	Orizzontale a temperatura ambiente.
<i>Tipologia:</i>	Debridment autolitico (idrata la necrosi) favorendo il processo di detersione autolitica e assorbe l'essudato. Disponibile in applicatori o in forma di medicazione classica.
<i>Caratteristiche chimico-fisiche:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di idratazione % H₂O • Grado di viscosità (> più efficace) • Trasparenza
<i>Qualità:</i>	Certificazione ISO 9001/En46001.
<i>Indicazione:</i>	Per il trattamento di tessuti necrotici o fibrinosi, richiedono una medicazione secondaria e aiutano a mantenere umida la zona della lesione, facilitando il debridment autolitico.
<i>Tempo medio di permanenza:</i>	24 ore-3 giorni.
<i>Controindicazioni:</i>	Un uso improprio può macerare la pelle sana circostante la lesione a causa dell'elevato contenuto in acqua.

ALGINATI

<i>Composizione:</i>	Derivati dalle alghe brune. A base di calcio o calcio e sodio con funzione assorbente e gelificante. Contengono l'acido alginico, polimero a base di residui di acido manuronico e glucuronico (alginati ricchi di acido manuronico formano gel soffici e flessibili mentre quelli ricchi di acido glucuronico formano gel più compatti).
<i>Sterilizzazione:</i>	
<i>Stoccaggio:</i>	Orizzontale a temperatura ambiente.
<i>Tipologia:</i>	Piastre o nastro. La fibra di alginato a contatto con l'essudato della ferita si trasforma, attraverso un processo chimico di scambio ionico Ca/Na, in un gel viscoso e idrofilico. Possiede proprietà emostatiche. Un alginato è in grado di assorbire fino a 20 volte il suo peso, permette lo scambio gassoso tra ferita e ambiente esterno. La struttura a fibre perpendicolare impedisce all'essudato di spandere oltre i bordi della ferita, per evitare il rischio di macerazione.
<i>Caratteristiche chimico-fisiche:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di assorbimento g/mq • Struttura reticolare, % acido manuronico e % acido glucuronico • Integrità alla rimozione • % Calcio
<i>Qualità:</i>	Certificazione ISO 9001/En46001.
<i>Indicazione:</i>	Dopo escarectomia per l'effetto di emostasi nelle prime 24 ore (senza altre medicazioni). Ulcera a forte essudazione di stadio II°, III° e IV°. Ulcera infetta (non medicazioni occlusive).
<i>Tempo medio di permanenza:</i>	3-7 giorni
<i>Controindicazioni:</i>	Ulcera eccessivamente asciutta.

SCHIUME

<i>Composizione:</i>	Poliuretano ad assorbimento idrocellulare con varie strutture (alveolare, tridimensionale), gas permeabile.
<i>Sterilizzazione:</i>	
<i>Stoccaggio:</i>	A temperatura ambiente.
<i>Tipologia:</i>	Medicazione adsorbenti adesive e non, con pellicole di rivestimento (poliuretano o pebax) per creare una ulteriore barriera antibatterica. Le schiume creano un ambiente umido e favoriscono l'isolamento termico della lesione e uno spessore protettivo.
<i>Caratteristiche chimico-fisiche:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Permeabilità g/m² • Capacità di assorbimento g/mq • Capacità di idro-ritenzione dei liquidi

	<ul style="list-style-type: none"> • Adattamento e conformabilità alla cavità • Indeformabilità della medicazione (mantenere il contatto)
<i>Qualità:</i>	Certificazione ISO 9001/En46001.
<i>Indicazione:</i>	Stadi II° - III° - IV° in relazione all'essudato o medicazione secondaria associata agli idrogeli.
<i>Tempo medio di permanenza:</i>	3-7 giorni.
<i>Controindicazioni:</i>	Ulcere eccessivamente asciutte.

Vedi scheda di monitoraggio seguente.

Sezione sintetica **SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA DECUBITO (LDD)**



Timbro del Reparto

Codice a barre

Cognome Nome:

Data di nascita:/...../..... Data di ricovero:/...../.....
(se necessario)

Data 1° osservazione	Numero sede lesione (vedi figura)	Grado les. princip.	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesion.le
_____	Principale*: _____ Secondarie: _____	I° II° III° IV° <input type="checkbox"/> Escara	Cm. _____ <input type="checkbox"/> Detersa <input type="checkbox"/> Fibrina <input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Lineari <input type="checkbox"/> Macerati <input type="checkbox"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata
Lesione presente all'ingresso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

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

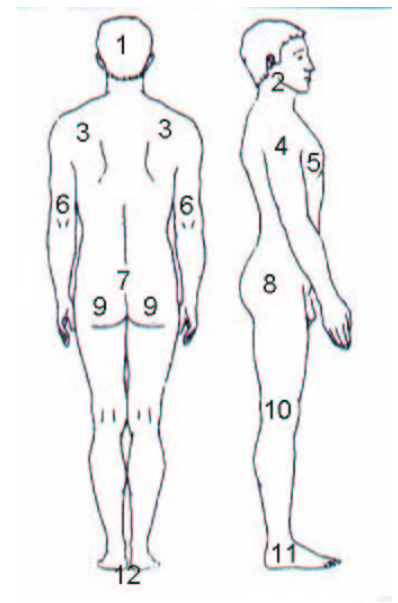
Eventuali note sulle lesioni secondarie:

Sintesi del trattamento

Stadio	Detersione	Medicazione	Cadenza	Area circostante
I° e II°	Soluzione fisiologica o ringer lattato	<input type="checkbox"/> pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano (I°) o <input type="checkbox"/> idrocolloidi extra sottili (I-II°) o <input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano (II°)	1 volta alla settimana o SO.	Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco
Flittene	Idem	<input type="checkbox"/> forare senza rimuovere il tetto <i>Attenzione! Intervento asettico.</i> <input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano	1 volta alla settimana o SO.	Idem
III° e VI°	Idem	Vedi specifiche		Idem

Specifiche III° e IV° stadio

Variante lesione	Medicazione	Cadenza
Se escara	<input type="checkbox"/> pomate enzimatiche + garze <input type="checkbox"/> idrogeli + schiuma di poliuretano Rimozione chirurgica: <input type="checkbox"/> graduale o <input type="checkbox"/> totale	Ogni 24/72 ore. Rinnovo pomate enzimatiche <u>ogni 8 ore.</u>
Se emorragica	<input type="checkbox"/> alginati + garze sterili	ogni 8/24 ore
Se essudativa o necrotica o fibrinosa.	<input type="checkbox"/> idrogeli + <input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano o <input type="checkbox"/> placca idrocolloidale <input type="checkbox"/> fibra idrocolloidale + placca idrocoll.	ogni 24/72 ore
Se cavitaria con abbondante essudato	<input type="checkbox"/> tampone in schiuma di poliuretano + schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> fibra idrocolloidale + garza <i>Attenzione! No garze iodoformiche.</i>	da giorni alterni a 3/4 giorni,
Se lesione granuleggiante	<input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> placca idrocolloidale	1 volta alla settimana o SO.
Se lesione infetta	<input type="checkbox"/> fibra idrocolloidale + garza <i>Attenzione! Evitare l'occlusione. Si consiglia antibiotico sistemico Consultare specialista in Wound Care</i>	ogni 24 ore



Informazioni più particolareggiate nelle Linee Guida

Firma infermiere:

Legenda I° = Eritema cutaneo che non scompare alla digitopressione II° = Soluzione di continuo dell'epidermide e/o derma III° = Ulcera a tutto spessore IV° = Ulcera a tutto spessore con interessamento muscolare fino alle strutture ossee

Inviare copia per 1° segnalazione al Settore sorveglianza LDD al numero fax. 3049

Rivalutazioni settimanali - Data: ____/____/____

Lesione	Numero sede lesione (vedi figura)	Grado les. princip.	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
<input type="checkbox"/> Principale	_____	I° II°	<input type="checkbox"/> Detersa <input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Lineari <input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Integra
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____	III° IV° <input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta Cm. _____	<input type="checkbox"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata

Note sulla lesione e risultati del trattamento:

.....

.....

Firma infermiere:

Data: ____/____/____

...

TERAPIE COMPLEMENTARI

E' utile il ricorso a terapie complementari? A quali ricorrere?

L'efficacia della terapia iperbarica, dei raggi infrarossi, ultravioletti, della laserterapia, degli ultrasuoni non è ancora stata stabilita con una evidenza tale da giustificarne la raccomandazione [C].

L'efficacia terapeutica di una miscellanea di agenti topici (zucchero, vitamine, oligoelementi, ormoni, altre sostanze), di fattori della crescita e di equivalenti della cute non è ancora stata stabilita con un' evidenza tale da giustificarne la raccomandazione [C].

L'efficacia di agenti sistemici non antibiotici, non è stata sufficientemente stabilita al fine di permettere la loro raccomandazione per il trattamento delle LDD [C].

Nel caso in cui lesioni di stadio III° e IV° non abbiano risposto positivamente alla terapia

convenzionale, prendere in considerazione una serie di trattamenti con elettroterapia. La stimolazione elettrica potrebbe essere utile nel caso di lesioni di stadio II° che non tendono a guarire [C].

CONTAMINAZIONE BATTERICA E TERAPIA ANTIBIOTICA

Come procedere in caso di colonizzazione batterica della lesione da decubito?

Un' efficace pulizia e lo sbrigliamento minimizzano la colonizzazione batterica della lesione [A].

In presenza di secrezione purulenta e maleodorante, pulire con maggiore frequenza e valutare se è necessario ancora lo sbrigliamento o la toilette chirurgica [C].

E' utile eseguire tamponi culturali sulla LDD? Come gestire la terapia antibiotica?

Nelle LDD non è necessario effettuare tamponi di routine per fare diagnosi di infezione [C]. Nel caso il medico decidesse comunque di effettuare una coltura, il prelievo dovrà essere effettuato mediante una biopsia del fondo della lesione.

Non è consigliato l'uso di antisettici topici (iodio povidone, iodoformica, soluzione di ipoclorito di sodio, acqua ossigena, acido acetico e clorexidina), per ridurre la contaminazione batterica.

Antimicrobici topici, quali argento sulfodiazina in crema, possono ridurre la carica batterica ma anche selezionare microrganismi resistenti.

La maggior parte degli antibiotici topici non penetra nelle ulcere e alcuni provocano ipersensibilità, dermatiti da contatto o tossicità da assorbimento.

Gli antibiotici sistemici andrebbero riservati al trattamento delle celluliti, delle osteomieliti e delle sepsi.

L'antibiotico sistemico deve essere efficace contro i Gram +, Gram – e anaerobi [A].

E' necessario proteggere le LDD da contaminazioni esterne?

E' necessario utilizzare tutte le precauzioni possibili per evitare di diffondere l'infezione al/dal paziente. Lavarsi le mani e cambiarsi i guanti da un paziente e l'altro.

Quando si medicano più lesioni di uno stesso paziente lasciare per ultima la più contaminata [C].

Occorre utilizzare medicazioni sterili?

In ospedale utilizzare medicazioni e strumenti sterili per lo sbrigliamento di una lesione [C].

Al domicilio possono essere utilizzate medicazioni pulite (ma comunque strumenti sterili).

Fare attenzione a smaltire i rifiuti seguendo i criteri relativi alle norme locali [C].

TERAPIA CHIRURGICA

Quali sono i pazienti eleggibili per una riparazione chirurgica della LDD?

Sono arruolabili alla terapia chirurgica i pazienti con lesioni senza materiale necrotico al III°/IV° stadio che non rispondono al trattamento topico. I candidati devono essere in condizioni cliniche stabili, adeguatamente nutriti e in grado di tollerare una perdita ematica intraoperatoria e l'immobilità postoperatoria. Occorre inoltre considerare la qualità della vita, i desideri del paziente, gli obiettivi del trattamento, i rischi di recidive e gli obiettivi attesi di riabilitazione [C].

Controllare i fattori che possono contrastare il successo dell'intervento, quali: il fumo, la spasticità, il livello di colonizzazione batterica, l'incontinenza, le infezioni del tratto urinario [C].

Come procedere per la riparazione chirurgica della LDD?

Utilizzare la tecnica più efficace e meno traumatica per riparare l'ulcera. I metodi possono essere: chiusura diretta, lembi cutanei, lembi miocutanei, lembi liberi. Al fine di minimizzare il rischio di recidiva, la scelta della tecnica chirurgica si deve basare sui bisogni e sulle condizioni generali del singolo paziente [C].

Può essere raccomandata l'ischietomia profilattica?

No, l'ischietomia profilattica non è raccomandata perché sovente esita in ulcere perineali e fistole uretrali, che sono problemi più gravi delle ulcere ischiatiche [C].

Come gestire il paziente sottoposto a riparazione chirurgica della LDD?

Minimizzare per almeno due settimane la pressione sulla zona operata, utilizzando un letto fluidizzato o a bassa pressione d'aria. Controllare la vitalità dei tessuti operati secondo i protocolli in uso. La compressione della zona sottoposta a lembo sarà graduale. Per stabilire il grado di tolleranza al peso del lembo, osservare se il pallore o l'arrossamento (o entrambi), non si risolvono nel giro di dieci minuti. Per evitare recidive è fondamentale educare il paziente [C].

Fare molta attenzione al problema delle recidive. Dovrebbe essere fornita una adeguata formazione ai prestatori di cure riguardo alle misure per ridurre la pressione, all'osservazione cutanea quotidiana e alle tecniche di cambio posturale [A].

EDUCAZIONE SANITARIA

Si devono svolgere programmi di educazione sanitaria per il trattamento delle LDD?

Si devono progettare, sviluppare e realizzare programmi di educazione sanitaria rivolti ai pazienti e ai loro familiari sulle procedure in grado di promuovere la guarigione delle LDD e di prevenire le recidive [C].

I programmi educativi devono essere adeguati al livello di comprensione dei diversi uditori.

Chi deve essere coinvolto nel programma di educazione sanitaria?

Coinvolgere i pazienti, i loro familiari ed altri eventuali fornitori d'assistenza nella prevenzione e nel trattamento delle LDD. Il programma deve comprendere le informazioni sulla gestione di problemi quali il dolore ed i disagi, gli obiettivi e la durata del trattamento. Incoraggiare il paziente, i familiari ed i fornitori d'assistenza alla partecipazione attiva e alla presa delle decisioni [C].

Vedi descrizione dei contenuti nella "Checklist di controllo per il programma di educazione sanitaria sul trattamento delle lesioni da decubito" in allegato 12.

ALLEGATO 12

CHECK LIST DI CONTROLLO PER IL PROGRAMMA DI EDUCAZIONE SANITARIA SUL TRATTAMENTO DELLE LDD

1. I problemi di trattamento delle LDD

Contenuti trasmessi	Data	Verifica comprensione	Firma
<input type="checkbox"/> Sanguinamento <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Tempi di guarigione <input type="checkbox"/> Alimentazione ed idratazione <input type="checkbox"/> Igiene personale <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Segni di miglioramento e peggioramento <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ _____			

2. Tecniche di medicazione delle LDD

Contenuti trasmessi	Data	Verifica comprensione	Firma
<input type="checkbox"/> Detersione <input type="checkbox"/> Tipi di medicazioni <input type="checkbox"/> Antisettici e disinfettanti <input type="checkbox"/> Controllo delle medicazioni			

Si devono istituire programmi di formazione sul trattamento delle LDD?

Si devono progettare, sviluppare e realizzare programmi di formazione per il personale sanitario impegnato sul percorso di cura delle LDD enfatizzando l'approccio alla prevenzione e descrivendo le procedure di trattamento efficaci [C].

Cosa devono includere i programmi di formazione?

I programmi di formazione devono identificare i ruoli ed i livelli di responsabilità di ogni figura coinvolta. Sono in primo luogo rivolti *ai referenti per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito* e descrivono il ruolo di ciascuno di essi in relazione alla professionalità rappresentata. Le informazioni e il grado di partecipazione richiesto devono essere appropriate agli interlocutori [C].

I programmi formativi devono enfatizzare la necessità di un'accurata, precisa e uniforme osservazione ed una descrizione e documentazione dell'estensione dei tessuti danneggiati, come da scheda di monitoraggio delle LDD in allegato [C].

Gli argomenti dei programmi formativi devono trattare:

- l'eziologia delle LDD e le patologie collegate;
- i fattori di rischio con il glossario per la corretta stadiazione;
- i principi sulla guarigione delle LDD;
- i principi per il supporto nutrizionale e le diete in uso;
- i programmi individualizzati di cura della cute;

- i principi di pulizia e di controllo delle infezioni;
- le modalità di prevenzione delle recidive;
- la selezione dei prodotti come da schede allegate per categorie ed usi in relazione ai sistemi di supporto, alle medicazioni, agli antibiotici ed altri agenti;
- l'influenza dell'ambiente fisico e meccanico sulle LDD e le strategie per la sua corretta gestione;
- le modalità di documentazione e controllo dei dati sulle LDD, con inclusione degli interventi di trattamento e dei progressi nella guarigione, come indicato nella scheda di monitoraggio delle LDD in allegato.

I programmi formativi devono essere aggiornati ogni 3 anni al fine di incorporare tecnologie e tecniche nuove [C].

Valutare l'efficacia dei programmi formativi in termini di obiettivi misurabili: adesione alle linee guida (audit clinico); livelli di miglioramento delle lesioni esistenti (schede di monitoraggio delle LDD); riduzione dell'incidenza e della prevalenza (programma di sorveglianza); prevenzione delle complicanze (scheda monitoraggio delle LDD).

I programmi formativi devono essere sviluppati, attuati e valutati usando i principi di apprendimento degli adulti: spiegazione, dimostrazione, dibattito, discussione in gruppo, esercitazione [C].

Incoraggiare il paziente, i familiari ed i fornitori d'assistenza alla partecipazione attiva e alla presa delle decisioni [C].

Vedi "Programma formativo per il trattamento delle LDD" in allegato 13.

PROGRAMMA FORMATIVO PER IL TRATTAMENTO DELLE LDD

Ordine	Argomento	Ore*	Docente	Metodologia Didattica
1	L'eziologia delle LDD e le patologia collegate.	2	Medico Internista o Geriatra	Lezione frontale con proiezione filmati.
2	I fattori di rischio con il glossario per la corretta stadiazione.	1	Infermiera perfezionata in wound care	Lezione frontale con esercitazione con immagini.
3	I principi sulla guarigione delle LDD.	1	Medico dermatologo	Lezione frontale con proiezione filmati.
4	I principi per il supporto nutrizionale e le diete in uso.	1	Dietista	Lezione frontale con schede dietetiche.
5	Le modalità di prevenzione delle recidive.	1	Infermiera case manager	Lezione frontale ed esercitazione con immagini.
6	La selezione dei prodotti per categorie ed usi in relazione ai sistemi di supporto, alle medicazioni, agli antibiotici ed altri agenti.	3	Farmacista	Lezione frontale con schede tecniche.
7	I programmi individualizzati di cura della cute.	1	Infermiera perfezionata in wound care	Lezione frontale ed esercitazione con immagini.
8	I principi di pulizia e di controllo delle infezioni.	1	Infermiera perfezionata in wound care	Lezione frontale con proiezione filmati.
9	Le modalità di documentazione e controllo dei dati sulle LDD, con inclusione degli interventi di trattamento e dei progressi nella guarigione	1	Infermiera perfezionata in wound care	Lezione frontale con scheda di monitoraggio delle LDD.

* tempi indicativi, non comprensivi della valutazione della comprensione e di esercitazioni individuali.

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ**Come migliorare la qualità della gestione delle LDD?**

Mantenere il comitato interdisciplinare e interprofessionale di redazione delle linee guida sulla prevenzione e trattamento delle LDD come comitato di implementazione, valutazione ed aggiornamento periodico delle linee guida [C].

Monitorare regolarmente l'incidenza e la prevalenza delle LDD [C].

Sviluppare e rivalutare i programmi educativi sulla base dei dati di incidenza e prevalenza [C].

Attivare l'ufficio per il controllo delle LDD, con funzioni di consulenza, formazione e misurazione di incidenza e prevalenza [SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA DECUBITO (LDD)].

Effettuare audit clinici periodici di verifica.

Vedi "Guida per audit clinico sulla valutazione della implementazione delle linee guida per la prevenzione ed il trattamento delle LDD" in allegato 14.

**GUIDA PER AUDIT CLINICO SULLA VALUTAZIONE DELLA IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA
PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELLE LDD**

Raccomandazione	Criteri di audit	Come condurre l'audit
Identificare gli individui a rischio. Valutare e registrare il livello individuale di rischio di sviluppare le LDD.	Come è stato valutato il livello di rischio? La valutazione del rischio è stata effettuata a tutte le persone entro le prime 24 ore del ricovero? La rivalutazione del rischio è effettuata ogni 7 giorni o al variare delle condizioni cliniche? I risultati della valutazione sono stati documentati o registrati?	In cartella infermieristica è documentato il risultato della valutazione del rischio? Se le condizioni del paziente si modificano, c'è la registrazione della rivalutazione?
Chi effettua la valutazione del rischio.	I membri del team sono stati addestrati in modo adeguato alla valutazione del rischio?	Almeno un membro del team per qualifica ha svolto un programma di addestramento specifico?
Scala di valutazione del rischio	Come sono utilizzate le scale di valutazione del rischio? E' utilizzata la scala di Braden?	Scala di Braden: evidenza del punteggio.
Ispezione della cute	La cute è ispezionata regolarmente e frequentemente in risposta ai cambiamenti delle condizioni della persona? L'ispezione della cute è focalizzata alle aree di riconosciuta vulnerabilità? I cambiamenti sono documentati?	La scheda di prevenzione delle LDD mostra la data ed il risultato dell'ispezione della cute? Sono documentate le azioni intraprese?
Presidi di redistribuzione della pressione	I pazienti valutati a rischio sono su un materasso a pressione alternata o su altri presidi a tecnologia adatta? Sono variati i supporti al variare delle condizioni del paziente?	La scheda di prevenzione delle LDD indica quale supporto è utilizzato per ogni paziente? Controllo dei materassi e delle superfici di supporto.
Presidi non appropriati	Sono assenti strumenti non appropriati quali: * velli di pecora sintetici o naturali; * presidi circolari.	Osservazione della pratica.
Piano di riposizionamento del paziente	C'è evidenza che i pazienti valutati come a rischio sono mobilizzati?	La scheda di prevenzione delle LDD riflette il piano di mobilizzazione individuale? Osservare la pratica.
Formazione degli operatori sanitari	I diversi componenti del team sono stati addestrati alla prevenzione del rischio di decubito e al trattamento delle LDD? Chi era incluso nell'addestramento?	Chiedere dei referenti del team specificatamente formati (medico, infermiere). Chiedere agli operatori circa la loro formazione.
Educazione dei pazienti	I pazienti ed i familiari sono educati riguardo: La valutazione del rischio da lesione? Le strategie preventive? I problemi di trattamento (es. sanguinamento, infezione, ecc.)	Chiedere ai pazienti se hanno ricevuto informazioni ed educazione. E' consegnata la guida? Chiedere agli operatori cosa è compreso delle informazioni fornite ai pazienti, familiari e caregiver.
Valutazione della LDD	Quando, come e con che cosa è effettuata la valutazione della LDD?	La scheda di monitoraggio delle LDD mostra la data e i risultati della valutazione?
L'alimentazione	E' valutata l'alimentazione del paziente?	La scheda di monitoraggio delle LDD valuta l'alimentazione del paziente?
Escara	Le escare sono trattate chirurgicamente o	Nella documentazione clinica è

	con sostanze chimico-enzimatiche?	riportato il trattamento dell'escara?
Protocollo medicazione	Il protocollo di trattamento documenta il grado della LDD e le medicazioni utilizzate? I certificati di richiesta dei presidi sono predisposti per i pazienti prima della dimissione?	E' documentato il protocollo di trattamento delle lesioni secondo il grado? Sono compilati i certificati di richiesta dei presidi prima della dimissione?
Invio comunicazione	La denuncia di lesione è inviata all'ufficio di controllo?	Verifica documentazione.