



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO**

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
1	Anno 2003	*Gruppo di Lavoro	GRAP	Il Direttore Sanitario Marina Cerimele
2	13/12/2007		Direttore UOCSP Alessandro Selbmann	
3	10/05/2010		Medico Competente Raffaella Napoli	
4	1/03/2013		Dirigente SAIO Roberto Riccardi	
			Dirigente ff SPTRS e AS Nicoletta Salvatori	
			Direttore Sanitario P.O.F. Risk Manager Franco Bifulco	
			Direttore Sanitario C.O.B G. Cimarello	
			Direttore Farmacia Dott.ssa L. Tosini	
			R.L.S. (consultazione)	



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO

INDICE

Gruppo di lavoro	Pag. 3
Oggetto	Pag 4
Scopo/obiettivo	Pag 4
Ambito/Campo di applicazione	Pag 5
Responsabilità	Pag 5
Matrice delle responsabilità	Pag 6
Fase 1: prevenzione	Pag 7
Istruzioni operative	
Fase 1.1: Identificare i soggetti a rischio	Pag 7
Fase 1.2: L'importanza della nutrizione nelle LdD	Pag 9
Fase 1.3: Eliminare i fattori di rischio ed effettuare educazione sanitaria alla persona e ai familiari	Pag 10
Fase 1.4: Mantenere l'integrità cutanea migliorando la tolleranza del tessuto alla pressione	Pag 10
Schema riepilogativo	Pag 11
Fase 2: Trattamento	Pag 12
Procedure per il trattamento delle lesioni da decubito in ADI e nelle strutture ospedaliere della AUSL di Viterbo	Pag 12
Premessa	Pag. 12
Istruzioni operative	
Fase 2.1: La classificazione delle lesioni da decubito: La scala NPUAP	Pag 13
Fase 2.2: Valutazione della lesione e stadiazione secondo scala NAPUAP ed interventi correlati (I°, II°, III°, VI° stadio)	Pag 13
Trattamento delle lesioni da decubito con medicazioni d'argento	Pag. 16
Valutazione dei rischi per gli operatori	Pag. 17
Distribuzione del protocollo	Pag 18
Bibliografia /sitografia / allegati	Pag 18



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

*** GRUPPO DI LAVORO "LESIONI DA DECUBITO"**

Cognome e nome	UU.OO.	Qualifica
Aniceti Silvia	SAIO	Responsabile Area innovazione e sviluppo
Antonuzzi Angelo	SAIO	Responsabile Processi Assistenziali POF
Arci Maria Rita	U.O. ORT. Tarquinia	Infermiera
Cambosu Giuseppina	ADI VT 3	Infermiera
Colonna Patrizia	ADI VT 2	Coordinatore Infermieristico
Colonnelli Patrizia	U.O. MED. Acquapendente	Infermiera
Coralli Alessia	U.O. MED. Civita Castellana	Infermiera
Corsi Assunta	ADI VT 4	Coordinatore Infermieristico
Corsi Giuseppe	SAIO	Responsabile Processi Assistenziali Area territoriale
Cuboni Marco	SAIO	Responsabile Processi Assistenziali Belcolle, Montefiascone e Ronciglione
Curzi Mario	SAIO	Coordinatore Infermieristico
De Simoni Domenica	ADI VT 3	Infermiera
Faperdue Luigi	U.O. MED. Belcolle	Infermiere
Federici Anna	U.O.S. Didattica prof. San	Dirigente
Giorgi Alessandra	SAIO	Responsabile Dipartimento C.O.B.
Giustini Roberta	SAIO	Coordinatore Infermieristico
Lazzaroni Elettra	U.O.C ACCSI	Dirigente Medico
Lezzieri Serenella	SAIO	Responsabile Dipartimento osp. Civitacastellana
Montigiani Raffaele	SAIO	Responsabile Dipartimento osp. Tarquinia
Oliva Valerio	SAIO	Coordinatore Infermieristico
Palmioli Orietta	ADI VT 5	Infermiera
Serranti Maria Rita	U.O.C. Rianimazione Belcolle	Coordinatore Infermieristico
Squarcia A.Rita	U.O.C. MED Acquapendente	infermiera
Starnini Fabiola	ADI VT I	Coordinatore Infermieristico
Stefani Stefania	U.O.C. Ortopedia	Infermiera
Taratufolo Ada	SAIO	Responsabile Area Ricerca e formazione continua
Taratufolo Emanuela	SAIO	Coordinatore Infermieristico



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO

OGGETTO: Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito nella AUSL Viterbo.

E' definita **lesione da decubito** "una lesione tissutale, con evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa. Essa è la conseguenza diretta di un'elevata e/o prolungata compressione o di forze di taglio o stiramento che causano uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni." (Zanetti). Le lesioni da decubito sono lesioni distrofiche conseguenti a cattiva nutrizione dei tessuti, espressione locale di una patologia generale che costringe a mantenere per troppo tempo una posizione obbligata.

I decubiti sono una malattia che interessa il paziente nella sua totalità e qualsiasi intervento preventivo e/o curativo che si limiti alla sola lesione e trascuri le condizioni generali è destinato al fallimento.

Le lesioni sono un ostacolo che ritarda la guarigione del malato ed aumenta il costo assistenziale.

Le sedi generalmente soggette alle lesioni da decubito sono le seguenti:

- occipite
- padiglione auricolare
- spalla
- scapola
- processo spinoso
- gomito
- cresta iliaca
- grande trocantere
- sacro
- tuberosità ischiatica
- ginocchio
- malleolo
- tallone

SCOPO / OBIETTIVO

Tale protocollo si prefigge lo scopo di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari dell'Azienda Unità Sanitaria di Viterbo allo scopo di prevenire e/o ridurre l'insorgenza di lesioni da decubito.

Esso rappresenta uno strumento operativo rivolto agli infermieri ed un mezzo di educazione sanitaria rivolto alla persona ricoverata ed ai familiari che lo assistono.

Nel caso di fallimento della prevenzione con conseguente comparsa di lesione da decubito e nel caso in cui la lesione sia già presente al momento del ricovero, si applica il protocollo di trattamento al fine di facilitare il processo di guarigione a qualsiasi stadio della lesione.



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO

Il presente protocollo permette inoltre una definizione delle responsabilità e una definizione di criteri oggettivi per la valutazione del rischio di esposizione alla lesione da decubito e per la richiesta e l'applicazione di eventuali presidi.

AMBITO / CAMPO DI APPLICAZIONE

Campo di applicazione

Il presente protocollo, nella fase della prevenzione, è rivolto agli operatori sanitari di tutte le UU.OO. di degenza dell'Azienda Sanitaria di Viterbo e agli studenti dei corsi di laurea che svolgono il loro tirocinio presso le suddette UU.OO., ad eccezione della fase dell'approvvigionamento che sul territorio segue la normativa vigente.

La fase del trattamento è rivolta a tutti gli operatori sanitari infermieristici e medici della AUSL di Viterbo.

RESPONSABILITA'

La Responsabilità della corretta applicazione del presente protocollo è demandata a tutto il personale sanitario che effettua procedure assistenziali.

I Coordinatori infermieri devono individuare all'interno della propria U.O. un infermiere facilitatore per diffondere e attuare correttamente il protocollo all'interno delle UU.OO.

Il Coordinatore infermiere e gli infermieri ospedalieri hanno la responsabilità dell'approvvigionamento dei materassi antidecubito, dell'archiviazione della documentazione infermieristica relativa al presente protocollo (ALLEGATO 1,2,3,4,5) indispensabile al monitoraggio e alla verifica dell'applicazione del protocollo stesso e all'elaborazione dei dati.

Gli Infermieri sono responsabili della adozione degli strumenti di valutazione (ALLEGATO 1, 4, 5) necessari all'approvvigionamento dei materassi e/o delle medicazioni avanzate e del loro corretto utilizzo.

Presso gli ADI l'approvvigionamento dei presidi antidecubito segue la normativa vigente. (DM 332 del 27/08/1999 – supplemento ordinario GU n° 227 del 27/09/1999 – serie generale)

Il Direttore di Farmacia è responsabile della regolare fornitura dei prodotti, per le medicazioni avanzate, riconosciuti scientificamente validi.

Il Dirigente dell'U.O. deve portare a conoscenza di tutto il personale dell'U.O. il protocollo adottato.

Il SAIO coordina le attività del gruppo di lavoro.

Il SAIO verifica la corretta applicazione di quanto previsto dal presente protocollo e mantiene il report relativo ai consumi dei materassi.



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

Matrice delle Responsabilità

R: responsabile azione

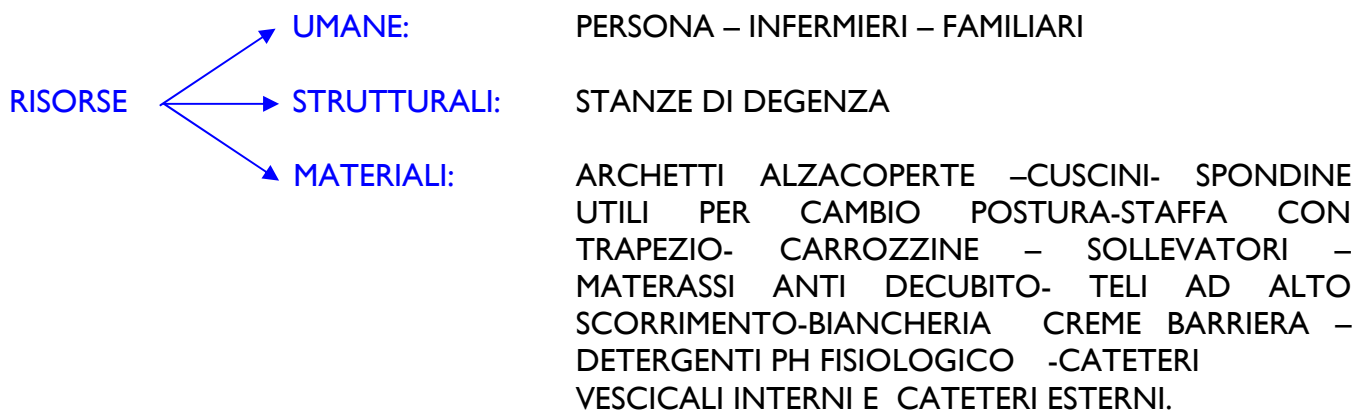
C: collaboratore

Attori	Fase progettuale			Fase operativa						Proposta	
	Elabora- zione	Verifica	Approva- zione	Informa- zione	Applica- zione	Controllo operativo	Segnala- zione criticità	Monitoraggio e report	Raccolta dati e archiviaz ione	Fornitura prodotti medicazio ni	Revisione Procedura
Gruppo di Lavoro	R			R							R
Dirigente U.O. o Dipartim.		R		R							
Coord. U.O.				R	R	R	R		R		
Infermieri				R	R	R	R		R		
Direttore Farmacia										R	
GRAP		R									
Direttore Sanitario Aziendale			R								
SAIO				R				R			



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

FASE I: PREVENZIONE



Istruzioni operative

Azione	Motivazione
FASE I.I: IDENTIFICARE I SOGGETTI A RISCHIO	
<p>La valutazione del rischio di lesione: la scala di Braden (allegato 6) All'ingresso nell'U.O. e al momento della dimissione tutti i pazienti ricoverati vengono valutati circa il rischio di lesioni da decubito e classificati dal personale infermieristico secondo la scala di Braden. La scala di Braden è un indicatore di rischio sviluppato nel 1987 nel quale vengono presi in considerazione 6 indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - percezione sensoriale - umidità - attività motoria - nutrizione - frizione e scivolamento - mobilità 	<p>Attraverso l'applicazione della scala di Braden è possibile la valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressioni</p>
<p>Le definizioni sono particolareggiate e suddivise in 23 variabili, con un punteggio che va da 1 a 4 (da 1 a 3 per la variabile "frizione e</p>	



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

<p>scivolamento”.</p> <p>Il rischio per il paziente è inversamente proporzionale al valore ottenuto (minore è il valore, maggiore è il rischio).</p> <p>Nel presente protocollo in accordo con quanto riportato dalla letteratura esistente in materia, si identificano le seguenti classi di rischio:</p> <p>“basso” con valori compresi tra 17 e 20</p> <p>“medio” con valori compresi tra 13 e 16</p> <p>“alto” con valori compresi tra 9 e 12</p> <p>“altissimo” con valori compresi tra 6 e 8</p>	
<p>Si evidenzia una situazione di rischio se il punteggio è ≤ 16.</p> <p>La scala deve essere applicata a tutti i pazienti che entrano in ospedale entro le prime 24 ore (lasso di tempo necessario per l’osservazione del paziente in tutte le sue attività di vita).</p> <p>L’infermiere prende in esame ciascun indicatore e ne assegna il relativo punteggio.</p> <p>Assegnati i punteggi a tutte le variabili,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) se si evidenzia una situazione di basso rischio attivare tutte le misure di prevenzione descritte nel presente protocollo ad eccezione dell’applicazione del materasso 2) se si evidenzia una situazione di medio, alto o altissimo rischio attivare tutte le misure di prevenzione inoltre, provvedere all’ordine del materasso antidecubito appropriato al grado di rischio mediante l’apposita scheda (ALLEGATO 1). <p>La valutazione deve essere ripetuta ogni <u>7 giorni</u> e ogni volta vi siano <u>modificazioni nelle condizioni</u> del paziente.</p> <p>Nel caso in cui si debba procedere alla variazione della tipologia del materasso si riportano i punteggi ottenuti nell’apposita scheda (ALLEGATO 4) indispensabile per procedere al ritiro del materasso in uso ed all’ordine del nuovo materasso antidecubito adeguato al modificato grado di rischio.</p> <p>ALLEGATI:</p> <p>La scheda ALLEGATO 1 deve essere inviata a mezzo fax alla ditta FORNITRICE per procedere all’ordine del materasso.</p> <p>La scheda ALLEGATO 2 deve essere inviata a mezzo fax alla ditta FORNITRICE per procedere al <u>ritiro</u> del materasso.</p> <p>La scheda ALLEGATO 4 deve essere inviata a mezzo fax alla ditta FORNITRICE per procedere al ritiro del materasso in uso e la fornitura della <u>nuova tipologia di materasso</u> individuato a seguito della mutate condizioni del paziente.</p> <p>Una copia di ogni ALLEGATO deve essere inviata al SAIO per il</p>	<p>La compilazione della scala di Braden attesterà l’appropriatezza della richiesta, a testimonianza della valutazione infermieristica effettuata.</p> <p>Gli allegati prestampati facilitano il lavoro infermieristico.</p>



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO

mantenimento del report relativo ai consumi.
Tutte le schede di valutazione e di rivalutazione devono essere conservate insieme alla documentazione clinica del paziente.

GRIGLIA RIEPILOGATIVA SCALA BRADEN

INDICATORI E VARIABILI	4	3	2	1
Percezione sensoriale	<i>Non limitata</i>	<i>Leggermente limitata</i>	<i>Molto limitata</i>	<i>Completamente limitata</i>
Umidità	<i>Raramente bagnato</i>	<i>Occasionalmente bagnato</i>	<i>Spesso bagnato</i>	<i>Costantemente bagnato</i>
Attività	<i>Cammina frequentemente.</i>	<i>Cammina occasionalmente</i>	<i>In poltrona</i>	<i>Allettato</i>
Mobilità	<i>Limitazioni assenti</i>	<i>Parzialmente limitata</i>	<i>Molto limitata</i>	<i>Completamente immobile</i>
Nutrizione	<i>Eccellente</i>	<i>Adeguata</i>	<i>Probabilmente inadeguata</i>	<i>Molto povera.</i>
Frizione e scivolamento	<i>=</i>	<i>Senza problemi</i>	<i>Potenziabile problema</i>	<i>Problema</i>

NOTA ALLEGATA

Considerare fattori che possono aggravare la situazione:

- Età avanzata;
- Malnutrizione;
- Diabete;
- Disturbi della circolazione ematica e linfatica;
- Assunzione di psicofarmaci e cortisonici;
- Anemia;
- Processi infettivi;
- Politraumatismi;
- Malattie oncologiche
- Demenza
- Iperpiressia.

FASE I.2: L'IMPORTANZA DELLA NUTRIZIONE NELLE LESIONI DA DECUBITO

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

La compromissione dello stato nutrizionale, associata a calo ponderale che provoca una riduzione del pannicolo adiposo e la diminuzione delle proteine circolanti (prealbumina, albumina, transferrina ed altre), rende i tessuti maggiormente suscettibili al danno da compressione.

La malnutrizione e la disidratazione sono fattori di rischio aggiuntivi per l'insorgenza delle LdD: è necessario quindi conoscere l'esatto bilancio alimentare e idrico per poter adottare quanto prima possibile tutte le misure idonee ad assicurare un corretto apporto calorico, proteico, vitaminico e di Sali minerali.

Numerose sono le cause della malnutrizione: patologie croniche invalidanti, riduzione del gusto, riduzione della capacità di masticazione e di deglutizione, sindromi depressive, decadimento cognitivo, farmaci, neoplasie ecc.

Nei casi più semplici, quando il paziente è in grado di deglutire bisognerà provvedere a garantire il giusto apporto di calorie, proteine, vitamine, Sali minerali aggiungendo ai pasti integratori alimentari e nei casi più complessi,



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO

prendendo in considerazione l'alimentazione enterale o parenterale.	
FASE I.3: <u>ELIMINARE I FATTORI DI RISCHIO ED EFFETTUARE EDUCAZIONE SANITARIA ALLA PERSONA ED AI FAMILIARI</u>	
<ul style="list-style-type: none">- Incoraggiare l'attività fisica del paziente e richiedere dove indicata la FKT;- Mobilizzare il paziente allettato ogni 2 ore;- Mobilizzare senza provocare sfregamenti sulla cute servendosi di un lenzuolo di trazione posto sotto il paziente;- Assicurarci che le lenzuola siano ben tese e senza corpi estranei (briciole o altro);- Prevenire lo scivolamento verso il basso tenendo la testata del letto solo leggermente rialzata (angolo non superiore a 30°);- Passare in poltrona appena le condizioni cliniche lo consentano, favorendo dove possibile l'alimentazione al tavolo;- Evitare le forze di pressione anche con uso di ausili (archetti alzacoperte, teli ad alto scorrimento);- Interporre tra gli arti inferiori cuscini al fine di evitare il contatto delle ginocchia e delle caviglie. In posizione supina i cuscini devono essere posizionati tra le gambe e sotto di esse dal polpaccio alla caviglia per mantenere i talloni sollevati;- Non mettere mai i cuscini solo sotto le ginocchia;- Garantire un corretto apporto nutrizionale favorendo l'alimentazione secondo il gradimento del paziente; stimolare l'alimentazione regolare e sorvegliare il corretto apporto idrico e alimentare.- Educare pz, familiari e assistenti ai cambi di postura (postura fianco sinistro, destro, supina), ad una corretta mobilizzazione, ad una osservazione, durante la mobilizzazione, dei siti sensibili e al rispetto di quanto altro sopra indicato;- Posizionare il materasso anti-decubito appropriato ai pazienti con indice di Braden inferiore a 16.	
FASE I.4: <u>MANTENERE L'INTEGRITA' CUTANEA MIGLIORANDO LA TOLLERANZA DEL TESSUTO ALLA PRESSIONE</u>	
<ul style="list-style-type: none">- Curare la pulizia ed il rifacimento del letto prestando attenzione che le lenzuola siano ben tese e non ruvide;- Durante il rifacimento del letto ispezionare sistematicamente la cute del pz a rischio, con particolare attenzione alle prominenze ossee per rilevare la presenza di segni premonitori (arrossamento	



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

<p>della zona, dolenza, cianosi lieve, aumento del □ermo tatto);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non utilizzare sulla pelle agenti irritanti come alcool; - Non mettere il paziente a contatto con cerate o materiali che impediscano la traspirazione cutanea; - Personalizzare le cure igieniche secondo i bisogni del paziente: lavare con acqua tiepida e saponi a ph fisiologico, asciugare per tamponamento. - Utilizzare in caso di incontinenza prodotti barriera; - Evitare l'eccessiva secchezza della cute usando creme emollienti ed idratanti; - Evitare la macerazione della cute causata da incontinenza, sudorazione o secrezione di ferite; se si usa il pannolone cambiarlo frequentemente. <p>Nella persona con incontinenza urinaria con punteggio Braden inferiore a 12 valutare l'utilizzo del catetere vescicale interno o cateteri esterni.</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

SCHEMA RIPILOGATIVO

Per ciascuna classe di rischio è individuato un diverso intervento:

CLASSE DI RISCHIO	INTERVENTO
"basso" con valori compresi tra 17 e 20	PREVENZIONE
"medio" con valori compresi tra 13 e 16	PREVENZIONE + APPLICAZIONE MATERASSO ANTIDECUBITO REVO
"alto" con valori compresi tra 9 e 12	PREVENZIONE + APPLICAZIONE MATERASSO ANTIDECUBITO DUAL
"altissimo" con valori compresi tra 6 e 8	PREVENZIONE + APPLICAZIONE MATERASSO ANTIDECUBITO DUAL PLUS
LESIONE/I PRESENTE/I	PREVENZIONE + APPLICAZIONE MATERASSO ANTIDECUBITO APPROPRIATO (valutazione rischio) + MEDICAZIONI AVANZATE (SECONDO LO STADIO DELLA/E LESIONI)



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO



FASE 2: TRATTAMENTO

Procedure per il trattamento delle Lesioni da Decubito in ADI e nelle strutture ospedaliere della AUSL di Viterbo

Premessa

Nel caso di fallimento della prevenzione con conseguente comparsa di lesione da decubito e nel caso in cui la lesione sia già presente al momento del ricovero, applichiamo il protocollo di trattamento al fine di facilitare il processo di guarigione a qualsiasi stadio della lesione.

Il presente protocollo si integra e si uniforma nelle modalità di trattamento in ospedale ed in assistenza domiciliare, garantendo la continuità delle cure ai pazienti già in trattamento ADI che necessitino di ricovero ospedaliero.

Garantisce inoltre l'aderenza alle evidenze scientifiche per ciò che attiene il trattamento delle Lesioni da decubito.

Al fine di attuare correttamente gli interventi occorre rispettare le seguenti **NOTE ESPLICATIVE** di carattere generale:

1. Lasciare la lesione scoperta il minor tempo possibile. La rigenerazione cellulare avviene ad una temperatura che oscilla tra i 35° e i 37°C.
2. Detergere la lesione con gesti di tamponamento leggeri o caricando il ringer lattato/soluzione fisiologica in siringa per irrigare la lesione.
3. Proteggere i bordi perilesionali dalla macerazione con pomate all'ossido di zinco.
4. Non usare antibiotici locali. Usare terapia antibiotica sistemica in presenza di segni clinici d'infezione della lesione.
5. Non utilizzare disinfettanti di routine. Abbassare la carica batterica con la soluzione fisiologica.
6. Lavare con acqua ossigenata e risciacquo con abbondante soluzione fisiologica solo nelle prime medicazioni, per la detersione della lesione (solo se la lesione è purulenta e/o in caso di sanguinamento dopo debridement chirurgico).
7. Non incidere le lesioni al tallone con escara asciutta, se non in presenza di edema, fluttuazione o fuoriuscita di secrezioni.



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

8. Utilizzare medicazioni debordanti sulla cute perilesionale 2-3 cm dalla lesione.
9. Utilizzare medicazioni secche tradizionali dopo l'uso di uno strumento chirurgico che determina sanguinamento, solo nelle prime medicazioni.

Istruzioni operative

FASE 2.1: LA CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO: LA SCALA NPUAP	
<p>La classificazione più accettata delle lesioni da decubito è quella proposta dal "National Pressure Ulcer Advisor Panel" (NPUAP) secondo la quale si distinguono quattro stadi della lesione (di seguito descritti nella fase del trattamento).</p> <p>Per poter valutare la guarigione o il miglioramento è necessaria la descrizione iniziale della lesione da decubito con specificazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stadio, - dimensioni, - presenza o assenza di tessuto necrotico, - infezione, - essudato, - tessuto di granulazione; - il monitoraggio sistematico dello stato della lesione con la descrizione degli interventi praticati. 	<p>L'utilizzo di una scala di valutazione consente la corretta stadi azione delle lesioni</p>

FASE 2.2: VALUTAZIONE DELLA LESIONE E STADIAZIONE SECONDO SCALA NPUAP E INTERVENTI CORRELATI (I°, II°, III°, IV° STADIO)	
<p>I° STADIO: eritema fisso con cute integra non reversibile alla digitopressione; è il segnale che preannuncia l'ulcerazione della pelle;</p>	
<p>Intervento:</p> <p>Eliminazione della compressione locale con cambi posturali e presidi antidecubito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registrare le dimensioni dell'area interessata; ➤ Rifacimento del letto con l'utilizzo di biancheria pulita e ben tesa; ➤ Igiene della cute integra con prodotti idratanti che rispettino il ph fisiologico e utilizzo di prodotti barriera; ➤ Alzare il paziente quando le condizioni cliniche lo consentono; ➤ Rotazione del paziente ogni 2 ore, se immobilizzato; non posizionare mai il pz sulla lesione stessa ; ➤ Applicare dispositivi antidecubito (cuscini, materassi ad aria etc.). ➤ Cambiare frequentemente il pannolone se presenta incontinenza. 	



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO

- Applicazione di film in poliuretano.

II° STADIO: lesione a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si presenta clinicamente come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità;

Intervento:

Favorire la ricostruzione cutanea

- Registrare le dimensioni dell'area interessata;
- Eliminazione della compressione (come I° stadio);
- Su indicazione medica cateterizzazione permanente qualora l'incontinenza urinaria venga riconosciuta quale fattore di mancata risoluzione;
- Detersione delicata della lesione con soluzione fisiologica e/o ringer lattato;
- In presenza di fittene (vescicole cutanee) aspirare il liquido con siringa evitando la rottura delle stesse e senza eliminare la cute sovrastante, tamponare delicatamente con tamponi di garza sterile;
- APPLICAZIONE di idrocolloidi sottili.

III° STADIO: lesione a tutto spessore che implichi danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla sottostante fascia senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può avere margini netti o sottominati.

Intervento:

1. ELIMINAZIONE della compressione locale con cambi posturali e presidi antidecubito.
2. TRATTAMENTO dell'escara con applicazione d'idrogel e copertura di idrocolloide.
3. TRATTAMENTO dell'escara in fase di colliquazione con asportazione chirurgica frazionata nel tempo.
4. LAVAGGIO con soluzione fisiologica.
5. LAVAGGIO con acqua ossigenata, risciacquo con abbondante soluzione fisiologica, solo nella prime medicazioni, per la detersione della lesione (solo se la lesione è purulenta e/o in caso di sanguinamento dopo debridement chirurgico).
6. APPLICARE nella lesione detersa.
 - pasta idrocolloide per metà della cavità e coprire con idrocolloide.
 - alginato, se la lesione è eccessivamente essudante.
7. APPLICARE sulla lesione detersa, con essudazione media, schiuma di poliuretano.



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

IV° STADIO: lesione a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini capsule articolari etc.)	
Intervento: La cura delle lesioni al III° e IV° stadio sono praticamente sovrapponibili. Le LdD al IV° stadio si distinguono solo per il maggior rischio di infezioni legato sia all'interessamento delle strutture più profonde sia alle condizioni maggiormente critiche del paziente. Eliminazione del tessuto necrotico: Eseguire tamponi per una terapia antibiotica sistemica mirata nelle ulcere chiaramente infette; ➤ ELIMINAZIONE della compressione locale con cambi posturali e presidi antidecubito ➤ TRATTAMENTO con asportazione chirurgica frazionata nel tempo dell'escara (Toilette chirurgica) a cui far seguire la dove necessario debridement autolitico; ➤ Medicazione: 1. detersione LAVAGGIO con soluzione fisiologica; 2. LAVAGGIO con acqua ossigenata, risciacquo con abbondante soluzione fisiologica, solo nella prime medicazioni, per la detersione della lesione sciacquando abbondantemente con Soluzione Fisiologica o Ringer lattato (solo se la lesione è purulenta e/o in caso di sanguinamento dopo debridement chirurgico); 3 . applicazione nella lesione detersa a. pasta idrocolloide per metà della cavità e coprire con idrocolloide b. alginato, se la lesione è eccessivamente essudante. c. APPLICARE sulla lesione detersa, con essudazione media, schiuma di poliuretano.	



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO

TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO CON MEDICAZIONI ALL'ARGENTO

OBIETTIVO: Promuovere il processo di guarigione tessutale di lesioni con blocco o ritardo della guarigione o con infezione conclamata riducendo la carica batterica

TRATTAMENTO:

1. Utilizzare le medicazioni all'argento su lesioni che non mostrano segni di miglioramento dopo circa 4 settimane con il trattamento secondo protocollo generale, segno di colonizzazione batterica critica o d'infezione.
2. Utilizzare le medicazioni all'argento su lesioni con infezione conclamata, in associazione a terapia antibiotica sistemica.
3. Utilizzare la medicazione Idrocolloide all'argento su lesioni scarsamente o moderatamente essudanti.
4. Utilizzare la medicazione in Schiuma di Poliuretano all'argento su lesioni altamente essudanti.
5. Utilizzare la medicazione in Schiuma di Poliuretano all'argento cavitaria su lesioni di terzo e quarto stadio altamente essudanti, riempiendo circa la metà del volume della cavità.
6. Riprendere il trattamento secondo protocollo generale alla risoluzione dell'infezione o alla ripresa di un'efficiente granulazione.
7. Se il trattamento supera i 30 giorni sospendere l'applicazione e far eseguire valutazione clinica da parte di un medico per eventuale insorgenza di effetti collaterali.

NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONE VA SEMPRE RICORDATO CHE:

- **Occorre valutare sistematicamente lo stato della lesione**
- **La frequenza della medicazione deve essere rapportata al tipo di lesione e in particolare:**
 1. lesioni secernenti: medicazione giornaliera;
 2. lesioni non secernenti: ogni 2 giorni;
 3. la medicazione deve essere in ogni caso sempre pulita e aderente;
- **Non va trascurata la cura del tessuto perilesionale:**
 1. detersione (come lesione nel II° stadio);
 2. applicazione di prodotti barriera;
- **Occorre prevenire e/o trattare le infezioni sistemiche**



**PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA
DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO
TRATTAMENTO**

N.B per le UU.OO. ospedaliere: i prodotti necessari all'effettuazione delle medicazioni avanzate potranno essere ordinati tramite DEMAX, previo inserimento degli stessi nell'anagrafica dell'U.O. e dietro compilazione di MODELLO DI RICHIESTA MOTIVATA PERSONALIZZATA PER MEDICAZIONI AVANZATE (allegato 5) allegata al presente protocollo, da inviare alla farmacia interna alla Struttura Ospedaliera.

VALUTAZIONE DEI RISCHI PER GLI OPERATORI

Fase	Tipo di esposizione	Misure di prevenzione e protezione
Fase 1:	Rischio biologico: <input checked="" type="checkbox"/> Esposizione cutanea <input type="checkbox"/> Esposizione mucosa <input checked="" type="checkbox"/> Esposizione percutanea <input type="checkbox"/> Esposizione aerea Rischio chimico: <input type="checkbox"/> Inalazione <input type="checkbox"/> Ingestione <input type="checkbox"/> Contatto cutaneo <input type="checkbox"/> Gocce – spruzzi Altri rischi <input checked="" type="checkbox"/> MMC	Guanti protezione rischio biologico latex free Procedure movimentazione pazienti e utilizzo ausili FFP3 in caso di pazienti portatori di malattie a trasmissione aerea (anche sospetta)
Fase 2:	Rischio biologico: <input checked="" type="checkbox"/> Esposizione cutanea <input checked="" type="checkbox"/> Esposizione mucosa <input checked="" type="checkbox"/> Esposizione percutanea <input type="checkbox"/> Esposizione aerea Rischio chimico: <input type="checkbox"/> Inalazione <input type="checkbox"/> Ingestione <input checked="" type="checkbox"/> Contatto cutaneo <input type="checkbox"/> Gocce – spruzzi Altri rischi <input checked="" type="checkbox"/> MMC	Guanti protezione rischio biologico e chimico latex free Visiera Procedure movimentazione pazienti e utilizzo ausili FFP3 in caso di pazienti portatori di malattie a trasmissione aerea (anche sospetta)

Utilizzare le procedure aziendali:

- Prevenzione e protezione a esposizioni rischio biologico
- Manipolazione e smaltimento di strumenti acuminati o presidi taglienti



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO ED IL LORO TRATTAMENTO

La distribuzione del protocollo

Direttore Generale

Direttore Amministrativo

Direttore Sanitario COB

Direttore Sanitario PP.OO. FF (Tarquinia, Civita Castellana, Acquapendente)

Direttore U.O.S. Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica Aziendale

Dirigente U.O.S Didattica delle Professioni Sanitarie

Direttori Distretti

Presidente Corso di Laurea Infermieri "La Sapienza" sede di Viterbo

Presidente Corso di Laurea Infermieri "Tor Vergata" sede di Montefiascone

Dirigenti Responsabili UU.OO.

Direttore Farmacia

Direttore E- Procurement

Coordinatori infermieristici UU.OO. AUSL VT

Coodinatori fisioterapisti AUSL VT

Direttore Didattico Corso di Laurea Infermieri "La Sapienza" sede di Viterbo

Direttore Didattico Corso di Laurea Infermieri "Tor Vergata" sede di Montefiascone

BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA:

"Studio di prevalenza sulle lesioni da decubito in un ospedale lombardo"

Assistenza infermieristica e ricerca, 2002,21,1

"Protocollo e standard nella prevenzione e cura delle piaghe da decubito" Insetto scenario 1/94

Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito-Linee guida-"Ermellina Zanetti e Aldo Colosso
AISLeC

Protocollo di medicazione delle lesioni da decubito-ASL Viterbo, CAD, Casa di Cura Villa Immacolata

"Linee guida per la prevenzione e il trattamento delle lesione da decubito"Gruppo Operativo

Comitato Infezioni Ospedaliere Az. Osp. San Giovanni Addolorata

"Basi teorico -pratiche per il protocollo aziendale di prevenzione e trattamento delle lesioni da
decubito" HELIOS , Aggiornamenti in Wound Care periodico trimestrale,Anno8 N°3-4/2002 luglio -
dicembre 2002

"Protocollo per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito"CIO Azienda USL Bologna
Nord

"Protocollo per la valutazione del rischio di LDD" da EBN Policlinico Sant'Orsola Malpighi

ALLEGATI: 1, 2, 3, 4, 5, 6